

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

**Diseño de programa cognitivo-conductual para prevención del
trastorno por estrés postraumático en estudiantes paramédicos**

TESIS

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

PRESENTA

Esther Araceli Guerrero Angeles

Director de Tesis:

Dra. Lucía Alejandra Ramírez Serrano

Comité Tutorial

Dr. Arturo Juárez García

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Dr. Alexis Lorenzo Ruíz

Mtra. Iliana Murguía Álvarez Rubio

Diciembre, 2018

La extimidad de lo traumático muestra que,
lo que se padece, no es algo extraño que golpea y se incrusta,
es lo familiar que se ha vuelto extraño en el encuentro con un elemento exterior.

Daniel Aksman

A mis padres, mis hermanos, mi novio, mi hija y mis gatos.

DISEÑO DE PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ESTUDIANTES PARAMÉDICOS

Resumen

Como parte de su labor diaria los paramédicos enfrentan situaciones extremadamente traumáticas y estresantes, provocando en ellos una serie de reacciones cognitivas, conductuales, emocionales y físicas que potencialmente afectan en sus esferas laboral, familiar y social. Si estas reacciones persisten e irrumpen en el funcionamiento normal de la persona pueden llegar a desencadenar trastornos mentales, siendo el trastorno por estrés postraumático (TEPT) el más frecuente entre los paramédicos.

Partiendo de la premisa de que las experiencias traumáticas y estresantes previas así como las estrategias de afrontamiento que posea la persona, son factores importantes para el desencadenamiento del TEPT, el objetivo de esta investigación fue diseñar un programa cognitivo-conductual para prevenir el desarrollo del TEPT en estudiantes paramédicos a partir del análisis de las diferencias significativas en las experiencias traumáticas, las cogniciones postraumáticas y las estrategias de afrontamiento predominantes antes y después de su servicio en ambulancias. Para lograrlo se realizaron dos procesos de investigación, ambos incluyeron la aplicación de tres pruebas psicométricas y una entrevista cualitativa.

En el análisis de resultados se pudieron hallar diferencias significativas en las variables a medir en los estudiantes paramédicos, a partir de las cuales se diseñó un programa cognitivo-conductual para la prevención del trastorno, ofreciendo estrategias de afrontamiento adecuadas para enfrentar situaciones de emergencia y desastre en el futuro, a la par de disminuir los síntomas relacionados al cuadro clínico del TEPT, esperando que se vean reducidos significativamente el número de estudiantes que desertan del curso cada año.

Palabras clave: trastorno por estrés postraumático (TEPT), estudiantes paramédicos, prevención, programa cognitivo-conductual, experiencias traumáticas y estresantes.

ÍNDICE

Introducción	6
Primera parte	
Marco teórico	10
Capítulo 1. Los paramédicos y los estudiantes paramédicos	10
1.1. Condiciones de la profesión.	10
1.2. Factores de riesgo en la profesión	13
1.3. Estrategias de afrontamiento y resiliencia.	18
1.4. Alteraciones y trastornos mentales comunes	28
1.4.1 Consumo de sustancias.	31
1.4.2 Trastorno por estrés agudo	32
1.4.3 Ideación y conducta suicida.	33
1.4.4 Trastornos disociativos o de conversión	33
1.4.5 Trastorno psicótico breve.	34
1.4.6 Estados de pánico	35
1.4.7 Síndrome de aflicción por catástrofe y síndrome del superviviente	35
Capítulo 2. Trastorno por estrés postraumático.	37
2.1 Definición y antecedentes.	37
2.2 Sintomatología y cuadro clínico	43
2.2.1 Estrés traumático secundario.	46
2.3 Experiencias traumáticas y estresantes	49
2.4 Factores de riesgo.	59
2.5 Tratamiento	63
Capítulo 3. Terapia cognitivo conductual y prevención.	68
3.1 Antecedentes de la terapia cognitivo-conductua.	68
3.2 Técnicas cognitivo-conductuales.	70
3.2.1 Terapia de exposición	72
3.2.2 Desensibilización sistemática.	74

3.2.3 Entrenamiento en inoculación del estrés	75
3.2.4 Terapia cognitiva / reestructuración cognitiva	77
3.2.5 Terapia de procesamiento cognitivo.	78
3.2.6 Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares.	79
3.2.7 Entrenamiento en asertividad.	81
3.2.8 Biorretroalimentación y entrenamiento en relajación.	82
3.3 Definición, clasificación y estrategias de prevención	83
3.4 Prevención en psicología en emergencias y desastres	92
3.4.1 Prevención de alteraciones psicológicas en los paramédicos.	98

Segunda parte

Método	102
Justificación.	102
Nota aclaratoria	102
Pregunta de investigación	103
Objetivos	103
Tipo y diseño de investigación.	104
Procesos de la investigación.	105
Procedimiento	114
Resultado.	116
Fase del método cuantitativo.	116
Fase del método cualitativo.	140
Análisis de resultados	194
Discusión y conclusiones.	207
Propuesta de intervención	213
Referencias	222
Anexos	233

INTRODUCCIÓN

Los efectos de la exposición a situaciones de emergencia y desastre han sido estudiados por la psicología a lo largo de los últimos años, buscando la implementación de estrategias de intervención orientadas a preparar, mitigar, rehabilitar y reconstruir las diferentes esferas de la población afectada alrededor del mundo.

Sin embargo, en la actualidad, en México no está establecido como una prioridad que a los estudiantes y al personal paramédico se les haga una evaluación psicológica constante, ni mucho menos que reciban apoyo psicológico que los ayude a contener sus propias emociones y a prepararse mentalmente para las innumerables situaciones impactantes que enfrentarán a lo largo de su profesión, a pesar de que teórica y legalmente así se lo plantea el Estado (ver PROY-NOM-005-SEGOB-2012).

Probablemente el único acercamiento que tienen los paramédicos a temas de salud mental durante su formación, será al aprender técnicas de contención emocional para los pacientes, difícilmente se les mencionan las consecuencias en la esfera psicosocial que traerá el ejercicio de esta profesión: ¿qué sucede con ellos cuando se enfrentan a la emergencia o desastre, al terminar el turno, con el resto del equipo, con sus familias, una semana o unos meses después?

A menudo, el aspecto emocional y de carga psicológica del personal que atiende la situación de emergencia o desastre pasa a segundo plano; incluso sus afectaciones se han preservado y elogiado como algo que distingue a la profesión. Desde hace no mucho tiempo, a los paramédicos se les reconoce como “víctimas ocultas”, pues a pesar de su entrenamiento y experiencia se ven afectados durante o después de las emergencias y desastres, llegando a irrumpir en sus esferas biológica, psicológica, social y espiritual (Condori, Palacios y Ego-Aguirre, 2002; García, 1993).

Las reacciones que suelen tener después de la emergencia o desastre menoscaban su comportamiento, su pensamiento o percepción del mundo, sus emociones y sentimientos, y su organismo. Entre estas reacciones se encuentran: hipervigilancia, preocupación excesiva, retraimiento social, consumo de sustancias, ansiedad, irritabilidad, culpa, migraña y quejas psicosomáticas, por mencionar algunas (Bellak, 1993; Castillejo y Osa, 2012; Condori *et al.*, 2002; Ehrenreich, 2006;

Fernández, 2005; Meda, Moreno, Palomera, Arias y Vargas, 2012; Tello, 2011). Si estas reacciones persisten e irrumpen en el funcionamiento normal de la persona, pueden llegar a desarrollar trastornos mentales (*DSM-5*, APA, 2013).

En este sentido, el *estrés postraumático* (TEPT) se coloca como el trastorno más frecuente entre los paramédicos (Castillejo y Osca, 2012; Ehrenreich, 2006; Tello, 2011; Ventura, Reyes, Moreno, Torres y Gil, 2008). En palabras de Lorenzo y Guerrero (2017), “este trastorno se distingue como una alteración del sentido, la conciencia o la conducta tras un evento repentino que amenaza el bienestar o la vida del individuo, en donde éste no pudo hacer una adaptación satisfactoria de la experiencia, pues rebasa sus expectativas; lo que lo lleva a tener una disfunción comportamental, psicológica o biológica, con la posibilidad de que recupere su estado inicial o que las modificaciones sean permanentes en él”.

El desarrollo de este trastorno está relacionado con: las experiencias traumáticas y estresantes que haya vivido, una alta vulnerabilidad al estrés, antecedentes de enfermedades mentales y crónicas, la ausencia o presencia de un sistema de apoyo social y psicológico, habilidades de afrontamiento y resolución de conflictos presentes, la autopercepción de conocimiento y preparación para enfrentar la emergencia o el desastre, la exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes y, por último, en el caso de los paramédicos, a las características propias de la institución de adscripción y la percepción que se tiene de ellas (Castillejo y Osca, 2012; Meda *et al.*, 2012; Ventura *et al.*, 2008).

Sin embargo, en la literatura, la experiencia previa a una situación traumática y estresante puede resultar de mayor importancia para desencadenar el trastorno cuando se presenta una situación nueva (Abbene, 2009; Calcedo, 2000); es decir, la persona pudo sufrir más de un evento traumático o estresante durante su vida y no haberlo afrontado con las estrategias adecuadas o suficientes, y por ello, un evento más reciente puede desencadenar el cuadro clínico del trastorno, pero con fenómenos intrusivos del evento más antiguo.

De manera que, por el número de factores que poseen y por los eventos traumáticos a los que se ven expuestos, los estudiantes paramédicos y los paramédicos en turno son una población en riesgo. Por tanto, son susceptibles de

poder prevenir el desarrollo de éste u otros trastornos si se obtienen variables medibles y observables. En este sentido, las acciones de prevención implicarían llevar a cabo un conjunto de estrategias para la reducción de los factores de riesgo y la promoción de factores de protección (Jane-Llopis, 2004), con el propósito de reducir la prevalencia e incidencia del trastorno, permitiendo un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo para mejorar su calidad de vida.

Del mismo modo, ya que las afectaciones relacionadas con el trastorno por estrés postraumático son a nivel conductual, cognitivo, afectivo y fisiológico, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser un tratamiento psicoterapéutico eficaz (Abbene, 2009; Astin y Resick, 2002; Báguena, 2003; Chacón, 2010; García y Mardones, 2010; Puchol, 2001), por lo que podrá ser una herramienta útil en la prevención de este. Cabe destacar en este punto la importancia de la intervención en salud mental antes, durante y después de una emergencia o desastre en todos los involucrados, incluidos los paramédicos (Fernández, 2005).

Por lo expuesto anteriormente, la investigación se enfoca a los estudiantes paramédicos; ya que en ellos se puede apreciar un estudio más cercano de las condiciones de riesgo que existen antes de enfrentar profesionalmente situaciones de emergencia y desastre como parte de su servicio en ambulancia, y establecer una relación con las condiciones de riesgo que se presentan después del mismo.

Teniendo como preguntas de investigación las siguientes: ¿las técnicas cognitivo-conductuales contribuyen en la prevención del desarrollo del trastorno por estrés postraumático en los estudiantes paramédicos?, ¿qué técnicas cognitivo-conductuales se podrán emplear en un programa de prevención para el desarrollo del trastorno por estrés postraumático en los estudiantes paramédicos, considerando sus experiencias traumáticas, sus cogniciones postraumáticas y sus estrategias de afrontamiento predominantes antes y después de su servicio en ambulancia?, ¿existen diferencias en las experiencias traumáticas, las cogniciones postraumáticas y las estrategias de afrontamiento de los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en ambulancias que nos permitan determinar un programa cognitivo-conductual que prevenga el desarrollo del trastorno por estrés postraumático en ellos?

Siendo el objetivo general de la investigación el diseñar un programa cognitivo-conductual para prevenir el desarrollo del trastorno por estrés postraumático en los estudiantes paramédicos a partir del análisis de las diferencias significativas en las experiencias traumáticas, las cogniciones postraumáticas y las estrategias de afrontamiento predominantes antes y después de su servicio en ambulancias.

En la primera parte de este documento se presenta el marco teórico compuesto por tres capítulos. En el primer capítulo se describen las condiciones a las que se enfrentan los paramédicos y los estudiantes paramédicos, los factores de riesgo relacionados con la profesión, así como la importancia de las estrategias de afrontamiento y resiliencia. En el segundo capítulo se abordan las bases teóricas del trastorno por estrés postraumático y se mencionan algunas técnicas de intervención para su tratamiento. Por último, en el tercer capítulo se explican las bases teóricas de la terapia cognitivo-conductual y de la prevención, describiendo algunas de las principales técnicas que se emplean en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático.

La segunda parte está integrada por el método, en el que se especifican el diseño de la investigación, los procesos cuantitativo y cualitativo que se siguieron, los resultados de ambas fases, su análisis y discusión, así como las conclusiones. Finalmente, se presenta la propuesta de intervención preventiva.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Los paramédicos y los estudiantes paramédicos

A principios del siglo XX comienza el interés por los efectos psicosociales derivados de situaciones de emergencia y desastre, surgiendo un amplio número de investigaciones y constructos teóricos que han puesto las bases para lo que hoy se conoce como *Psicología en Emergencias y Desastres* (PED) (Condori *et al.*, 2002). Desde los estudios descriptivos hasta la puesta en marcha de técnicas para la intervención, se ha producido una creciente concienciación y preocupación por los aspectos psicológicos que rodean a las urgencias médicas.

1.1 Condiciones de la profesión

Siempre han existido y seguirán existiendo situaciones que requieren de atención médica inmediata, desde aquellas con un número pequeño de víctimas (accidentes domésticos, de tránsito, de trabajo, entre muchos otros ejemplos), así como sucesos desastrosos que afectan a comunidades enteras y exceden la capacidad de respuesta (ya sean desastres naturales o desastres producidos por la acción humana). En cualquiera de estas situaciones es normal la aparición de diferentes alteraciones psicológicas que pueden estar asociadas a distintos tipos de traumatismos físicos o estar determinadas por el impacto emocional que produce el hecho en sí, por mínimo que parezca (Fernández, 2005; Valero, Gil y García, 2007).

Una vez que se hace el llamado de emergencia, durante el hecho concreto, e incluso después de pasada la situación de emergencia, hay diferentes grupos que resultan afectados y sobre los que hay que intervenir psicológicamente: personas con graves heridas físicas, otras que reciben un grave impacto psicológico, aquellas con pérdidas materiales, familiares y amistades de fallecidos o heridos, personas que presencian lo ocurrido, así como el personal de primera respuesta (Fernández, 2005;

Verduzco y Tovar, 2012). El evento puede producir en las personas diversos trastornos mentales y síndromes, aunque con diferentes manifestaciones; es más, algunos trastornos son propios de cada grupo de afectados (Valero *et al.*, 2007).

Al personal de primera respuesta (paramédicos, bomberos, rescatistas, personal de protección civil, enfermeros, médicos, psicólogos, policías, militares, voluntarios, entre otros) se les conoce como las “víctimas ocultas”, pues –contrario a lo que comúnmente se piensa– a pesar de su entrenamiento y experiencia en emergencias y desastres se ven afectados por los hechos en su salud mental y física, y, por consecuencia, en su vida personal y social (Condori *et al.*, 2002; García, 1993).

En el caso de los paramédicos, por el tipo de trabajo que realizan, constantemente están expuestos a experiencias de muerte y heridas graves de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, animales domésticos o salvajes, e incluso de los propios compañeros; presencian cuadros de desesperación y excesivo sufrimiento humano, condiciones críticas en accidentes o desastres, situaciones que amenazan la integridad física; así como una posible falla en la misión. Estos son algunos de los aspectos que enfrentan como parte de su labor diaria produciendo una serie de reacciones cognitivas, conductuales, emocionales y físicas que potencialmente pueden interferir en las habilidades para actuar durante las operaciones en forma inmediata, como en la reincorporación posterior a su vida laboral, familiar y social (Castillejo y Osca, 2012; Condori *et al.*, 2002; Ehrenreich, 2006; Malquín, 2010; Mardones, 2010; Meda *et al.*, 2012). A pesar de ello, casi siempre pasa a segundo plano el aspecto emocional y de carga psicológica del personal paramédico que atiende la situación de emergencia o desastre; lo que es más, es posible que la preparación en urgencias médicas y salvamento que reciben no siempre sea suficiente para resolver estas situaciones y sus efectos posteriores (Tello, 2011).

En la Tabla 1 se presenta una recopilación a partir de diferentes investigaciones (Bellak, 1993; Castillejo y Osca, 2012; Condori *et al.*, 2002; Ehrenreich, 2006; Fernández, 2005; Meda *et al.*, 2012; Tello, 2011) dedicadas a describir y tratar las reacciones que suelen presentar los paramédicos involucrados en la ayuda y atención de víctimas en emergencias y desastres, de acuerdo con el nivel en el que son afectados:

Tabla 1. Reacciones ante emergencias y desastres

Cognitivo	Conductual
<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos intrusivos - Hipervigilancia - Confusión - Dificultad para concentrarse - Pesadillas, trastornos del sueño - Ideas fijas y sobrevaloradas del peligro y la soledad - Recuerdo de imágenes y olores desagradados asociados al evento - Preocupación excesiva por la familia - Desesperanza - Cambio en la escala de valores 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar lugares específicos - Retraimiento y menor participación social - Desmotivación, desinterés y apatía en las actividades diarias - Aumento del consumo de tabaco y otras sustancias - Apego o desapego familiar marcado - Necesidad de seguir trabajando, deseos de volver a intervenir - Incapacidad de descansar, e incluso negarse a hacerlo - Habla acelerada, necesidad de contar de forma repetida los hechos
Afectivo	Fisiológico
<ul style="list-style-type: none"> - Miedo - Ansiedad - Intranquilidad - Irritabilidad, ira - Sentirse incomprendido - Tristeza, melancolía, llanto - Estados depresivos moderados - Sentimiento de minusvalía - Sentimiento de culpa - Soledad - Insensibilidad - Labilidad afectiva - Reacciones patológicas de duelo 	<ul style="list-style-type: none"> - Náuseas - Fatiga - Escalofríos - Mareos - Dolor de cabeza - Migraña - Taquicardia - Cefaleas - Gastritis y trastornos digestivos - Falta de apetito - Dolores corporales - Quejas psicósomáticas

Nota: reacciones que suele presentar el personal de primera respuesta involucrado en la ayuda y atención de víctimas en emergencias y desastres, de acuerdo con el nivel en el que son afectados (cognitivo, conductual, afectivo y fisiológico).

Algunas de estas reacciones se consideran “normales” durante o después de la emergencia o el desastre y suelen ser temporales, duran unos días o pocas semanas, pero si persisten por más tiempo de lo que se esperaría es necesaria la intervención profesional (Fernández, 2005), pues algunas de ellas componen los signos y síntomas de cuadros psicológicos más severos.

Como se desarrolla en el siguiente capítulo, de acuerdo con los criterios del DSM-5 (APA, 2013) para el trastorno por estrés postraumático, éste se coloca como el trastorno más frecuente entre el personal paramédico (Castillejo y Osca, 2012; Ehrenreich, 2006; Tello, 2011; Ventura *et al.*, 2008), ya que llegan a presentar casi todos los criterios para su diagnóstico, con una persistencia de más de un mes del cuadro sintomático completo.

1.2 Factores de riesgo en la profesión

La labor de los paramédicos implica salvaguardar la vida en situaciones y escenarios estresantes y extremadamente traumáticos, ya que se ven envueltos en hechos que representan un peligro real para su vida o que amenazan su integridad física, son testigos de acontecimientos donde se producen muertes inesperadas o violentas, heridas graves, daño serio o peligro de muerte, por los escenarios en los que laboran y cuyas reacciones implican un malestar significativo o deterioro del funcionamiento; todo lo cual, cumple con el criterio A del DSM-5 (APA, 2013) para el trastorno por estrés postraumático.

No obstante, cabe aclarar que, no todo el personal paramédico se ve afectado de la misma forma ante la emergencia o el desastre, existen diferentes factores que hacen a la persona más susceptible a padecer una alteración psicológica. Se reconocen tres tipos de factores: previos al evento, durante el evento y posteriores al evento (Aguado, Manrique y Silberman, 2004).

De acuerdo con distintos autores (Aguado *et al.*, 2004; Castillejo y Osca, 2012; Meda *et al.*, 2012; Ventura *et al.*, 2008), antes del evento algunos factores estarán relacionados a las experiencias previas, los antecedentes de enfermedades mentales y crónicas, alta vulnerabilidad previa al estrés, encontrarse ante una exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes, la ausencia de un sistema de apoyo social y psicológico, así como la preparación que posean para enfrentar la emergencia o el desastre.

En otro estudio (Condori *et al.*, 2002) se encontró que el impacto psicológico es diferente de acuerdo con el sexo de la persona. Se observó que el impacto es mayor

en las mujeres que en los hombres, pero fueron los hombres quienes no lograron una rápida recuperación y las afectaciones fueron más prolongadas; destacando la importancia del sexo en la incidencia, prevalencia y frecuencia del impacto.

Por otro lado, en el mismo estudio, se encontró que el personal que ha participado en mayor número de eventos traumáticos y estresantes es más vulnerable a manifestar una serie de reacciones físicas, emocionales, cognitivas, conductuales y de cambio de vida ante el impacto que estos eventos les causan (Condori *et al.*, 2002); lo que hace pensar que el hecho de participar en mayor número de emergencias y desastres se convierte en un factor de riesgo a padecer el trastorno en el personal paramédico que interviene, que a aquellos que tienen poca experiencia en situaciones similares. Al respecto, Malquín (2010) menciona que los efectos, particularmente del estrés, son de carácter acumulativo y si no se hace nada para eliminarlos estos van a mermar la capacidad de respuesta ante otros eventos o demandas propias del personal paramédico.

Sin embargo, a pesar de lo dicho anteriormente, en los criterios diagnósticos del trastorno se especifica que éste puede aparecer en personas sin ningún factor de riesgo predisponente, sobre todo cuando las emergencias o los desastres son extremadamente traumáticos (*DSM-5*, APA, 2013).

Por ello que sean importantes otros factores relacionados con el evento, como el tipo e intensidad del desastre, la dimensión de la destrucción, el tipo y número de fallecidos y heridos, la duración y rapidez con la que ocurrieron los hechos, el conocimiento previo del peligro latente y la exposición prolongada a la emergencia o desastre y a sus consecuencias (Aguado *et al.*, 2004; Castillejo y Osca, 2012; Ventura *et al.*, 2008). Algunos factores posteriores al evento incluyen la ausencia de un sistema de apoyo social o psicológico, desmotivación, desinterés y apatía respecto a lo sucedido, desarrollar algún otro trastorno y experimentar síntomas fisiológicos de huida (Aguado *et al.*, 2004).

Asimismo, existen otros factores relacionados con la institución en que laboran, como la mala selección del personal, una preparación técnica deficiente, demandas laborales excesivas y la falta del equipamiento necesario para enfrentar cualquier

urgencia médica, son factores que predisponen al personal paramédico a los trastornos mentales (Castillejo y Osa, 2012; Ventura *et al.*, 2008).

Esto último, resulta contraproducente para las instituciones a las que prestan sus servicios, pues a la larga disminuye la calidad del trabajo, tienen una menor implicación y compromiso, aumenta el ausentismo laboral, surgen conflictos con compañeros, e incrementan los índices de accidentes laborales y enfermedades, así como un impacto negativo significativo para lograr los propósitos de la institución.

En general, Ventura (2011) reconoce los siguientes factores en la esfera laboral, que inciden negativamente sobre las actividades, el rendimiento y la satisfacción del personal que atiende urgencias médicas:

- El temor a la autoridad lo hace trabajar en estado de tensión y limita la eficiencia.
- Los períodos prolongados de adaptación, debidos a características individuales de los trabajadores.
- La falta de atención al personal. El socorrista siente que es privado de su individualidad y considerado un objeto o elemento de la técnica del lugar.
- La deficiente formación o perfeccionamiento del personal.
- La falta de estimulación a las iniciativas del trabajador. Esto evita que sus ideas se transformen en acciones y dejan de exponerlas.
- Las responsabilidades laborales y la complejidad de la vida cotidiana propician estados de ánimo que dificultan el desempeño y la satisfacción por el trabajo, y atentan contra la permanencia.
- Los problemas personales relacionados con el hogar o el trabajo, susceptibles de crear alteraciones psíquicas que disminuyen la capacidad del trabajador para concentrarse en la labor que realiza.

Otra de las esferas del funcionamiento que se ve deteriorada a causa de las alteraciones psicológicas derivadas del evento traumático es la familiar, llevando a conflictos conyugales, divorcio, afectaciones a terceros al compartir relatos de lo sucedido a quien no está preparado; hasta volcarse en emociones negativas y el retraimiento social (Ehrenreich, 2006; Fernández, 2005; Malquín, 2010; Meda *et al.*, 2012).

Generalmente se asume que las secuelas psicológicas provocadas por una emergencia o desastre en los paramédicos desaparecen a simple vista con el tiempo y con la experiencia, pero en realidad no se desvanecen del todo, por el contrario, se ven exacerbadas. Es por lo que se hace necesaria la intervención psicológica para ayudar a reducir la duración del malestar, la severidad del impacto y su posible persistencia crónica (Fernández, 2005; Malquín, 2010).

En este sentido, de acuerdo con lo encontrado en múltiples investigaciones (Aguado *et al.*, 2004; Bados, 2015; Botero, 2005; Carvajal, Carbonell, Philippi, Monteverde, Bacigalupo y Alvear, 2001; Dongil, 2008; Echeburúa y Corral, 1997; Guerra y Plaza, 2009; Labrador, Fernández y Rincón, 2006; López, 2012; Silvestre, 2013; Vera, 2004) acerca del trastorno por estrés postraumático y en personal de primera respuesta y paramédicos, es bastante frecuente el uso de técnicas cognitivo-conductuales en la intervención psicológica del trastorno, y se considera que están entre las más eficaces para su tratamiento y solución (Abbene, 2009; Astin y Resick, 2002; Báguena, 2003; Chacón, 2010; García y Mardones, 2010; Puchol, 2001).

A pesar de ello, es difícil que en todas las instituciones en que labora personal paramédico se les brinde atención psicológica para el tratamiento de este tipo de trastornos y que se le dé el seguimiento necesario (Condori *et al.*, 2002; Tello, 2011; Ventura, 2011). Por lo regular se les recomienda reunirse con el resto del equipo al terminar el turno y después de ocurrida la situación de emergencia para que puedan narrar los hechos vividos y hablar sobre las emociones experimentadas, esto como un intento por controlar el estrés del evento traumático (Fernández, 2005). Estas acciones no reemplazan la intervención psicológica, pues se llevan a cabo sin la presencia de un profesional en la materia, y se estaría contribuyendo a la posible acumulación de estrés y otros malestares, que con el tiempo se convertirán en un trastorno severo (Malquín, 2010). Por otro lado, se le brinda poca importancia a las afectaciones que llega a tener el personal paramédico ya que se han normalizado y perpetuado como algo que distingue a la profesión, a pesar de que las mismas constituyan parte del cuadro clínico del trastorno por estrés postraumático u otros trastornos. Por ejemplo, las alteraciones del sueño o el abuso de alcohol y otras sustancias.

En resumen, todos los factores de riesgo que se han mencionado colocan al personal paramédico en situación de vulnerabilidad a padecer diversas afectaciones, que pueden ir desde reacciones cognitivas, conductuales, afectivas y fisiológicas aisladas, hasta síndromes y trastornos específicos.

Aunado a lo anterior, las características individuales y los rasgos de personalidad van a jugar un papel importante en la manera en que se presentan los efectos y sobre el impacto emocional ante las situaciones de estrés, y en ocasiones éstas pueden influir más que las situaciones mismas (Moreno, 2006). Por lo que se convierte en una tarea importante contemplar las variables protectoras o de resistencia con las que cuenta la persona, incluyendo el repertorio de respuestas aprendido y la efectividad que éstas hayan tenido al enfrentar eventos similares en el pasado (Bellak, 1993; Fernández, 2005).

Conviene entonces, tomar en cuenta la vulnerabilidad con la que se presentan las personas ante el evento. Para Arnillas (2013), la *vulnerabilidad* será el conjunto de características y de condiciones que tiene la persona o un grupo para anticiparse, sobrevivir, resistir y recuperarse de los efectos adversos de un peligro, que incluyen: las características individuales, la historia de vida, las condiciones culturales, económicas, tecnológicas, organizativas y sociales. Estas condiciones van a determinar el grado en que la vida y subsistencia de una persona queda en riesgo.

Otros factores que influyen en el grado de vulnerabilidad o susceptibilidad ante el peligro inminente son el grado de exposición, la fragilidad y la resiliencia de las personas y los grupos (Arnillas, 2013).

- *Exposición*: ubicación y estado de los individuos respecto a la zona de influencia del peligro, considerando la presencia o ausencia de regulaciones y normas, las capacidades para el control, el desconocimiento o percepción del riesgo. En este caso, la vulnerabilidad surge por las condiciones inseguras respecto a un peligro que actúa como elemento activador.
- *Fragilidad*: nivel de resistencia y protección frente al impacto del peligro, las condiciones que ponen en desventaja o debilidad a las personas; incluyendo el uso de los medios inadecuados para hacer frente a la amenaza.

- *Resiliencia*: la capacidad del individuo para asimilar, absorber, adaptarse, cambiar, resistir y recuperarse del impacto de un peligro, incrementando su capacidad de aprendizaje y recuperación de situaciones pasadas para afrontar y protegerse mejor en el futuro, tomando las acciones suficientes para tramitar el peligro o la amenaza.

Es así como, se reconoce el papel que determinadas características individuales pueden tener en la aparición y desarrollo de alteraciones psicológicas y trastornos mentales en las personas, así como la influencia de los factores propios de las situaciones estresantes y traumáticas.

1.3 Estrategias de afrontamiento y resiliencia

La variabilidad de respuestas que pueden llegar a tener, no sólo los paramédicos sino todas las personas, frente a un mismo evento pueden explicarse por determinados mecanismos de la propia vulnerabilidad. Sin embargo, los procesos de resiliencia y afrontamiento del sujeto ante la adversidad le permitirán mantener o no el equilibrio y mostrar una buena o mala adaptación al estar expuesto a este tipo de situaciones. Serán estos mismos procesos los que se pueden impulsar en la persona para superar los eventos extremadamente traumáticos y estresantes, disminuyendo con ello parte de su vulnerabilidad.

Para Lazarus y Folkman (1986) la forma como enfrentamos el peligro va a depender de la evaluación cognitiva que las personas realizan ante un determinado evento. Es decir que, todos los esfuerzos cognitivos y de comportamiento que realiza la persona para encarar o resolver las demandas externas y/o internas, percibidas como excedentes o desbordantes de los propios recursos, integrarán las *estrategias de afrontamiento* (Lazarus y Folkman, 1986). Ante un evento extraño la persona realiza una valoración primaria, en donde evalúa si éste es positivo o no, así como las consecuencias que tenga en el presente o en el futuro y si supone un reto potencial; posteriormente realiza una valoración secundaria, en la que estima las propias capacidades y recursos para afrontar el evento y superarlo. Si determinado evento

supera sus propios recursos se suscitarán una serie de respuestas fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales derivadas del estrés que le provoca dicha demanda (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

Se trata al *afrontamiento* como un proceso individual en el que existe un esfuerzo por cambiar el entorno y/o modificar el significado o comprensión del acontecimiento aversivo o estresante, e incluye cualquier cosa que haga o piense, independientemente de los resultados que obtenga. Asimismo, resulta ser un proceso cambiante, en el que la persona debe contar con estrategias en la medida que va cambiando su relación con el entorno, en ocasiones defensivas y en otras dirigidas a la resolución de problemas (Lazarus y Folkman, 1986; Mayordomo, 2013).

Es decir, el proceso de afrontamiento no es cuestión del azar, sino que es consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno (Rojas, 2007). Cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de qué está ocurriendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto. Por tanto, el afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas que hace la persona sobre el entorno (Lazarus y Folkman, 1986).

De esta manera, se distinguen dos tipos de afrontamiento. El primero dirigido a manipular o alterar el problema y el segundo, dirigido a regular la respuesta emocional derivada del problema (Lazarus y Folkman, 1986). En general, las que son dirigidas a la emoción tienen lugar cuando la evaluación que se hace de la situación es de impotencia e ineficacia, de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones negativas, amenazantes o desafiantes del entorno, tras un intento de mantener el equilibrio afectivo; las dirigidas al problema, se emplean cuando las condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio, la conducta está dirigida a confrontar la realidad y hacer frente a sus consecuencias (Mayordomo, 2013). Una situación de amenaza extrema interfiere con los modos de afrontamiento dirigidos al problema, mediante sus efectos inhibidores sobre el funcionamiento cognitivo y la capacidad de procesamiento de la información (Lazarus y Folkman, 1986).

Anderson (1977; en Lazarus y Folkman, 1986) encontró en sus estudios, que los dos modos de afrontamiento son utilizados con distinta frecuencia según el grado

de estrés percibido. Es decir, cuando se percibía un grado bajo de estrés se presentaron los dos modos de afrontamiento con una frecuencia similar; cuando el grado de estrés era moderado, la respuesta dominante consistió en estrategias dirigidas al problema; cuando el estrés percibido era alto, predominaron los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción, junto a una conducta emocional o defensiva frecuente. Sin embargo, Lazarus y Folkman (1986) resaltan que los grados de amenaza no significan necesariamente la disminución de alguna o de ambas formas de afrontamiento, pues esta conducta está determinada de múltiples formas.

En este orden de ideas, la forma en que la persona afronte la situación estará íntimamente ligada a los recursos con los que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de estos en el contexto de una situación determinada. Esto no solo significa que dispone de un gran número de recursos, sino que es capaz de aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Los recursos pueden ser físicos, bioquímicos, materiales, cognitivos, emocionales, de actitud, interpersonales y macro-socioculturales. Los más relevantes, propuestos por Lazarus y Folkman (1986), son:

- a) *Salud y energía*. El papel desempeñado por el bienestar físico se hace evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante de la persona. Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene muy poca energía que aportar al proceso de afrontamiento. Sin embargo, es sabido que, a pesar de la enfermedad o debilitamiento, las personas pueden afrontar la situación cuando se encuentra en riesgo algo significativo o importante.
- b) *Creencias positivas*. Se incluyen aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. Verse a uno mismo positivamente puede considerarse un importante recurso psicológico de afrontamiento. La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona o un tratamiento determinados resultarán eficaces, o por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad o en Dios. No obstante, algunas creencias pueden disminuir o inhibir el afrontamiento.

- c) *Resolución del problema*. Son técnicas que incluyen la habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibles alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado.
- d) *Habilidades sociales*. Se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de habilidades facilitan la resolución de problemas en coordinación con otras personas, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.
- e) *Apoyo social*. Se refiere al hecho de tener alguien de quien recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible. Serán todas aquellas relaciones interpersonales (formales e informales) de las que se derivan oportunidades y beneficios para el fortalecimiento de los medios de vida (Arnillas, 2013). Estos recursos se desarrollan con la interacción y la capacidad para trabajar en conjunto, la cooperación, la pertenencia a grupos más formales, la formación de relaciones de confianza; desarrollando redes de protección entre grupos sociales. Ocharan (2008) asegura que las redes de apoyo social y familiar son fundamentales para afrontar las situaciones extremas.
- f) *Recursos materiales*. Hacen referencia al dinero, así como a los bienes y servicios que pueden adquirirse con él.

Los recursos que la persona posea para el afrontamiento de los eventos traumáticos o estresantes no serán los mismos durante toda la vida, estos van a responder en función de la experiencia, del momento y de los requerimientos para la adaptación a los diferentes períodos de la vida, algunos recursos serán más erráticos que otros y tendrán la capacidad para expandirse o contraerse (Lazarus y Folkman, 1986).

Cabe recordar que ante un mismo suceso potencialmente estresante y/o traumático las personas presentan reacciones muy diversas, a causa de la percepción o evaluación que cada sujeto hace de la situación a la que se enfrenta más que a las

características objetivas propias de la situación (Vázquez *et al.*, 2000). En el estudio de Mayordomo (2013), se definen trece tipos de estrategias de afrontamiento:

1. *Resolución de problemas*. Incluye el análisis lógico, el esfuerzo, la persistencia y la determinación de hacer frente a la situación problemática. Esta es efectiva para disminuir la ansiedad y el humor depresivo, no obstante, no resulta ser adaptativa en situaciones que se perciben fuera del control de la persona.
2. *Búsqueda de apoyo social instrumental, informativo y/o emocional*. Puede ser una estrategia de afrontamiento centrado tanto en el problema como en la emoción. Su valor adaptativo disminuye en medida que aumenta la duración del hecho estresante.
3. *Huida o evitación*. Desde hacer esfuerzos para no pensar en el problema (desconexión cognitiva), escapar de la situación (desconexión conductual), el pensamiento desiderativo o fantástico, colocarse en situaciones alejadas de lo ocurrido para no enfrentarlo, hasta el uso de alcohol y otras sustancias. La huida puede ser adaptativa al poco tiempo de haber ocurrido el hecho estresante, pero a largo plazo va disminuyendo el nivel de adaptación y se asocia de forma negativa con el bienestar psicológico.
4. *Distracción*. Es un intento activo de manejar la dificultad y el malestar producto del hecho estresante, mediante la concentración en actividades agradables. Resulta desadaptativa cuando la persona recurre compulsivamente a distracciones que no proporcionan sensaciones agradables de placer.
5. *Reevaluación o reestructuración cognitiva*. Son intentos activos de cambiar el punto de vista sobre la situación, con el fin de poner de manifiesto los elementos positivos y manejables. Incluye el pensamiento positivo, la minimización de las consecuencias negativas, el realce de la autoeficacia, etc.
6. *Rumiación*. Incluye desde los esfuerzos conscientes y voluntarios por focalizar, pensar y analizar los elementos amenazantes de la situación estresante, de forma repetitiva y pasiva; hasta los pensamientos intrusivos. A corto plazo supone una valoración secundaria de la situación, llegando a convertirse en desadaptativa si se mantiene a largo plazo.

7. *Desesperación y abandono*. Implica la renuncia al control de la situación, desde la aceptación resignada y pasiva, hasta la indefensión y la retirada impotente. Se asocia a una baja adaptación y ajuste social y emocional, así como a problemas de conducta.
8. *Aislamiento social*. La persona se retira y se desvincula de los otros, con la intención de no compartir o expresar lo relacionado con el hecho, ya sea información, percepción y sentimientos. Así como la idea de no ser comprendido por los demás.
9. *Regulación afectiva*. Implica realizar esfuerzos para expresar favorablemente lo relacionado con el hecho y rebajar el malestar.
10. *Búsqueda de información*. En un intento de manejar la situación, la persona se informa más sobre sus causas, consecuencias y significados, así como la forma de reaccionar ante ella.
11. *Negociación*. En situaciones que implican algún conflicto interpersonal, son intentos activos de persuadir y lograr algún arreglo favorable para ambas partes.
12. *Oposición y confrontación*. Expresión del enfado y desacuerdo abiertamente, incluye respuestas agresivas y de inculpación. Es común en situaciones que implican conflictos interpersonales.
13. *Rituales públicos, privados y de religión*. Muestra afectos positivos en el control de la ansiedad y con otros criterios de salud ante ciertas circunstancias y personas, normaliza la expresión emocional y saca provecho del apoyo social.

Del mismo modo, en el inventario propuesto por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989; en Cano, Rodríguez y García, 2007) se proponen ocho estrategias primarias del afrontamiento, las cuales se van derivando en estrategias adecuadas o inadecuadas y en las centradas en el problema o en la emoción:

1. Resolución de problemas. Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
2. Reestructuración cognitiva. Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
3. Apoyo social. Referidas a la búsqueda de apoyo emocional.

4. Expresión emocional. Encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
5. Evitación de problemas. Incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
6. Pensamiento desiderativo. Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera tan estresante.
7. Retirada social. Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.
8. Autocrítica. Basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

A pesar de que se formulan estrategias con un manejo adecuado o inadecuado del problema y la emoción, ninguna estrategia es por sí misma mejor que otra, sino que suelen ser más eficaces o ineficaces cuando se observan los resultados derivados de ellas a la larga (Cano *et al.*, 2007).

Por otra parte, durante el proceso del afrontamiento intervienen distintas variables que pueden inhibirlo, potenciarlo o desviarlo. En este sentido, el impacto de una situación amenazante y potencialmente estresante puede ser modulada de forma favorable o desfavorable a partir de los factores externos (recursos tangibles, apoyo social, otras situaciones simultáneas de estrés) e internos de la persona (estrategias de afrontamiento, variables de personalidad) (Vázquez *et al.*, 2000).

Los factores externos pueden afectar de forma directa en las capacidades de afrontamiento de un sujeto, o actuar como un amortiguador del efecto ante cualquier estresor; por ejemplo, disponer o no de recursos económicos ante el hecho de ser despedido del trabajo, pueden inhibir o potenciar el efecto estresor del suceso. Los recursos tangibles incluyen la educación, el dinero, el nivel de vida, entre otros; el apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otros, más que el número de personas cercanas; se pueden considerar como situaciones simultáneas de estrés las dificultades económicas, enfermedades crónicas o una relación difícil de pareja. Los factores internos incluyen la propensión a utilizar una

serie determinada de estrategias de afrontamiento en situaciones diversas, convirtiéndose en un estilo de afrontamiento adoptado por la persona; por ejemplo, personas evitadoras o confrontativas. Entre los factores de personalidad se incluyen la tolerancia a los estímulos de riesgo y estresores, el nivel de optimismo o pesimismo, el nivel de extraversión y franqueza, el sentido del humor, si la persona se recompensa a sí misma por su conducta y tiene la sensación de control sobre el efecto estresor (locus de control interno), confianza en sus propias capacidades de afrontamiento, sentido de coherencia, etc. (Aguado, *et al.*, 2004; Vázquez *et al.*, 2000).

En este sentido, el afrontamiento constituye una parte importante de las variables y del proceso que favorecen la capacidad de resiliencia (Mayordomo, 2013), un recurso interno que puede potencializarse en las personas envueltas en situaciones adversas para salir victoriosas de ellas.

El término *resiliencia* se utiliza para hacer referencia a la capacidad que tiene el sujeto de recuperarse rápidamente en circunstancias cambiantes y ante las dificultades, en pocas palabras, es el grado de tenacidad cognitiva que posee la persona (Béné, Cannon, Cupte, Mehta & Tanner, 2014; Naranjo, 2010). Lo que conlleva una capacidad de adaptación, es decir, cuando la persona se encuentra en situaciones adversas ha de combinar el conocimiento previo y la experiencia presente, realizar un ajuste (interno y externo) de la respuesta ante los cambios suscitados por la situación adversa, recuperarse y seguir proyectando hacia el futuro. También incluye la capacidad de transformar para crear un nuevo sistema cuando todas las adversidades han hecho insostenible el sistema existente.

En este recurso interno se incluyen el conjunto de habilidades, capacidades, comportamientos y acciones de un sujeto para anticipar, amortiguar, adaptar, afrontar y recuperarse, oportuna y eficazmente, de los efectos de las adversidades (Amar, Kotliarenko y Abello, 2003; Béné *et al.*, 2014; FICR, 2012). No sólo es la capacidad de recuperarse sino de avanzar, es decir, recuperar el estado previo y al mismo tiempo perfeccionar las capacidades para soportar mejor las tensiones futuras (ULI, 2013). Es la posibilidad de prosperar, mejorar o reorganizarse de manera saludable en respuesta al estrés, llegando a ser menos vulnerables en caso de nuevas amenazas y situaciones estresantes.

En este punto, cabe mencionar la contribución que Naranjo (2010) hace al constructo de la resiliencia, desde sus bases neurales y neurobioquímicas. Estas bases se encuentran vinculadas con la autorregulación de vivencias estresantes en forma de recuerdos, donde interviene la neocorteza cerebral y, a nivel subcortical, el complejo amigdalino (encargado del procesamiento y almacenamiento de reacciones emocionales), el hipocampo (funciones de inhibición, memoria y espacio) y el locus cerúleo (región involucrada en la respuesta al pánico y al estrés), así como algunas sustancias hormonales y neurotransmisoras que favorecen o perjudican la respuesta a las adversidades.

Por ejemplo, durante situaciones amenazantes y eventos traumáticos, se libera cortisol como respuesta al estrés para regular el estado del cuerpo a sus niveles normales. Sin embargo, ésta hormona en concentraciones elevadas y por periodos largos atenta contra el comportamiento resiliente, perjudicando el desarrollo normal, la reproducción, la respuesta inmunológica y los estados anímicos. Además, la liberación de cortisol en el torrente sanguíneo bloquea la producción de testosterona durante los procesos de estrés, y si ésta hormona se encuentra por debajo de los niveles normales provoca, a su vez, una reducción de la capacidad atencional, disminución de la proactividad y deterioro de la autoconfianza, pobre asertividad, estados de ánimo pasivos, depresión, disfunciones sexuales y poca creatividad (Naranjo, 2010). Estas son solo algunas de las funciones internas que el cuerpo lleva a cabo durante la exposición a múltiples estresores.

Por lo que se refiere a los tipos de respuesta que las personas presentan ante circunstancias y eventos adversos, se desprenden dos categorías principales: a) *personalidades poco o no resilientes*, con pobre o ninguna tenacidad cognitiva, la persona padece frecuentes y muy intensos episodios de reactivación de la memoria consciente del momento estresante, en forma de pensamientos compulsivos e intrusivos; y b) *personalidades pro-resilientes o con tenacidad cognitiva*, la persona es capaz de sobreponerse y superar los momentos de dolor emocional o contratiempos, incluso de salir fortalecidos de la experiencia negativa con firmeza de ánimo (Naranjo, 2010). Sin embargo, en cualquier persona se puede fortalecer la resiliencia, con el fin

de aumentar su capacidad para resistir a los efectos de cualquier adversidad, puede desarrollarse en la anticipación de adversidades inevitables (Amar *et al.*, 2003).

Algunos de los principales recursos que potencian la resiliencia son (Béné *et al.*, 2014; Mayordomo, 2013):

- a) *Control personal*. Esfuerzos por regular el curso de la vida y el ambiente, relacionado con las conductas que la persona lleva a cabo para establecer y modificar sus metas personales, optimizar sus motivaciones y recursos emocionales, así como realizar lo necesario para alcanzarlas. También implica mantener un control sobre el propio ambiente.
- b) *Autoeficacia*. Creencia que tiene la persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. Influye en cómo la persona siente, piensa y actúa, por lo que un bajo sentido de autoeficacia se asocia con depresión, ansiedad y desamparo; un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de la información y el desempeño cognitivo, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura, 1995, 1997, 2001; en Mayordomo, 2013).
- c) *Autoestima*. Actitud de la persona respecto a ella misma, incluyendo juicios de valor sobre la competencia autopercebida y los sentimientos asociados; supone que la persona es consciente de sí misma y de su conducta, dueño de sus propios actos. La creencia en las propias posibilidades es un importante recurso psicológico de afrontamiento, ya que en situaciones de amenaza o en experiencias de fracaso, la persona con alta autoestima tiende a utilizar estrategias orientadas a la aceptación, evitación o a minimizar el estrés.
- d) *Emociones positivas*. Se relacionan con una organización cognitiva más abierta, flexible y compleja y con la habilidad para integrar distintos tipos de información, obteniendo como resultado maneras más creativas de solución de problemas, así como toma de decisiones y juicios más acertados y sensatos. Lleva a estados mentales y modos de comportamiento que indirectamente preparan a la persona para enfrentar con éxito dificultades y adversidades venideras.

- e) *Optimismo*. Involucra componentes cognitivos, emocionales y motivacionales. Remite a expectativas positivas y objetivos hacia el futuro, relacionada con la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar.

A nivel institucional, impulsar la resiliencia tiene como objetivo fortalecer aquellas ventajas humanas, psicológicas, sociales, financieras, físicas, naturales o políticas que poseen las personas y las comunidades; se puede asociar con oportunidades de cambio y transformación después de una perturbación (FICR, 2012), como en las situaciones de emergencia o desastre.

En este sentido, la resiliencia no es sólo la capacidad de responder de inmediato a los eventos adversos, sino que es un proceso de adaptación positiva antes, durante y después del evento (FICR, 2012). Antes de la ocurrencia del evento, la resiliencia se enmarca en el manejo integral de los riesgos mediante la promoción y la prevención de las situaciones y daños latentes, así como la planificación de tareas, sobre todo de capacitación e información. Durante y después del evento, sólo se espera la preservación de la vida llevando a cabo métodos de rehabilitación y readaptación junto con trabajos de recuperación y reconstrucción (Naranjo, 2010). Readaptar el funcionamiento individual y colectivo es, en esencia, volver a la resiliencia o adquirirla para quienes no eran resilientes.

En definitiva, se concede un papel fundamental a los factores personales como variables determinantes en la experimentación de eventos estresantes y traumáticos para cualquier persona y para el personal que atiende las urgencias médicas y los desastres, así como la importancia que tienen las habilidades emocionales al atenuar o agravar el impacto de dichos eventos (Moreno, 2006; Moreno, Morett, Rodríguez y Morante, 2006; Moreno, Morante, Rodríguez y Rodríguez, 2008).

1.4 Alteraciones y trastornos mentales comunes

Como ya se ha dicho, las emergencias y los desastres suponen para cualquier persona un corte abrupto de la vida diaria, afectando su entorno físico, individual, social y familiar; y el personal paramédico no se encuentra exento de ello, por las condiciones

extremas en las que labora. Erróneamente se cree que debido a su exposición constante a estos eventos son cada vez menos vulnerables a padecer sus consecuencias, formando una especie de habituación, sin embargo, cabe decir que hay muchos otros factores en juego.

Las alteraciones que presentará el personal paramédico, como consecuencia de una emergencia o desastre, estarán en función de los factores relacionados con el evento (tipo, intensidad, dimensión, duración, conocimiento previo), los relacionados con la persona (experiencia previa o presente, antecedentes mentales o biofisiológicos, sistemas de apoyo, cuestiones sociodemográficas, recursos personológicos), y los relacionados con la comunidad (exigencia de normas, cuidado del medio, nivel de preparación) (Ventura, 2011). Algunos criterios que permiten determinar una expresión emocional como sintomática son el sufrimiento intenso, las complicaciones asociadas (por ejemplo, una conducta suicida), las afectaciones del funcionamiento social y cotidiano de la persona, y su prolongación en el tiempo.

Las reacciones inmediatas ante las emergencias y desastres, en su gran mayoría, son las que se esperan de cualquier persona; es decir, aun cuando son reacciones intensas de sufrimiento psicológico y requieren atención psicosocial, no suelen ser patológicas y se resuelven en poco tiempo. Quizá la mayor evidencia de daño psicológico sea la aparición de síntomas que indican la presencia de algún trastorno (psicosis aguda, estrés postraumático, etc.), no obstante, las alteraciones pueden ser –y frecuentemente lo son– mucho menos ruidosas y evidentes, aunque no por eso menos importantes (Rubio, 2011).

En la Tabla 2 se muestran algunas de las alteraciones que pueden estar padeciendo los paramédicos y que no son tan evidentes, ni para ellos ni para quienes conviven con ellos (Ventura, 2011):

Tabla 2. Reacciones no tan evidentes en el personal de primera respuesta

En lo individual	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas como hiperactividad, aislamiento, dificultades en la concentración, fatiga e irritabilidad, insomnio, dificultades para resolver el estrés y otros. • Presencia de trastornos psicósomáticos de diversos tipos. • Dificultades en la comunicación con los demás. • Pérdida de la confianza en sí mismo y autoestima.
------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación con la experiencia traumática del otro. • Cambios en el estilo de vida. • Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
En el equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en las dinámicas internas del equipo, en aspectos como la comunicación, solución de problemas y conflictos interpersonales. • Formación de subgrupos por alianzas contradictorias y subvaloración de los roles y funciones de los otros.
En la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del desempeño de roles en la dinámica familiar. • Subvaloración de las dificultades de la familia al ser comparadas con la situación de las víctimas del desastre. • Surgimiento de dificultades en el funcionamiento familiar y social, como pueden ser chantajes afectivos, creación de problemas y situaciones desagradables.

Nota: Reacciones del personal paramédico que suelen pasar desapercibidas o no son tan evidentes e indican la presencia de una alteración psicológica importante. Recopilación tomada de Ventura (2011), pp. 68.

Rubio (2011) sugiere tomar como estructura psicológica a la vida cotidiana y a sus desequilibrios como afectaciones directas ante la ocurrencia de una emergencia o desastre. La cotidianidad será el espacio y tiempo en que se manifiestan directa e inmediatamente las relaciones sociales, representaciones, actividades, formas de satisfacer las necesidades, en función de la cultura y el momento histórico, regulando la vida de la persona; configura sus condiciones concretas de existencia. A pesar de las ventajas que supone para el desempeño diario, priva a la persona de la posibilidad de considerar otras formas de vivir o de satisfacer otras necesidades inesperadas, haciéndola poco o nada flexible, vulnerable e incapaz de adaptarse a situaciones donde se imponen cambios súbitos y severos.

Por ejemplo, vivir una catástrofe natural afecta los soportes emocionales y los referentes de la realidad en la persona, constituyendo una amenaza a su capacidad de autonomía y su sentido de pertenencia, al no poder desarrollarse de modo adecuado al nuevo medio en el que está inmerso (Mardones, 2010).

Por otra parte, se distinguen las diferentes manifestaciones psicológicas de acuerdo con las etapas del impacto. Ventura (2011) menciona que, en la etapa del “*preimpacto*”, el conocimiento previo y la preparación para la ocurrencia del evento son de gran importancia. Mardones (2010) agrega que, en ocasiones, la falta de información acerca de las posibles afectaciones psicológicas después de una situación

traumática y estresante, así como la falta de comprensión de las mismas y la confusión que se genera, pueden propiciar que se compliquen tempranamente, con secuelas y sufrimiento extra.

Durante la etapa del “*impacto*” pueden experimentar angustia, miedo, preocupación, lentitud del pensamiento, confusión, desorientación, desorganización de la conducta, falta de decisión, dificultades en la percepción del tiempo, cambios en los ritmos de sueño, problemas con el apetito y falta de energía, temor por la seguridad propia o la de otros, y una actitud responsable, activa y con actos de solidaridad. En la etapa “*postimpacto*”, semanas y meses después, presentan tristeza, irritabilidad, ansiedad, frustración, rabia, sentimientos de culpa y conductas disociales, desamparo e indignación (Ventura, 2011).

A nivel de trastornos mentales –ya no sólo como manifestaciones psicológicas– los más frecuentes en los paramédicos son el consumo de sustancias, los trastornos que afectan el humor, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático, el síndrome de estrés traumático secundario, la ideación y conducta suicida, los trastornos disociativos y de conversión, el trastorno psicótico agudo, la depresión grave y los estados de pánico. A continuación, se ofrece la siguiente descripción de algunos de estos trastornos.

1.4.1 Consumo de sustancias.

La huida o la evitación de todo lo relacionado con el suceso es una respuesta común en la mayoría de las personas que han atravesado un evento traumático, no obstante, puede llegar a interferir significativamente con el funcionamiento normal de la persona cuando se generaliza a otras situaciones o elementos que no tienen una relación directa con el evento traumático.

En este sentido, es frecuente el uso de drogas, alcohol o tabaco como un medio para huir y ocultar la ansiedad asociada al evento traumático. En ocasiones esta estrategia de huida no permite que la persona reciba la ayuda adecuada y prolonga los malestares derivados del trauma (Puchol, 2001).

1.4.2 Trastorno por estrés agudo.

Este trastorno es uno de los más frecuentes como consecuencia de eventos traumáticos. Es clasificado en el DSM-5 y en el CIE-10 entre los trastornos de adaptación. Existe una relación temporal, clara e inmediata, entre el impacto de un desastre y la aparición de los síntomas de este trastorno, los que desaparecen después de las 48 a 72 horas. Su tratamiento adecuado permite evitar complicaciones psicológicas posteriores, las intervenciones deben ser brindadas de forma segura y oportuna, e ir dirigidas a mitigar la angustia.

De acuerdo con el nivel de intensidad y la presencia de síntomas, se clasifica en ligero, moderado o grave (Ventura, 2011). Los síntomas pueden pasar de estados pasivos a exaltados y viceversa, con un estado inicial de embotamiento, depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento. De este estado se puede pasar a un mayor grado de estupor disociativo, agitación e hiperactividad. Los pacientes presentan manifestaciones de ansiedad físicas como taquicardia, sudoración, rubor, así como tensión, angustia e intranquilidad. También expresan tristeza, un duelo excesivo e incontrolable, aislamiento social, irritabilidad, desorientación, estrechamiento de la conciencia y amnesia posterior parcial o total.

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2013) reconoce tres tipos de estrés severo que afecta a personas que trabajan en conflictos armados y en otras emergencias, estos pueden ser dañinos si no se reconocen y se tratan debidamente: a) el estrés básico, como resultado de un cambio abrupto en un contexto poco familiar; b) el estrés acumulativo, suele ser previsible, es causado por diversos factores, incluyendo la preocupación por la propia seguridad; y c) el estrés traumático, causado por un hecho inesperado y violento, acompañado por una amenaza de daño físico o psicológico contra uno mismo o contra otros cercanos.

El CICR (2013) define al trastorno por estrés postraumático como una respuesta tardía a un trauma psicológico agudo. Y considera que, tanto el estrés traumático como el trastorno por estrés postraumático requieren ayuda profesional inmediata.

El tratamiento farmacológico para el trastorno por estrés agudo incluye el empleo de propanol e hipnóticos, medicamentos que han demostrado ser útiles en la

disminución de la sintomatología. Otros tratamientos combinados emplean la imipramina junto a una intervención psicoterapéutica, destinada a que la persona exprese emociones, sentimientos, sea comprendido y reconozca los síntomas como reacciones de las circunstancias traumáticas, lo que le permite una adecuada exploración emocional; dicho tratamiento también demostró ser efectivo para evitar complicaciones psicológicas posteriores (Ventura, 2011).

1.4.3 Ideación y conducta suicida.

Gran parte de las personas atraviesan episodios depresivos después de experimentar un evento traumático, acompañados de pérdida de interés por las actividades, disminución de la autoestima y, en los casos más graves, ideaciones suicidas recurrentes (Puchol, 2001). La ideación suicida se relaciona con la presencia de sentimientos de culpa por haber fallado o haber sobrevivido, sobre todo cuando el evento se produjo por factores humanos. La clave es identificar el riesgo suicida, sus síntomas y signos, garantizar la seguridad de la persona y decidir el seguimiento adecuado.

Ventura (2011) hace referencia a los siguientes factores de riesgo de la conducta suicida: la naturaleza de las contingencias psicosociales vividas, ideas suicidas estructuradas con un plan desarrollado y los medios para ejecutarlo, la existencia de trastornos psíquicos (en especial la depresión grave), intentos suicidas previos, encontrarse en los extremos de la vida (niñez, vejez), alto grado de exposición al evento o haber sufrido pérdidas de gran magnitud, falta de apoyo social y familiar, consumo de alcohol u otras sustancias que limitan la capacidad de autocontrol, cambios bruscos en los hábitos, valores y comportamiento, dificultades socioeconómicas, padecimiento de enfermedades crónicas e invalidantes.

1.4.4 Trastornos disociativos o de conversión.

Se caracteriza por una alteración de las funciones integradoras de la identidad, la memoria o la conciencia. Es frecuente que se presente como estupor (estado de

inconsciencia parcial), que se diagnostique por la disminución profunda o ausencia de motilidad voluntaria y la respuesta a estímulos externos. Se presenta de manera súbita en el momento en el que se tiene la vivencia de una situación traumática, lo que puede hacer peligrosa la permanencia de la persona en lugares de riesgo; por ejemplo, durante una emergencia o desastre.

La conciencia es la que ejerce un considerable grado de control sobre los recuerdos, las sensaciones y los movimientos. La persona puede presentar síntomas físicos que no tienen causa biológica aparente y que son poco frecuentes; como ataques epileptiformes, crisis de excitación que puede llegar a la agitación, amnesia, estado de trance o pérdida de conciencia, insensibilidad al tacto, trastornos visuales, parálisis, pérdida de la voz, confusión de identidad, estados de “posesión”, entre otros. Estos síntomas pueden ser dramáticos y desaparecer con la misma rapidez con que comenzaron sin dejar secuela o persistir (Ventura, 2011).

Las acciones que deben seguirse son a fin de proteger a la persona, restringirlo y mantenerlo bajo vigilancia extrema, remitirlo para una valoración psiquiátrica. El tratamiento farmacológico inmediato para la excitación es la administración de clorpromacina y difenhidramina.

1.4.5 Trastorno psicótico breve.

Como consecuencia de experiencias traumáticas intensas pueden presentarse ocasionalmente cuadros agudos de corta evolución o descompensaciones de psicopatologías preexistentes, ya que no se ha demostrado que a causa de las emergencias o desastres exista un aumento en la incidencia de psicosis.

Para su diagnóstico se deben descartar las causas orgánicas, pues en esas circunstancias la persona pudo haber recibido un trauma craneoencefálico o padecer una enfermedad infecciosa o tóxica, es preciso que la persona recupere su nivel de funcionamiento premórbido. Se caracterizará por síntomas psicóticos que duran de un día a un mes. Las acciones a seguir deberán ir encaminadas a cuidar la seguridad e integridad de la persona y de quienes lo rodean, emplear fármacos antipsicóticos,

hacer partícipe a la familia de la situación para mantener la vigilancia, reducir al mínimo la ansiedad, la inquietud y la excitación (Ventura, 2011).

1.4.6 Estados de pánico.

Es poco frecuente, pero se observa en circunstancias en las que la persona se ve imposibilitada de huir o mientras está siendo expuesta a elementos relacionados con el evento traumático. Se instaura de manera brusca o progresiva y se caracteriza por un alto nivel de tensión, miedo y angustia que se torna intensa e incontrolable, con desorganización de la conducta que puede resultar violenta y temeraria, acompañada de síntomas fisiológicos como taquicardia, sudoración, náusea, temblores, etc. (Puchol, 2001; Ventura, 2011).

Es una respuesta desproporcionada que tiende a propagarse y llegar a ser colectiva. La falta de control y la incertidumbre en eventos causados por factores humanos aumentan el riesgo de pánico. Lo más frecuente es que las personas presenten ansiedad, temor, intranquilidad o inseguridad antes de llegar al pánico.

Ya que este estado se presenta durante el curso del evento traumático, es poco frecuente que la persona pueda recibir atención especializada, por lo que Ventura (2011) propone que se persuade a la persona de que lo que le sucedió es transitorio, manejable y relacionado con la situación que ha estado experimentando. Se intentará controlar la ansiedad con ejercicios de relajación y de respiración, así como acompañamiento. Se emplean ansiolíticos en los casos que son necesarios y que se tengan a la mano.

1.4.7 Síndrome de aflicción por catástrofe y síndrome del superviviente.

El síndrome de aflicción por la catástrofe se presenta en personas que han sufrido pérdidas considerables (seres queridos, compañeros, materiales, de sustento) que se manifiestan con tristeza, ira, ansiedad, nostalgia, preocupación, sentimiento de desgracia, dependencia, aislamiento o incremento de la apatía. A veces se vuelve crónico y puede aparecer en forma de profunda depresión (Ventura, 2011).

Consta de tres fases, la primera consiste en un estado de choque que dura minutos u horas con manifestaciones de disociación; en la segunda fase hay un estado de dualidad; y en la tercera se presenta euforia, por el hecho de haber sobrevivido, un intenso espíritu de solidaridad con posibles actos delictivos.

El síndrome del superviviente se presenta en los años posteriores a la emergencia o desastre, con irritabilidad, ira y agresión, acompañadas de trastornos físicos como hipertensión, cefaleas por tensión, trastornos gastrointestinales. Los porcentajes de mortalidad aumentan entre los supervivientes. El sentimiento de culpa es muy frecuente.

Fritsch (2012) considera que la atención psicológica que se brinde a personas con trastornos mentales debe ser especializada y multisectorial. Debe existir un apoyo técnico para la ejecución de actividades específicas, sesiones de psicoterapia individual, equipos multidisciplinarios (psiquiátrica, psicológica, médica y social), grupos de discusión terapéuticos, grupos comunitarios de apoyo, visitas a domicilio y educación terapéutica para los afectados y sus familias.

En resumen, los paramédicos están expuestos constantemente a circunstancias estresantes y traumáticas que, de no contar con los recursos internos necesarios (estrategias de afrontamiento, resiliencia y factores potenciadores) aunado a la presencia de diferentes factores externos (experiencias traumáticas previas o simultáneas, falta de apoyo social, falta de recursos materiales, antecedentes de enfermedades, los relacionados con el evento, etc.), los hacen susceptibles a desarrollar múltiples afectaciones cognitivas, conductuales, emocionales y físicas que aparentemente pasan desapercibidas pero si no se atienden el efecto acumulativo puede desencadenar diferentes síndromes y trastornos psicológicos, suponiendo un corte abrupto del funcionamiento normal en sus esferas individual, social, familiar y laboral.

Capítulo 2. Trastorno por estrés postraumático

El estrés es una reacción normal de los seres vivos, considerada una forma de autoprotección, útil ante las situaciones que lo disparan. Sin embargo, en ocasiones un evento o situación en particular –y para ciertas personas– puede dar lugar a niveles más altos y graves de estrés, interfiriendo en el desarrollo de la vida cotidiana. Por lo que se hace necesario el diagnóstico y tratamiento oportunos.

2.1 Definición y antecedentes

El término *trastorno* tiene sus orígenes del latín *trans-*, *tras-*, que se refiere a “de una parte a otra”, “de abajo arriba”, “de un lado a otro” o “al otro lado”, y de *tornare* que se refiere a “girar”, “voltear”, “trepanar”, “tornear”, “labrar con un trepano o un torno” o “mudar de estado”, también relacionado con “triturar” (Gómez de Silva, 1988; DRAE, 1992). En el diccionario de la Real Academia Española se encuentra el término *trastornar* como: “tr. volver una cosa de abajo arriba o de un lado a otro // invertir el orden regular de una cosa // fig. inquietar // fig. perturbar el sentido, la conciencia o la conducta de uno, acercándolos a la anormalidad // fig. inclinar o vencer con persuasiones el ánimo o dictamen de uno, haciéndole deponer el que antes tenía” (DRAE, 2001).

En su uso común se entiende *trastornar* como sinónimo de “perturbar”, para referirse a algo que desordena o revuelve las cosas; algo que produce en cualquier cosa un cambio perjudicial; frustrar planes, proyectos, etcétera; alterar la normalidad de la vida de una persona o de su estado físico o moral; algo que altera la normalidad del estado mental de alguien, causándole la locura o un estado semejante, menos grave o pasajero; gustar mucho a alguien una cosa; causar un enamoramiento vehemente en una persona; perder la cabeza, sacar de quicio o de las casillas a alguien (Moliner, 1977).

En suma, se entenderá entonces como algo que saca del estado normal a un cuerpo o una situación. Se distinguen así los trastornos que surgen como efecto y causa de estímulos que vienen del exterior y afectan de manera tangible un cuerpo,

de manera material; y los trastornos que tienen su origen ya sea del exterior o del interior y afectan de manera no tangible ni material un cuerpo, sino en los procesos psíquicos, observables sólo en una manifestación externa de conducta. Sin embargo, los conocimientos actuales indican que hay mucho de “físico” en los trastornos mentales y mucho de “mental” en los trastornos físicos (*DSM-5*, APA, 2013).

En su uso más técnico, se aplica el término trastorno físico para hablar de la salud física en general, principalmente en ramas de la medicina. En la psicología se hace uso del término trastorno mental para referirse a alteraciones del sentido, la conciencia o la conducta; alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología. En algunas fuentes de uso popular, pero con énfasis en la psicología, se le define como desequilibrio del estado mental de una persona.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*DSM-5*, APA, 2013) el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Éste no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular, es decir, dentro de la norma socialmente establecida. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica poco común que interfiera con el funcionamiento normal de la persona. Ni el comportamiento desviado (como el político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. De este tipo de trastornos se dedica principalmente el psicólogo, y su tratamiento será con el uso de técnicas psicoterapéuticas.

Por otra parte, la palabra *estrés* viene derivada directamente del inglés *stress*, para referirse a términos aplicados de ingeniería mecánica, principalmente a “tensión” (Cuyás, 1972); la que es entendida desde la mecánica como la “fuerza de tracción a la que está sometido un cuerpo”, a su vez, se concibe “tracción” como un “esfuerzo interno a que está sometido un cuerpo por la aplicación de dos fuerzas que actúan en sentido opuesto, y tienden a modificar su materia”, cuando desaparece el esfuerzo de

tracción, el cuerpo puede recuperar su forma primitiva o permanecer con las deformaciones permanentemente (DRAE, 2001).

Esta definición se usa por analogía en la medicina; en la que se entiende como la “situación de un individuo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar”; “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves” (DRAE, 1992; 2001).

Así, el cuerpo al que se le aplica fuerza es el individuo y dicha fuerza será entendida como una exigencia de trabajo superior al normal o como situaciones agobiantes, cuya tendencia a modificar la materia sobre la que actúa pone en riesgo al individuo de adquirir reacciones psicósomáticas o trastornos graves, con la posibilidad de que recupere su estado inicial o que las modificaciones sean permanentes en el individuo.

En el Merriam-Webster (1976) se define estrés como un factor de la vida al que un individuo no puede hacer una adaptación satisfactoria, y provoca tensiones fisiológicas que pueden ser una causa contribuyente para adquirir una enfermedad.

Trucco (2002) maneja el estrés como el “conjunto de procesos y respuestas neuroendócrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. La amenaza puede ser objetiva o subjetiva; aguda o crónica”. Los eventos estresantes llegan al sistema nervioso central en forma de estímulos sensoriales o viscerales, cuando el estímulo es catalogado como amenazante se inicia una respuesta autónoma y neuroendócrina, liberándose cortisol, adrenalina y noradrenalina, así como citoquina, que torna al individuo más susceptible a las enfermedades pues disminuye la respuesta inmunológica (Verduzco y Tovar, 2012).

Desde el punto de vista psicológico, se considera que el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación es el principal factor; por tanto, puede producirse estrés cuando la discrepancia que existe entre las expectativas que la persona tiene y lo que su realidad ofrece es significativa (Trucco, 2002; Echeburúa, Corral y Amor, 2000).

Por último, el término *trauma* del griego *traûma*, *τραῦμα*, que se refiere a “herida” o “lastimadura”, del indoeuropeo *trau-* referente a “lastimar” o “perforar”, también relacionado con “trituras” (Gómez de Silva, 1988). Con la raíz *trō-* se encuentran otros términos como “agujero”, “a través de”, “más allá de”, “de un lado a otro” y “frotar” (Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico, 2011).

La medicina lo toma tal cual para referirse a “herida”, “golpe” o “contusión” (Sainz de Robles, 1981), así trauma será relativo a heridas físicas o a choques emocionales (Gómez de Silva, 1988). En medicina se identifica como paciente traumatizado a alguien que ha sufrido heridas serias que ponen en riesgo su vida y que pueden resultar en complicaciones secundarias tales como estado de choque, paro respiratorio y muerte. En esta rama también se usa el término postraumático, para referirse a las complicaciones secundarias y a las secuelas que dejó el traumatismo en alguien que sobrevivió al mismo.

En términos generales, desde un punto de vista psíquico, el trauma se entiende como un “choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente”, una “emoción o impresión negativa, fuerte y duradera” (DRAE, 2001). Se entiende como un evento que amenaza profundamente el bienestar o la vida de un individuo, como a la consecuencia de ese evento en el aparato o estructura mental o vida emocional del mismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un evento traumático como un suceso que se origina de forma sorpresiva, inexplicable y brutal, que repentinamente conduce a una amenaza para la integridad propia o de terceros, el suceso se encuentra fuera de las experiencias cotidianas del sujeto y sobre el cual no se puede ejercer ningún control (Abbene, 2009).

Finalmente, conjugando estas conceptualizaciones, se va a entender al *trastorno por estrés postraumático* como una alteración del sentido, la conciencia o la conducta tras un evento repentino que amenaza el bienestar o la vida del individuo, en donde el individuo no pudo hacer una adaptación satisfactoria de la experiencia, pues esta rebasa sus expectativas; lo que lo lleva a tener una disfunción comportamental, psicológica o biológica, con la posibilidad de que recupere su estado inicial o que las modificaciones sean permanentes en él (Lorenzo y Guerrero, 2017).

Como orígenes del concepto debemos recurrir a Edouard Stierlin, quien en 1906 analizó una muestra compuesta por mineros que habían sufrido un grave accidente, o que estuvieron cerca del mismo; y en 1907 estudió la población de la ciudad de Messina (Italia) donde se había producido un terremoto pocos meses antes, encontrando que un 25% de los sobrevivientes sufrían alteraciones del sueño y pesadillas. Estos hallazgos planteaban la existencia de cierta vulnerabilidad más que una predisposición a padecer la enfermedad. La hipótesis que defendió Stierlin fue que la causa del trastorno era el acontecimiento traumático, pero que existía vulnerabilidad a padecer la enfermedad. Este modelo se acepta en la actualidad y se ha confirmado en estudios más recientes.

Por su parte, la doctrina psicoanalítica ha explicado la sintomatología neurótica como desencadenada a partir de conflictos en el inconsciente, y esto era aplicable tanto a la enfermedad postraumática como a otros trastornos de ansiedad; en los primeros trabajos sobre la histeria, se utilizó el concepto de inconsciente para hacer referencia a un lugar de la psique donde se almacenan los acontecimientos con una gran carga afectiva. Sigmund Freud (1856-1939) ya se había interesado anteriormente en este tema, pero fue durante la Primera Guerra Mundial que reavivó el interés por las neurosis traumáticas, y postuló que su origen se encontraba en pulsiones sexuales que eran reprimidas durante los conflictos de la fase edípica. En ese momento no hizo mucho hincapié a que el origen de este trastorno pudiera estar en el acontecimiento traumático, sino más bien en los conflictos durante la infancia. Freud desarrolló dos modelos separados de neurosis traumática; el primero es la situación insoportable y el segundo el impulso inaceptable, en el que los síntomas se originan en la movilización de los mecanismos de defensa. Consideró que la compulsión a la repetición de conductas de estos sujetos se debe a la represión de los recuerdos o conflictos infantiles, y es por ello que se ven obligados a repetir el material como una experiencia actual en lugar de recordar un suceso perteneciente al pasado (Calcedo, 2000).

Abram Kardiner (1909-1983) comenzó su carrera tratando veteranos americanos de la Primera Guerra Mundial, intentó dar una explicación del trastorno siguiendo la doctrina freudiana pero ésta no le resultó satisfactoria, por ello se dedicó

a reanalizar sus muy cuidadosas observaciones clínicas, y poco después de estallar la Segunda Guerra Mundial, publicó su obra "*The traumatic neuroses of war*". En sus estudios observó que los enfermos de neurosis traumática desarrollan un grado de vigilancia anormal, y una sensibilidad excesiva respecto a estímulos amenazantes del entorno. Esto era algo que ocurría en el campo de batalla, pero que también persistía en las fases crónicas de la enfermedad. Por ello, afirmó que el origen de la neurosis traumática era una fisioneurosis donde la alteración principal reside en los mecanismos que regulan el grado de alerta de la conciencia. Además, describió cómo estos pacientes tenían una concepción alterada de la relación de sí mismos respecto al mundo; esto se debía a que se sentían fijados al acontecimiento traumático que habían sufrido, presentaban alteraciones importantes del sueño, reacciones de alarma y episodios de agresividad de carácter explosivo. Al igual que otros autores, Kardiner señaló que muchos de sus pacientes tendían a comportarse del mismo modo que si estuvieran experimentando el trauma de una manera real.

Cabe resaltar que algunos estudios han demostrado que los sobrevivientes de los campos de concentración presentan mayor mortalidad y mayor morbilidad en muchas enfermedades, incluyendo las psiquiátricas (Calcedo, 2000; Trucco, 2002). Por ello se acuñó el término "síndrome del campo de concentración"; este concepto incluía no sólo los síntomas que se conocen actualmente del trastorno por estrés postraumático, sino también marcados cambios de personalidad. También se han descrito cuadros similares en marineros que han pasado largo tiempo embarcados, el llamado "*War Sailor Syndrome*".

El psicoanalista Henry Krystal (1969-1970), que estudió el efecto a largo plazo de los traumas masivos en las víctimas de los campos de concentración, considera que la experiencia nuclear en este grupo es la rendición, aceptando la muerte y la destrucción como inevitables. Teorizó que el estado de hiperalerta evoluciona a un progresivo bloqueo de las emociones, inhibición conductual y desdiferenciación de los sentimientos; consideró que un elemento esencial de los sobrevivientes del campo de concentración era el manejo de los sentimientos; por último, encontró que los enfermos con neurosis traumática presentan una alteración en la capacidad de identificar sus estados corporales y relacionarlos con un estado de ánimo concreto.

Posteriormente, durante la década de los años setenta, se produjeron avances importantes en dos ámbitos cuya consecuencia fue la introducción del concepto en el DSM-III. Estos dos acontecimientos fueron, por un lado, la descripción psicopatológica de las mujeres víctimas de una violación y, por otro lado, el retorno de los veteranos de la guerra de Vietnam.

En 1974, Burgess y Holstrom describieron el “síndrome de mujer violada”; destacaron que las terribles pesadillas y flashbacks que experimentaban estas mujeres eran muy parecidos a los que habían sido descritos en soldados expuestos al combate.

Los profesionales en el área revisaron textos en diversas poblaciones y al constatar la alta coincidencia, se empezó a presionar para que la enfermedad se introdujera como una nueva categoría diagnóstica en el DSM-III. Los diversos síndromes que se estaban estudiando ampliamente (mujer violada, mujer maltratada, niño maltratado y veterano de Vietnam) se incluyeron en la misma categoría: trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Calcedo, 2000).

En la actualidad, este trastorno ya no se limita a los excombatientes, a las personas torturadas, a los sobrevivientes del terrorismo o a las mujeres agredidas sexualmente, sino que se extiende a diversos casos, por ejemplo, a víctimas de violencia familiar, a los accidentados de tráfico e incluso a las personas diagnosticadas con enfermedades mortales o incurables (Echeburúa *et al.*, 2000).

2.2 Sintomatología y cuadro clínico

El trastorno por estrés postraumático es un síndrome que sobreviene después que una persona presencia o experimenta un acontecimiento estresante y extremadamente traumático o escucha sobre éste en alguien cercano, también incluye si la exposición fue repetida o extrema a detalles en carne propia. Sin embargo, el acontecimiento no tiene que encontrarse necesariamente fuera del marco habitual de la experiencia humana. En donde la persona se ve envuelta en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física, o la de otros; la persona es testigo de un acontecimiento donde se producen heridas graves, daño

serio o peligro de muerte, suicidio, asalto sexual, accidentes, desastres o guerras, muertes inesperadas o violentas (*DSM-5*, APA, 2013).

Los aspectos nucleares de este cuadro clínico son (Abbene, 2009; Echeburúa *et al.*, 2000; Verduzco y Tovar, 2012):

- reexperimentación e intrusión del suceso traumático, en forma de pesadillas, imágenes y recuerdos angustiosos recurrentes e involuntarios;
- reacciones disociativas como si el suceso se repitiera, que puede llegar hasta la pérdida completa de conciencia del entorno presente;
- evitación conductual y cognoscitiva de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático, así como reacciones de miedo, indefensión y desapego acompañadas de malestar psicológico intenso y prolongado;
- estado de hiperactivación (hiperexcitación), que afecta la capacidad de respuesta, donde se presentan dificultades de concentración, irritabilidad, ira y agresión sin ninguna provocación, comportamiento autodestructivo, problemas para conciliar el sueño y reacciones fisiológicas intensas;
- alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, como amnesia disociativa, creencias negativas sobre uno mismo, los demás o el mundo, sentimientos de culpa, retraimiento social, pérdida del interés, aplanamiento afectivo.

Estas alteraciones causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento de la persona. Con una persistencia de más de un mes del cuadro sintomático completo (*DSM-5*, APA, 2013).

Cuando se tienen dos grupos de personas que han vivido un mismo suceso, pero un grupo con el trastorno y el otro no, y se comparan sus recuerdos, existen notables diferencias. Los que no padecen el trastorno han asimilado los recuerdos y han reelaborado los hechos que ocurrieron realmente, este es un mecanismo normal de adaptación; por otro lado, en quienes sufren el trastorno el recuerdo no ha sido adaptado, y siguenteniéndolo presente con la misma viveza y sensación de realidad que si acabara de ocurrir.

Las personas afectadas tienen una gran capacidad para verbalizar y describir el acontecimiento traumático, pero no son capaces de explicar con detalle lo que ocurrió, aunque sí pueden explicar los sentimientos asociados al evento (Calcedo, 2000). Sin embargo, otros autores señalan totalmente lo contrario, y hablan de una amnesia disociativa, que lleva a la imposibilidad de recordar cualquier información relacionada con el evento traumático; la que explican por los sentimientos de vergüenza y culpabilidad, y una percepción distorsionada del evento (Echeburúa *et al.*, 2000). Esas son respuestas frecuentes en las personas con el trastorno, los sentimientos de culpa y de vergüenza, que derivan de una atribución sesgada de lo ocurrido a los errores cometidos o a la omisión de las conductas adecuadas.

Después del evento traumático la mayoría de las personas experimentarán pensamientos intrusivos, estos tienen una finalidad adaptativa, que normalmente desaparece después de los primeros días posteriores al evento. No obstante, en las personas que desarrollan el trastorno, los pensamientos intrusivos se mantienen con el tiempo y se convierten en una situación crónica (Calcedo, 2000). Estos pensamientos intrusivos se manifiestan como flashbacks, pánico o cólera, sensaciones corporales, pesadillas recurrentes, cambios de carácter, etcétera. El intento de huida de los pensamientos intrusivos provoca un embotamiento de la experiencia del mundo, por lo general, la persona intentará distanciarse del mundo y se vuelve un extraño. Lo que lleva a una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal, hasta que finalmente lo lleve a una limitación importante para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura (Echeburúa *et al.*, 2000).

Asimismo, la persona con trastorno por estrés postraumático tiende a un estado de hipervigilancia crónico, lo cual provoca una generalización de la sensación de miedo y una respuesta de alarma, sobresalto e inquietud exagerada. Una característica asociada a esto es la dificultad de poder expresar con palabras los propios sentimientos, pues con el continuo estado de hiperactivación del cuerpo la persona no es capaz de reconocer y distinguir las señales que envía su cuerpo para saber el propio estado de ánimo (Calcedo, 2000).

A medida que evoluciona la enfermedad las situaciones más irrelevantes se convierten en recordatorios del trauma y en estímulos que activan la respuesta de alarma y los pensamientos intrusivos (Verduzco y Tovar, 2012). Todo esto provoca una sensación no confortable, algo es percibido como negativo y genera preocupación, es relacionado con el evento traumático y, a su vez, agrava la hiperactivación y los pensamientos intrusivos, lo que termina convirtiéndose en un círculo vicioso.

Conviene destacar que otros trastornos pueden sobrevenir después de la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, escuchar sobre uno en alguien cercano, y después de la exposición repetida y extrema a detalles repulsivos del suceso, por lo que conviene conocer el resto del cuadro sintomatológico para poder hacer un diagnóstico diferencial. Entre los trastornos asociados a eventos traumáticos están el de depresión mayor, angustia generalizada, pánico y agorafobia, abuso de sustancias y el estrés traumático secundario.

2.2.1 Síndrome de estrés traumático secundario.

El *síndrome de estrés traumático secundario* (ETS) comparte aspectos del cuadro clínico con el trastorno por estrés postraumático (la reexperimentación del suceso traumático, la evitación y el embotamiento, y un estado de hiperactivación e hipervigilancia) (Meda *et al.*, 2012). Sin embargo, posee características distintivas que intervienen en la labor del personal de primera respuesta, y en los profesionales de la salud; pues se ha comprobado que quienes trabajan recurrentemente con víctimas de sucesos traumáticos, o en general con el sufrimiento ajeno, son más vulnerables al estrés traumático secundario, y el riesgo a padecerlo aumenta si tales trabajadores han experimentado en carne propia algún tipo de evento estresante o traumático (Moreno, Morante, Losada, Rodríguez y Garrosa, 2004). Esto último quizá se deba a la habilidad empática de reconocer el sufrimiento del otro como algo que ha sido experimentado en otro momento de la vida del profesional y a la significación que tuvo dicha situación en particular.

El estrés traumático secundario se define, según Figley (1983; en Moreno *et al.*, 2004), como aquellas emociones y conductas resultantes de enterarse de un evento

traumático experimentado por otro, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el sufrimiento o resolver sus causas. El impacto de los sucesos traumáticos que otros sufren puede producir profundas alteraciones a nivel cognitivo, conductual, afectivo y físico, irrumpiendo con el desarrollo normal de la vida en la persona que presencia el sufrimiento ajeno.

Hay datos que indican mayor prevalencia del síndrome de estrés traumático secundario en los profesionales del sector salud, pudiendo ser incluso característico de algunas de estas profesiones. Esto debido a que los profesionales que trabajan con víctimas de traumas emplean la empatía para comprender el proceso traumático por el que pasa la persona, para valorar la magnitud del problema, así como para llevar a cabo un tratamiento adecuado, sin embargo, debido a esta habilidad emocional llegan a presentar una sintomatología similar a la de la víctima (Moreno *et al.*, 2004). Por ello, se considera la empatía como un factor principal en el desarrollo de este síndrome.

Asimismo, el estrés traumático secundario está íntimamente relacionado al estrés laboral y al desgaste profesional (burnout). Para que exista un bienestar laboral, debe haber un equilibrio entre las expectativas e ideales profesionales de la persona y lo que desempeña en la realidad, el cual se verá reflejado en sus propias valoraciones cognitivas y el reconocimiento social (Oramas, Almirall y Fernández, 2007).

En el estrés laboral existe un importante desequilibrio entre la demanda profesional y la capacidad de respuesta de la persona para satisfacer dicha demanda, en donde el fracaso tiene importantes consecuencias percibidas; y el desgaste profesional será la respuesta a este estrés laboral crónico, donde la persona se encuentra emocionalmente agotada, desarrolla actitudes y sentimientos negativos hacia su trabajo y hacia las personas con las que trabaja (despersonalización), y aparece una devaluación profesional hacia sí mismo, una falta de eficacia percibida (Maslach y Jackson, 1986; en Lorenzo, Rodríguez, González, Amaro, y Barroso, 2015).

El desgaste profesional se asocia a la disminución de la calidad del trabajo, a la reducción del compromiso laboral y de la satisfacción con la carrera profesional, y a problemas de salud relacionados con el estrés. De esta manera, se reconoce al

desgaste emocional como otro de los factores principales del síndrome de estrés traumático secundario, que a su vez depende de las variables organizacionales.

Sin embargo, también deben tomarse en cuenta los factores personalógicos de los trabajadores. Y dentro de estos se considera al humor como una variable inversamente relacionada con la sintomatología traumática, es decir, que a mayor presencia del humor en la labor será menor el impacto traumático (Moran, 1999; en Lorenzo *et al.*, 2015).

Algunos sinónimos del síndrome de estrés traumático secundario que se encuentran en la literatura son “tensión traumática secundaria”, “traumatización secundaria”, “traumatización vicaria”, “sobreviviente secundario”, “contagio emocional”, “persecución secundaria” y “fatiga por compasión”. Su estudio teórico y empírico es escaso todavía, sin embargo, va adquiriendo relevancia en los últimos años como categoría clínica (Meda *et al.*, 2012).

Lo que es un hecho es que el personal paramédico está íntimamente relacionado a sucesos traumáticos como parte de su trabajo, con los cuales puede experimentar reacciones de estrés si la situación rebasa sus expectativas y su capacidad de respuesta no le resulta suficiente para enfrentarla y/o solucionarla. De esta manera, la línea que separa el desarrollo del trastorno al desarrollo del síndrome depende de cómo se haya adquirido el trauma: si fue porque presencié la situación extremadamente traumática y estresante, vivenciando un peligro real para su vida o la de otros (directamente) o si fue a consecuencia de una situación empática con la persona que ha vivenciado la situación, involucrándose emocional y sentimentalmente con el sufrimiento de dicha persona (indirectamente). Figley (1988; en Moreno *et al.*, 2004) nombra a ambos tipos de estrés como “el de la víctima” y “el del cuidador”, respectivamente.

Para el ejercicio de la intervención psicológica con el personal paramédico es importante, por supuesto, conocer el tipo de alteración en la salud mental que se ha desencadenado a partir de las emergencias y desastres que atienden; sin embargo, se convierte en una prioridad determinar el grado de preparación psicológica previa de este personal, a fin de minimizar y prevenir la aparición a futuro de síndromes y trastornos relacionados con su profesión.

2.3 Experiencias traumáticas y estresantes

En condiciones normales una crisis (por ejemplo, familiar, laboral o de pareja) produce la pérdida de referencias psicológicas y la no satisfacción de algunas necesidades físicas y espirituales, generando malestares y frustraciones. Esos síntomas pueden verse multiplicados si la crisis es originada por catástrofes naturales, accidentes graves, el diagnóstico de una enfermedad grave, agresión o violencia, sobrepasando la capacidad de respuesta de la persona (Abbene, 2009; Rubio, 2011) pues los factores de estrés que provoca una crisis de estas son suficientemente abrumadores para afectar casi a cualquier persona.

Cook y Ramos (2010) proponen una multiplicidad de eventos potencialmente traumáticos que pueden ser experimentados a lo largo de la vida de la persona (desde la niñez hasta la adultez), ya sea al estar expuesto directamente, ser testigo del evento o al haber sido amenazado, según sea el caso. Estos eventos son:

- a) *Desastre y catástrofe*: Evento adverso natural o antrópico a gran escala que afecta negativamente a un número significativo de personas, rebasando la capacidad de respuesta ante este. Produce muertes o lesiones graves y pérdidas materiales que conllevan a la desestabilidad social, económica y psicológica en las personas. En general, incluyen terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, huracanes, tornados, inundaciones, sequías, incendios, derrame de materiales peligrosos, pandemias. El conocimiento previo del riesgo y la preparación, la velocidad de aparición (de comienzo lento o súbito), el origen (fenómeno de la naturaleza o por acción humana), el tiempo de exposición, así como el nivel de control y disponibilidad de recursos (sociales, económicos y materiales), son los aspectos determinantes del trauma en estos eventos.
- b) *Violencia*: Toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, directo o indirecto, que limita o impide el libre ejercicio de los derechos humanos de una persona. Incluyen gritos, humillaciones, burlas, amenazas, intimidaciones, insultos o vejaciones, lesiones físicas, exposición, omisión o desvalorización del otro.

Desde violencia intrafamiliar, acoso escolar y acoso laboral, hasta vandalismo, robo, asalto, extorsión, secuestro y tortura, por mencionar algunos casos.

- c) *Violación y asalto sexual*: Es un derivado de las situaciones de violencia, involucra el no consentimiento para realizar actos con fines sexuales. Incluyen sexo oral, penetración de un miembro u objeto de forma anal o vaginal, tocamientos del cuerpo, también puede incluirse el obligar a otro a ver pornografía o presenciar actos sexuales. Llegan a ser experiencias particularmente devastadoras y traumatizantes a cualquier edad.
- d) *Accidentes*: Situaciones de inicio súbito debido a un descuido u omisión. Generalmente involucran heridas graves y muertes, pueden existir múltiples víctimas y altas tasas de mortalidad. Son especialmente traumáticos para los sobrevivientes y para las personas que tuvieron parte en el descuido u omisión que provocó el accidente. Incluyen accidentes en el hogar, en el trabajo, automovilísticos, aéreos, en vía pública, por mencionar algunos.
- e) *Daños en la salud*: Situaciones que afectan la salud propia o la de otros, puede ser de evolución lenta y progresiva, hasta drástica y súbita. Ser diagnosticado con una enfermedad grave o mortal, sufrir una lesión o herida grave o mortal, tener un familiar o amigo con lesiones o enfermedades graves o mortales, cuidar y llevar el tratamiento médico de personas cercanas, presenciar el sufrimiento y la muerte de personas cercanas, embarazo no deseado, tener un aborto o que la pareja tenga un aborto, son sólo algunas de las situaciones que se incluyen. La percepción ante la muerte y el peligro, así como la presencia o ausencia de apoyo social, suelen ser los principales factores traumatizantes.
- f) *Otros*: Se incluyen otras situaciones estresantes que pueden llegar a afectar a las personas de acuerdo con su susceptibilidad y las circunstancias en que ocurrieron los hechos, por ejemplo, pérdida abrupta del empleo, separación abrupta de la pareja, pérdida significativa de bienes o patrimonio, mudanza inesperada, persecución por razones políticas, exilio, etcétera.

Cuando no existen referencias anteriores que den cuenta de lo que representa vivenciar una experiencia de esta magnitud, se otorga un significado particular al nuevo

evento traumático y estresante vivido; no existen puntos de partida para saber qué hacer o cómo comportarse, pues nunca antes había ocurrido una ruptura tan brusca y abrumadora en el equilibrio de la persona (Lorenzo, 2003; Rubio, 2011).

Si la persona experimenta situaciones fuera de su marco habitual o cotidiano de vida por primera vez suele ser mucho más complejo, tan sólo por el hecho de que no se ha desarrollado un entrenamiento histórico-cultural (Lorenzo, 2003). Por ejemplo, cuando se experimenta un desastre, el entrenamiento histórico-cultural será el modo en que la persona o la comunidad desarrollan habilidades psicosociales, ampliando el umbral de tolerancia al impacto a partir de la experiencia en eventos con patrones similares, siendo capaces de afrontar un evento similar en el futuro.

Es decir, para ciertas personas y comunidades la posibilidad de vivir un desastre forma parte de la cultura e indudablemente pueden ser mucho más aptos en todos los niveles para enfrentar un desastre que aquellos que lo viven por primera vez. Este adiestramiento se refleja no solamente en la habilidad o rapidez con que la persona o la comunidad percibe el peligro y actúa, sino también en la intensidad y forma de las reacciones y perjuicios psicológicos (Rubio, 2011). Sin embargo, ello no significa que no queden restos del evento en la psique provocando un desajuste duradero en el inconsciente de la persona, es decir, un trauma.

Para Becker y Wayermann (2006; en Mardones, 2010) el trauma constituye un proceso determinado por la interacción entre el entorno social y la psique del individuo; por ello que cualquier síntoma que se presente se ha de interpretar en función del contexto social, cultural y político en que se desarrollan dichos procesos traumáticos. A su vez, el trauma produce por sí solo cierto grado de vulnerabilidad en la persona que lo sufre, que si no se resuelve adecuadamente le acompañará durante toda su vida, llegando a generar síntomas patológicos bajo otras circunstancias (Mardones, 2010).

Dicho de otra manera, la persona pudo haber sufrido más de un evento traumático durante su vida y al experimentar un nuevo evento traumático se desencadenan una serie de síntomas asociados a algún trastorno, con fenómenos intrusivos del evento traumático más antiguo no resuelto. Calcedo (2000) explica esto desde un enfoque psicodinámico, señala que la persona tiende a buscar situaciones y

contextos que le recuerdan la experiencia traumática vivida como un intento de controlar esa situación del pasado, si en aquella ocasión la persona no logró enfrentar el evento de manera adecuada para sí mismo tendrá una sensación de fracaso y buscará, inconscientemente, volver a vivirla para enfrentarla como hubiera deseado hacerlo.

Cuando una persona experimenta un evento traumático es común que en primera instancia se cuestione sobre el mundo exterior y que la imagen que posee de éste cambie, nace una sensación de que los eventos son impredecibles e incontrolables de acuerdo con sus experiencias tempranas, la persona comienza a plantearse la existencia de la maldad humana y su propia fragilidad, pierde la sensación de seguridad que tenía anteriormente, puede presentar depresión y disminución de autoestima. Posteriormente aprende a responder con miedo y ansiedad desproporcionados ante ciertos estímulos internos o externos relacionados con el trauma, existe un procesamiento inadecuado de la información junto con un gran afecto negativo y desarrolla una aprensión o expectativa ansiosa para encauzar la vida futura (Bados, 2015; Echeburúa *et al.*, 2000). Con frecuencia se observa que quienes sufrieron un evento traumático experimentan un notable cambio de personalidad.

Por otro lado, cuanto antes suceda un evento traumático en la vida de la persona son mayores las probabilidades de que influya en el desarrollo de su personalidad (Calcedo, 2000). Si la persona supera con éxito las diversas crisis presentes en su vida, agrega nuevas cualidades a su repertorio resiliente, las cuales la fortalecen y la ponen en disposición de afrontar nuevas crisis. Por el contrario, si no se resuelve de forma satisfactoria, dejará residuos en su psique que dificultarán el afrontamiento de nuevas crisis y la incorporación de nuevas cualidades (Erikson, 1985; en Mayordomo, 2013).

Existen una serie de características en la vivencia y elaboración de las experiencias traumáticas que son similares en las personas, a pesar de la multiplicidad de eventos traumáticos que se pueden experimentar a lo largo de la vida. Pineda y López-López (2010) describen éstas en orden evolutivo de elaboración del trauma:

- a) *Desorden*: desequilibrio en el conjunto de conductas justo después del evento;

- b) *Negación*: intento de omisión de la realidad latente, a manera de atenuar el impacto emocional producido por el evento;
- c) *Intrusión*: abarrotamiento de ideas y sentimientos de dolor, aparecen episodios de flashbacks y pesadillas, entre otros;
- d) *Translaboración*: expresión de pensamientos, sentimientos e imágenes que habían permanecido guardados y que empiezan a tener un nuevo significado;
- e) *Terminación*: reintegra y adapta la experiencia vivida a la historia de vida.

Cabe reiterar que de no elaborar adecuadamente el trauma la persona podría estancarse en alguna de ellas, obstruyendo el proceso normal de la experiencia.

Asimismo, de acuerdo con Martín y Díaz (2004; en Rubio, 2011) algunos tipos de respuesta que pueden presentarse en el comportamiento de la persona después de experimentar un suceso traumático son:

- a) *Conductas activas*. Cuando la persona trabaja de forma consciente y coherente en su propia recuperación.
- b) *Conductas pasivas*. Cuando la persona no hace nada, espera que los cambios se produzcan por sí solos.
- c) *Conductas evasivas*. La persona opta por abandonar el lugar, puede incrementar el consumo de sustancias (drogas, alcohol) con la finalidad de evadir la realidad.
- d) *Conductas antisociales*. La persona se apartará del resto de las personas o hará uso de la violencia.

Por otra parte, siguiendo la premisa de que el trauma puede ser transmitido indirectamente al tener un acercamiento o estrecha relación con la víctima directa, Mardones (2010) propone los siguientes mecanismos de transmisión:

- a) *Silencio*. Provoca por sí mismo un aislamiento y la sensación de ser insensible a cualquier emoción, impidiendo la conexión con otras personas. Promueve además la sospecha de secretos y mitos al interior de la relación, por lo que transmite la sensación de un pasado problemático. Impide el adecuado proceso de duelo y la resignificación de la vivencia traumática.

- b) *Excesiva apertura.* Hablar y compartir de forma abierta la experiencia traumática puede aliviar la sensación de aislamiento de la persona afectada, pero también puede producir cierto impacto emocional en las personas que no están preparadas para compartir esa experiencia. Es importante compartir la experiencia traumática cuando la persona afectada haya sido capaz de integrarla a su historia de vida de forma sana y constructiva, de lo contrario sólo se estarían compartiendo miedos y angustia con los otros de forma destructiva.
- c) *Identificación.* Algunas personas pueden llegar a sentirse culpables o atravesados por el estrés que vive la persona afectada, por lo que es posible que se hagan parte del dolor y la angustia vivenciada por ella, sin comprender en su totalidad la causa de esto pueden llegar a incluirse como parte del relato reviviéndolo a través de la fantasía y la imaginación, distorsionando la información y la significación de la realidad.
- d) *Repetición.* Como consecuencia de la identificación con la persona afectada las personas cercanas también pueden ser afectados por medio de una repetición simbólica, llegando a pensar, sentir y actuar como si ellos mismos hubiesen sido las víctimas directas, integrando esta imagen a su sí mismo y adoptando diferentes roles en función del trauma experimentado por otro.

Es por ello que, aunque coloquialmente se sostenga que los profesionales implicados en acontecimientos adversos se encuentran de cierta forma protegidos por su misma identidad profesional, se pone en cuestión dicha hipótesis.

Dentro de las múltiples vivencias traumáticas y estresantes que puede experimentar cualquiera, los desastres, las catástrofes y las emergencias constituyen eventos que ponen a prueba la capacidad de resiliencia individual –e incluso la resiliencia de comunidades enteras– requiriendo un tratamiento específico según las condiciones en que se presenten. Dada la envergadura de este tipo de eventos, se pueden ver modificados negativamente los patrones cotidianos de existencia de cualquier persona, generando reales crisis en ellas: “el verdadero carácter humano de las personas se manifiesta en los desastres” (Naranjo, 2010).

En el caso específico de los desastres y las catástrofes, se le han otorgado diferentes fases de evolución, mismas que implican efectos, conocimientos y medidas propias. Conviene aclarar que la duración de cada fase y el tiempo que transcurre entre una y otra no está determinado de forma rígida, así como las alteraciones que tienen en el funcionamiento social y psicológico de las personas, por lo que se brinda sólo un acercamiento general. Las fases que atraviesa el desastre son: predesastre, crítica, crónica, intervención y recuperación.

La fase de *predesastre* o de *preimpacto*, incluye el periodo que precede al desastre en donde se da aviso de la amenaza y se advierten sus efectos, se prepara a la población a través de acciones de prevención, entrenamiento y educación por parte de especialistas, trabajando con los recursos disponibles. Se prevén todos los posibles riesgos, la vulnerabilidad, los recursos, etcétera (González, Aguilar y Rodríguez, 2009; Mardones, 2010). En esta fase se genera una incertidumbre que va en aumento, aparecen rumores y es indudable el grado de vulnerabilidad que se suma a la tensión presente. Mientras la persona espera la amenaza anticipada, sus pensamientos afectan sus respuestas ante el estrés y sus estrategias de afrontamiento irán encaminadas al distanciamiento psicológico, la evitación de pensamientos, la negación de las implicaciones y la búsqueda de información, así como dudas sobre la propia capacidad de soportar la amenaza.

La fase *crítica* o de *impacto* se da en el momento justo en que se presenta el desastre, puede ser muy breve o prolongada. Esta fase exige una estructura de interacción social orientada a la contingencia y a amortiguar el impacto, pues representa un momento de muy alto riesgo. Trae consigo numerosas consecuencias, un impacto inicial drástico, pérdidas humanas, pérdidas materiales y de vivienda, daños en la comunidad y necesidad de atención inmediata (DGAPD, 2002; González, Aguilar y Rodríguez, 2009). En esta fase la persona comprueba si la amenaza es igual o peor de lo que anticipaba, en ocasiones su energía mental queda tan concentrada en la acción-reacción que la persona tarda un tiempo considerable en darse cuenta de la magnitud de lo que ocurre, aparecen claramente el miedo, la confusión y la desorganización, el pánico sólo se presenta cuando el control de la situación es completamente imposible; se vuelven evidentes todas las necesidades humanas.

La *fase crónica* o de *emergencia* es inmediata al impacto y está orientada a la supervivencia de las personas, es el momento en que se organizan las actividades de ayuda y apoyo a las víctimas, principalmente médicas y de evacuación; en este sentido, la existencia de planes de acción bien organizados permite la confianza en la población. Se presentan diferentes circunstancias, como problemas de salud pública, carencias en el abastecimiento de víveres, cobijo y vestuario, dificultades para el alojamiento y movilidad de los afectados, fractura familiar y comunitaria (DGAPD, 2002; González, Aguilar y Rodríguez, 2009). Pueden surgir desde hechos vandálicos y violencia en general, hasta conductas altruistas, donde las personas actúan en forma heroica para salvarse a sí mismas y a otros (Mardones, 2010). Se hacen palpables el estrés, el temor, la ofuscación, la labilidad emocional y las actitudes de negación, se presentan crisis y fracturas tanto en el seno de la familia como en la comunidad. Requiere de mayor intervención psicosocial para la búsqueda de adaptación funcional progresiva, así como la asimilación y el anclaje a los antiguos y nuevos referentes.

La fase de *intervención*, de *recuperación* o de *postimpacto* comienza pasado el desastre, orientada a la reconstrucción y restablecimiento de las condiciones sociales y de estabilidad en la medida de los daños ocasionados; los cuales están relacionados con duelo, orfandad, personas extraviadas, afectación psicosocial, pérdida de referentes, fractura cultural, daño en instalaciones y servicios. Suele incluir actividades continuadas de ayuda, dirigidas a la evaluación y confrontación de los problemas que experimentan los afectados; en el mejor de los casos incluye propuestas de innovación en las condiciones de atención. Esta fase está asociada a procesos de colaboración en ámbitos de autoayuda, altruismo, solidaridad y equipos de trabajo que hacen sostenible y duradera la intervención (DGAPD, 2002; González, Aguilar y Rodríguez, 2009). El tiempo de esta fase es difícil de definir y puede prolongarse durante el resto de la vida de los afectados, ante lo que no volverá a ser como antes. Se observan estados depresivos y cambios emocionales duraderos, como pasividad, apatía, desgano y ansiedad crónicas, manifestaciones de violencia intrafamiliar (Mardones, 2010). Aquí ya es posible hablar de un trastorno por estrés postraumático.

Por último, sería idóneo que durante estas fases se presenten fenómenos de afrontamiento y resiliencia a nivel individual y de comunidad, como acciones de

defensa y protección, búsqueda del equilibrio para enfrentar la tensión, compromiso y afronte del desafío, superación y resignificación, actitud positiva de los afectados, toma de responsabilidad y creatividad; mismos que se tienen en cuenta para ofrecer un tratamiento eficaz (Naranjo, 2010).

No obstante, a pesar de que estas fases están planteadas para distinguir la evolución del desastre en la comunidad impactada y en las personas afectadas, también pueden ser modificadas y adaptadas para cualquier tipo de evento estresante o traumático al que esté potencialmente expuesta una persona a lo largo de su vida.

En otra línea, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2013), sugiere para el socorrista que se sienta excesivamente estresado o tenga conductas extrañas y atípicas durante sus labores, deje de trabajar y pida ayuda. Las formas que sugiere para afrontar el estrés agudo (pocos días o semanas después del evento) son:

- “En cuanto a la preparación:
 - manténgase en buena forma física y mental;
 - lleve una vida sana, es decir, coma y beba de forma saludable, duerma lo suficiente y mantenga una higiene apropiada;
 - administre su horario de trabajo; tome descansos con regularidad y dedique tiempo para descansar;
 - antes de comenzar cualquier tarea, aprenda a tomarse un descanso mental y a detenerse por un momento, le será crucial para tranquilizarse;
 - desarrolle sus capacidades psicológicas para afrontar, con aplomo, dificultades en situaciones de violencia extrema y de grandes sufrimientos; las amenazas de índole política y física; la falta de respeto por los emblemas distintivos; las críticas en contra del Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; las tensiones en la Sociedad Nacional, etcétera; y
 - esté preparado o dispuesto a pedir o aceptar cambios en las tareas de su misión.
- Antes de actuar:
 - capte y acepte la situación: «Es normal y correcto sentirse así»;

- piense en toda la experiencia que tiene y lo bien preparado que está: «Tengo una buena preparación. Puedo afrontar esto»; y
- haga una composición del lugar: hay varios heridos, el entorno es peligroso, se oyen gritos y alaridos, etcétera: «Mantendré la calma y empezaré por observar el escenario; luego, evaluaré las condiciones de seguridad y recabaré información».
- Cuando esté en la tarea:
 - demuestre serenidad y confianza en sí mismo;
 - domine sus impulsos, como por ejemplo querer correr hacia los heridos sobre el terreno, antes de evaluar la situación y cualquier pensamiento extraño como ideas fatalistas, premoniciones de muerte, euforia, sensación de invulnerabilidad, etcétera;
 - manténgase en comunicación constante con el jefe de su equipo para poder expresar lo que siente en todo momento, incluso las preocupaciones que tenga acerca de cualquier otro miembro del equipo;
 - repítase constantemente la siguiente frase: «Estoy tranquilo y puedo hacer frente a la situación». Cuídese, incluso si para ello tiene que dejar de hacer algunas tareas de urgencia. Usted es importante y debe reconocer que un socorrista cansado no es eficiente y hasta podría representar un peligro.
- Tras la acción:
 - hable con alguien de confianza acerca de sus dudas, temores, frustraciones, pesadillas, etcétera;
 - lleve una vida sana y cuide de su aseo personal;
 - trate de estar lo suficientemente cómodo y de tener la debida privacidad;
 - haga cosas que le gusten, pero con moderación.
- Cuando sienta el cansancio
 - pida al jefe de su equipo que interrumpa o cambie su misión o acepte un cambio, cuando se presente la ocasión;
 - pida apoyo psicológico cuando lo necesite;
 - disponga de tiempo para el sosiego, a fin de cargar las pilas; y

- debe conocerse a fondo, reconocer sus limitaciones y hablar con total franqueza con los demás.”

2.4 Factores de riesgo

Diferentes autores (Abbene, 2009; Bados, 2015; Castillejo y Osca, 2012; Meda *et al.*, 2012; Ventura *et al.*, 2008) proponen los siguientes factores de riesgo para un pronto reconocimiento del trastorno por estrés postraumático: el riesgo y grado de exposición al acontecimiento, falta de preparación ante las circunstancias, la experiencia subjetiva del evento traumático, la construcción y evolución de los recuerdos y narrativa traumáticos, la influencia de los factores de resistencia, vulnerabilidad o adaptación, uso de habilidades inadecuadas de afrontamiento, la percepción de incontrollabilidad de los sucesos, baja autoestima, las valoraciones negativas sobre uno mismo, la influencia de los otros en la valoración subjetiva del trastorno, la naturaleza y respuesta al estrés agudo, la naturaleza, severidad y curso de los síntomas relacionados al trauma, la neurobiología de la enfermedad, antecedentes de trastornos mentales y enfermedades, las experiencias traumáticas previas, los acontecimientos vitales negativos previos al trauma (muerte un familiar, enfermedad grave, problemas económicos importantes), la ausencia de apoyo social y de apoyo institucional.

La magnitud con la que el trastorno afecta el funcionamiento global, así como las características sintomáticas que desarrolle cada uno, varía de persona a persona. Esto dependerá, entre otras variables, de la intensidad del trauma, de las circunstancias del suceso, de la edad, del historial de agresiones previas, de la estabilidad emocional anterior, de las capacidades de afrontamiento, de los recursos psicológicos propios, de la autoestima, del apoyo social y familiar, y de las relaciones afectivas actuales (Abbene, 2009; Echeburúa *et al.*, 2000).

Por su parte, en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*DSM-5*, APA, 2013) se especifican una serie de factores de riesgo en función del evento traumático. Que a su vez pueden ser descritos por las categorías: temperamental y ambiental; es decir, factores internos y externos. A

continuación, en la Tabla 3 se presentan los factores de riesgo propuestos por el manual:

Tabla 3. Factores de riesgo y pronóstico del trastorno por estrés postraumático

Pretraumáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas emocionales de la infancia • Exposición a un trauma previo (especialmente durante la infancia) • Adversidad en la niñez (necesidades económicas, disfunción familiar, muerte) • Trastornos mentales previos (ataques de pánico, depresión, estrés, obsesivo-compulsivo) • Bajo nivel socioeconómico • Educación escasa • Deficiencia del nivel de inteligencia • Condición racial o étnica minoritaria • Antecedentes psiquiátricos en la familia • Escaso o ningún apoyo social • Ser del sexo femenino • Edad adulto-joven
Peritraumáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Gravedad y magnitud del trauma • Peligro vital percibido • Lesiones personales • Violencia interpersonal • Ser autor o testigo de atrocidades (para el personal militar) • Disociación durante el trauma
Postratumáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones negativas • Estrategias de afrontamiento inadecuadas • Desarrollo de un trastorno de estrés agudo • Exposición a recuerdos molestos repetitivos • Exposición a acontecimientos adversos posteriores • Exposición a pérdidas relacionadas con las finanzas • Escaso o ningún apoyo social

Nota: Factores de riesgo y pronóstico para el trastorno por estrés postraumático presentados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, APA, 2013).

Verduzco y Tovar (2012) afirman que para la manifestación de síntomas relacionados con el trastorno debe existir una predisposición individual. No obstante, el trastorno por estrés postraumático puede aparecer en personas sin ningún factor de riesgo predisponente, sobre todo cuando el evento fue extremadamente traumático (DSM-5, APA, 2013).

En general, el cuadro clínico tiende a ser más grave y duradero cuanto más intenso es el evento traumático y cuando las causas de este son obra del ser humano y no meramente accidentales, la percepción de incontrolabilidad es mucho mayor en estos casos (Echeburúa *et al.*, 2000).

En cuanto a su epidemiología, Kaplan y Sadock, (2004; en Abbene, 2009) estiman que la prevalencia de por vida del trastorno por estrés postraumático es de alrededor del 8% en la población general, aunque del 5 al 15% puede presentar formas subclínicas del trastorno; en cuanto a su prevalencia, esta varía entre el 10 al 12% en mujeres y del 5 al 6% en hombres. Por su parte, Kesler y cols. (1994; en Verduzco y Tovar, 2012), estiman que la prevalencia es aproximadamente de 25% en la población general, agregan que son dos veces más frecuentes en niveles socioeconómicos y educativos medios y bajos, y coinciden que la frecuencia será mayor en mujeres que en hombres. También parece ser menor la prevalencia entre las personas mayores en comparación con la población general. La tasa de prevalencia para este trastorno oscila entre un tercio y más de la mitad de las personas expuestas a situaciones de riesgo (*DSM-5*, APA, 2013).

En cuanto a las afectaciones agudas durante el primer mes después del evento traumático, estas se dan en menos del 20% de los casos en que el evento traumático no implicó ataque interpersonal: entre el 13 y 21% en los accidentes de vehículos de motor, 14% tras una lesión cerebral traumática leve, 10% tras quemaduras graves y de 6 a 12% tras accidentes industriales. Las cifras son más altas tras eventos traumáticos interpersonales dándose entre el 20% y el 50%, por ejemplo, en los casos de asalto, violación y ser testigo de un tiroteo masivo (*DSM-5*, APA, 2013).

En un estudio a nivel mundial (Kessler *et al.*, 2014; en Bados, 2015) se encontró que al menos el 60% de las personas ha experimentado uno o más acontecimientos traumáticos. Dentro de este porcentaje se calcula que los hombres tienen mayor probabilidad de experimentarlos que las mujeres; sin embargo, las mujeres tienen mayor riesgo de exposición a aquellos traumas asociados al trastorno por estrés postraumático. Traumas como la violación, la agresión sexual y el abuso sexual infantil son más frecuentes en las mujeres, mientras que otros traumas como los accidentes,

asaltos y presenciar cuadros de muertes o actos muy violentos son más frecuentes en los hombres (Bados, 2015).

Se cree que la explicación de que las mujeres tengan más probabilidad de presentar el trastorno por estrés postraumático se debe a que durante y después del suceso traumático tienen una mayor percepción de amenaza y pérdida de control, su reacción emocional y la disociación peritraumática son mayores, tienen menor apoyo social, sus estilos de afrontamiento están más centrados en la evitación y la emoción, y son más susceptibles a beber alcohol para manejar los síntomas; aunque estos datos no son determinantes se pueden tomar en cuenta durante una evaluación psicológica.

Por otro lado, el trastorno por estrés postraumático puede aparecer a cualquier edad, pero prevalece en mayor medida en adultos-jóvenes; se cree que esto ocurre porque en esas etapas de la vida las personas tienden a estar más expuestas a situaciones o eventos que sean percibidos como estresantes o traumáticos como estrés escolar o laboral, condiciones propias del trabajo, deportes extremos, accidentes automovilísticos, muerte de progenitores, confinamiento o cárcel, estructuración del plan de vida, etcétera. En este mismo sentido, las experiencias traumáticas vividas durante la niñez alteran y tergiversan las expectativas infantiles, generando una huella en las actitudes presentes o pronósticos negativos para el futuro (Abbene, 2009; Calcedo, 2000).

La probabilidad de riesgo hacia el trastorno por estrés postraumático varía mucho según el tipo de evento traumático y del número de traumas, de la gravedad y duración de los mismos y de la ocurrencia de experiencias estresantes secundarias (Kessler *et al.*, 2009; en Bados, 2015).

Por otra parte, conviene mencionar entre los factores de riesgo para el desarrollo del trastorno la posibilidad de una vulnerabilidad biológica heredada, ésta ha sido estudiada por diferentes autores (ver Afifi, Asmundson, Taylor y Jang, 2010; Barlow, 2002; Jones y Barlow, 1990; Koenen, Amstadter y Nugent, 2009; Stein, Jang, Taylor, Vernon y Livesley, 2002), encontrando que puede existir lo que ellos llaman una hiperactivación autónoma crónica y una labilidad noradrenérgica. En sus estudios han encontrado una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en el antecedente familiar de personas con trastorno por estrés postraumático; en otro de sus estudios,

realizado con gemelos, se encontró que los síntomas del trastorno son explicados en un 25 y 38% por factores genéticos e influyen 20% en el riesgo de presentar traumas que implican violencia, como robo, secuestro, ser golpeado o asalto sexual (Bados, 2015).

Por último, se debe tener en cuenta que los datos de prevalencia varían en función de diversos factores; como el instrumento utilizado, la forma en que se aplicaron los criterios diagnósticos, la región y cultura del país, así como los datos sociodemográficos obtenidos, entre otros.

2.5 Tratamiento

Muchas técnicas y estrategias se han utilizado y siguen siendo utilizadas en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático, la elección de una técnica sobre otra dependerá en buena medida de la propia información teórica y práctica del profesional de la salud mental, sin embargo, es fundamental adaptarse a las circunstancias del paciente en la medida de lo posible. A continuación, se presenta una breve descripción de algunas técnicas y estrategias útiles para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático y sus síntomas, a partir de diferentes autores (Bados, 2015; Chacón, 2010; Puchol, 2001):

- *Enfoque psicoeducativo.* Implica proporcionar a la persona información básica sobre su enfermedad, síntomas característicos y diversas estrategias de afrontamiento. Se le brindan a la persona los libros, artículos y otros documentos que le permitan adquirir nociones esenciales de conceptos relacionados con el trastorno, conocimientos de psicofisiología, introducción al concepto de respuesta de estrés, conocimientos jurídicos si son necesarios, entre otros asuntos relacionados con su problema.
- *Terapias psicodinámicas.* Éstas se centrarán en los conflictos causados por el evento traumático, particularmente en los relacionados con experiencias tempranas de la vida. La persona desarrolla maneras efectivas de pensar y de afrontar la experiencia traumática y las intensas emociones asociadas que

emergen durante el proceso terapéutico. El objetivo es incrementar la conciencia de los conflictos intrapersonales y su resolución. La persona es guiada hacia el desarrollo de una autoestima reforzada, mayor autocontrol y una nueva visión de su integridad personal y autoconfianza; lo que se busca es reestructurar la personalidad básica cambiando la forma en que una persona contempla la vida y reacciona ante ella, ayudando a las personas a desarrollar una visión adecuada de sí mismas y a tomar conciencia de las poderosas fuerzas psicológicas enterradas profundamente en su inconsciente.

- *Terapia cognitivo-conductual.* Basada en la modificación de patrones de pensamiento distorsionados y entrenamiento en habilidades de solución de problemas, manejo de ansiedad o inoculación de estrés. Tanto por el número de estrategias eficaces de intervención disponibles como por la propia naturaleza multidimensional del trastorno, el enfoque cognitivo-conductual parece especialmente adecuado en el abordaje psicoterapéutico de este tipo de trastornos. Entre las técnicas están: relajación, control de la activación emocional, desensibilización sistemática, técnicas de exposición e inundación, técnicas operantes para mantener o eliminar conductas, técnicas de condicionamiento encubierto, técnicas de autocontrol, técnicas aversivas, técnicas de modelado, técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de habilidades de enfrentamiento, técnicas de solución de problemas.
- *Terapias de grupo / grupos de autoayuda y apoyo emocional.* Permite a la persona compartir sus recuerdos traumáticos en un ambiente de seguridad, cohesión y empatía proporcionada por los otros pacientes y el propio terapeuta. Permite afrontar de forma eficaz los recuerdos, las emociones e integrarlos de forma adaptativa a la vida cotidiana.
- *Terapia familiar.* Difiere de la terapia de grupo en algunas cuestiones. La familia tiene un pasado, una historia y un futuro en común y este es en buena medida el factor determinante del éxito de la terapia. Generalmente se usa como complemento necesario a otras estrategias terapéuticas más directamente asociadas con la sintomatología, y que no se consideren eficaces por sí solas para el tratamiento del trastorno.

- *Hipnosis clínica.* Aplicada junto con otras técnicas de intervención, ha mostrado ser muy eficaz en el tratamiento del trastorno. Puede ser especialmente eficaz para estabilizar a la persona, proporcionándole estrategias de autocontrol emocional y manejo del estrés. El estado hipnótico facilita el afrontamiento de los recuerdos más dolorosos y permite combatir síntomas comunes del trastorno; la persona puede aprender a modular la distancia cognitiva y emocional hacia el evento traumático y los recuerdos asociados. Técnicas imaginativas, proyectivas y de reestructuración cognitiva son especialmente útiles en este proceso. Los objetivos terapéuticos se dirigen a la consecución de una integración funcional y adaptativa de las experiencias traumáticas en la vida del paciente y la adquisición de nuevas técnicas de afrontamiento.
- *Tratamiento farmacológico.* Puede reducir la ansiedad, depresión e insomnio a menudo asociados al trastorno, y en algunos casos puede ayudar a aliviar el estrés y el bloqueo emocional asociado a los recuerdos de la experiencia traumática. Sin embargo, ninguna droga en particular ha sido vista como el tratamiento definitivo y suficiente por sí mismo para tratar eficazmente el amplio espectro de sintomatología asociada al trastorno por estrés postraumático. Pero resulta útil para el alivio sintomático del trastorno y posibilita a la persona sacar mayor provecho de otras estrategias de intervención.
- *Terapias alternativas / holísticas / naturales.* Bajo este concepto se encuentra un conjunto de métodos, técnicas, filosofías y procedimientos con mayor o menor apoyo científico y que pueden ser utilizados, en solitario o en conjunción con otras estrategias, para el tratamiento de los problemas asociados al trastorno. Algunos son: acupuntura, aromaterapia, ejercicio físico, shiatsu, tai chi, herboterapia, homeopatía, medicina holística, naturopatía, programación neurolingüística, reflexología, flores de Bach, tratamiento nutricional, masaje, meditación mantra, yoga. Estas terapias han sido poco investigadas y no se recomienda su uso por sí solas, ya que se consideran menos eficaces para tratar los síntomas del trastorno.

Estos tratamientos pueden clasificarse en dos grandes categorías: a) los tratamientos centrados en el trauma, se enfocan en la memoria del evento traumático y su significado, en este grupo se encuentran la exposición, la desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares, la terapia de procesamiento cognitivo, la reelaboración imaginal y otros tipos de terapia cognitivo-conductual; y b) los tratamientos no centrados en el trauma, no requieren recordarlo sino que se centran en aspectos actuales o pasados diferentes del evento traumático en la vida de la persona, la finalidad es formar habilidades para manejar las reacciones desadaptativas inducidas por el trauma y mejorar el funcionamiento, aquí se incluyen la inoculación al estrés, la relajación, el yoga, la acupuntura y el funcionamiento interpersonal.

Finalmente, existen algunos factores que podrían ser importantes para que el tratamiento del trastorno sea eficaz para la persona, e incluso podrían ser variables predictoras de mejores resultados del tratamiento, estos son (Wampold *et al.*, 2010; en Bados, 2015): una justificación psicológica aceptable para la persona, que existan un conjunto de acciones de tratamiento congruentes con la justificación, una relación terapéutica segura, respetuosa y de confianza, fuerte alianza terapéutica, establecer metas y tareas terapéuticas, promover la esperanza y la autoeficacia en la persona, técnicas de psicoeducación sobre los síntomas del trastorno y el cuadro clínico completo, abrir un espacio para hablar sobre el trauma, garantizar la seguridad de la persona, apoyar a evitar la revictimización, identificar sus recursos y fortalezas, desarrollar la resiliencia, enseñar habilidades de afrontamiento adecuadas, examinar cadenas conductuales de eventos, técnicas de exposición imaginal y en vivo, darle sentido al evento traumático y a las reacciones posteriores, atribuirle los cambios logrados a los propios esfuerzos de la persona, avances repentinos de una sesión a otra, un mayor sentido de control, animar a que busque y se sirva de apoyos sociales, prevención de recaídas.

Por su parte, las variables relacionadas a una menor eficacia son (Wampold *et al.*, 2010; en Bados, 2015): la gravedad del trauma, la intensidad del dolor, el funcionamiento global en el pretratamiento, la presencia de un trastorno de personalidad, quienes son inconstantes en las sesiones, con riesgo de suicidio, los

que viven solos y aquellos con familiares que tienden a una elevada expresión de emociones negativas. Por último, las variables que no predicen el resultado del tratamiento son (Wampold *et al.*, 2010; en Bados, 2015): la edad en la que ocurrió el evento, la edad que tiene durante el tratamiento, el estado civil, el nivel educativo, el nivel intelectual, la situación laboral, el grado de depresión, el grado de disociación, el tipo de evento traumático, la percepción del evento como peligroso para la vida, expectativas del tratamiento, tomar medicación.

En suma, los síntomas del trastorno por estrés postraumático sobrevienen después de que una persona no logra superar y adaptar satisfactoriamente la experiencia de un evento sumamente estresante y traumático a su vida, pues ésta rebasa sus expectativas y desborda su capacidad de respuesta, no existen referentes anteriores para hacer frente a la experiencia, causando una serie de alteraciones a nivel cognitivo, conductual, afectivo y físico que a su vez conllevan a un malestar clínicamente significativo y a un deterioro en áreas importantes del funcionamiento de la persona. Existen una gran diversidad de eventos que pueden ser experimentados a lo largo de la vida de la persona y que potencialmente conducen a un trauma, debido en gran medida a los factores de riesgo internos (temperamentales) y externos (ambientales); aunque el trastorno por estrés postraumático puede aparecer en personas sin ningún factor de riesgo predisponente. Para sobrellevar los síntomas asociados al estrés y al trauma existen una serie de técnicas y estrategias que se han empleado para su tratamiento, y que en poca o gran medida han resultado eficaces.

Capítulo 3. Terapia Cognitivo-Conductual y Prevención

Es un hecho que la gran mayoría de los acontecimientos adversos que se experimenten a lo largo de la vida no podrán anticiparse ni evitarse, sin embargo, contar con un acervo teórico-metodológico, la creación de modelos de intervención, así como el seguimiento y monitoreo adecuados, pueden significar valiosos recursos que eviten o mitiguen la presencia de síntomas relacionados a algún trastorno.

3.1 Antecedentes de la terapia cognitivo-conductual

Los principales fundamentos teóricos de la terapia conductual fueron el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y la teoría del aprendizaje; sus técnicas derivan del esquema de una ciencia experimental sistemática. Los principales exponentes durante sus inicios fueron Watson, Pavlov, Skinner, Wolpe, Lazarus, Hull, entre otros. En primera instancia, los conductistas evitaron de manera estricta cualquier teoría que tuviera naturaleza cognoscitiva, posteriormente fueron prestando atención hacia el papel del pensamiento en la etiología y conservación de los problemas. La *terapia cognitivo-conductual* (TCC) busca modificar o cambiar patrones de pensamiento que contribuyen a los problemas del paciente. Uno de sus principales fundamentos es que la conducta es producto tanto del reforzamiento como de las expectativas, es decir, la persona elige comportarse en la forma que lo hace porque espera que la conducta elegida conduzca a una meta o resultado de algún valor (Phares y Trull, 1999).

La terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático abarca una diversidad de técnicas. En un principio, algunas de estas técnicas se centraron principalmente en la teoría bifactorial del miedo condicionado y la evitación operativa; posteriormente surgieron otros procedimientos terapéuticos dirigidos a tratar los síntomas del trastorno específicamente, las teorías del procesamiento emocional y del procesamiento de información empezaron a predominar sobre la teoría del aprendizaje; por último, las teorías sociales-cognitivas se centraron en el contenido de las cogniciones dentro de un contexto social. Los tres

principales enfoques teóricos en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático, de acuerdo con Rothbaum, Meadows, Resick y Foy (2003), son:

- La *teoría del aprendizaje* intenta explicar en gran parte el desarrollo y mantenimiento de los síntomas del trastorno por estrés postraumático. La reexperimentación y los síntomas de hipervigilia se consideran respuestas emocionales condicionadas que son desencadenadas por estímulos ambientales; es decir, en un primer momento los síntomas que se desencadenan durante o inmediatamente después del evento traumático pueden ser causados por la experiencia traumática en sí, algunos serán intentos de afrontar la angustia inducida por el evento, sin embargo, después del evento traumático y en el transcurso del tiempo, los síntomas que ya se encuentran en la persona responderán a contingencias situacionales del momento actual y adquirirán autonomía funcional.
- La *teoría del procesamiento emocional* sostiene que el trastorno emerge a causa del desarrollo de una estructura patológica de miedo relacionada con el acontecimiento traumático. Esta estructura patológica incluye representaciones acerca de los estímulos, respuestas y sus significados, por lo que cualquier información asociada al trauma activa el miedo. La propuesta de tratamiento que se ofrece desde esta teoría implica corregir los elementos patológicos a través del procesamiento emocional.
- Las *teorías sociales-cognitivas* también abordan el procesamiento de información, pero hacen hincapié en el impacto del trauma sobre el sistema de creencias de una persona y en el reajuste necesario para reconciliar el suceso traumático con creencias y expectativas previas. Se centran en una amplia gama de reacciones emocionales, tanto primarias (miedo, tristeza, cólera) como secundarias (culpabilidad, vergüenza), y no sólo en el miedo. Cuando los esquemas discrepan con los sucesos, la persona tiene que reconciliar éstos con sus creencias acerca de sí misma y del mundo. Hay que modificar y acomodar los esquemas para incorporar nueva información.

Es a partir de estos fundamentos teórico-metodológicos que surgen una serie de técnicas conductuales y cognitivas para tratar los síntomas del trastorno.

3.2 Técnicas cognitivo-conductuales

Los procedimientos aplicados en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático han sido, fundamentalmente, la terapia de exposición, la desensibilización sistemática, el entrenamiento en inoculación del estrés, la terapia de procesamiento cognitivo, la terapia cognitiva, el entrenamiento en asertividad, el reprocesamiento mediante movimientos oculares y la biorretroalimentación junto con el entrenamiento de relajación (Echeburúa *et al.*, 2000; Rothbaum *et al.*, 2003).

Partiendo del supuesto de que la experimentación de uno o varios eventos traumáticos a lo largo de la vida, contribuye a la vulnerabilidad del sujeto de percibir como traumático un evento nuevo e incluso de desarrollar un trastorno, es importante considerar los diferentes matices que se presentan en función del agente traumático y los diferentes programas de tratamiento que se les han otorgado. A continuación, se presentan diferentes procedimientos terapéuticos en función del agente traumático, a partir de Bados (2015) y Echeburúa *et al.* (2000):

- a) *Víctimas de agresiones sexuales.* De acuerdo con las estadísticas, de un 15 a un 25% de mujeres son objeto de una agresión sexual en algún momento de su vida; de entre ellas, más del 50% experimenta un trastorno de estrés postraumático; incluso se ha considerado que es el grupo de población más afectado por este cuadro clínico. El objetivo terapéutico con víctimas recientes es profiláctico, buscando evitar que se vuelvan crónicos los síntomas del trastorno. El tratamiento es breve y está encaminado a que la víctima reanude su vida cotidiana y afronte los problemas más inmediatos.
- b) *Víctimas de violencia.* Las personas maltratadas constituyen uno de los principales grupos afectados por el trastorno por estrés postraumático, con 50 a 60% de los casos, independientemente del tipo de violencia experimentado (físico o psicológico). El objetivo terapéutico se ha centrado en el tratamiento del sentimiento de culpa, la baja autoestima, la mejora en las relaciones

sociales, expresión de la ira por los medios adecuados y síntomas específicos que se presenten. Se promueve el desarrollo de habilidades que permitan el establecimiento de una nueva vida, enfocada a la autonomía personal y a la recuperación del control.

- c) *Víctimas de terrorismo*. Las reacciones psicológicas de la víctima de un atentado terrorista son muy variables porque se presentan en diversas fases y se extienden a otras personas del núcleo familiar e incluso laboral. En general, todo atentado terrorista supone una quiebra del sentimiento de seguridad y una sensación de indefensión profunda, así como una readaptación individual y familiar a la nueva situación, sin descartar la pérdida del rol personal o social anterior.
- d) *Víctimas de accidentes de tráfico*. No es tan frecuente el trastorno en personas que han sufrido un accidente de tráfico como en otro tipo de víctimas, pero puede afectar hasta el 29% de los sujetos implicados en accidentes graves. Es común en estas víctimas presentar síntomas de reexperimentación y de hiperactivación, pero con un número menor de síntomas de evitación y de embotamiento afectivo.
- e) *Sobrevivientes de catástrofes*. El trastorno de estrés postraumático puede afectar del 15 al 30% de los sobrevivientes de catástrofes, además, presenta una alta comorbilidad con la depresión e incluso con el consumo abusivo de alcohol. No hay una relación lineal entre la intensidad del suceso o la cantidad de pérdidas y la respuesta de estrés. Más bien lo que resulta predictivo de este cuadro son: algunas dimensiones de la personalidad (la introversión y el neuroticismo en particular), las alteraciones psicopatológicas previas (depresión, pensamientos intrusivos, etcétera) y una historia familiar de trastornos psiquiátricos, por otra parte, un grado de apoyo social insuficiente.

Sin embargo, para poder llevar a cabo una correcta evaluación del trastorno a tratar, es fundamental profundizar y familiarizarse con el bagaje clínico y psicológico en este campo, sobre todo cuando existen análisis epidemiológicos y socioculturales amplios y certeros que los avalen. De acuerdo con Lorenzo (2004), durante la

evaluación de los síntomas de un posible trastorno es importante contemplar los siguientes puntos:

- 1) Delimitar el motivo de consulta con la persona y los familiares.
- 2) Realizar una entrevista psicosocial a la persona, a la familia y a otras personas significativas.
- 3) Obtener la historia de los síntomas del trastorno actual.
- 4) Obtener los antecedentes patológicos personales y familiares.
- 5) Identificar las interacciones en el medio familiar, escolar, laboral y social de la persona que sean potencialmente psicopatógenas.
- 6) Identificar eventos que sean potencialmente psicopatógenos durante la formación de la personalidad infantil de la persona.
- 7) Observar la interacción de la persona con el ambiente, evaluación de sus actividades cotidianas, familiares, escolares, laborales y sociales.
- 8) Formular diagnósticos presuntivos y nosológicos. Con base en ello establecer las pautas de intervención psicológica y de otros programas para cada caso.

3.2.1 Terapia de exposición.

Cualquier estímulo relacionado con el trauma, ya sea interno (un recuerdo) o externo (un ruido imprevisto, un entorno solitario o un aniversario), puede poner en marcha la reexperimentación del suceso y llevar al sujeto a adoptar conductas inesperadas de protección y de defensa, ya que el trauma se percibe como una amenaza a la vida o a la integridad propia o de otros, sea esta física, psicológica o una mezcla de ambas.

La terapia de exposición tratará de cambiar y desactivar el procesamiento de la información traumática, desde procesos de memoria fragmentada, afectiva, somatosensorial e incontrolable a procesos de memoria lingüística, controlable y más cognitiva (Bados, 2015). Con la exposición sistemática se accede y se activa, en primer lugar, la estructura cognoscitiva del miedo presente en los recuerdos traumáticos y, en segundo lugar, se ofrece al paciente una experiencia correctora (la exposición, que trae consigo una información desactivadora de la estructura de miedo) en ausencia de consecuencias aversivas. De este modo, el sujeto se dota de una información que

resulta incompatible con los errores cognitivos procesados y que le posibilita llevar a cabo un nuevo procesamiento emocional, en este caso, adecuado, de los elementos cognitivos del suceso. Todo ello conduce, en último término, y tras la reevaluación de los errores cognitivos, a cambios en las dimensiones conductuales, cognoscitivas y psicofisiológicas del miedo, que el sujeto percibe como un alivio de los síntomas (Echeburúa *et al.*, 2000). Sin negar el trauma, la persona corrige cognitivamente la situación expresando sus sentimientos y actuando conforme a sus necesidades, algo que en su momento no fue posible o falló al hacerlo.

La terapia de exposición suele iniciarse con el desarrollo de una jerarquía de ansiedad, es decir, la confrontación con los pensamientos o imágenes temidos se realiza de forma gradual, de menor a mayor grado de dificultad, que se mantiene hasta que disminuye la ansiedad y el malestar. Con la exposición continuada a estímulos amedrentadores se reducen la ansiedad y los comportamientos de evitación y escape que se estaban perpetuando a través de refuerzos negativos. Cabe mencionar que al inicio de la terapia de exposición las personas experimentan cierto incremento temporal de sus síntomas, que puede durar por varias semanas antes de que se note un cambio y una reducción. Para que esta técnica funcione la persona debe aprender a responder a su experiencia de un modo diferente, con una menor activación autónoma y una nueva perspectiva cognitiva.

Existen diversas variantes de la terapia de exposición. Según el caso y las situaciones puede facilitarse la exposición a los recuerdos en vivo a estímulos relacionados o se le pide a la persona que a través de la imaginación rememore el evento traumático. Otras veces sólo se le pide que narre el suceso, que lo escriba, escuche grabaciones sobre los detalles, lo dibuje o juegue (en el caso de los niños). Otra variante es la exposición mediante realidad virtual, como si el evento estuviera ocurriendo en el ahora. En todas las formas de exposición se promueve el procesamiento emocional del trauma, dándole nuevas perspectivas y creando un recuerdo organizado y coherente del evento en el que se integran los recuerdos verbales y somatosensoriales, reduce la ansiedad y aumenta la sensación de dominio (Bados, 2015; Echeburúa *et al.*, 2000; Rothbaum *et al.*, 2003). El número total de sesiones puede oscilar de 10 a 12 (o hasta 20 sesiones) de una hora y media, con una

periodicidad semanal y con una duración total de 2 a 3 meses según los casos y las situaciones consideradas.

Se ha evaluado el uso de la terapia de exposición en un gran número de estudios bien controlados en una combinación variada de víctimas con trastorno por estrés postraumático, y todos ellos constataron resultados positivos en el tratamiento del trastorno; se ha mostrado que en comparación con otras técnicas, la exposición reduce en el postratamiento y seguimiento los síntomas de reexperimentación y de evitación, embotamiento afectivo y activación fisiológica, cogniciones negativas relacionadas con el trauma, la ansiedad y la depresión, y en otras alteraciones asociadas, como salud percibida y calidad del sueño (Bados, 2015). De hecho, Rothbaum *et al.* (2003) aseguran que ninguna otra modalidad terapéutica ha demostrado su eficacia de manera tan concluyente como la terapia de exposición.

La única limitación que presenta esta técnica es que no todas las personas son candidatas a la exposición. Algunas víctimas de trauma son reacias a confrontarse con recordatorios de éste y no toleran el alto nivel de ansiedad y el incremento transitorio de los síntomas. Especialmente aquellas en las que la culpabilidad o la cólera son las emociones primarias, a diferencia de quienes cuya respuesta emocional primaria es la ansiedad. Para estas personas se pueden emplear en primera instancia técnicas de manejo de la culpa y de la ira, para pasar posteriormente a una terapia de exposición. Otra cuestión, es que cuando las sesiones son prematuras o se interrumpe el tratamiento puede darse una sensibilización.

3.2.2 Desensibilización sistemática.

La desensibilización sistemática es una forma de exposición acompañada de relajación. Desarrollada originalmente por Wolpe en 1985 y se basa en el principio de la inhibición recíproca. Se pensaba que la respuesta de relajación era incompatible con la respuesta de ansiedad desencadenada por la exposición, así a medida que aumentaba la ansiedad, se intercalaban fases de relajación entre periodos breves de exposición. Con el tiempo permitía que la persona se enfrentara a estímulos provocadores de ansiedad sin experimentar respuesta alguna (Rothbaum *et al.*, 2003).

Esta técnica pretende llevar a cabo una asociación entre estímulos que antes provocaban una respuesta de ansiedad y respuestas que son incompatibles con esa ansiedad, un contracondicionamiento. Ésta técnica se ha utilizado generalmente con la exposición imaginaria, sin embargo, su uso con la exposición en vivo ha demostrado indicios de que produce una mejoría más notable.

La técnica consiste en desarrollar una jerarquía de ansiedad, igual que en la terapia de exposición; y antes de enfrentar a la persona a la exposición, se imparte entrenamiento en relajación hasta que es capaz de dominar la técnica. Ya una vez adquirida empiezan las sesiones de exposición, con interrupciones periódicas para relajación a medida que aumenta el nivel de ansiedad. Después vuelve a aplicarse la exposición hasta que el sujeto es capaz de tolerar, sin ansiedad, todos los estímulos de la jerarquía.

En la mayoría de las investigaciones, la desensibilización sistemática no ha dado los resultados esperados. Aunque se ha comprobado anecdóticamente que ésta técnica es eficaz para reducir los síntomas postraumáticos, los estudios no han sido bien controlados, y en algunos casos hay motivos para dudar de la validez de los hallazgos. Por lo que no se cuenta con un apoyo sólido que valide esta técnica y ha sido suplantada en gran medida por la terapia de exposición sin técnicas de relajación (Rothbaum *et al.*, 2003).

3.2.3 Entrenamiento en inoculación del estrés.

Desarrollado por Meichenbaum en 1974 como tratamiento para controlar la ansiedad, y fue modificado en 1982 por Kilpatrick, Veronen y Resick, para tratar a víctimas de violación. El programa modificado incluía educación, entrenamiento en relajación muscular, reentrenamiento de respiración, sociodrama, autodiálogo guiado e interrupción del pensamiento (Rothbaum *et al.*, 2003).

Esta técnica busca enseñar a las personas habilidades para manejar desde los agentes estresantes de la vida diaria hasta las reacciones desadaptativas inducidas por el trauma (Bados, 2015). La teoría del entrenamiento en inoculación del estrés incide en la ansiedad que se condiciona en el momento del trauma y que se generaliza

a muchas otras situaciones. Las personas aprenden a manejar la ansiedad utilizando estas nuevas destrezas, lo que les permite reducir tanto la ansiedad como la evitación.

Se divide en dos fases: a) en la fase educativa se ofrece a la persona una conceptualización de sus problemas (miedo y ansiedad), una justificación y descripción del tratamiento y b) en la fase de adquisición y aplicación de habilidades se enseñan una variedad de recursos para afrontar el suceso, como relajación, respiración controlada, autoinstrucciones, detención del pensamiento, distracción, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, afrontar con éxito situaciones ansiógenas, entrenamiento asertivo; a medida que el sujeto domina estas habilidades las aplica gradualmente en situaciones no relacionadas con el evento traumático y después en situaciones cada vez más ansiógenas y relacionadas con el evento (Bados, 2015).

Se le explica a la persona que el fin de esta técnica es aprender a manejar la ansiedad no eliminarla, en donde podrá elegir las habilidades de afrontamiento que quiera aprender para su manejo, enfatizando el papel de las cogniciones. Además, se le ofrece una explicación conceptual y del origen de los problemas de ansiedad y miedo que está presentando, indicándole que ambos son una respuesta aprendida que ocurre a nivel conductual, cognitivo y autónomo. Las habilidades de afrontamiento que se enseñan están dirigidas a cada uno de estos niveles de respuesta. Se brindan una definición, justificación, modelamiento o explicación de las habilidades, para que la persona las practique gradualmente a las situaciones temidas.

En el análisis de estudios que toman esta técnica para el tratamiento de víctimas se constató que el entrenamiento en inoculación del estrés es eficaz, aunque en ocasiones se carezca de un control adecuado; cabe aclarar que su eficacia como tratamiento resulta en mujeres supervivientes de una agresión sexual, lo que deja la interrogante de su eficacia en otro tipo de poblaciones traumatizadas (Rothbaum *et al.*, 2003). Esta terapia se ha aplicado durante 5 y 10 semanas, en 10 sesiones individuales de dos horas cada una.

3.2.4 Terapia cognitiva / reestructuración cognitiva.

Desarrollada inicialmente por Beck en 1976 para tratar la depresión, evolucionó más tarde como tratamiento para la ansiedad. Se basa en la teoría de que la interpretación de un suceso, más que el suceso en sí es la que determina los estados de ánimo. Por lo tanto, las interpretaciones que están sesgadas negativamente conducen a estados de ánimo negativos. Estas interpretaciones erróneas o inútiles, conocidas generalmente como ideas automáticas, disfuncionales, suelen considerarse inexactas o demasiado extremas para la situación que las desencadenó.

Las creencias contradictorias o negativas que originan emociones desagradables y conductas desadaptativas tienen su fuente en conflictos entre las creencias previas y la nueva información extraída del trauma, así como en la confirmación o reforzamiento de creencias negativas previas por la información extraída del trauma (Bados, 2015).

En el proceso terapéutico la persona debe identificar las creencias irracionales, ver cómo éstas afectan a sus sentimientos y conductas, y el impacto que han tenido en diferentes áreas de su vida; para ello debe completar hojas A-B-C (acontecimiento-pensamientos-consecuencias). En un primer momento se pueden registrar acontecimientos neutrales, negativos o positivos, para después hacerlo sobre el evento traumático.

Posteriormente, a través de recursos terapéuticos, se ayuda a la persona a analizar y cuestionar las creencias contradictorias o negativas, mismas que suelen dirigirse a los sentimientos de culpa y a la idea repetitiva de cómo se pudo haber evitado o manejado la situación. Se ofrece una descripción de los patrones erróneos de pensamiento (exageración, sobregeneralización, razonamiento emocional, etc.) y se aclara que estos son automáticos y dan lugar a sentimientos negativos y conductas desadaptativas. Las siguientes sesiones, se ayuda a la persona a cuestionar estos pensamientos y reemplazarlos por otros más adaptativos.

Estas creencias están relacionadas con cinco áreas principales de funcionamiento, mismas que son afectadas por el trauma. En las sesiones que se dedican a estas áreas se consideran y reestructuran los esquemas o creencias

relacionados. Estas áreas se encuentran ordenadas y deben ser trabajadas de esa forma, ya que cada una se construye sobre la anterior: seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad. La última actividad será volver a escribir el significado actual del evento traumático y compararlo con el significado que tenía al inicio del tratamiento, la persona examina cómo han cambiado sus creencias y el terapeuta comprueba si persisten creencias negativas que deban tratarse.

En resumen, la terapia de reestructuración cognitiva propone modificar las ideas automáticas. Esto se produce de forma escalonada, de modo que primero se enseña a los pacientes a identificar los pensamientos disfuncionales, luego se les pide que los cataloguen como inexactos o inútiles y, finalmente, que los sustituyan por ideas más lógicas o beneficiosas.

Cabe decir que la terapia cognitiva ha resultado eficaz para reducir los síntomas postraumáticos en estudios controlados. Incluso llega a ser tan eficaz como la terapia de exposición (Rothbaum *et al.*, 2003).

3.2.5 Terapia de procesamiento cognitivo.

La *terapia de procesamiento cognitivo* fue desarrollada por Resick y Schnicke, entre 1992 y 1993, para abordar el trastorno por estrés postraumático relacionado específicamente con la violación sexual como evento traumático, incorpora elementos de la terapia de reestructuración cognitiva y de terapia de exposición (Bados, 2015).

El componente cognitivo incluye instruir a las personas para que afronten cogniciones problemáticas, en especial de autoculpabilidad, e intenten deshacer mentalmente el suceso. Se pide a las personas que, utilizando las aptitudes aprendidas en afrontamiento ideacional, reflexionen acerca de creencias sobregeneralizadas que emanan del evento traumático, como las relativas a seguridad, confianza, poder/control, amor propio e intimidad. El componente de la terapia de exposición consiste en escribir un relato detallado del trauma y leerlo ante el terapeuta y también en casa. Aparte de constituir un medio de expresar la conmoción, el relato sirve para establecer puntos de fijación del sujeto, momentos de la agresión que chocan con creencias preexistentes o que resultan particularmente

difíciles de aceptar. La exposición se emplea para activar los recuerdos traumáticos y facilitar el descubrimiento de expectativas, atribuciones y creencias erróneas que intentarán ser corregidas mediante reestructuración cognitiva (Bados, 2015; Rothbaum *et al.*, 2003). Estos puntos merecen atención especial durante la terapia cognitiva.

Ésta técnica resulta eficaz para reducir el trastorno por estrés postraumático y síntomas relacionados, sin embargo, está diseñada específicamente para mujeres que han sufrido una agresión sexual, y esta característica debería modificarse si se pretende aplicar la terapia a otras poblaciones traumatizadas.

El tratamiento puede aplicarse individualmente o en grupo, en sesiones de una hora a hora y media y, por lo general, se estructura en 12 sesiones, aunque puede alargarse en casos de personas con varios traumas o historial de abuso sexual infantil. Las sesiones individuales dan oportunidad de trabajar el recuerdo traumático y evitan el riesgo de victimización secundaria al escuchar la descripción detallada de las experiencias traumáticas de otros.

3.2.6 Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares.

Esta técnica fue desarrollada por Shapiro (1989, 1995), desde un principio fue empleada para el tratamiento de los recuerdos traumáticos y fue considerada una variante de la desensibilización sistemática (Pieschacon, 2011).

Esta técnica consta de ocho fases: a) historia del cliente y planificación del tratamiento, b) preparación, c) evaluación de los componentes del recuerdo a reprocesar, d) desensibilización, e) instalación de la cognición positiva, f) exploración corporal, g) cierre y h) reevaluación (Bados, 2015; Pieschacon, 2011).

De acuerdo con Bados (2015), la primera fase requiere llevar a cabo una evaluación completa de la persona, para conocer si cumple con las condiciones necesarias para recibir el tratamiento e identificar los aspectos que necesitan ser reprocesados (eventos, recuerdos, disparadores actuales, conductas y actitudes positivas), así como recoger toda la información necesaria para diseñar un plan de tratamiento. En la siguiente fase se establece una alianza terapéutica, se da una explicación sobre los síntomas que está experimentando y el tratamiento que va a

recibir, los logros que obtendrá y enseñar procedimientos de relajación para manejar la perturbación emocional. En la fase de evaluación de los componentes (sensoriales, cognitivos, afectivos y corporales) asociados al recuerdo que se desea reprocesar la persona debe describir la imagen visual que mejor represente el recuerdo, identificar una cognición negativa suscitada por la imagen y que exprese una valoración negativa de sí mismo en el presente (“me siento impotente”), posteriormente, expresar una cognición positiva deseada (“tengo el control”) que más tarde será empleada para reemplazar la cognición negativa, y evaluar que tan verdadera siente que es su creencia positiva con la escala de validez de la cognición, la persona deberá mantener la imagen visual y la creencia negativa, identificar las emociones suscitadas y calificar el grado de perturbación que le causan en ese momento, también deberá identificar y localizar las sensaciones corporales provocadas al concentrarse en la imagen.

Durante la siguiente fase se le pide que continúe concentrado en la imagen visual, la creencia negativa y las sensaciones corporales, dejando que las cosas sigan su curso, al mismo tiempo que mueve sus ojos de lado a lado con la cabeza inmóvil durante unos segundos, la velocidad del movimiento se va incrementando gradualmente hasta que la persona se siga sintiendo cómoda (por lo general son uno o dos movimientos por segundo, recorriendo una distancia de al menos 30 cm y a 35 cm de su cara). Después de 24 movimientos se le pide a la persona que termine la imagen y haga una respiración profunda, inmediatamente se le pregunta a la persona qué es lo que está notando en ese momento (imagen, cognición, sensación, emoción), cualquier material nuevo será empleado en el siguiente conjunto de movimientos. Este procedimiento se repite durante toda la sesión y al final se le pide que vuelva a la imagen original, lo ideal sería que ocurran cambios en la imagen procesada o que aparezcan imágenes o pensamientos muy diferentes a través de asociaciones fisiológicas, afectivas o cognitivas (Bados, 2015).

En la quinta fase se instaura y fortalece la creencia positiva ya identificada como sustituta de la creencia negativa original, una vez que el recuerdo del evento ya no provoca grandes niveles de perturbación emocional, la persona tiene que pensar en la imagen original junto con la cognición deseada y valorar nuevamente que tan verdadera siente que es para luego llevar a cabo conjuntos de movimientos oculares

hasta que la cognición deseada sea valorada en niveles altos. En la siguiente fase la persona deberá explorar su cuerpo de arriba abajo, identificando cualquier sensación; las sensaciones positivas y de bienestar se deberán fortalecer también por movimientos oculares.

En la penúltima fase, se decide si el recuerdo ha sido procesado adecuadamente y se ayuda a recuperar el equilibrio emocional de la persona con las técnicas de relajación y tranquilización, se sugiere llevar un diario de los componentes sensoriales, cognitivos, afectivos y corporales asociados al recuerdo, mismos que pueden seguirse trabajando en sesión.

La última fase se lleva a cabo al inicio de cada sesión, la persona tiene que acceder a los recuerdos que ya había reprocesado y se revisa si se mantienen las mejoras en las respuestas de la sesión anterior, si las respuestas perturbadoras persisten vuelven a tratarse por movimientos oculares. Del mismo modo, se revisa el diario y otro material que esté relacionado con el evento, y si es necesario se trabaja.

La efectividad y el fundamento de esta técnica todavía están puestos en duda, ya que surgió de observaciones personales y no a partir de la teoría o derivada de otras técnicas, por la falta de datos empíricos se considera que son necesarios más estudios para apoyar su uso en el tratamiento del estrés postraumático (Pieschacon, 2011).

3.2.7 Entrenamiento en asertividad.

Wolpe, en 1958, sugirió que las respuestas asertivas, al igual que la relajación, pueden inhibir el miedo; planteó que el comportamiento asertivo actúa como inhibidor de la respuesta de ansiedad en ciertas condiciones y, al contrario, la ansiedad condicionada puede inhibir la expresión del comportamiento asertivo (Zaldivar, 1994). Bajo esta lógica Resick, Jordan, Girelli, Hutter y Marhoefer-Dvorak, en 1988, utilizaron esta técnica en el tratamiento de mujeres que habían sobrevivido a una agresión sexual. Llevaron a cabo una serie de sesiones de terapia de grupo (2 horas de duración) a lo largo de 6 semanas. Además de los ejercicios de generación de aptitudes y técnicas de asertividad, se administró una terapia cognitiva para enseñar la conexión entre

ideas, emociones y comportamientos, así como para identificar los patrones erróneos de pensamiento. Se hizo hincapié en los problemas interpersonales que emanan como consecuencia del trauma y se ayudó a las personas a utilizar la terapia cognitiva y las técnicas de sociodrama para ser asertivas, en vez de pasivas o agresivas, al hablar con los demás acerca del evento traumático, pedir apoyo social o corregir la información equivocada (Rothbaum *et al.*, 2003).

El entrenamiento asertivo ayuda a la persona a manejar las diferentes dificultades que surjan en la comunicación interpersonal, adquiriendo la habilidad para expresar eficazmente sus opiniones, sentimientos y deseos personales de forma adecuada, directa y sincera. También se trabajan otros factores que estén dificultando el funcionamiento social de la persona, como ansiedad, temor, sentimientos de culpa, ideas irracionales, valores o creencias que inhiban la expresión de la asertividad (Zaldivar, 1994). Los modelos de entrenamiento asertivo desarrollados se distinguen por las causas de origen de la inasertividad: falta de aprendizaje o aprendizaje inadecuado, inhibición de la respuesta asertiva por ansiedad, inhibición mediatizada por diversos factores cognitivos (cogniciones distorsionadas, expectativas y creencias irracionales, autoverbalizaciones negativas, etc.), fallas en la discriminación de situaciones específicas en que un comportamiento asertivo resulta apropiado.

Rothbaum *et al.* (2003) sugieren que el entrenamiento en asertividad debería considerarse un componente del tratamiento para el trastorno por estrés postraumático, más que un tratamiento en sí mismo.

3.2.8 Biorretroalimentación y entrenamiento en relajación.

Mediante la *técnica de biorretroalimentación o biofeedback* se monitorea continuamente la actividad fisiológica que produce la ansiedad provocada por el material asociado a la situación traumática y que es presentado a la persona. Se le envía una señal (auditiva o visual) al sujeto para indicarle los niveles de actividad fisiológica que está presentando y que pueda modificarlos voluntariamente mediante el uso de técnicas de relajación. El grado de control aprendido debe ser suficiente para producir efectos clínicamente importantes (Naranjo, García y Companioni, 1999).

Ambas técnicas están dedicadas al control de la ansiedad y se han utilizado también en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático. Estos enfoques proporcionan a las personas un medio de reducir la ansiedad desencadenada por estímulos relacionados con el trauma a través de técnicas de relajación. Enseñan a las personas a alcanzar un estado generalizado relajado, caracterizado por un dominio parasimpático y antagónico al patrón de excitación fisiológica que se manifiesta en situaciones relacionadas con el estrés (tensión muscular, sudoración, presión sanguínea y respiración). La idea es que a cada cambio del estado fisiológico lo acompañe un cambio en el estado mental y emocional.

Sin embargo, estas técnicas no han demostrado ser eficaces por sí solas como tratamiento para el trastorno por estrés postraumático (Rothbaum *et al.*, 2003).

3.3 Definición, clasificación y estrategias de prevención

El término *prevención* hace referencia a dos conceptos, por una parte, a la preparación o acción anticipada, y por otra, tiene como objetivo evitar males o daños que están próximos a suceder. También está relacionado con “prever”, “avisar”, “advertir” y “precaer”, es decir, saber con anticipación lo que ha de pasar, que otros conozcan lo que va a ocurrir, o tomar las medidas para evitar o remediar algo (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997).

La prevención busca impedir la aparición de riesgos para la salud del individuo, de determinados grupos y de la población, involucrando acciones para que un problema no aparezca o, en su caso, para disminuir sus consecuencias. Será cualquier conjunto de estrategias que tenga como objetivo eliminar o reducir al máximo el futuro daño o enfermedad, así como la práctica de conductas de riesgo (CEDRO, 2013). Específicamente para los trastornos mentales, el objeto de la prevención será reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos, mientras que la persona presenta los síntomas o la condición de riesgo para desarrollarlos, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo el impacto sobre el propio individuo y su entorno (Hosman, Jane-Llopis y Saxena, 2005).

Existen diferentes niveles de prevención que se manejan según la población a la que van dirigidos. Comúnmente se manejan los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, estos se describen como:

- a) *Prevención primaria*. Es el primer contacto con la población con el objetivo de preservar la salud mediante actividades de promoción y educación para salud, vigilancia epidemiológica y saneamiento básico. Forman parte de las prácticas vinculadas a la vida cotidiana previas a la aparición de riesgos, incluye toda aquella actividad (disposiciones, instrumentos, etc.) que tienda a informar del estado de determinada situación de riesgo, con pretensiones de avisar lo antes posible o advertir para que se lleven a cabo acciones que reduzcan un posible daño (Santacreu *et al.*, 1997). Busca dotar a los individuos de información, habilidades y destrezas que le permitan conocer y enfrentar con éxito las posibles adversidades.

Algunas acciones van encaminadas a desarrollar estilos de vida que reduzcan la propensión y vulnerabilidad al riesgo, la promoción de comportamientos alternativos y el adiestramiento en la evitación del riesgo.

Santacreu *et al.* (1997) proponen hablar de prevención primaria si el tipo de intervención es informar a la población de lo que indican los sistemas epidemiológicos de alarma o la investigación en salud, con el objetivo de que la población informada tome sus propias decisiones y actúe en el sentido correcto.

- b) *Prevención secundaria*. Toda actividad que busque remediar la posible amenaza o daño que se acerca y del que se tiene información. Está dirigido a personas que se encuentran en riesgo, pero que todavía no se ven afectadas por el mismo, pero son altamente vulnerables. El principal objetivo será reconocer los indicadores de riesgo de la persona y prestar una atención temprana, en la que, de acuerdo con el daño que se busca remediar, el individuo desarrolle habilidades personales y sociales, se fomente la toma de decisiones adecuada y se estimulen las habilidades de resistencia y así disminuir las probabilidades de daño y/o de sus efectos (CEDRO, 2013).

Como prevención secundaria, Santacreu *et al.* (1997) colocan al tipo de intervención organizada como un programa con objetivos y métodos definidos, que va más allá de la mera información, en el que se invierten considerables recursos y de los que se esperan unos resultados claros.

En las áreas médicas, se define como el nivel de la consulta externa de especialidades básicas, pues atiende a pacientes que no necesariamente requieren algún tipo de hospitalización, pero presentan síntomas de alguna enfermedad. Se considera preventivo en la medida en que impide el avance de la enfermedad, ya que el siguiente nivel será el que atienda a los sujetos enfermos, que requieren necesariamente hospitalización.

- c) *Prevención terciaria.* Se lleva a cabo cuando existe una condición patológica que ha evolucionado y produce daños irreversibles o parcialmente reversibles. Son actuaciones de todo tipo que inicialmente intentan reducir o eliminar el daño que ya está presente, las cuales son de índole conductual y corresponden a implementar el comportamiento de adherencia terapéutica, la eliminación de comportamientos que interfieren con la eficacia de los tratamientos biomédicos, reducción de las reacciones de estrés y la expresión de comportamientos que favorezcan los procesos de rehabilitación

Santacreu *et al.* (1997) consideran que en este nivel las intervenciones son de tratamiento en el control de determinadas enfermedades con el objetivo de lograr la curación o de impedir la recaída. En este sentido, consideran que todas aquellas actividades que se lleven a cabo, ya sea por los propios interesados o por servicios profesionales especializados, cuando el suceso aversivo, daño o desastre ya ha ocurrido no se podrían denominar “prevención”. Proponen que a estas actividades se les llame “tratamiento”, pues están remediando el daño ya causado en las personas o en los bienes.

Sin embargo, agregan que cualquier tratamiento intenta que no recaiga el paciente en el mismo problema, al menos en un tiempo considerable, y justifican que sólo por eso se estarían llevando a cabo actuaciones para impedir o “prevenir” las recaídas. Aceptando este continuo, lo que define la actuación

preventiva será el daño que se tiene como objetivo prevenir, en personas que no lo padecen en el momento de la intervención.

Otros diferencian hasta cuatro tipos de prevención (primaria, secundaria, terciaria, cuaternaria) y en muchos de los casos no coinciden en el quehacer de cada una (Santacreu *et al.*, 1997). Por ello será conveniente hallar otros niveles de prevención que tomen en cuenta otras cuestiones, como: la intensidad y frecuencia de la intervención, la población con la que se trabaja, la necesidad o no de trabajar con personal especializado y la metodología de intervención dependiendo del programa y de la gravedad (CEDRO, 2013). Estos niveles de prevención son la universal, la selectiva y la indicada; habrá quienes agreguen el tratamiento y la manutención a esta clasificación (Jane-Llopis, 2004).

- d) *Prevención universal*. Es aquella que va dirigida al público en general, a un grupo poblacional vasto y amplio, que no ha sido identificado basándose en el riesgo (Jane-Llopis, 2004). Con el fin de desarrollar estrategias y acciones generales no muy intensas que intentan dotar de herramientas generales a la población, para demorar o prevenir un daño o enfermedad (CEDRO, 2013). Este tipo de programas se dirigen sin distinción alguna de la población, pues se encamina bajo el supuesto de que todas las personas tienen la misma probabilidad de exposición al daño o enfermedad. Los pasos a realizar son: (1) sensibilización a la población para incrementar la percepción del riesgo, (2) se da información oportuna para acceder a servicios de atención, (3) se invita a participar en acciones de promoción de la salud y en redes preventivas, (4) se da énfasis en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección (Solís, Gómez y Ponce, 2010).
- e) *Prevención selectiva*. Es aquella que va dirigida a un grupo específico que presenta una proclividad mayor al daño o enfermedad, entendido como un grupo con un riesgo significativamente más alto que el promedio según la evidencia, éste se encuentra más vulnerable al daño o enfermedad por factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales. El objetivo será reducir la

vulnerabilidad al daño o enfermedad trabajando sobre los factores protectores de la población. (CEDRO, 2013; Jane-Llopis, 2004; Solís *et al.*, 2010). A través del diseño de metodologías de captación y atención a grupos vulnerables que se identifiquen como prioritarios para recibir los servicios preventivos, así como detectar casos y derivarlos a tratamiento.

- f) *Prevención indicada*. Es aquel conjunto de acciones encaminadas a un grupo objetivo identificado con factores de alto riesgo, del que ya se ha detectado que presenta signos o síntomas mínimos del daño o enfermedad (CEDRO, 2013). El objetivo principal será disminuir las conductas de riesgo, el nivel de afectación o la frecuencia, el cual se logra diseñando metodologías de intervención para modificar el desarrollo de la enfermedad (Solís *et al.*, 2010).

La prevención de los trastornos mentales se caracteriza por su enfoque en la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con una enfermedad, trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia (Jane-Llopis, 2004). Las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permitan un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo para mejorar la calidad de vida.

Hosman *et al.* (2005) sugieren los siguientes factores de riesgo y de protección individuales para el desarrollo de trastornos mentales (Tabla 4), y aclaran que éstos pueden ser biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o relacionados con el contexto familiar para cada persona:

Tabla 4. Factores de riesgo y de protección para trastornos mentales

Factores de riesgo	Factores de protección
• Fracaso académico y desmoralización estudiantil	• Capacidad para afrontar el estrés
• Déficits de atención	• Capacidad para enfrentar la adversidad
• Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes	• Adaptabilidad
• Abuso y abandono de menores/ancianos	• Autonomía
• Insomnio crónico	• Estimulación cognitiva temprana
• Dolor crónico	• Ejercicio y actividad física
	• Sentimientos de seguridad
	• Sentimientos de dominio y control

-
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación anormal • Embarazos tempranos • Inmadurez y descontrol emocional • Uso excesivo de sustancias • Exposición a agresión, violencia y trauma • Conflicto o desorganización familiar • Soledad • Clase social baja • Enfermedad médica • Desbalance neuroquímico • Enfermedad mental en los padres • Abuso de sustancias por los padres • Complicaciones perinatales o bajo peso • Pérdida personal, duelo • Habilidades y hábitos de trabajo escasos • Discapacidades sensoriales u orgánicas • Incompetencia social • Eventos de mucha tensión • Consumo de sustancias en el embarazo | <ul style="list-style-type: none"> • Buena crianza • Alfabetización • Apego positivo y lazos afectivos tempranos • Interacción positiva entre padres e hijos • Habilidades de resolución de problemas • Conducta prosocial • Autoestima • Destrezas sociales y manejo de conflictos • Crecimiento socioemocional • Manejo del estrés • Apoyo social de la familia y amigos |
|--|---|
-

Nota: Factores de riesgo y de protección comunes en el desarrollo o no de diversos trastornos mentales. Extraído de Hosman *et al.* (2005)

Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental buscan suprimir los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona. En este sentido, los factores de riesgo están asociados a una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas; por su parte, los factores de protección son las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo

Las características de personalidad y la vulnerabilidad individual de las personas son factores esenciales para la prevención, de la capacidad de afrontamiento a eventos estresantes de la vida cotidiana dependerá si sus reacciones son más o menos eficientes ante las adversidades (Lorenzo y De la Yncera, 2013).

Bajo este marco, la prevención utiliza estrategias de promoción de la salud como un medio para lograr sus metas, promoviendo la salud mental positiva aumentando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, creando condiciones y entornos favorables para la vida.

En la literatura médica sobre prevención se han abordado diversos tipos de esfuerzos con el propósito de que no aparezca la enfermedad, que desaparezca la enfermedad y que se desarrollen capacidades que compensen los daños originados. En este sentido, conviene especificar que un individuo se asume enfermo cuando alguna de sus partes, órganos o subsistemas enferma y no funciona, pudiendo llegar a afectar a todo el sistema en su funcionamiento vital, más allá de la opinión o demanda que tenga el paciente. El individuo enfermo es aquel que manifiesta inadecuación o déficit de adaptación y demanda ayuda, las acciones van encaminadas a habilitarlo. En otra dimensión, un medio enfermo (social o ambiental) produce personas enfermas, demanda mayor asistencia sanitaria o social y en ocasiones, provoca conflictos y violencia (Santacreu *et al.*, 1997).

El grado en que el problema afecte a los distintos sistemas provocará sintomatología perceptible a nivel biológico o psicológico, y en la medida en que afecte simultáneamente a varios individuos será perceptible a nivel social. Santacreu *et al.* (1997) distinguen dos dimensiones de las manifestaciones de la enfermedad: individual y social. En lo individual, los síntomas y manifestaciones relevantes de la enfermedad aparecen a nivel de subsistemas biológico o psicológico, de manera que el entorno es percibido como fuente causal pero no como ente enfermo, y en el individuo además de manifestar los síntomas, se hallará el origen del problema. En lo social, las manifestaciones de enfermedad vienen determinadas por el número de individuos que están afectados por tal tipo de síntoma, se podría predecir si un ambiente es insalubre y cuál será la evolución de los índices epidemiológicos teniendo en cuenta las variables sociales y ambientales. Los enfermos importan en la medida que impactan al resto de la sociedad e interesan aquellos datos que pueden ser de utilidad para la prevención de una determinada enfermedad en otros.

El comportamiento de un individuo puede ser calificado de saludable en función de su capacidad adaptativa, evaluado a corto o a largo plazo, en su interacción con el medio. Por lo que el estudio de la salud y la enfermedad de los individuos se tiene que dirigir al estudio de los comportamientos precursores de la enfermedad y al de los comportamientos que permiten permanecer en salud, sean estos cercanos o no al problema o enfermedad. Si no se dispone de un modelo que explique cómo se enferma

y cómo se mantiene un sujeto sano, no se puede intervenir, independientemente de que se conozca un procedimiento para curar o reparar el daño o enfermedad (Santacreu *et al.*, 1997).

Desde una perspectiva psicológica, el programa de prevención podrá modificar el comportamiento del individuo mejorando sus condiciones de salud, así como sus competencias y habilidades personales y sociales, fomentando la toma de decisiones adecuadas, estimulando las habilidades de resistencia (CEDRO, 2013; Santacreu *et al.*, 1997); no obstante, se puede hacer un planteamiento grupal y proponer un cambio de contingencias para todos mediante la modificación de las variables del ambiente. Lo que significa que una actuación preventiva se optimizaría si se actúa tanto sobre el individuo como sobre el medio. No sólo se hace frente a los problemas de salud antes de que éstos aparezcan, sino que además la estrategia puede ser aplicada en el ámbito comunitario (Jane-Llopis, 2004).

Santacreu *et al.* (1997) proponen que, de esta manera, los sujetos percibirán los efectos de su conducta sobre el ambiente, los efectos de este sobre su propia conducta y los efectos de su comportamiento sobre la salud, por consiguiente, podrán corregirse permanentemente. Para alcanzar esto primero se tiene que tener claro en qué consiste el problema, para luego informar con veracidad y consistencia al individuo y a todos los grupos que conforman el ecosistema. En este sentido, estos autores, sostienen que la intervención preventiva podrá tener más éxito con una actuación sobre la dimensión individuo-ecosistema. Con respecto a la dimensión global-específico, recomiendan actuar en el sentido de lo global si se desea hacer hincapié en la promoción de la salud general, y en el específico si el objetivo es erradicar la posibilidad de un daño o riesgo conocido, en sus manifestaciones y en su génesis.

Cuando se realiza la elección de una intervención preventiva debe hacerse con base en tres puntos: las estrategias existentes, las características del problema que se va a tratar y las necesidades detectadas en la población (CEDRO, 2013). Cada programa de prevención requiere de un diagnóstico situacional, para saber la condición social y características del problema, así como la detección de las necesidades respecto del problema.

Para elegir una estrategia preventiva serán necesarias otras cuestiones: la investigación teórica, el diagnóstico de necesidades, el desarrollo del programa y su implementación (CEDRO, 2013).

- *Investigación teórica del programa.* Es el conocimiento del problema, cuáles son sus causas, consecuencias y qué teorías se han realizado en base a esta problemática; para así poder tener un amplio conocimiento de la conducta de riesgo sobre la que se trabajará.
- *Diagnóstico de las necesidades.* Analizar la realidad social donde se quiere intervenir, y así conocer las necesidades que existen. Esto dependerá del tipo de problema y características de la zona donde se va a aplicar el programa, los que deberán ser seguidos de hipótesis que indiquen lo que se espera del programa.
- *Desarrollo del programa.* Esto se realiza con base a las hipótesis planteadas a partir del diagnóstico realizado. Las hipótesis responden a: las causas del problema y los factores asociados a ellas, las consecuencias del problema y los factores asociados a ellas. Se debe definir en qué consiste el programa, es decir, las actividades que se van a realizar. En ocasiones es recomendable tener un programa secundario, en caso de que surjan problemas en la aplicación del primero.
- *Implementación del programa.* Se desarrolla habiendo elegido previamente la estrategia con la que se trabajará, esta debe cubrir las necesidades del problema. Se deben tener claros los objetivos del programa (objetivos generales y objetivos específicos), la población a la que va dirigido, los recursos que se necesitan, el calendario de aplicaciones y un sistema de evaluación de resultados.

Jane-Llopis (2004) afirma que existe suficiente evidencia de que los programas de prevención y promoción de la salud funcionan y producen beneficios importantes en la salud de los individuos y en general en toda la sociedad. Y recomienda que para que un programa de prevención tenga eficacia, se incluyan medidas de evaluación a largo plazo. Argumenta que no hay diferencia en la eficacia de los programas en

relación con los niveles de riesgo de la población (prevención universal, selectiva e indicada), todos resultan igualmente eficaces para grupos con distintos niveles de riesgo.

En relación con los métodos de intervención y duración de programas preventivos, la autora menciona que las técnicas cognitivas y las que se centran en mejorar las competencias y habilidades personales son las más eficaces para mejorar la salud mental. Por su parte, los programas que incluyen múltiples métodos de intervención (sobre unos cuatro) son el doble de eficaces que los programas que utilizan sólo uno o dos métodos. Señala que, según la edad de los participantes, la duración de las intervenciones debería ser distinta: los programas más largos y con mayor número de sesiones son los mejores para los niños, y los más cortos son los más indicados para grupos de la tercera edad. Por otro lado, las técnicas de modificación de conducta son las que presentan mejores resultados con adolescentes, pero son las menos indicadas para la tercera edad, mientras que las técnicas para la mejora de competencias y habilidades personales son igualmente beneficiosas para niños y mayores (Jane-Llopis, 2004).

Existen una multiplicidad de programas y estrategias de intervención basados en la prevención y reducción de riesgos y mejora de la calidad de vida a cualquier nivel (primaria, secundaria, terciaria, universal, selectiva, indicada); desde la mejora de la nutrición, la vivienda, el acceso a la educación, reducción de la inseguridad, el consumo de sustancias, el abuso y abandono de menores, la conducta de riesgo en escuelas, la desintegración familiar, el estrés laboral, el desempleo, el fortalecimiento de redes sociales, hasta la prevención de diferentes trastornos mentales.

3.4 Prevención en psicología en emergencias y desastres

El comportamiento y las respuestas naturales de las personas que se ven expuestas a situaciones de crisis varían desde que se produce el impacto hasta después del mismo, pudiendo establecer una secuencia de respuestas comunes.

En un primer momento, antes de que se produzca el impacto, la persona o comunidad son informadas sobre la probabilidad de que ocurra un evento que

perjudique su bienestar o supervivencia. Las primeras reacciones que suelen tener las personas son la de negar el evento, restarle importancia, relativizarlo, desplazar su responsabilidad y probable ocurrencia hacia otros, en general, neutralizarlo por un sentimiento falso de invulnerabilidad, pero que resulta más fácil de manejar en comparación con el reconocimiento de la realidad, que se vuelve incierta, amenazante, insegura e incontrolable.

En este sentido, el mecanismo de defensa centrado en la negación del riesgo protege a la persona de una realidad que resulta incierta y que de aceptarla le obligaría a tener conciencia de sí mismo, de sus emociones, habilidades y conocimientos para afrontarla, así como de su responsabilidad ante el evento y las acciones que eso conlleva. La negación puede expresarse en varias formas (Cortés, 2003): negándolo directamente con verbalizaciones como “no es posible que eso ocurra” o “yo llevo años aquí y nunca ha sucedido”; otra es la creencia en una naturaleza especial propia expresada como “soy demasiado especial para que eso me ocurra” o “a otros les ocurre, a mí no”; desplazando las responsabilidades relacionadas con el evento hacia un control externo, un ser divino, el gobierno o cualquier otro, “si Dios quiere no tiembla” o “ese no es asunto mío”; la minimización, relativización o trivialización del evento expresadas como “no es tan grave” o “depende de...”; y la confianza exagerada en las propias capacidades o las tecnológicas, por ejemplo “el Titanic no se puede hundir” o “las Torres Gemelas no se pueden caer”.

Se esperaría que la preocupación fuera la primera respuesta ante el aviso de un probable evento; ya que una mayor preocupación está asociada a un mayor conocimiento sobre los riesgos, al existir una comprensión científica del evento éste causa menos incertidumbre, al tiempo que se tiene una mejor habilidad para controlar la exposición al riesgo (Morgan *et al.*, 2001; en Cortés, 2003).

Las acciones de prevención en materia de desastres toman diferentes fases (Gutiérrez y Vera, 2000; Lorenzo, 2003). En una primera fase de *previsión* o *preparación* se realizan investigaciones sobre los aspectos psicosociales en las diferentes situaciones de emergencia ocurridas y se realizan estudios de necesidades sobre intervención psicológica. En la fase de *prevención*, propiamente dicha, se diseñan e implantan programas de prevención primaria dirigidos a la población y a los

grupos de intervención; se informa a la población sobre los posibles riesgos, los planes de contingencia y las medidas de autoprotección, se induce a la persona a convertirse en más resiliente, se llevan a cabo ejercicios y simulacros. En esta fase se desarrollan programas dirigidos a los grupos de intervención para prepararlos ante las situaciones críticas, así como a la prevención del estrés, como medida de autoprotección y como apoyo a las víctimas. Se realizan acciones con el objetivo de evitar o minimizar el impacto psicosocial durante o después del desastre. Una vez que se conoce la probabilidad del suceso se realizan estas dos fases 96 horas antes de que ocurra.

En una siguiente fase, de *planificación*, se incluye un grupo de intervención psicosocial, se establecen los procedimientos operativos para dar una respuesta, rápida y coordinada a las necesidades psicosociales en los desastres. El personal que compone este grupo debe estar preparado para ofrecer apoyo y asesoramiento, así como ayudar a satisfacer las necesidades físicas básicas y de seguridad de las víctimas, ya que esto reducirá la carga emocional de las pérdidas en los desastres y estimulará la recuperación. En esta fase se busca minimizar los riesgos y vulnerabilidades, incrementando el rol de los factores protectores y de la resiliencia con un enfoque preventivo, promocional y educativo (Lorenzo, Martínez, Ventura, Mesa, 2008).

En la fase de *intervención*, que ya no forma parte de una prevención primaria, se lleva a cabo un asesoramiento a instituciones, se evalúan necesidades, se establece relación con los medios de comunicación social, se brinda apoyo psicológico y se potencializa el apoyo social, se impulsan y promueven las medidas de autoprotección para los grupos de intervención. En la fase de *rehabilitación* se vuelve imprescindible el seguimiento psicológico de las víctimas, se presta asesoría psicológica y psicoterapia a la vez que se analiza la sintomatología en el tiempo y se identifican reacciones retardadas, se evalúan los programas de intervención implantados en fases anteriores y su efecto en las víctimas, se informa y asesora a los afectados sobre los servicios concretos que necesite cubrir a causa del evento. Estas dos fases se realizan en las siguientes 96 horas, durante y después del evento. La última fase, de *reconstrucción*, se realiza de tres meses hasta dos años después.

En esta última fase se favorece una mayor concienciación de la comunidad y la administración de recursos para reconstruir el tejido social. En definitiva, estos suponen el mayor reto, aunados a la construcción de una cultura de autoprotección y prevención, así como la comprensión y conocimiento de los factores y causas del riesgo presentes a lo largo de la vida. Para que se logre este objetivo se tendrá que hacer uso de los medios de difusión y de comunicación, así como el manejo adecuado de la información, que resulte útil y oportuna para la mitigación y concienciación (Lorenzo, Rodríguez, Junior y Portal, 2013).

La comunicación del riesgo de desastres tiene la función de intercambiar información, opiniones o preocupaciones relativas al riesgo, provee los datos y los hechos, facilita vínculos y contactos. Por otro lado, tiene la función de formar, para conseguir una sensibilización en torno al riesgo, así como un cambio de actitud frente a los factores que lo generan; busca inducir y alentar la adopción de conductas de autoprotección y prevención, aminorando la vulnerabilidad en las personas, contribuyendo a la reducción del riesgo y mitigando sus efectos (Lorenzo *et al.*, 2013; Ocharan, 2008).

La importancia de la comunicación se basa en el derecho que tienen las personas en riesgo a recibir y conocer la información que les atañe en ese momento, eso les permite tomar decisiones informadas, incrementa el entendimiento mutuo entre personas y entidades responsables, sólo así aumenta la responsabilidad colectiva y la reducción del riesgo. De acuerdo con Ocharan (2008) las tareas principales de la comunicación antes del desastre son:

- a) identificar los elementos del riesgo,
- b) presentar y explicar la información sobre el riesgo a las personas involucradas,
- c) modificar el comportamiento frente al riesgo,
- d) advertir sobre el riesgo a las personas y a las comunidades,
- e) desarrollar estrategias de gestión del riesgo para las autoridades,
- f) alentar a la comunidad para que participe en la mitigación de desastres, y
- g) facilitar la discusión entre especialistas y las comunidades para buscar una solución conjunta a los problemas.

En este punto, conviene recordar algunas características de los fenómenos naturales extremos y otros peligros. Estos sucesos pueden desatar verdaderas crisis y excesivo sufrimiento humano; sobrepasando la capacidad de respuesta de casi cualquier persona, pues sus estrategias de afrontamiento resultan insuficientes, provocándole un desequilibrio e inadaptación psicológica. La vulnerabilidad de la persona se verá reflejada en todas las deficiencias que existen para enfrentar el peligro, corresponde a un factor de riesgo interno que expuesto a una amenaza conlleva la predisposición de ser afectado por la misma, ser susceptible de sufrir daño y tener dificultades para recuperarse después (Dearriba y Rondón, 2009). Cabe aclarar que en la vulnerabilidad se debe definir específicamente cuál es la deficiencia y a quién pertenece, para poder intervenir sobre las debilidades que se tienen y reducir el riesgo.

Los desastres pueden ser medidos una vez que han ocurrido, la probabilidad de que ocurran puede ser identificada por las variables hidrometeorológicas, de infraestructura, económicas y de población, aunque resultan impredecibles, inesperados y sorprendidos. Sin embargo, si se adoptan las políticas, planes y lineamientos de gestión del riesgo adecuados, sería posible identificar, reducir y hasta eliminar los factores de riesgo existentes y de vulnerabilidad, a su vez, disminuir la magnitud o probabilidad de un desastre (Arnillas, 2013; Pineda y López-López, 2010). Es decir, conocer y reconocer cuáles son las principales amenazas a las que se está expuesto, otorga una clara percepción del riesgo y, por tanto, permite realizar las acciones correspondientes para disminuir sus efectos (físicos y mentales). Cuando se tiene el conocimiento exacto del peligro las personas saben de ante mano a qué se enfrentarán, cuáles serán sus consecuencias y cómo deben actuar para disminuir esos efectos y aumentar las posibilidades de subsistencia (Dearriba y Rondón, 2009; DGAPD, 2002).

En muchas ocasiones y en muchos contextos sucede que ya en el momento real de la emergencia predominan las necesidades materiales, asumiendo que las necesidades psicosociales y emocionales pueden atenderse después de pasada la emergencia; no obstante, si estas se toman en cuenta desde la etapa de prevención se llega a tener una mejor comprensión de los comportamientos y reacciones de la población, se pueden desarrollar planes de acción y prevención de problemas sociales

derivados de la emergencia, se entienden los mecanismos y acciones de apoyo social durante las crisis, teniendo en cuenta las exigencias materiales, psicológicas y sociales de la población (Cortés, 2003).

En este sentido, la psicología en emergencias y desastres ha dedicado gran parte de sus esfuerzos al apoyo psicológico de todos los afectados por los desastres, pues resulta de especial importancia la atención inmediata tanto a las víctimas y damnificados como al personal de primera respuesta y a los responsables de asistencia, así como garantizar el apoyo a largo plazo para las personas y comunidades afectadas (Lorenzo, 2003; Pineda y López-López, 2010). Aunque no necesariamente todos los involucrados en las emergencias y desastres desarrollan trastornos mentales, la atención e intervención tempranas son una tarea necesaria para sopesar el impacto y prevenir la ocurrencia de distintos problemas psicológicos en el transcurso del tiempo (García y Mardones, 2010).

El apoyo psicológico preventivo es una de las medidas más importantes y eficaces para disminuir la vulnerabilidad de las personas ante las diferentes situaciones de amenaza, ya que brinda una apreciación real del riesgo al que se está expuesto, las manifestaciones fisiológicas, conductuales, cognitivas y emocionales que tendrán y las acciones que deben emprender antes, durante y después del evento, como medida de autoprotección y, de alguna manera, para prevenir el desarrollo de trastornos mentales en el futuro (Dearriba y Rondón, 2009; DGAPD, 2002). En cambio, si no se actúa con debida atención sobre el riesgo o no se logra una buena comprensión del mismo, este proceso aparentemente sencillo puede llegar a generar una inadaptación social, y hasta provocar alteraciones mentales a largo plazo (Lorenzo, 2003).

Los daños emocionales y psicosociales que sufren las personas afectadas por la emergencia o desastre están directamente vinculados a la capacidad y preparación individual, familiar y comunitaria para afrontar los riesgos; la intervención tendrá que incluir factores físicos, culturales, económicos y políticos que condicionan la estructura social e individual (DGAPD, 2002). En este sentido, algunas medidas de soporte necesarias para prevenir y mitigar los daños psicosociales en las personas son:

- Educación preventiva sobre las implicaciones y afectaciones personales y sociales, principalmente a los grupos más vulnerables.
- Fortalecimiento de capacidades comunitarias para la gestión del riesgo, las actitudes de autorregulación y ejercicio del control social para que las consecuencias del evento no se vean más agravadas.
- Alojamiento de respuesta rápida, facilitando la detección de situaciones críticas y la valoración de los factores que deben ser intervenidos y, a su vez, favorece procesos de recuperación psicoafectivo.
- Comunicación objetiva y veraz junto a acciones culturales que ayuden a cambiar las representaciones sociales en grupos de apoyo y terapia, autoayuda y de desarrollo de habilidades sociales.
- Fortalecimiento y promoción de habilidades y condiciones de resiliencia en individuos, grupos y comunidad, mucho antes de que ocurra la emergencia.

Existe la necesidad de identificar los riesgos y la probabilidad de su ocurrencia, evaluar la influencia psicológica y social en la percepción del riesgo relacionada con la voluntad para afrontarlo, así como estimular acciones personales y sociales para minimizar los riesgos, en función de los costos y beneficios (Cortés, 2003).

3.4.1 Prevención de alteraciones psicológicas en los paramédicos.

Respecto a los síntomas y alteraciones emocionales y psicosociales presentes en el personal de primera respuesta y paramédicos, Ventura (2011) recomienda realizar una adecuada selección y capacitación del personal que integre el equipo. Algunas variables que se pueden considerar para una adecuada selección del personal de primera respuesta, aunque no son determinantes, son (DGAPD, 2002):

- a) la edad y el nivel de madurez personal de acuerdo con la tarea prevista;
- b) contar con mayor capacidad de afrontar eventos de dolor, gravedad y muerte;
- c) estabilidad emocional reconocida;
- d) capacidad de contención y control ante situaciones graves y extremas;

- e) capacidad de trabajo en equipo, así como conocimiento de las potencialidades y limitaciones personales;
- f) contar con experiencia previa de actuación frente a situaciones difíciles;
- g) manejo progresivo de procesos de normalización y estabilización;
- h) motivación por la cooperación y el servicio;
- i) conocimiento de las características de las tareas asignadas;
- j) contar con habilidades sociales, técnicas y profesionales de diversa escala;
- k) formación básica común sobre las condiciones del contexto, características socioculturales de la población, condiciones de riesgo, entre otros;
- l) habilidades sociales de comunicación;
- m) conocer estrategias para la atención efectiva a personas con afectación psicosocial;
- n) conocimiento de los síntomas de estrés postraumático y otros cuadros; y
- o) capacidad de gestión y negociación para ampliar las posibilidades de atención psicosocial.

Además, las características de personalidad y el estado de salud física y mental previos al evento se reconocen entre los factores que condicionan y modifican la respuesta ante una situación de emergencia o desastre. Por parte de la institución en que labora el personal paramédico y de primera respuesta, se debe garantizar que existan adecuadas condiciones de trabajo, cuenten con el equipo necesario para enfrentar cualquier urgencia, que se brinde un sentimiento de satisfacción y recompensa por las labores que realizan; todos aspectos que contribuyen al bienestar personal, al aumento de la productividad y a la disminución del ausentismo (Castillejo y Osca, 2012; Ventura *et al.*, 2008; Ventura, 2011).

Posteriormente, durante su actuación en situaciones de emergencia o desastre masivos, es importante que se realicen las siguientes medidas de prevención a la aparición de manifestaciones psicológicas (Ventura, 2011), con el fin de disminuir o eliminar el riesgo a desarrollar un cuadro psicológico más severo:

- 1) rotación de roles y funciones a lo largo de la jornada;
- 2) brindar información sistemática y veraz a los diferentes miembros del equipo;

- 3) valoración y manejo constante de los estados emocionales;
- 4) organización de los tiempos de trabajo y el equipamiento necesario;
- 5) cuidado físico y de salud;
- 6) no sobreestimarse, realizar comidas frecuentes, en cantidades pequeñas y descanso cuando la disminución de las fuerzas y el cuerpo lo requieran;
- 7) tener la posibilidad de mantener contacto constante con familiares y amigos; y
- 8) propiciar la reflexión, la catarsis y la sistematización de la experiencia en el momento que se requiera.

Asimismo, los encargados del apoyo psicológico deben observar y monitorear las reacciones y el comportamiento de los primeros respondientes durante su intervención en el campo y en su reincorporación a las actividades cotidianas, con el propósito de encontrar signos y síntomas relacionados con alguna alteración psicológica, emocional, cognitiva o de conducta, y atenderlos.

Lorenzo *et al.* (2008) proponen una serie de acciones de promoción de la salud y preventivas que deben realizarse a favor de la salud mental y que pueden aplicarse como medidas para el personal paramédico y de primera respuesta.

Las acciones de promoción de la salud se realizan de forma cotidiana y contribuyen a la disminución de estrés en las personas. Estas acciones incluyen: a) alimentación sana, b) actividad física sistemática y c) respiración adecuada.

A través de la promoción de la salud se busca favorecer la salud mental positiva, impulsando el bienestar psicológico, la capacidad y la fortaleza emocional, de manera que se formen condiciones y entornos favorables a la vida; por su parte, la prevención busca la reducción de síntomas y, en última instancia, la reducción de los trastornos mentales, empleando estrategias de promoción de la salud (Hosman *et al.*, 2005).

Las acciones de prevención se deben dirigir a lograr una adecuada preparación psicológica ante el riesgo, iniciando por los conocimientos y habilidades prácticas sobre cómo actuar en los diferentes momentos de la crisis. Para ello deben realizarse cursos, talleres y simulacros de actuación, incluyendo labores de preparación ante riesgo, evacuación y activación de grupos de mando. Estas acciones deben tener en cuenta los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales con los que se pretende

incidir. Uno de los objetivos es que se interiorice la existencia de riesgos y se trabaje a fin de atenuar las consecuencias. Se debe prestar atención a los diferentes factores de riesgo y vulnerabilidades, así como a los factores protectores y de resiliencia desde lo individual, lo familiar y lo grupal.

En síntesis, la terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser un tratamiento eficaz para los síntomas del trastorno por estrés postraumático, ya que implica alteraciones a nivel conductual, cognitivo, afectivo y fisiológico, por lo que puede constituir una herramienta importante en la prevención del mismo, dotando de las capacidades emocionales y las habilidades cognitivas necesarias para evitar el desarrollo de trastornos en el futuro.

SEGUNDA PARTE

MÉTODO

Justificación

A partir de la anterior revisión teórica y empírica surgió una preocupación por la salud mental del personal de primera respuesta, en concreto, de los estudiantes paramédicos; pues en México no ha existido una promoción suficiente de la salud mental en ese sector, pasando por alto las condiciones de riesgo a las que están expuestos y sus posibles soluciones.

Es por lo tanto importante que el personal paramédico, en formación o en turno, cuente con apoyo psicológico constante, para que dejen de ser víctimas ocultas y con carácter de silenciosas, pues desde hace no mucho tiempo se reconoce su vulnerabilidad y los factores de riesgo en los que se encuentran. Los paramédicos se ven expuestos tanto a situaciones de emergencia como a desastres de forma cotidiana, aunque no se pueden predecir el tipo y número de eventos que enfrentarán en el ejercicio de su profesión, de modo que la promoción de la salud y la prevención deben orientarse a la disminución o eliminación de los factores de riesgo y al reforzamiento de los factores de protección, mejorando su resistencia y calidad de vida.

Nota aclaratoria

Es importante mencionar que la investigación se realizó con estudiantes paramédicos y no con paramédicos certificados, ya que con los estudiantes paramédicos se tuvo la certeza de que antes de entrar al curso no habían tenido ningún tipo de exposición como profesionales de la salud a situaciones reales de emergencia y desastre, y de esta manera se obtuvieran datos sobre su condición física, cognitiva, conductual, emocional y social previa, es decir, antes de que se vieran expuestos a situaciones reales de emergencia y desastre.

Cabe aclarar que, hasta el momento de esta investigación, el curso de formación como paramédicos (técnicos en urgencias médicas) en la Cruz Roja Mexicana tiene una duración de 1 año. Durante la primera mitad del curso se instruye sobre las bases teóricas de los cuidados de urgencias con sus respectivas prácticas en ambientes simulados y controlados, posteriormente, durante la segunda mitad del curso los estudiantes que aprobaron sus exámenes parciales, teóricos y prácticos, realizan su servicio en el área de ambulancias, urgencias y radiocontrol, donde tienen la oportunidad de aplicar sus conocimientos teóricos y prácticos en situaciones reales. Al finalizar las horas y el número de atenciones requeridos para cubrir con su servicio, se les realiza un examen final, teórico y práctico, para poder otorgarles su certificación.

Preguntas de investigación

¿Las técnicas de la terapia cognitivo-conductual coadyuvan en la prevención del desarrollo del trastorno por estrés postraumático en los estudiantes paramédicos?

¿Qué técnicas cognitivo-conductuales se podrán emplear en un programa de prevención para el desarrollo del trastorno por estrés postraumático en los estudiantes paramédicos, considerando las experiencias traumáticas, las cogniciones postraumáticas y las estrategias de afrontamiento predominantes en los mismos tanto antes como después de su servicio en ambulancia?

¿Existen diferencias en las experiencias traumáticas, las cogniciones postraumáticas y las estrategias de afrontamiento de los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en ambulancias que nos permitan determinar un programa cognitivo-conductual que prevenga el desarrollo del trastorno por estrés postraumático en ellos?

Objetivos

Diseñar un programa cognitivo-conductual para prevenir el desarrollo del trastorno por estrés postraumático en los estudiantes paramédicos a partir del análisis de las diferencias significativas en las experiencias traumáticas, las cogniciones

postraumáticas y las estrategias de afrontamiento antes y después de su servicio en ambulancias.

Objetivos específicos:

- (a) identificar la existencia y la frecuencia de eventos traumáticos en los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en ambulancias;
- (b) identificar la existencia y la frecuencia de los pensamientos y las creencias relacionados con el trauma (cogniciones negativas sobre el yo, sobre el mundo, auto-culpa) antes y después de su servicio en ambulancias;
- (c) identificar la existencia y la frecuencia de las estrategias de afrontamiento (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica) que emplean los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en ambulancias;
- (d) seleccionar las técnicas cognitivo-conductuales apropiadas para la prevención del trastorno por estrés postraumático a partir del análisis de los datos;
- (e) esbozar el programa cognitivo-conductual para la prevención del trastorno por estrés postraumático en los estudiantes paramédicos.

Tipo y diseño de investigación

A partir de la pregunta de investigación y los objetivos trazados, el alcance de la presente investigación fue descriptivo, pues se buscó describir las diferencias entre dos momentos de la formación de los estudiantes paramédicos, antes y después de su servicio en ambulancias.

Cabe resaltar que no se hizo ninguna alteración de variables intencionalmente entre ambas mediciones, pues las causas y los efectos estaban ocurriendo o ya habían ocurrido durante el desarrollo del estudio y eso fue lo que se observó y reportó. Es por ello que el diseño de la investigación fue no-experimental, ya que implicó observar fenómenos existentes tal como se dan en su contexto natural para posteriormente analizarlos (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2010; Kerlinger y Lee, 2002).

Procesos de la investigación

Es importante señalar que para tener una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno que respondiera al planteamiento de la investigación, así como datos más ricos y variados sobre las experiencias traumáticas y estresantes en los estudiantes paramédicos, se optó por un método mixto. Este consistió en dos procesos sistemáticos, empíricos y críticos que implicaron la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para contar con un mayor entendimiento del fenómeno (Hernández-Sampieri *et al.*, 2010).

El primer proceso de la investigación se llevó a cabo durante los primeros meses de la carrera de paramédico (técnico en urgencias médicas), lo que implicó que los estudiantes se encontraran desarrollando las bases teóricas de la profesión, sin ningún tipo de exposición como profesionales de la salud a situaciones reales de emergencia y desastre. Se recolectaron primero los datos de la fase cuantitativa para después continuar con la recolección de los datos de la fase cualitativa.

El segundo proceso de la investigación se realizó durante la segunda mitad de la carrera de paramédico, toda vez que los estudiantes ya se encontraban desarrollando actividades propias del voluntariado en la Cruz Roja, prestando servicios profesionales en las áreas de radiocontrol, urgencias y ambulancias, con exposición a situaciones de emergencia y desastre reales. Este proceso también estuvo compuesto por una fase cuantitativa y una fase cualitativa.

A continuación, se detallan por separado la fase cuantitativa y la fase cualitativa de ambos procesos de investigación.

Fase cuantitativa.

Selección de la muestra.

La selección fue no-probabilística, ya que se tomaron a todos los estudiantes paramédicos (técnicos en urgencias médicas nivel básico) de la Cruz Roja Mexicana delegación Cuernavaca que se encontraban hasta la fecha de la recolección de datos,

antes y después de sus prácticas en ambulancias. En la primera recolección de datos fueron en total 76 estudiantes; para la segunda recolección de datos eran 58 estudiantes.

Variables.

- ❖ *Experiencias traumáticas y estresantes:* Circunstancia o acontecimiento vivido por una persona que produce una emoción o impresión negativa, fuerte y duradera en su estructura mental, ante una demanda de adaptación mayor que lo habitual para la persona. Esta variable se obtuvo a partir de los indicadores en los instrumentos, mismos que la miden desde dos cuestiones: los eventos traumáticos vividos, con el Cuestionario de Eventos Traumáticos, y las cogniciones que surgieron a partir del evento traumático, con el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.
- ❖ *Estrategias de afrontamiento:* Proceso dinámico que involucra esfuerzos cognitivos y conductuales para hacer frente a las demandas internas o externas, mismas que exceden o desbordan los recursos de la persona. Se obtuvo a partir de los indicadores del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Instrumentos.

Para la recolección de la información en la fase cuantitativa de ambos procesos de la investigación se empleó una hoja de datos generales y tres instrumentos psicométricos: el Cuestionario de Eventos Traumáticos, el Inventario de Cogniciones Postraumáticas y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Hoja de datos generales.

Elaborado para esta investigación, recaba información personal de los participantes, como edad, sexo, nivel de estudios, ocupación actual, estado civil y nivel socioeconómico, con la intención de obtener datos estadísticos de los participantes y

realizar inferencias de acuerdo con estos. En la mitad inferior de la hoja se presentó la carta de consentimiento informado, la cual tenía que ser firmada por los participantes (ver Anexo 1).

Cuestionario de Eventos Traumáticos.

Diseñado por Cook y Ramos (2010) en Venezuela, consta de 41 ítems de aplicación autoadministrada por cada participante, en un tiempo de 60 minutos (ver Anexo 2).

Este cuestionario evalúa un total de 26 eventos, que son los siguientes: (a) desastres naturales, (b) incendio o explosión, (c) accidentes, (d) rescate de cadáver o heridos graves, (e) robo o asalto, (f) asalto sexual en la adultez, (g) acoso laboral, (h) pérdida de puesto de trabajo involuntariamente, (i) abuso sexual en la infancia, (j) maltrato físico en la infancia, (m) persecuciones por razones políticas, (n) exilio, (ñ) secuestro, (o) diagnóstico de una enfermedad grave o mortal, (p) cuidado de personas con enfermedades crónicas, (q) resultados indeseados de intervenciones quirúrgicas, accidentes o secuelas de enfermedades, (r) muerte súbita de una persona, (s) embarazo no deseado, (t) aborto, (u) amputación o pérdida de funciones físicas, (v) separación abrupta de pareja, (w) acoso o persecución por razones pasionales, (x) pérdida significativa de bienes o patrimonio personal o familiar, (y) mudanza inesperada.

El formato de respuesta se basa en una escala tipo likert, que mide la ausencia, presencia y frecuencia, las opciones de respuesta son: (a) no; (b) sí, una vez; (c) sí, de dos a cuatro veces; y (d) sí, cinco veces o más.

Más allá de los eventos considerados traumáticos, el cuestionario toma en cuenta otros criterios válidos y pertinentes encontrados en la literatura consultada por los autores, como son: la distinción entre ser víctima, testigo o haber sido amenazado; la inclusión de eventos ocurridos en la infancia o en la adultez; y la inclusión de una pregunta abierta. Además, en cada ítem incluye dos preguntas basadas en otros criterios diagnósticos del DSM-IV: (a) ¿sentí amenazada mi integridad física o la de los otros? y (b) ¿sentí terror, desesperanza u horror intenso?

En este cuestionario se pueden calcular tres índices de puntajes diferentes. El primer índice permite obtener el número total de eventos experimentados por cada sujeto y se calcula sumando el número de eventos reportados independientemente de la frecuencia. El segundo índice permite obtener una medida de la cronicidad de los eventos y se calcula sumando los puntajes de la frecuencia de ocurrencia de los eventos. El último índice expresa la presencia o ausencia de trauma en cada sujeto, sumando los puntajes de las preguntas de amenaza de integridad y terror, desesperanza u horror.

En el estudio donde se elaboró el instrumento (Cook y Ramos, 2010), se obtuvo un coeficiente test-retest de 0.78 y un kappa de 0.26 hasta 1.00 con una mediana de 0.59; lo que indica que el cuestionario presenta una confiabilidad aceptable en población de habla hispana.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

Los autores de este instrumento son Foa, Ehlers, Clark, Tobias y Orsillo (1999) y su adaptación para población hispana fue hecha por Blanco, Díaz, Gaborit y Amaris (2009), en Colombia. Su aplicación es autoadministrada por cada participante, con un tiempo aproximado de 30 a 45 minutos (ver Anexo 3).

Diseñado para evaluar los pensamientos y las creencias relacionados con el trauma. Cuenta con un total de 36 ítems divididos en tres categorías: (a) cogniciones negativas sobre el yo (una visión general negativa del yo, cambios permanentes, alienación, desesperanza, autoconfianza e interpretación negativa de síntomas), (b) cogniciones negativas sobre el mundo (mundo inseguro y desconfianza hacia otros) y (c) auto-culpa.

La primera categoría está compuesta por veintiún ítems (2, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 35 y 36), la segunda con siete ítems (7, 8, 10, 11, 18, 23 y 27) y la última cuenta con cinco ítems (1, 15, 19, 22 y 31). Los ítems 13, 32 y 34 son experimentales y, por lo tanto, los autores no los incluyen en las categorías. Debido a la diferencia en el número de ítems por categoría, la puntuación para cada una se calcula sacando la media por categoría.

El formato de respuestas es con puntuaciones que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). En donde las puntuaciones altas indican una fuerte presencia de cogniciones negativas.

El alfa de Cronbach para las tres categorías y la puntuación total fueron: 0.97 para cogniciones negativas sobre el yo, 0.88 cogniciones negativas sobre el mundo, 0.86 auto-culpa, y una puntuación total de 0.97. El coeficiente de correlación para las tres categorías dio 0.98, 0.99 y 0.99, respectivamente, indicando que la replicación de los factores es buena. La correlación entre las tres categorías va de moderada a fuerte, con una P de Spearman de 0.75 (cogniciones negativas sobre el yo y cogniciones negativas sobre el mundo), 0.68 (cogniciones negativas sobre el yo y auto-culpa) y 0.57 (cogniciones negativas sobre el mundo y auto-culpa); y con la puntuación total se obtuvo 0.95, 0.86 y 0.75 para cogniciones negativas sobre el yo, cogniciones negativas sobre el mundo y auto-culpa, respectivamente. Los autores concluyen que la consistencia interna y la fiabilidad de la puntuación total y las tres categorías es muy buena (Foa *et al.*, 1999). En su validación para población hispana, las tres categorías mostraron una buena consistencia interna en todas las muestras del estudio con valores de alfa de Cronbach superiores a 0.90 (Blanco *et al.*, 2009).

Inventario de estrategias de afrontamiento.

Diseñado por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), y su adaptación al español fue hecha en España por Cano *et al.* (2007). El instrumento es autoadministrado por cada participante, de 45 a 60 minutos (ver Anexo 4).

En la primera hoja del instrumento el participante debe redactar algún hecho o situación que considere demasiado estresante y que haya ocurrido durante el último mes o siga ocurriendo. En la segunda hoja se encuentran 40 ítems en una escala tipo likert de cinco puntos de frecuencia, que va de “en absoluto” a “totalmente”; al final hay un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento. Presenta una estructura compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias.

Las primarias son: (a) resolución de problemas (estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce), (b) reestructuración cognitiva (estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante), (c) apoyo social (estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional), (d) expresión emocional (estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés), (e) evitación de problemas (estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante), (f) pensamiento desiderativo (estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante), (g) retirada social (estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la relación emocional en el proceso estresante), (h) autocrítica (estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo).

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias: (a) manejo adecuado centrado en el problema (indicando un afrontamiento adaptativo modificando la situación o su significado), (b) manejo adecuado centrado en la emoción (refleja un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante), (c) manejo inadecuado centrado en el problema (indica un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, ya sea evitando las situaciones estresantes o fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras), (d) manejo inadecuado centrado en la emoción (refleja un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación).

Las escalas terciarias surgen de las secundarias: (a) manejo adecuado (indicando esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante), y (b) manejo inadecuado (sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativo).

En cuanto la fiabilidad de los factores, las alfas de Cronbach que se obtuvieron en el estudio de Tobin *et al.* (1989) fluctuaron de 0.71 a 0.94, con un promedio de 0.835; en el estudio de Cano *et al.* (2007) fueron de 0.63 a 0.89, con 0.78125 de promedio; y en un tercer estudio con población mexicana (Nava, Ollua, Vega y Soria,

2010) se obtuvo un alfa que fluctuó de 0.70 a 0.86, con un promedio de 0.8125. Con una varianza similar en los dos últimos estudios.

Nava *et al.* (2010), empleando la adaptación al español de Cano *et al.* (2007), concluyeron que no se ha probado totalmente la viabilidad de las escalas secundarias y terciarias, pero sugieren que aún se cuenta con una escala de ocho componentes descriptivos válidos para investigaciones en el área del estrés y la salud.

Análisis de los datos cuantitativos.

Para el vaciado y análisis de los datos se empleó el programa computacional Statistical Package for the Social Sciences (PASW® Statistics 18). Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables, tomando en cuenta la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad de los tres instrumentos y la hoja de datos.

Además, se llevó a cabo la prueba *t* de Student para muestras relacionadas, a fin de encontrar la diferencia significativa entre ambos procesos de medición en la muestra de 58 estudiantes paramédicos. Se estimó el tamaño del efecto (*d* de Cohen) para conocer cuál es la diferencia que existe entre el antes y el después para cada factor. Por último, se comprobó el índice de consistencia interna de los inventarios empleando el Alfa de Cronbach.

Fase cualitativa.

Selección de los informantes.

El criterio para la selección de los informantes fue de tipo intencional o de conveniencia. De las categorías que se desprendieron de la primera hoja del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, en donde los participantes redactaron algún hecho o situación que haya ocurrido durante el último mes considerada demasiado estresante, se tomaron aquellos casos que mostraran mayor riqueza de información para cada categoría (muerte o enfermedad, conflicto familiar, examen a universidad, sobrecarga

escolar, Cruz Roja, sobrecarga laboral, conflicto laboral, amigos, pareja, muerte, economía), de los cuales dos no tenían la disposición para participar en la fase cualitativa y otros dos participantes ya se habían dado de baja de la Cruz Roja para el segundo proceso de la investigación, por lo que el levantamiento y análisis final de los datos cualitativos fue con 7 informantes.

Concepto o fenómeno de interés.

Se delimitó el fenómeno a estudiar a partir de las categorías establecidas por los autores de los tres instrumentos administrados, estas son:

- ❖ Eventos traumáticos y estresantes: su presencia y recurrencia, así como los sentimientos de amenaza a la integridad física, terror, desesperanza u horror intenso.
- ❖ Cogniciones postraumáticas:
 - cogniciones negativas sobre el yo: visión general negativa de sí mismo, cambios permanentes, alienación, desesperanza, autoconfianza e interpretación negativa de síntomas;
 - cogniciones negativas sobre el mundo: percepción del mundo como inseguro y la desconfianza hacia los otros;
 - auto-culpa: atribución de responsabilidad de un comportamiento o actitud equivocado o percibido como falla.
- ❖ Manejo del problema y la emoción:
 - resolución de problemas: uso de estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce;
 - reestructuración cognitiva: uso estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante;
 - apoyo social: uso de estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional;
 - expresión emocional: uso de estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés;

- evitación de problemas; uso de estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante;
 - pensamiento desiderativo: uso de estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante;
 - retirada social: uso de estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la relación emocional en el proceso estresante;
 - autocrítica: uso de estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.
- ❖ Autopercepción: Percepción del propio estado físico y mental, así como de los recursos con los que cuenta.

Técnicas de recolección.

Para la recolección de la información cualitativa se llevaron a cabo entrevistas abiertas basadas en una guía temática durante los dos procesos de la investigación (ver Anexo 5), empleando el criterio de saturación de la información para determinar el número y duración de las entrevistas por cada informante. Estas entrevistas se realizaron en las aulas y el patio de la Cruz Roja Mexicana delegación Cuernavaca.

También se extrajeron las narraciones escritas por todos los participantes en la primera hoja del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, para su posterior codificación.

Análisis de la información cualitativa.

Después de transcribir las entrevistas y extraer las narraciones del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, se procedió a codificar el discurso de los participantes en categorías de interés para el estudio: eventos traumáticos y estresantes, cogniciones postraumáticas, manejo del problema y la emoción, y autopercepción.

Procedimiento

- Se realizó contacto con los encargados de la capacitación en dicha institución y se pidieron los permisos correspondientes, explicando el interés por realizar la investigación y el producto final de esta. Y se acordaron fechas para la aplicación de los instrumentos del primer proceso de la investigación.
- Se llevó a cabo un primer acercamiento a la población de interés, cuando los estudiantes paramédicos recién ingresaron a estudiar en la Cruz Roja Mexicana delegación Cuernavaca, con la finalidad de recolectar datos iniciales mediante observación directa.
- Para la fase cuantitativa del primer proceso de la investigación se entregó el paquete de instrumentos fotocopiados para su llenado. En el Inventario de Estrategias de Afrontamiento se les dio la indicación de que redactaran algún hecho o situación que haya ocurrido a lo largo de sus vidas y/o en el momento actual que consideraran demasiado estresante; cambiando la consigna establecida por el autor; esto con el fin de tener un panorama más amplio de las experiencias vividas a lo largo de la vida.
- Se procedió con el vaciado de los datos cuantitativos en el programa computacional .PASW® Statistics 18.
- Para el Inventario de Estrategias de Afrontamiento se asignaron categorías a los hechos y situaciones escritas por cada participante, de las cuales se seleccionaron a los participantes que representaban mejor cada categoría para el análisis de la fase cualitativa.
- Se tuvo contacto directo con los participantes seleccionados para la fase cualitativa, explicando el interés de la investigación y la confidencialidad de los datos. Se acordaron fechas para realizar las entrevistas del primer proceso de la investigación y se llevaron a cabo.
- Se procedió a la transcripción de las entrevistas.
- Para la fase cuantitativa del segundo proceso de la investigación, se entregaron nuevamente los tres instrumentos de evaluación. La indicación para el Inventario

de Estrategias de Afrontamiento fue que de preferencia redactaran algún hecho o situación que haya ocurrido durante su servicio en radiocontrol, urgencias y ambulancias, o durante los últimos meses.

- Nuevamente se tuvo contacto directo con los participantes que habían participado en la fase cualitativa del primer proceso y se acordaron fechas para llevar a cabo las entrevistas del segundo proceso de la investigación.
- Se realizó el análisis correspondiente de los datos cuantitativos y de la información cualitativa obtenidos en ambos procesos, posteriormente se elaboró la integración de ambos análisis, su interpretación y discusión.
- Se hizo una última visita con los encargados de la capacitación en dicha institución, a fin de informar sobre los datos obtenidos, así como la discusión y la propuesta de intervención para que lo hicieran llegar a los estudiantes paramédicos que participaron en la investigación. Se les agradeció su consentimiento, disposición y participación.
- A partir de la interpretación y discusión de la investigación se determinaron las técnicas cognitivo-conductuales pertinentes para la prevención del trastorno por estrés postraumático en los estudiantes paramédicos y se diseñó el programa de intervención.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de la fase cuantitativa y de la fase cualitativa obtenidos en ambos procesos de la investigación, es decir, antes y después de que los participantes prestaran sus servicios en radiocontrol, urgencias y ambulancias de la Cruz Roja Mexicana delegación Cuernavaca.

Fase del método cuantitativo

En el primer proceso de la recolección de los datos se encontraban 76 estudiantes inscritos, de los cuales sólo 58 permanecieron para el segundo proceso.

Ahora se presentan los datos de los 58 estudiantes, a los que les fueron aplicados los instrumentos antes y después de que prestaran sus servicios en radiocontrol, urgencias y ambulancias, durante la fase del método cuantitativo.

Hoja de datos generales.

Empleando la hoja de datos generales se encontró que, de estos estudiantes 31 (53.4%) son de sexo masculino y 27 (46.6%) de sexo femenino, con edades de 17 a 48 años, con un promedio de 21.12 años; siendo 18 y 19 las edades más frecuentes, ocupando el 36.2% y 24.1% de la muestra, respectivamente. En cuanto al turno, se reportaron en total 36 (62.1%) en el turno matutino, de los cuales 18 son mujeres y 18 son hombres. Por tanto, 22 (37.9%) pertenecen al turno intensivo, donde se observa mayor predominancia de hombres con 13 participantes.

Respecto a su ocupación, en el primer proceso de la investigación, 40 (69%) participantes sólo se dedicaban a estudiar y 18 (31%) a estudiar y trabajar. En nivel de estudios se reportaron 30 (51.7%) con preparatoria terminada, 11 (19%) con carrera técnica terminada, 6 (10.3%) con licenciatura sin terminar, 5 (8.6%) con preparatoria sin terminar, 4 (6.9%) con licenciatura terminada, y 2 (3.4%) con carrera técnica sin terminar. En cuanto al nivel socioeconómico 47 (81%) reportaron encontrarse en un nivel medio, 8 (13.8%) en un nivel medio bajo, y 3 (5.2%) reportaron encontrarse en

un nivel medio alto, ningún participante reportó en los niveles socioeconómicos bajo y alto. Por último, en los datos del estado civil de la muestra, se reportaron 35 (60.3%) participantes solteros, 13 (22.4%) en una relación de noviazgo, 4 (6.9%) en unión libre, 4 (6.9%) casados y 2 (3.4%) divorciados.

Para el segundo proceso de la investigación, 37 (63.7%) participantes sólo se dedicaban a estudiar y 21 (36.2%) a estudiar y trabajar. En cuanto al estado civil, se reportaron diferencias en el número de participantes, para ese momento 39 (67.2%) estaban solteros, 8 (13.8%) en una relación de noviazgo y 5 (8.2%) en unión libre. En nivel de estudios y nivel socioeconómico no se reportaron diferencias respecto a los datos de la primera medición.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

En el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, de las categorías que se desprendieron en el primer proceso de la investigación, donde la instrucción para los participantes fue describir un hecho o situación considerada demasiado estresante a lo largo de la vida y/o en el momento actual, las más frecuentes fueron “familia” y “escuela” cada una con 20 (34.5%) participantes, seguidas de la categoría “social” con 16 (27.6%) y “trabajo” con 2 (3.4%). Los resultados para las subcategorías fueron: “muerte o enfermedad” dentro de la familia vivida por 11 (19%), “conflicto familiar” con 9 (15.5%), “examen a universidad” y “sobrecarga escolar” con 8 (13.8%) cada uno, la subcategoría “amigos” en lo social con 7 (12.1%) participantes, lo referente a la “Cruz Roja” y a la “pareja” con 4 (6.9%) cada una, “economía” con 3 (5.2%), “muerte” en lo social con 2 (3.4%) y, por último, “sobrecarga laboral” y “conflicto laboral” con 1 (1.7%) cada uno. Los resultados de las categorías se observan en la Tabla 5 y en la Figura 1.

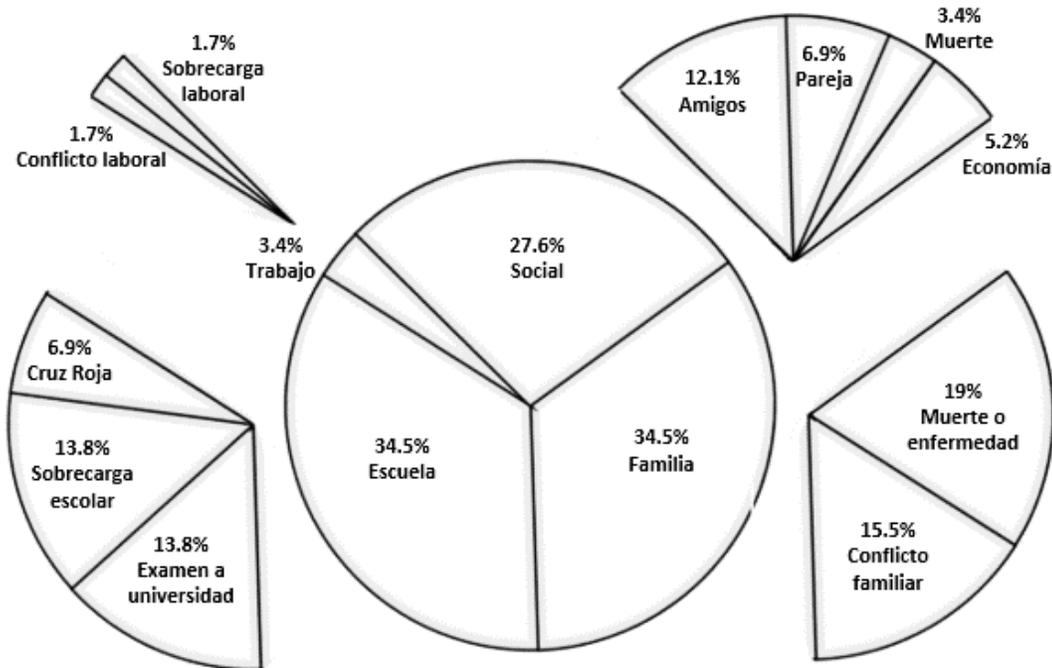
Para el segundo proceso, se les pidió a los participantes que redactaran uno o varios hechos o situaciones que consideraran demasiado estresantes desde la primera aplicación hasta el momento actual, se invitó a que recordaran si alguna experiencia vivida en la Cruz Roja les resultaba estresante y que la describieran. Los datos que se desprendieron para las categorías fueron: “uno mismo” con 26 (44.1%) participantes, “los otros” con 20 (33.9%) y, por último, 12 (20.3%) para la categoría “Cruz Roja”.

Tabla 5. Hechos o situaciones considerados demasiado estresantes por los estudiantes paramédicos antes de su servicio en la Cruz Roja.

Categoría	Categoría		Subcategoría	Subcategoría	
	F	%		F	%
Familia	20	34.5	Muerte o enfermedad	11	19
			Conflicto familiar	9	15.5
Escuela	20	34.5	Examen a universidad	8	13.8
			Sobrecarga escolar	8	13.8
			Cruz Roja	4	6.9
Trabajo	2	3.4	Sobrecarga laboral	1	1.7
			Conflicto laboral	1	1.7
Social	16	27.6	Amigos	7	12.1
			Pareja	4	6.9
			Muerte	2	3.4
			Economía	3	5.2

Nota: Categorías y subcategorías de los hechos o situaciones que los 58 estudiantes paramédicos consideran demasiado estresantes, obtenidas de las redacciones hechas en la primera aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Figura 1. Hechos o situaciones considerados demasiado estresantes por los estudiantes paramédicos antes de su servicio en la Cruz Roja.



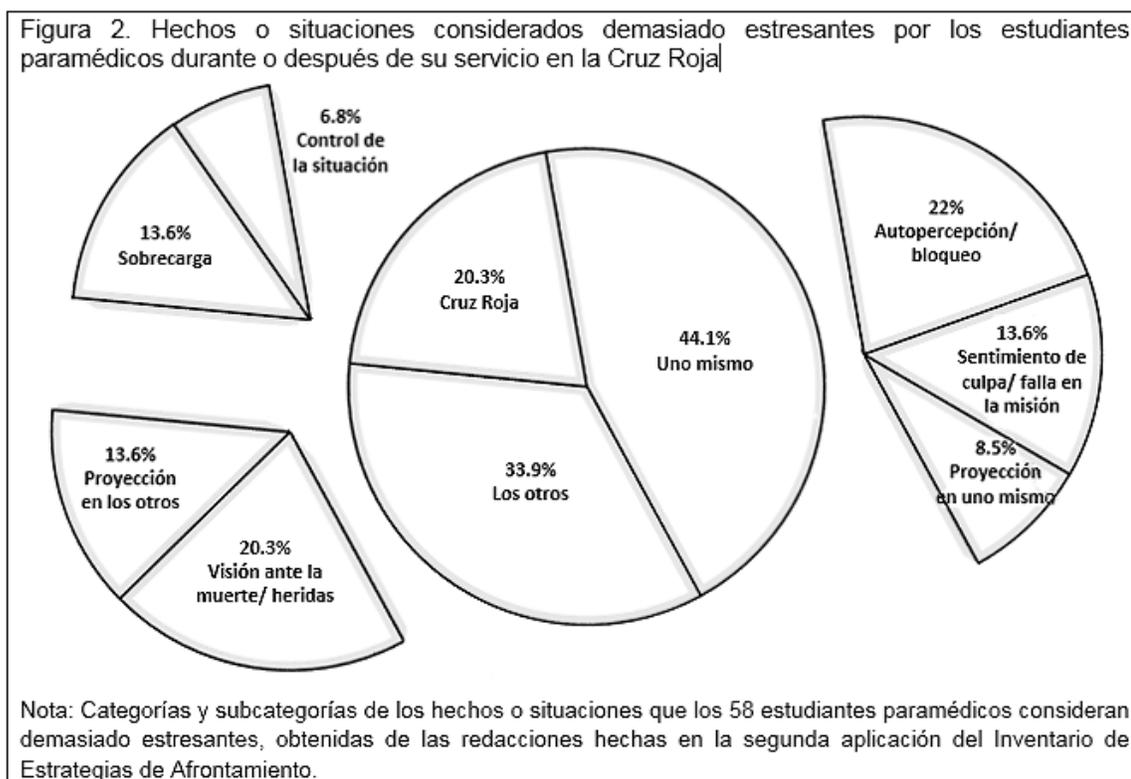
Nota: Categorías y subcategorías de los hechos o situaciones que los 58 estudiantes paramédicos consideran demasiado estresantes, obtenidas de las redacciones hechas en la primera aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Para las subcategorías, los resultados fueron, de mayor a menor: “autopercepción/bloqueo” vivida por 13 (22%) participantes, “visión ante la muerte/heridas” vivida por 12 (20.3%), “sentimiento de culpa/falla en la misión”, “proyección en los otros” y “sobrecarga” vividas por 8 (13.6%) cada una, “proyección en uno mismo” con 5 (8.5%) y, por último, “control de la situación” con 4 (6.8%). Los datos se observan en la Tabla 6 y en la Figura 2.

Tabla 6. Hechos o situaciones considerados demasiado estresantes por los estudiantes paramédicos durante o después de su servicio en la Cruz Roja

Categoría	Categoría		Subcategoría	Subcategoría	
	F	%		F	%
Uno mismo	26	44.1	Autopercepción/Bloqueo	13	22
			Sentimiento de culpa/ Falla en la misión	8	13.6
			Proyección en uno mismo	5	8.5
Los otros	20	33.9	Visión ante la muerte/heridas	12	20.3
			Proyección en los otros	8	13.6
Cruz Roja	12	20.3	Sobrecarga	8	13.6
			Control de la situación	4	6.8

Nota: Categorías y subcategorías de los hechos o situaciones que los 58 estudiantes paramédicos consideran demasiado estresantes, obtenidas de las redacciones hechas en la segunda aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento



Por otro lado, para este mismo instrumento, se obtuvieron los valores de t y las medias para los 58 estudiantes paramédicos en la primera y segunda aplicación, de acuerdo con los factores propuestos por el autor: estrategias primarias, secundarias y terciarias. Los datos se observan en la Tabla 7 y en la Figura 3.

Las estrategias primarias que reflejaron mayor diferencia fueron “reestructuración cognitiva” con $\bar{x}=17.45$ en la primera aplicación y $\bar{x}=13$ en la segunda aplicación; “autocrítica” con $\bar{x}=17.07$ en la primera aplicación y $\bar{x}=12.81$ en la segunda; “resolución de problemas” con $\bar{x}=11.81$ en la primera y $\bar{x}=15.40$ en la segunda; y “apoyo social” con $\bar{x}=16.52$ en la primera aplicación y $\bar{x}=13.07$ en la segunda. En cuanto al valor de significancia en estas cuatro estrategias fue de $p=.000$ y el tamaño del efecto se encontró por arriba de $d=.80$, lo que indica que la diferencia fue grande y estadísticamente significativa.

Por su parte, la estrategia “expresión emocional” tuvo $\bar{x}=15.52$ y $\bar{x}=13.03$ en la primera y segunda aplicación, respectivamente; así como $p=.001$ en el valor de significancia y $d=.614$ en el tamaño del efecto, lo que indica una diferencia moderada y estadísticamente significativa.

Para el resto de las estrategias primarias y para el factor de autoeficacia percibida el tamaño del efecto fue pequeño entre ambas aplicaciones y no se obtuvieron valores estadísticamente significativos.

En cuanto a las estrategias secundarias, las que tuvieron una diferencia grande por arriba de $d=.80$ y estadísticamente significativa con $p=.000$, fueron “manejo adecuado de la emoción” con $\bar{x}=32.03$ en la primera aplicación y $\bar{x}=26.10$ en la segunda aplicación; y “manejo inadecuado de la emoción” con $\bar{x}=32.82$ y $\bar{x}=27.13$ en la primera y segunda aplicación, respectivamente. En las estrategias secundarias “manejo adecuado de problema” y “manejo inadecuado del problema” la diferencia fue pequeña entre ambas aplicaciones y no fue estadísticamente significativa.

Para las estrategias terciarias se obtuvieron para “manejo adecuado” $\bar{x}=61.29$ en la primera aplicación y $\bar{x}=54.50$ en la segunda aplicación; para “manejo inadecuado” $\bar{x}=59.77$ en la primera aplicación y $\bar{x}=53.94$ en la segunda aplicación. Para ambas estrategias el valor de significancia fue muy cercano a $p=.000$ y el tamaño del efecto fue moderado, con valores cercanos a $d=.50$.

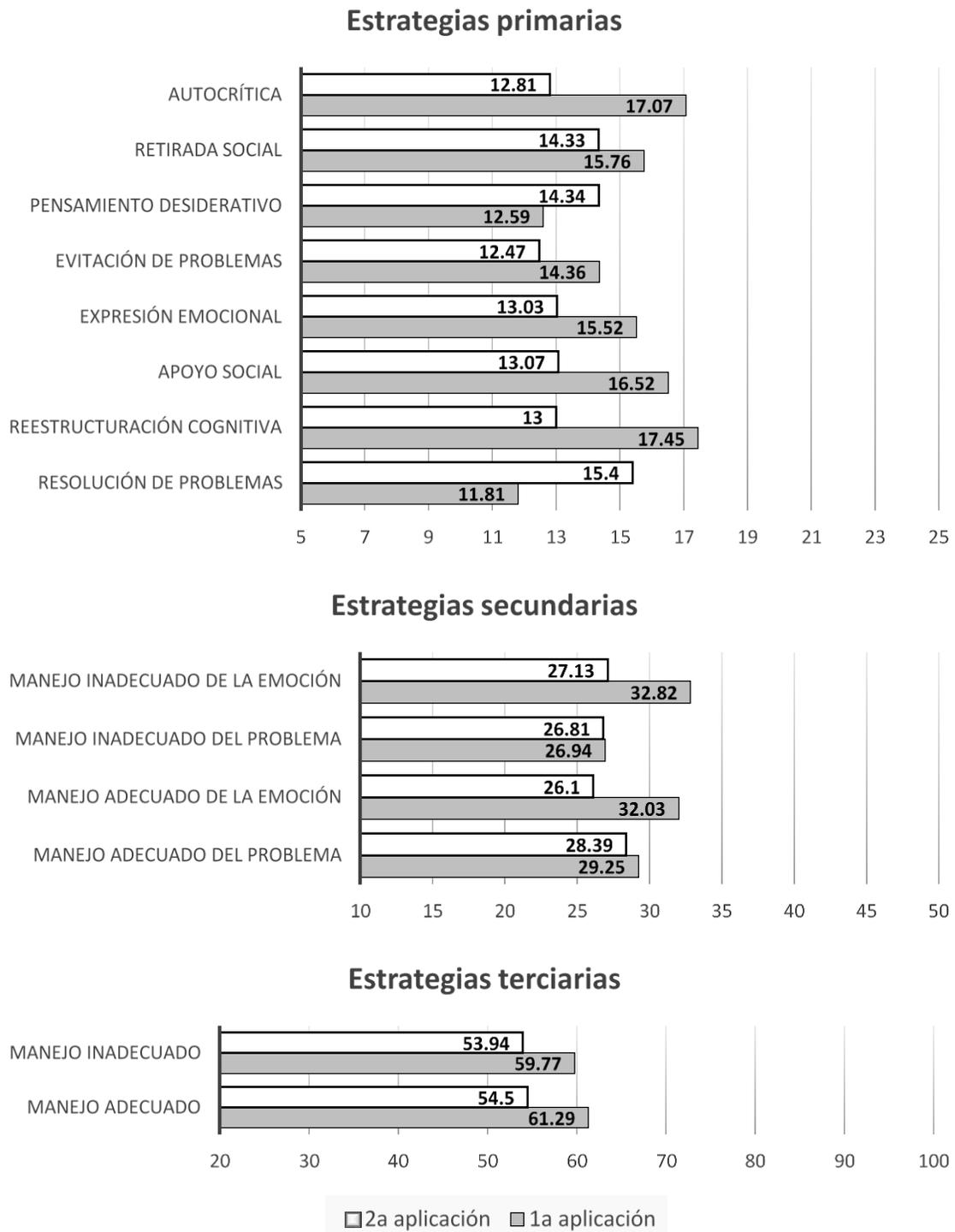
Tabla 7. Estrategias de afrontamiento empleadas por los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja

		Media		Desviación típ.		Prueba <i>t</i>	Signifi- cancia <i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
		Primer proceso	Segundo proceso	Primer proceso	Segundo proceso			
Estrategias primarias	Resolución de problemas	11.81	15.40	3.89	4.06	-4.701	.000	0.903
	Autocrítica	17.07	12.81	2.84	3.43	8.453	.000	-1.353
	Expresión emocional	15.52	13.03	4.65	3.36	3.426	.001	-0.614
	Pensamiento desiderativo	12.59	14.34	4.45	5.20	-1.863	.068	0.362
	Apoyo social	16.52	13.07	4.26	3.59	4.629	.000	-0.876
	Reestructuración cognitiva	17.45	13.00	3.61	2.76	7.210	.000	-1.385
	Evitación de problemas	14.36	12.47	5.20	4.31	2.079	.042	-0.396
	Retirada social	15.76	14.33	3.41	5.02	1.682	.098	-0.333
	Autoeficacia percibida del afrontamiento	2.72	3.19	1.16	0.99	-2.362	.022	0.436
Estrategias secundarias	Manejo adecuado del problema	29.25	28.39	5.45	5.13	.861	.393	-0.162
	Manejo adecuado de la emoción	32.03	26.10	7.92	6.89	4.362	.000	-0.799
	Manejo inadecuado del problema	26.94	26.81	6.50	6.56	1.070	.289	-0.020
	Manejo inadecuado de la emoción	32.82	27.13	4.81	8.24	4.681	.000	-0.843
Estrategias terciarias	Manejo adecuado	61.29	54.50	10.33	10.58	3.633	.001	-0.649
	Manejo inadecuado	59.77	53.94	8.44	13.85	4.640	.000	-0.508

Nota: Media, desviación típica, prueba *t* y valor de significancia *p* para los factores del Inventario de Estrategias de Afrontamiento obtenidos a partir de la primera y segunda aplicación en los 58 estudiantes paramédicos.

Por último, a fin de estimar el índice de consistencia interna del instrumento, se obtuvo el alfa de Cronbach para cada factor propuesto por los autores, estos valores se pueden observar en la Tabla 8. El alfa de Cronbach que se obtuvo para todos los factores en la primera aplicación fue $\alpha=.792$, y en la segunda aplicación se obtuvo $\alpha=.956$, valores suficientes para garantizar la fiabilidad del instrumento.

Figura 3. Estrategias de afrontamiento empleadas por los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja



Nota: Medias y rangos obtenidos en la primera y segunda aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento en los 58 estudiantes paramédicos.

Tabla 8. Índice de consistencia interna de los factores de estrategias de afrontamiento de los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja

		Alfa de Cronbach (α)	
		Primer proceso	Segundo proceso
Estrategias primarias	Resolución de problemas	.917	.916
	Autocrítica	.878	.888
	Expresión emocional	.908	.890
	Pensamiento desiderativo	.910	.943
	Apoyo social	.895	.902
	Reestructuración cognitiva	.841	.852
	Evitación de problemas	.948	.908
	Retirada social	.906	.947
Estrategias secundarias	Manejo adecuado del problema	.791	.823
	Manejo adecuado de la emoción	.915	.951
	Manejo inadecuado del problema	.798	.807
	Manejo inadecuado de la emoción	.843	.956
Estrategias terciarias	Manejo adecuado	.856	.924
	Manejo inadecuado	.794	.936
Todos los factores		.792	.956

Nota: Alfa de Cronbach obtenidos de la primera y segunda aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento en los 58 estudiantes paramédicos.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

Para las tres categorías propuestas por los autores en el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, al estandarizar los datos se obtuvieron para “cogniciones negativas sobre el yo” \bar{x} =3.50 en la primera aplicación y \bar{x} =3.90 en la segunda aplicación; para “cogniciones negativas sobre el mundo” \bar{x} =3.45 en la primera aplicación y \bar{x} =3.89 en la segunda; en la categoría “auto-culpa” se obtuvieron \bar{x} =3.45 y \bar{x} =3.87 en la primera y segunda aplicación, respectivamente

Al medir el tamaño del efecto se obtuvo para “cogniciones negativas sobre el yo” $d=.469$ y para “autoculpa” $d=.453$, lo que indica una diferencia de pequeña a moderada. Para “cogniciones negativas sobre el mundo” se obtuvo $d=.564$, indicando una diferencia moderada.

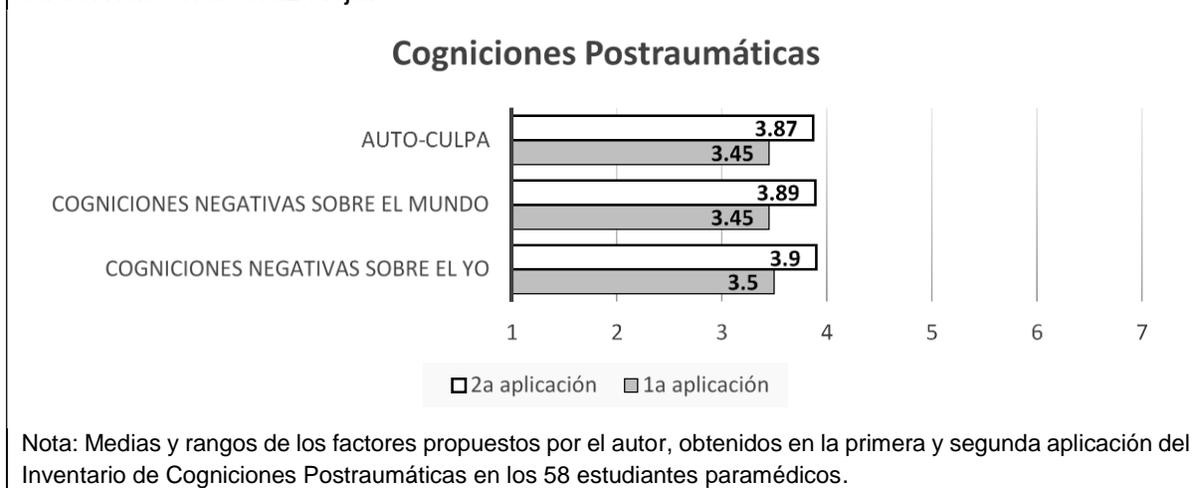
Los valores de significancia p que se obtuvieron para las categorías propuestas por los autores son $p=.015$ para “cogniciones negativas sobre el yo”, $p=.005$ para “cogniciones negativas sobre el mundo” y $p=.020$ para “auto-culpa”.

Tabla 9. Cogniciones postraumáticas en los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja

	Media		Desviación típ.		Prueba t	Signifi- cancia p	d de Cohen
	Primer proceso	Segundo proceso	Primer proceso	Segundo proceso			
Cogniciones negativas sobre el yo	3.50 (73.57)	3.90 (81.98)	0.66 (14.02)	1.01 (21.35)	-2.512	.015	0.469
Cogniciones negativas sobre el mundo	3.45 (24.21)	3.89 (27.26)	0.77 (5.43)	0.79 (5.53)	-2.920	.005	0.564
Auto-culpa	3.45 (17.26)	3.87 (19.36)	0.80 (4.03)	1.04 (5.20)	-2.397	.020	0.453

Nota: Media, desviación típica, prueba t y valor de significancia p para los factores del Inventario de Cogniciones Postraumáticas obtenidos a partir de la primera y segunda aplicación en los 58 estudiantes paramédicos.

Figura 4. Cogniciones postraumáticas en los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja.



El alfa de Cronbach que se obtuvo para la primera aplicación de este instrumento es $\alpha=.952$ para “cogniciones negativas sobre el yo”, $\alpha=.890$ para “cogniciones negativas sobre el mundo” y $\alpha=.902$ para “auto-culpa”; en la segunda aplicación se obtuvo $\alpha=.982$ para “cogniciones negativas sobre el yo”, $\alpha=.824$ para “cogniciones negativas sobre el mundo” y $\alpha=.948$ para “auto-culpa”.

Correlación Estrategias de Afrontamiento y Cogniciones Postraumáticas.

Se midió la correlación entre las ocho categorías primarias y la de afrontamiento percibido del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y las tres categorías del Inventario de Cogniciones Postraumáticas para ambas aplicaciones, empleando Rho de Spearman, de esta forma se obtuvieron los valores de *Rho* y de *p-valor* para las 54 combinaciones de categorías, las cuales se observan en la Tabla 10.

De acuerdo con los valores de *Rho* y de *p*, en la primera aplicación de ambos instrumentos, las categorías que muestran una fuerte correlación positiva son "pensamiento desiderativo – cogniciones negativas sobre el mundo" con $Rho=.948$ y $p=.000$, y "pensamiento desiderativo – autoculpa" con $Rho=.988$ y $p=.000$. Las variables que muestran una correlación negativa débil aunque significativa son "expresión emocional – cogniciones negativas sobre el yo" con $Rho= -.290$ y $p=.027$, "apoyo social – cogniciones negativas sobre el mundo" con $Rho= -.277$ y $p=.035$, "apoyo social – autoculpa" con $Rho= -.260$ y $p=.049$, "reestructuración cognitiva – cogniciones negativas sobre el mundo" con $Rho= -.369$ y $p=.004$, y "reestructuración cognitiva – autoculpa" con $Rho= -.338$ y $p=.010$. El resto de las categorías correlacionadas de la primera aplicación de ambos instrumentos no presenta una asociación.

En la segunda aplicación las categorías de ambos instrumentos que mostraron una fuerte correlación positiva fueron "autocrítica – cogniciones negativas sobre el mundo" con $Rho=.851$, "autocrítica – autoculpa" con $Rho=.943$, "expresión emocional – cogniciones negativas sobre el mundo" con $Rho=.855$, "expresión emocional – autoculpa" con $Rho=.951$, "pensamiento desiderativo – cogniciones negativas sobre el mundo" con $Rho=.921$, "pensamiento desiderativo – autoculpa" con $Rho=.994$, "apoyo

social – cogniciones negativas sobre el mundo" con $Rho=.860$, "apoyo social – autoculpa" con $Rho=.931$, "reestructuración cognitiva – cogniciones negativas sobre el mundo" con $Rho=.799$, "reestructuración cognitiva – autoculpa" con $Rho=.897$, "retirada social – cogniciones negativas sobre el mundo" con $Rho=.923$, y "retirada social – autoculpa" con $Rho=.996$; todas ellas con $p=.000$. El resto de las categorías no están asociadas.

Tabla 10. Correlación de las categorías de Estrategias de Afrontamiento y Cogniciones Postraumáticas

	Primer proceso			Segundo proceso		
	Cogniciones negativas sobre el yo	Cogniciones negativas sobre el mundo	Auto-culpa	Cogniciones negativas sobre el yo	Cogniciones negativas sobre el mundo	Auto-culpa
Resolución de problemas	.073 (.588)	-.035 (.797)	.029 (.829)	-.059 (.658)	.042 (.753)	.042 (.752)
Autocrítica	-.043 (.750)	-.035 (.794)	.004 (.975)	.075 (.575)	.851 (.000)	.943 (.000)
Expresión emocional	-.290 (.027)	-.090 (.503)	-.103 (.440)	.097 (.468)	.855 (.000)	.951 (.000)
Pensamiento desiderativo	.182 (.172)	.948 (.000)	.988 (.000)	.119 (.372)	.921 (.000)	.994 (.000)
Apoyo social	-.037 (.783)	-.277 (.035)	-.260 (.049)	.010 (.941)	.860 (.000)	.931 (.000)
Reestructuración cognitiva	-.006 (.965)	-.369 (.004)	-.338 (.010)	.072 (.590)	.799 (.000)	.897 (.000)
Evitación de problemas	-.153 (.250)	-.029 (.830)	-.029 (.830)	.171 (.199)	-.061 (.651)	-.050 (.708)
Retirada social	.204 (.125)	.125 (.351)	.085 (.527)	.138 (.301)	.923 (.000)	.996 (.000)
Autoeficacia percibida del afrontamiento	-.080 (.549)	-.116 (.386)	-.132 (.324)	-.151 (.258)	-.039 (.769)	-.052 (.698)

Nota: Valores de Rho y de p para las categorías del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas en ambos procesos

Cuestionario de Eventos Traumáticos.

Los resultados obtenidos en el Cuestionario de Eventos Traumáticos en la primera y segunda aplicación se encuentran cotejados en la Tabla 11 y se pueden observar en la Figura 5.

Para la primera aplicación de este instrumento, los eventos traumáticos y estresantes que fueron más frecuentes entre los 58 estudiantes son “muerte repentina de familiar, pareja o amigo” vivido por 35 (60.3%) de los participantes, “accidente de transporte” vivido por 33 (56.9%), “cuidar de alguien con enfermedad crónica” con 25

(43.1%), “familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave” por 23 (39.7%), “víctima de asalto con armas” vivido por 22 (37.9%), “presenciar una muerte súbita o herida grave” y “desastre natural” vividos por 20 (34.5%) cada uno. En la segunda aplicación, los eventos más frecuentes fueron “presenciar una muerte súbita o herida grave” con 42 (72.4%), “muerte repentina de familiar, pareja, amigo” con 41 (70.7%), “cuidar de alguien con enfermedad crónica” vivido por 37 (63.8%), “accidente de transporte” vivido por 36 (62.1%), “rescate de cadáveres o heridos graves” vivido por 33 (56.9%), “familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave” con 31 (53.4%), “separación abrupta de pareja” con 29 (50%), “desastre natural”, “accidente en trabajo, hogar u otra actividad” y “víctima de asalto con armas” vividos por 24 (41.4%) cada uno, y “víctima de asalto sin armas” con 23 (39.7%).

Para los dos elementos que componen los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático y que se miden en el instrumento, los eventos en donde se reportó más de 50% la presencia de “sentimiento de amenaza a la integridad física o la de otros” y “sentimiento de terror, desesperanza u horror intenso” en la primera aplicación fueron las relacionadas a vivir experiencias de asalto con o sin armas, experiencias de asalto sexual, maltrato físico, persecución y secuestro, así como las relacionadas a enfermedad y muerte.

Los eventos que obtuvieron mayores porcentajes en cuanto al “sentimiento de amenaza a la integridad física o la de otros” fueron “víctima de asalto sexual en la adultez”, “amenaza de asalto sexual en la adultez”, “víctima de secuestro”, “amenaza de secuestro”, “resultados médicos indeseados” y “perder funciones físicas o amputación” todos experimentados por el 100% de los estudiantes que las vivieron, “perseguido por pandillas/bandas” por 83.3%, “víctima de maltrato físico en la infancia” por 75%, “víctima de asalto con armas” por 72.7%, “amenaza de asalto con armas” por 69.2%, “testigo de asalto sexual en la adultez”, “víctima de abuso sexual en la infancia” y “diagnóstico de enfermedad grave” por 66.6% cada uno, “testigo de asalto con armas” por 62.5%, “víctima de asalto sin armas” por 56.2%, “familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave” por 52.1%, “testigo de asalto sin armas” y “presenciar una muerte súbita o herida grave” ambos por 50% de quienes lo han experimentado.

En cuanto al “sentimiento de terror, desesperanza u horror intenso” en esta primera aplicación se obtuvieron para “amenaza de asalto sexual en la adultez”, “víctima de secuestro”, “amenaza de secuestro”, “diagnóstico de enfermedad grave” 100%, “testigo de asalto sexual en la adultez” por 66.6%, “víctima de asalto con armas” por 63.6%, “familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave” por 56.5%, “testigo de asalto con armas”, “víctima de asalto sexual en la adultez”, “víctima de abuso sexual en la infancia”, “víctima de maltrato físico en la infancia”, “perseguido por pandillas/bandas”, “resultados médicos indeseados” en todos experimentado el sentimiento por el 50%.

Para la segunda aplicación, los eventos en donde se obtuvo más de 50% para los factores de “sentimiento de amenaza a la integridad física o la de otros” y “sentimiento de terror, desesperanza u horror intenso” fueron los relacionados con experiencias de asalto con o sin armas, experiencias de asalto sexual, maltrato físico, violencia o exclusión escolar, persecución y secuestro, enfermedad y muerte, así como los relacionados con desastres, accidentes y rescate de personas.

De este modo, los porcentajes que se obtuvieron para “sentimiento de amenaza a la integridad física o la de otros” fueron para “víctima de asalto sexual en la adultez”, “amenaza de asalto sexual en la adultez”, “testigo de asalto sexual en la adultez”, “víctima de secuestro”, “amenaza de secuestro”, “resultados médicos indeseados” y “perder funciones físicas o amputación” de 100%, “perseguido por pandillas/bandas” por 90.9%, “amenaza de asalto con armas” por 77.7%, “diagnóstico de enfermedad grave” por 75%, “víctima de abuso sexual en la infancia” por 71.4%, “víctima de asalto con armas” por 70.8%, “testigo de abuso sexual en la infancia” por 66.6%, “víctima de maltrato físico en la infancia” por 64.2%, “testigo de asalto con armas” por 61.5%, “familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave” por 61.2%, “víctima de asalto sin armas” por 60.8%, “presenciar una muerte súbita o herida grave” por 59.5%, “incendio o explosión” por 57.1%, “testigo de asalto sin armas” 55.5%, “amenaza de asalto sin armas” por 52.6%, “muerte repentina de familiar, pareja o amigo” por 51.2%, “desastre natural” y “accidente de transporte” ambos por 50%.

Los porcentajes para “sentimiento de terror, desesperanza u horror intenso” son para “amenaza de asalto sexual en la adultez”, “víctima de secuestro”, “amenaza de

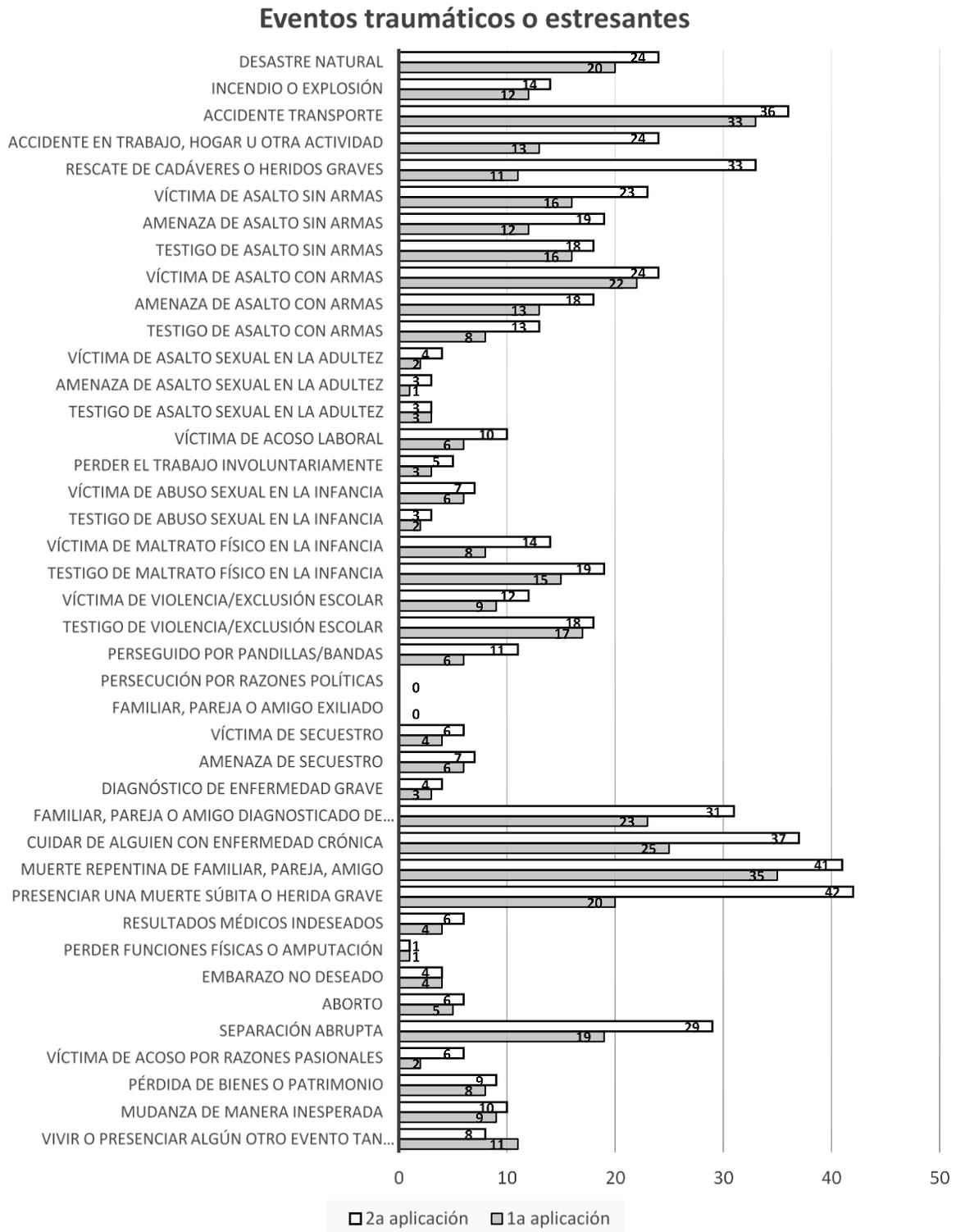
secuestro” y para “diagnóstico de enfermedad grave” de 100%, “víctima de asalto sexual en la adultez” por 75%, “testigo de asalto sexual en la adultez” y “víctima de violencia/exclusión escolar” por 66.6% cada uno, “víctima de asalto con armas” por 62.5%, “familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave” por 61.2%, “muerte repentina de familiar, pareja o amigo” por 60.9%, “víctima de abuso sexual en la infancia” por 57.1%, “amenaza de asalto con armas” por 55.5%, “rescate de cadáveres o heridos graves” por 54.5%, “presenciar una muerte súbita o herida grave” por 52.3%, “resultados médicos indeseados” y “aborto” por 50% cada uno.

Por último, para este mismo instrumento, el porcentaje total de experiencias traumáticas o estresantes vividas por los estudiantes paramédicos fue de 18.19% en la primera aplicación; de los cuales, el 41.23% experimentó “sentimientos de amenaza a la integridad física o la de otros” y el 31.51% “sentimientos de terror, desesperanza u horror intenso” derivados de los eventos vividos.

Del mismo modo, para la segunda aplicación, el porcentaje total de experiencias traumáticas o estresantes vividas fue de 25.60%, después de su servicio en la Cruz Roja. De este porcentaje, el 47.81% experimentó “sentimientos de amenaza a la integridad física o la de otros” y el 37.71% tuvo “sentimientos de terror, desesperanza u horror intenso” en los eventos vividos. Estas proporciones se representan gráficamente en la Figura 6 para ambas aplicaciones.

Se calculó el valor de chi cuadrada (χ^2) para todos los eventos traumáticos, para determinar si existe una diferencia significativa entre la primera y la segunda aplicación. Con 1 grado de libertad y con una significancia de .05 el valor de χ^2 en las tablas es de 3.8415, de esta forma, los eventos traumáticos que superaron ese valor fueron “rescate de cadáveres o heridos graves” con $\chi^2=17.7222$, “presenciar una muerte súbita o herida grave” con $\chi^2=16.7694$, “vivir o presenciar algún otro evento tan grave o intenso” con $\chi^2=9.8206$, “cuidar de alguien con enfermedad crónica” con $\chi^2=4.9892$ y “accidente de trabajo, hogar u otra actividad” con $\chi^2=4.8019$, lo que indica que si existe una diferencia significativa entre ambas medidas para estos factores. Cabe resaltar que el evento “separación abrupta de pareja” con $\chi^2=3.5539$ se encuentra muy cercano al valor de χ^2 en las tablas, pero todavía se encuentra por debajo de éste.

Figura 5. Eventos traumáticos y estresantes vividos por los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja.



Nota: Frecuencias y porcentajes de los eventos traumáticos y estresantes vividos por los 58 estudiantes paramédicos, obtenidos en la primera y segunda aplicación del Cuestionario de Eventos Traumáticos.

Tabla 11. Eventos traumáticos y estresantes vividos por los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja

	Primera aplicación							Segunda aplicación						
	No	Sí	Una vez	2 a 4 veces	5 o más veces	Amenaza integridad física o la de otros	Terror, desprnza, horror intenso	No	Sí	Una vez	2 a 4 veces	5 o más veces	Amenaza integridad física o la de otros	Terror, desprnza, horror intenso
	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Desastre natural	38 (65.5)	20 (34.5)	9 (15.5)	11 (19)	0	8 (40)	0	34 (58.6)	24 (41.4)	11 (19)	12 (20.7)	1 (1.7)	12 (50)	3 (12.5)
Incendio o explosión	46 (79.3)	12 (20.7)	8 (13.8)	4 (6.9)	0	5 (41.6)	4 (33.3)	44 (75.9)	14 (24.1)	8 (13.8)	4 (6.9)	2 (3.4)	8 (57.1)	6 (42.8)
Accidente transporte	25 (43.1)	33 (56.9)	24 (41.4)	9 (15.5)	0	12 (36.3)	8 (24.2)	22 (37.9)	36 (62.1)	20 (34.5)	14 (24.1)	2 (3.4)	18 (50)	10 (27.7)
Accidente en trabajo, hogar u otra actividad	45 (77.6)	13 (20.7)	9 (15.5)	4 (6.9)	0	5 (38.4)	2 (15.3)	34 (58.6)	24 (41.4)	18 (31)	5 (8.6)	1 (1.7)	9 (37.5)	2 (8.3)
Rescate de cadáveres o heridos graves	47 (81)	11 (19)	9 (15.5)	2 (3.4)	0	5 (45.4)	2 (18.1)	25 (43.1)	33 (56.9)	17 (29.3)	12 (20.7)	4 (6.9)	12 (36.3)	18 (54.5)
Víctima de asalto sin armas	42 (72.4)	16 (27.6)	15 (25.9)	1 (1.7)	0	9 (56.2)	1 (6.2)	35 (60.3)	23 (39.7)	19 (32.8)	4 (6.9)	0	14 (60.8)	5 (21.7)
Amenaza de asalto sin armas	46 (79.3)	12 (20.7)	12 (20.7)	0	0	4 (33.3)	2 (16.6)	39 (67.2)	19 (32.8)	16 (27.6)	3 (5.2)	0	10 (52.6)	6 (31.5)
Testigo de asalto sin armas	42 (72.4)	16 (27.6)	14 (24.1)	2 (3.4)	0	8 (50)	7 (43.7)	40 (69)	18 (31)	15 (25.9)	3 (5.2)	0	10 (55.5)	8 (44.4)
Víctima de asalto con armas	36 (62.1)	22 (37.9)	19 (32.8)	3 (5.2)	0	16 (72.7)	14 (63.6)	34 (58.6)	24 (41.4)	19 (32.8)	5 (8.6)	0	17 (70.8)	15 (62.5)
Amenaza de asalto con armas	45 (77.6)	13 (22.4)	13 (22.4)	0	0	9 (69.2)	6 (46.1)	40 (69)	18 (31)	16 (27.6)	2 (3.4)	0	14 (77.7)	10 (55.5)
Testigo de asalto con armas	50 (86.2)	8 (13.8)	8 (13.8)	0	0	5 (62.5)	4 (50)	45 (77.6)	13 (22.4)	13 (22.4)	0	0	8 (61.5)	5 (38.4)
Víctima de asalto sexual en la adultez	56 (96.6)	2 (3.4)	2 (3.4)	0	0	2 (100)	1 (50)	54 (93.1)	4 (6.9)	2 (3.4)	2 (3.4)	0	4 (100)	3 (75)
Amenaza de asalto sexual en la adultez	57 (98.3)	1 (1.7)	0	1 (1.7)	0	1 (100)	1 (100)	55 (94.8)	3 (5.2)	2 (3.4)	1 (1.7)	0	3 (100)	3 (100)
Testigo de asalto sexual en la adultez	55 (94.8)	3 (5.2)	3 (5.2)	0	0	2 (66.6)	2 (66.6)	55 (94.8)	3 (5.2)	2 (3.4)	1 (1.7)	0	3 (100)	2 (66.6)

(Continuación) Tabla 11. Eventos traumáticos y estresantes vividos por los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja

	Primera aplicación							Segunda aplicación						
	No	Sí	Una vez	2 a 4 veces	5 o más veces	Amenaza integridad física o la de otros	Terror, desprnza, horror intenso	No	Sí	Una vez	2 a 4 veces	5 o más veces	Amenaza integridad física o la de otros	Terror, desprnza, horror intenso
	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Víctima de acoso laboral	52 (89.7)	6 (10.3)	6 (10.3)	0	0	0	0	48 (82.8)	10 (17.2)	8 (13.8)	2 (3.4)	0	0	0
Perder el trabajo involuntariamente	55 (94.8)	3 (5.2)	3 (5.2)	0	0	0	0	53 (91.4)	5 (8.6)	5 (8.6)	0	0	0	0
Víctima de abuso sexual en la infancia	52 (89.7)	6 (10.3)	5 (8.6)	1 (1.7)	0	4 (66.6)	3 (50)	51 (87.9)	7 (12.1)	6 (10.3)	1 (1.7)	0	5 (71.4)	4 (57.1)
Testigo de abuso sexual en la infancia	56 (96.6)	2 (3.4)	2 (3.4)	0	0	1 (50)	0	55 (94.8)	3 (5.2)	3 (5.2)	0	0	2 (66.6)	1 (33.3)
Víctima de maltrato físico en la infancia	50 (86.2)	8 (13.8)	4 (6.9)	1 (1.7)	3 (5.2)	6 (75)	4 (50)	44 (75.9)	14 (24.1)	7 (12.1)	4 (6.9)	3 (6.9)	9 (64.2)	5 (35.7)
Testigo de maltrato físico en la infancia	43 (74.1)	15 (25.9)	11 (19)	3 (5.2)	1 (1.7)	6 (40)	3 (20)	39 (67.2)	19 (32.8)	14 (24.1)	4 (6.9)	1 (1.7)	7 (36.8)	4 (21)
Víctima de violencia/exclusión escolar	49 (84.5)	9 (15.5)	7 (12.1)	2 (3.4)	0	2 (22.2)	4 (44.4)	46 (79.3)	12 (20.7)	8 (13.8)	4 (6.9)	0	3 (25)	8 (66.6)
Testigo de violencia/exclusión escolar	41 (70.7)	17 (29.3)	11 (19)	3 (5.2)	3 (5.2)	3 (17.6)	5 (29.4)	40 (69)	18 (31)	10 (17.2)	4 (6.9)	4 (6.9)	3 (16.6)	6 (33.3)
Perseguido por pandillas/bandas	52 (89.7)	6 (10.3)	5 (8.6)	1 (1.7)	0	5 (83.3)	3 (50)	47 (81)	11 (19)	9 (15.5)	1 (1.7)	1 (1.7)	10 (90.9)	5 (45.4)
Persecución por razones políticas	58 (100)	0	0	0	0	-	-	58 (100)	0	0	0	0	-	-
Familiar, pareja o amigo exiliado	58 (100)	0	0	0	0	-	-	58 (100)	0	0	0	0	-	-
Víctima de secuestro	54 (93.1)	4 (6.9)	4 (6.9)	0	0	4 (100)	4 (100)	52 (89.7)	6 (10.3)	6 (10.3)	0	0	6 (100)	6 (100)
Amenaza de secuestro	52 (89.7)	6 (10.3)	5 (8.6)	1 (1.7)	0	6 (100)	6 (100)	51 (87.9)	7 (12.1)	6 (10.3)	1 (1.7)	0	7 (100)	7 (100)
Diagnóstico de enfermedad grave	55 (94.8)	3 (5.2)	2 (3.4)	1 (1.7)	0	2 (66.6)	3 (100)	54 (93.1)	4 (6.9)	4 (6.9)	0	0	3 (75)	4 (100)

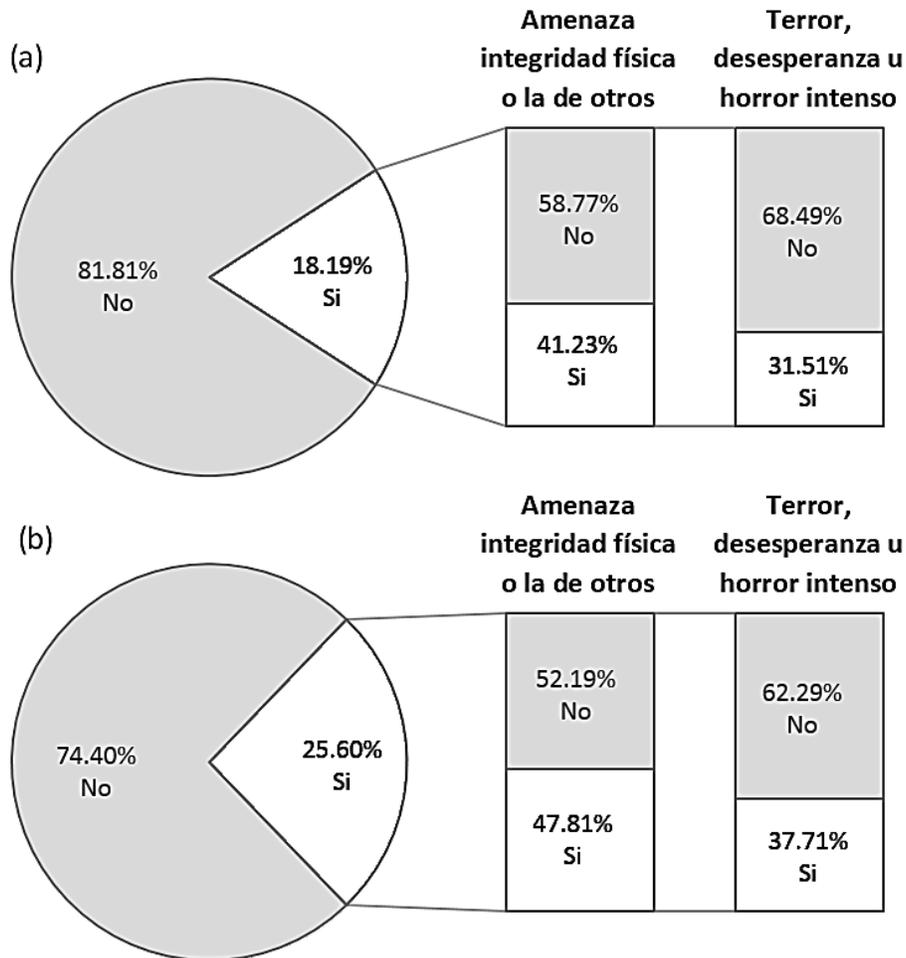
(Continuación) Tabla 11. Eventos traumáticos y estresantes vividos por los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja

	Primera aplicación							Segunda aplicación						
	No	Sí	Una vez	2 a 4 veces	5 o más veces	Amenaza integridad física o la de otros	Terror, desprnza, horror intenso	No	Sí	Una vez	2 a 4 veces	5 o más veces	Amenaza integridad física o la de otros	Terror, desprnza, horror intenso
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave	35 (60.3)	23 (39.7)	18 (31)	3 (5.2)	2 (3.4)	12 (52.1)	13 (56.5)	27 (46.6)	31 (53.4)	21 (36.2)	8 (13.8)	2 (3.4)	19 (61.2)	19 (61.2)
Cuidar de alguien con enfermedad crónica	33 (56.9)	25 (43.1)	23 (39.7)	2 (3.4)	0	6 (24)	3 (12)	21 (36.2)	37 (63.8)	25 (43.1)	10 (17.2)	2 (3.4)	13 (35.1)	6 (16.2)
Muerte repentina de familiar, pareja, amigo	23 (39.7)	35 (60.3)	31 (53.4)	4 (6.9)	0	10 (28.5)	14 (40)	17 (29.3)	41 (70.7)	28 (48.3)	13 (22.4)	0	21 (51.2)	25 (60.9)
Presenciar una muerte súbita o herida grave	38 (65.5)	20 (34.5)	19 (32.8)	1 (1.7)	0	10 (50)	9 (45)	16 (27.6)	42 (72.4)	23 (39.7)	16 (27.6)	3 (5.2)	25 (59.5)	22 (52.3)
Resultados médicos indeseados	54 (93.1)	4 (6.9)	4 (6.9)	0	0	4 (100)	2 (50)	52 (89.7)	6 (10.3)	6 (10.3)	0	0	6 (100)	3 (50)
Perder funciones físicas o amputación	57 (98.3)	1 (1.7)	1 (1.7)	0	0	1 (100)	0	57 (98.3)	1 (1.7)	1 (1.7)	0	0	1 (100)	0
Embarazo no deseado	54 (93.1)	4 (6.9)	4 (6.9)	0	0	0	0	54 (93.1)	4 (6.9)	4 (6.9)	0	0	0	0
Aborto	53 (91.4)	5 (8.6)	5 (8.6)	0	0	1 (20)	2 (40)	52 (89.7)	6 (10.3)	6 (10.3)	0	0	2 (33.3)	3 (50)
Separación abrupta de pareja	39 (67.2)	19 (32.8)	16 (27.6)	3 (5.2)	0	0	1 (5.2)	29 (50)	29 (50)	24 (41.4)	5 (8.6)	0	0	0
Víctima de acoso por razones pasionales	56 (96.6)	2 (3.4)	2 (3.4)	0	0	0	0	52 (89.7)	6 (10.3)	6 (10.3)	0	0	0	0
Pérdida de bienes o patrimonio	50 (86.2)	8 (13.8)	8 (13.8)	0	0	0	0	49 (84.5)	9 (15.5)	8 (13.8)	1 (1.7)	0	0	0
Mudanza de manera inesperada	49 (84.5)	9 (15.5)	9 (15.5)	0	0	0	0	48 (82.8)	10 (17.2)	8 (13.8)	2 (3.4)	0	0	0
Vivir o presenciar algún otro evento tan grave o intenso	47 (81)	11 (19)	-	-	-	-	-	50 (86.2)	8 (13.8)	-	-	-	-	-

Nota: Frecuencias y porcentajes de los eventos traumáticos y estresantes vividos por los 58 estudiantes paramédicos, obtenidos en la primera y segunda aplicación del Cuestionario de Eventos Traumáticos.

Figura 6. Relación de sentimientos de amenaza de integridad física o la de otros y sentimientos de terror, desesperanza u horror intenso de los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja.

EVENTOS TRAUMÁTICOS O ESTRESANTES



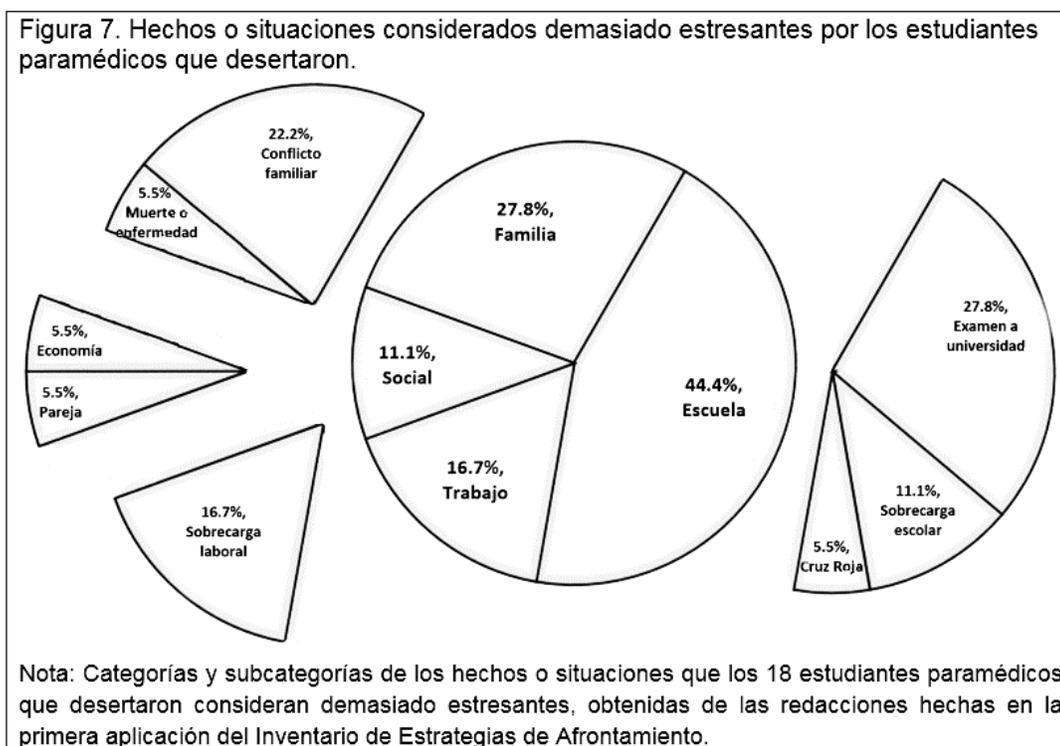
Nota: Porcentajes de los factores de “sentimiento de amenaza a la integridad física o la de otros” y “sentimiento de terror, desesperanza u horror intenso” de acuerdo con el porcentaje de eventos traumáticos o estresantes vividos por los 58 estudiantes paramédicos (a) antes y (b) después de su servicio en ambulancias, urgencias y radiocontrol.

Participantes que desertaron.

Ahora se presentan los resultados de los 18 estudiantes que desertaron del curso de la Cruz Roja, a los cuales sólo les fueron aplicados los instrumentos en el primer proceso de la investigación. De estos estudiantes, 8 pertenecían al turno intensivo y 10 al matutino; asimismo, eran 10 hombres y 8 mujeres. El rango de edad iba desde

los 16 hasta los 44 años, con un promedio de 22 años. En cuanto al nivel de estudios, 15 (83.3%) tenían concluido el nivel bachillerato, 2 (11.1%) tenían la licenciatura, y el resto no había concluido el bachillerato. En nivel socioeconómico 14 (77.8%) indicaron tener un nivel medio, 3 (16.7%) un nivel bajo, y el resto un nivel medio alto. En cuanto al estado civil 10 (55.6%) estaban solteros hasta ese momento, 5 (27.8%) tenían una relación de noviazgo y 3 (16.7%) estaban en unión libre o casados. Por último, 9 (50%) de ellos se dedicaban a trabajar y estudiar, y los otros 9 (50%) se dedicaban solo a estudiar.

De acuerdo con las categorías obtenidas de la redacción de un hecho o situación considerada demasiado estresante a lo largo de sus vidas y/o en el momento actual, plasmada en la primera hoja del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, la categoría que resalta en estos 18 estudiantes es “escuela” con 8 (44.4%), seguida de “familia” con 5 (27.8%), “trabajo” con 3 (16.7%) y “social” con 2 (11.1%). De los mismos, la subcategoría que más se presentó fue “examen a universidad” con 5 (27.8%), “conflicto familiar” con 4 (22.2%), “sobrecarga laboral” con 3 (16.7%), “sobrecarga escolar” con 2 (11.1%) y el resto distribuidos cada uno en “muerte o enfermedad” en la familia, “Cruz Roja”, “pareja” y “economía”. Dichos resultados se pueden visualizar en la Figura 7.



Los factores en este mismo instrumento fueron calculados de acuerdo con las estrategias primarias, secundarias y terciarias, propuestas por el autor. Mismos que pueden visualizarse en la Figura 8.

Figura 8. Factores del Inventario de Estrategias de Afrontamiento en los estudiantes paramédicos que desertaron.



Nota: Medias y rangos de las estrategias primarias, secundarias y terciarias empleadas por los 18 estudiantes paramédicos que desertaron.

En las estrategias primarias se presentaron las siguientes medias en orden descendente: “retirada social” y “pensamiento desiderativo” ambas con $\bar{x}=15.72$, “resolución de problemas” con $\bar{x}=14.50$, “autocrítica” con $\bar{x}=13.56$, “apoyo social” con $\bar{x}=13.5$, “expresión emocional” con $\bar{x}=13.44$, “reestructuración cognitiva” con 12.94 y “evitación de problemas” con una media de $\bar{x}=12.44$. Para las estrategias secundarias las medias fueron $\bar{x}=29.28$ para “manejo inadecuado de la emoción”, $\bar{x}=28.17$ para “manejo inadecuado del problema”, $\bar{x}=27.44$ para “manejo adecuado del problema” y $\bar{x}=26.94$ para “manejo adecuado de la emoción”. Las medias para las estrategias terciarias propuestas por los autores fueron para “manejo inadecuado” $\bar{x}=57.44$ y para “manejo adecuado” $\bar{x}=54.39$. En este mismo instrumento se presentó un ítem referente a la autoeficacia percibida del afrontamiento, en donde $\bar{x}=2.83$ fue la media obtenida de los estudiantes que desertaron del curso, con respuestas que iban de 1 (en absoluto) a 5 (totalmente) para este ítem.

Para el Inventario de Cogniciones Postraumáticas los autores proponen tres categorías, pero debido a la diferencia en la cantidad de ítems que se agrupan por categoría, la puntuación para cada una se calculó sacando la media de las respuestas dadas. La categoría “auto-culpa” obtuvo la media más alta con $\bar{x}=4.36$, seguida de “cogniciones negativas sobre el mundo” con $\bar{x}=4.19$ y, por último, “cogniciones negativas sobre el yo” con $\bar{x}=4.14$, con rangos que iban de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo) para este instrumento.

Para el tercer instrumento, el Cuestionario de Eventos Traumáticos, se evaluaron un total de 26 eventos diferentes. De los cuales, los eventos experimentados por más de una tercera parte de los estudiantes fueron “muerte repentina de familiar, pareja o amigo” vivida por 14 (77.8%) de los estudiantes, “accidente de transporte” por 10 (55.6%), “desastre natural”, “testigo de asalto con armas” y “familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave” por 8 (44.4%) cada uno, “víctima de asalto sin armas”, “testigo de asalto sin armas” y “separación abrupta de pareja” vividos por 7 (38.9%) cada uno, por último, “accidente de trabajo, hogar u otra actividad”, “amenaza de asalto con armas”, “testigo de maltrato físico en la infancia”, “testigo de violencia/exclusión escolar”, “cuidar de alguien con enfermedad crónica” y “presenciar

una muerte súbita o herida grave” por 6 (33.3%) de los participantes. En el último ítem, referente a si habían vivido algún otro evento grave o intenso, sólo 4 (22.2%) reportaron haber vivido un evento distinto a los que incluye el instrumento.

En cuanto a los dos factores que componen los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático, la presencia de “sentimiento de amenaza a la integridad física o la de otros” y “sentimiento de terror, desesperanza u horror intenso” en los 18 estudiantes que desertaron, se obtuvieron porcentajes por encima del 50% en casi todas las experiencias estresantes y traumáticas vividas. El resto de frecuencias y porcentajes para este instrumento se observan en la Tabla 12.

Tabla 12. Eventos traumáticos y estresantes vividos por los estudiantes que desertaron de la Cruz Roja

	No	Sí	Una vez	2 a 4 veces	5 o más veces	Amenaza integridad física o la de otros	Terror, desprnza, horror intenso
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Desastre natural	10 (55.6)	8 (44.4)	7 (38.9)	1 (5.6)	0	7 (87.5)	3 (37.5)
Incendio o explosión	13 (72.2)	5 (27.8)	3 (16.7)	2 (11.1)	0	5 (100)	3 (60)
Accidente transporte	8 (44.4)	10 (55.6)	6 (33.3)	4 (22.2)	0	7 (70)	3 (30)
Accidente en trabajo, hogar u otra actividad	12 (66.7)	6 (33.3)	5 (27.8)	1 (5.6)	0	4 (66.6)	2 (33.3)
Rescate de cadáveres o heridos graves	13 (72.2)	5 (27.8)	4 (22.2)	1 (5.6)	0	5 (100)	2 (40)
Víctima de asalto sin armas	11 (61.1)	7 (38.9)	6 (33.3)	1 (5.6)	0	6 (85.7)	5 (71.5)
Amenaza de asalto sin armas	13 (72.2)	5 (27.8)	4 (22.2)	1 (5.6)	0	4 (80)	3 (60)
Testigo de asalto sin armas	11 (61.1)	7 (38.9)	4 (22.2)	3 (16.7)	0	5 (71.5)	3 (42.8)
Víctima de asalto con armas	13 (72.2)	5 (27.8)	4 (22.2)	1 (5.6)	0	5 (100)	4 (80)
Amenaza de asalto con armas	12 (66.7)	6 (33.3)	6 (33.3)	0	0	5 (83.3)	3 (50)
Testigo de asalto con armas	10 (55.6)	8 (44.4)	5 (27.8)	3 (16.7)	0	7 (87.5)	4 (50)
Víctima de asalto sexual en la adultez	17 (94.4)	1 (5.6)	1 (5.6)	0	0	1 (100)	1 (100)
Amenaza de asalto sexual en la adultez	15 (83.3)	3 (16.7)	1 (5.6)	2 (11.1)	0	3 (100)	3 (100)
Testigo de asalto sexual en la adultez	18 (100)	0	0	0	0	-	-
Víctima de acoso laboral	13 (72.2)	5 (27.8)	4 (22.2)	0	1 (5.6)	2 (40)	3 (60)
Perder el trabajo involuntariamente	15 (83.3)	3 (16.7)	2 (11.1)	1 (5.6)	0	0	2 (66.6)
Víctima de abuso sexual en la infancia	16 (88.9)	2 (11.1)	1 (5.6)	1 (5.6)	0	1 (50)	1 (50)

(Continuación) Tabla 12. Eventos traumáticos y estresantes vividos por los estudiantes que desertaron de la Cruz Roja

	No	Sí	Una vez	2 a 4 veces	5 o más veces	Amenaza integridad física o la de otros	Terror, desprnza, horror intenso
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Víctima de maltrato físico en la infancia	13 (72.2)	5 (27.8)	3 (16.7)	1 (5.6)	1 (5.6)	3 (60)	2 (40)
Testigo de maltrato físico en la infancia	12 (66.7)	6 (33.3)	3 (16.7)	1 (5.6)	2 (11.1)	5 (83.3)	3 (50)
Víctima de violencia/exclusión escolar	13 (72.2)	5 (27.8)	4 (22.2)	1 (5.6)	0	1 (20)	2 (40)
Testigo de violencia/exclusión escolar	12 (66.7)	6 (33.3)	4 (22.2)	1 (5.6)	1 (5.6)	1 (16.6)	0
Perseguido por pandillas/bandas	15 (83.3)	3 (16.7)	2 (11.1)	1 (5.6)	0	1 (33.3)	1 (33.3)
Persecución por razones políticas	18 (100)	0	0	0	0	-	-
Familiar, pareja o amigo exiliado	18 (100)	0	0	0	0	-	-
Víctima de secuestro	17 (94.4)	1 (5.6)	1 (5.6)	0	0	1 (100)	1 (100)
Amenaza de secuestro	14 (77.8)	4 (22.2)	2 (11.1)	2 (11.1)	0	3 (75)	2 (50)
Diagnóstico de enfermedad grave	17 (94.4)	1 (5.6)	1 (5.6)	0	0	1 (100)	1 (100)
Familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave	10 (55.6)	8 (44.4)	5 (27.8)	3 (16.7)	0	4 (50)	3 (37.5)
Cuidar de alguien con enfermedad crónica	12 (66.7)	6 (33.3)	3 (16.7)	3 (16.7)	0	3 (50)	2 (33.3)
Muerte repentina de familiar, pareja, amigo	4 (22.2)	14 (77.8)	11 (61.1)	2 (11.1)	1 (5.6)	4 (28.5)	5 (35.7)
Presenciar una muerte súbita o herida grave	12 (66.7)	6 (33.3)	5 (27.8)	1 (5.6)	0	4 (66.6)	2 (33.3)
Resultados médicos indeseados	16 (88.9)	2 (11.1)	2 (11.1)	0	0	2 (100)	2 (100)
Perder funciones físicas o amputación	18 (100)	0	0	0	0	-	-
Embarazo no deseado	17 (94.4)	1 (5.6)	0	1 (5.6)	0	1 (100)	1 (100)
Aborto	17 (94.4)	1 (5.6)	0	1 (5.6)	0	1 (100)	1 (100)
Separación abrupta de pareja	11 (61.1)	7 (38.9)	4 (22.2)	3 (16.7)	0	0	4 (57.1)
Víctima de acoso por razones pasionales	15 (83.3)	3 (16.7)	2 (11.1)	1 (5.6)	0	1 (33.3)	0
Pérdida de bienes o patrimonio	15 (83.3)	3 (16.7)	3 (16.7)	0	0	1 (33.3)	0
Mudanza de manera inesperada	14 (77.8)	4 (22.2)	3 (16.7)	1 (5.6)	0	1 (25)	2 (50)
Vivir o presenciar algún otro evento tan grave o intenso	14 (77.8)	4 (22.2)	-	-	-	-	-

Nota: Frecuencias y porcentajes de los eventos traumáticos y estresantes vividos por los 18 estudiantes paramédicos que desertaron, obtenidos en la primera aplicación del Cuestionario de Eventos Traumáticos.

Los eventos en donde se presentó el “sentimiento de amenaza a la integridad física o la de otros” por el 100% de quienes los vivieron fueron “incendio o explosión”, “rescate de cadáveres o heridos graves”, “víctima de asalto con armas”, “víctima de asalto sexual en la adultez”, “amenaza de asalto sexual en la adultez”, “testigo de abuso sexual en la infancia”, “víctima de secuestro”, “diagnóstico de enfermedad grave”, “resultados médicos indeseados”, “embarazo no deseado” y “aborto”. Del mismo modo, el “sentimiento de terror, desesperanza u horror intenso” se presentó en el 100% de quienes vivieron los eventos de “víctima de asalto sexual en la adultez”, “amenaza de asalto sexual en la adultez”, “testigo de abuso sexual en la infancia”, “víctima de secuestro”, “diagnóstico de enfermedad grave”, “resultados médicos indeseados”, “embarazo no deseado” y “aborto”.

Fase del método cualitativo

Los resultados cualitativos están conformados por los datos que se extrajeron de las entrevistas abiertas que se realizaron a los 7 informantes seleccionados, y sus categorías se ordenan de acuerdo con los ejes temáticos y la guía de preguntas de las entrevistas que se realizaron durante la fase del método cualitativo en ambos procesos de la investigación, es decir, antes y después de su servicio en ambulancias. En la Tabla 13 se aprecian las categorías y subcategorías que se obtuvieron:

Tabla 13. Categorías y subcategorías

	Apoyo social, expresión emocional y retirada social	<ul style="list-style-type: none"> – Familia, amistades, relaciones interpersonales – Ocupación, tiempo libre
Primer proceso	Eventos traumáticos y estresantes, cogniciones postraumáticas, manejo del problema y la emoción	<ul style="list-style-type: none"> – En la infancia, adolescencia y/o adultez – Experiencias ocurridas en los últimos seis meses – Pensamientos derivados del evento – Estrategia de afrontamiento empleada o situación actual
	Autopercepción	<ul style="list-style-type: none"> – Antecedentes de enfermedades (mentales o físico-biológicas) – Percepción de la preparación actual con la que cuentan para enfrentar una emergencia o desastre

		–Percepción de los recursos que les proporciona la institución
	Apoyo social, expresión emocional y retirada social	–Familia, amistades, relaciones interpersonales –Ocupación, tiempo libre
Segundo proceso	Eventos traumáticos y estresantes, cogniciones postraumáticas, manejo del problema y la emoción	–Experiencias durante las prácticas profesionales –Otras experiencias ocurridas en los últimos seis meses –Pensamientos derivados de los eventos –Estrategia de afrontamiento empleada o situación actual
	Autopercepción	–Percepción de la vulnerabilidad ante enfermedades (mentales o físico-biológicas) –Percepción de la preparación con la que cuentan para enfrentar una emergencia o desastre –Percepción de los recursos que le proporciona la institución –Expectativas a futuro respecto a la profesión

Nota: Categorías y subcategorías extraídas de las entrevistas de acuerdo con el momento de recolección de la información

Por otro lado, en el desarrollo de cada subcategoría se coloca su homólogo entre el primer y el segundo proceso de la investigación, para lograr percibir si las categorías tuvieron un cambio o permanecieron igual entre ambos procesos.

Apoyo social, expresión emocional y retirada social.

Se refiere a la presencia o ausencia de un sistema de apoyo social y psicológico, se incluyen todas las relaciones interpersonales formales (trabajo, escuela) e informales (familia, amistad, pareja). También se toma en cuenta la percepción de la persona de sentirse querido, protegido y valorado por otros, más que del número de relaciones interpersonales que tenga. Asimismo, se incluyen estrategias de afrontamiento asociadas al apoyo social, como la capacidad de expresar a otros las emociones durante momentos de calma, de júbilo o de crisis, y el apego o aislamiento social durante situaciones de estrés.

Esta categoría se divide en dos subcategorías “Familia, amistades, relaciones interpersonales” y “Ocupación, tiempo libre”.

Familia, amistades, relaciones interpersonales.

Durante el primer proceso de la investigación, algunos de los informantes expresaron que cuentan con el apoyo de su familia a pesar de que existan problemas intrafamiliares o individuales, asimismo tienen la seguridad de que su familia los alienta al inicio y durante su formación como paramédicos. Y lo expresan de la siguiente forma:

“creo que, aunque ellos [mis papás] no estén todo el tiempo conmigo, porque se la pasan todo el día trabajando o, aunque se la pasen discutiendo, ellos están para mí [...] ellos siempre me van a apoyar, su idea es que si uno hace lo que le gusta siempre va a ser de los mejores, y esto es lo que yo quiero” (MAF, F18)

“a pesar de todo lo que ha pasado últimamente, mi pareja actual y mis hermanos me han apoyado en todo, y sé que ahora que empiezo este nuevo reto ellos van a estar conmigo” (FUV, M37)

Por el contrario, otros informantes expresan que suelen retirarse de las situaciones de convivencia familiar a partir de una percepción de disgusto y agresión por parte de algunos integrantes de su familia, lo que los lleva a tomar su distancia y prefieren estar solos; sin embargo, no cuentan con una visión de total desamparo, ya que perciben el apoyo por otros integrantes o a pesar de las dificultades.

“me llevo bien con mi mamá y mis hermanitas, con mi papá se perdió la comunicación... él se fue de la casa y no supimos nada de él por siete años, ahora que regresó me siento alejada, como distanciada de él... a veces me hace sentir menos, no dice nada, pero en su forma de ser [...] yo sé que con él no cuento para nada, la que nos ha sacado adelante y nos ayuda en todo es mi mamá” (SAE+, F19)

“yo sé que mis papás y mis hermanos me apoyan y quieren que le eche ganas, pero casi no estoy con ellos... mis papás tienen sus problemas y ya casi ni se

hablan, y mis hermanos sacan comentarios muy ignorantes, prefiero estar solo... me encierro en el cuarto y me pongo mis audífonos, o de plano no estoy en la casa” (SAJ, M19)

Una situación que resultó común entre varios de los participantes fue que no expresan a otros sus sentimientos o problemas para no causar molestias, ya sea por no agrandar las preocupaciones de los demás, porque tienen la percepción de que sus problemas son poca cosa comparados con los de los otros o para evitar situaciones interpersonales que consideran incómodas.

“a mi mamá no le platico mucho mis cosas, desde que se divorció de mi papá yo sé que ella tiene sus problemas, no quiero darle más todavía, por eso no soy muy allegada a ella” (HES, F18)

“solo tengo tres amigos a los que les he contado toda mi vida y que me pongo a llorar y así, aunque ya casi no lo hago como para que no se preocupen por mí... ya sólo platicamos de las cosas chidas” (SAJ, M19)

“creo que mis problemas son poca cosa comparado con lo que ella [mi mamá] tiene que pasar... cuidar a mis hermanitas, conseguir para comer, pelear con mi papá... creo que por eso ya no le cuento muchas cosas” (SAE+, F19)

“a veces hay cosas que me molestan o me ponen triste, pero no lo platico porque las personas tienen sus formas de pensar y yo las mías, prefiero evitarlo y aguantármelo” (PAA, M20)

En lo que respecta al grupo de amigos e iguales, la mayoría de los participantes coincidieron al mencionar que frecuentemente entablan amistades superficiales y poco significativas. En algunos casos cuentan con un grupo grande de compañeros y amigos pasajeros con los que pueden salir y expresarse en momentos de calma y júbilo, sin embargo, no sienten un apoyo emocional real y consideran sólo a unos cuantos o a ninguno para poder expresar sus inquietudes y emociones. Lo que se ve reflejado en sus discursos:

“tengo muchas amigas de la escuela, con ellas salgo mucho, vamos a bailar o a tomar, con algunas de ellas me siento en la confianza de platicarles algunos de mis problemas [...] sólo con una amiga o dos a veces coincidimos en muchas cosas que pensamos o que nos pasan, me apoyan en todo [...] con ellas he platicado cuando me pasan todas esas cosas, me escuchan y me dan consejos” (VAM, F23)

“no tengo muchos amigos, los más cercanos con los que crecí se han ido a otros lados, así que ni siquiera están cerca... luego con el paso del tiempo se van perdiendo amigos... sólo tengo de los amigos temporales, los que duran lo que dura la escuela o el trabajo, de esos” (PAA, M20)

Lo mismo sucede con las relaciones de amistad y compañerismo que van creando en el poco tiempo que llevan en el curso de paramédicos.

“aquí [en Cruz Roja] si me junto con un grupito que echan relajo, pero no me siento muy cómoda, no logro encajar bien... todo es como muy por encimita, si les hablo y nos reímos, pero no he llegado al punto de platicarles mis cosas o lo que me pasa” (MAF, F18)

“aquí [en Cruz Roja] me llevo bien con todos, aunque no les hablo a todos, algunos se portan muy pesado y no me gusta estar con ellos, prefiero alejarme y hablarles sólo para lo necesario” (SAE+, F19)

Por otro lado, existen pérdidas significativas de relaciones cercanas e importantes para dos de las participantes que les resultan impactantes, y de las que se desencadenan conductas de retraimiento social.

“tenía una amiga, mi mejor amiga, pero ella pues... se murió, si de por sí me cuesta hacer realmente amigos así creo que es peor todavía... de ahí para acá ya los amigos que tengo sólo son para echar relajo” (HES, F18)

“mi mejor amigo era mi perro, con él iba a todos lados, lo tenía desde hace seis años, pero lo mataron... se murió envenenado en mis brazos, no supe qué hacer, de verdad, era mi mejor amigo... no lo voy sustituir jamás por ningún otro perro ni ninguna otra persona” (SAA, F18)

En los datos obtenidos en el segundo proceso de la investigación, fue relevante que algunos de los participantes expresaron con más entusiasmo que cuentan con el apoyo de su familia en lo que respecta a su formación como paramédicos y en las dificultades por las que han atravesado, incluso se observó un cambio significativo en el discurso de uno de ellos de la primera a la segunda entrevista.

“ahora me he dado cuenta que mi familia es lo mejor que he tenido en mi vida, he tenido su apoyo desde siempre, desde el primer momento en que los necesité, aunque siempre hay dificultades, lo normal, pero cuando me siento mal después de una guardia o algo sé que puedo contar con ellos” (SAJ, M19)

“desde que les dije a mis papás que pensaba meterme a los paramédicos, me apoyaron mucho; mi papá me lleva y me trae, me compra lo que necesito, y mi mamá ¡pues ella está toda emocionada con que yo esté aquí! diario me pregunta que cómo me fue, que ahora qué hice” (MAF, F18)

“mi hermana me ha ayudado mucho, a hacer las tareas, a estudiar, a comprar material, aunque a veces se preocupa de más por mí, le da miedo que me vaya a pasar algo en la calle mientras ando atendiendo, yo solo le digo que no pasa nada” (SAA, F18)

Entre estos, resalta el discurso de un participante que menciona que cuenta con el ánimo de su familia pero que prefiere reservarse las cuestiones relacionadas con la Cruz Roja para no sobrecargarlos emocionalmente por las experiencias que vive durante su servicio en ambulancias.

“mi familia y mi pareja me apoyan mucho, pero intento no platicarles todo lo bueno o malo que me pasa acá o lo que me toca atender... en una ocasión les

platicué de un paciente y como que se sacaron de pedo, cosas que yo ya veo casi normales para ellos no lo son, mejor me lo guardo” (FUV, M37)

En otros informantes se lee una versión contraria respecto a la dinámica familiar en este segundo proceso de la investigación, pues expresan que a partir de su servicio e involucramiento en la Cruz Roja han tenido dificultades con los miembros de su familia e incluso su familia ha prescindido de ellos relegándolos de las actividades de convivencia cotidiana a las que pertenecían.

“he tenido problemas con mi papás, me dicen que todavía no me mando sola, hay días que me toca venir acá [a Cruz Roja] o que quiero venir a las ambulancias y me dicen que no porque hay una reunión familiar, o que no porque van a ir a comprar la despensa y quieren que vaya... me enfurece porque para mí son cosas que no tienen importancia comparado con estar aquí... han llegado a condicionarme «o la universidad o la Cruz»” (HES, F19)

“es chistoso y feo a la vez, desde que estoy en Cruz Roja mi familia ya ni me contempla para las salidas... de hecho, se han ido de vacaciones y ni siquiera me avisan, cuando me entero ya están por allá y me quedo sola en la casa” (FLG, F31)

“una vez fue gracioso y horrible a la vez, yo me estaba preparando para venir a cubrir y cuando salí de la casa mis papás también iban de salida a una fiesta, todos arreglados... ni me habían dicho que iban a salir” (SAA, F18)

También expresan que las relaciones de amistad y de pareja se han deteriorado, incluso han llegado a terminarse como consecuencia del excesivo tiempo que le dedican a la Cruz Roja, como expresan en sus propias palabras:

“ya casi no he salido con mis amigos, antes era de que me invitaban a fiestas o reuniones y aunque decía que sí no llegaba, ahora ya ni me invitan... quedé bloqueada, como sola” (VAM, F23)

“terminé con mi novio, me envió un mensaje de que ya nunca nos veíamos, que yo me la pasaba mucho tiempo aquí [en Cruz Roja]... si me sentí muy mal, llevábamos muchos años, pero esto es algo que me gusta y no voy a dejarlo por un chavo, además aquí ya estoy conociendo nuevas personas, me gusta otro chavo de aquí y pasamos todo el tiempo juntos (ríe)” (SAA, F18)

“creo que ya se me acabó todo lo de relaciones sociales, de que ya me dedico tanto a esto... ya dejé de frecuentar a mis amigos de antes, ahora todos mis amigos están aquí [en Cruz Roja], conozco gente de las oficinas, de urgencias, de las enfermeras, los doctores, en capacitación... ya no veo los viernes como viernes social o sábado de parranda, si salgo de fiesta es con los de aquí mismo, platicamos de las experiencias de aquí, de nuestras vidas, viboreando a otros” (PAA, M20)

Retomando los discursos anteriores, cabe resaltar que a pesar de que existe distancia y abandono de los círculos sociales fuera de la Cruz Roja algunos participantes han encontrado nuevas y mejores relaciones de compañerismo y de amistad dentro de la institución, reflejando indiferencia por los círculos que se cierran fuera de la misma.

Por otro lado, para otros informantes se ha visto modificada la percepción de la amistad a partir de las experiencias vividas en el servicio de ambulancias y del deterioro de las relaciones de apoyo social fuera de la Cruz Roja.

“antes de entrar aquí [a Cruz Roja] yo era diferente, a todo el mundo consideraba mis amigos y así, pero ahora como que soy muy selectiva, elijo mejor mis amistades [...] creo que es porque me he dado cuenta que las personas, aunque lo digan, no siempre van a estar ahí para ti cuando las necesitas” (MAF, F18)

Ocupación, tiempo libre.

Durante la primera entrevista algunos de los participantes mencionaron que pertenecían a diferentes grupos sociales en los que pasaban tiempo de ocio y

entretenimiento con iguales, ya sea grupos deportivos, de convivencia juvenil o de la escuela.

“ahí en Cuautla soy de los scouts, me la paso ahí todo el día [...] estoy a cargo del grupo de 6 a 10 años y vamos a los campamentos y toda la cosa [...] de hecho conocí a mi novio en los scouts y ya llevamos un rato (ríe)” (SAA, F18)

“sí, estoy en un equipo de futbol, vamos a jugar los sábados y domingos [...] entrenamos entre semana a veces en las noches” (VAM, F23)

“voy a bailar a un gimnasio que me recomendó mi novio, él es de Venezuela y sabe de esas cosas, entonces ahí me ves haciéndole a las vueltas y eso (ríe) [...] ya llevo un rato yendo ahí con él, también para bajar de peso” (FLG, F31)

“con mis amigas de la secundaria me la paso en la calle, salimos a caminar o luego solo nos quedamos ahí sentadas platicando, es entretenido” (SAE+, F19)

En cuanto a la ocupación, la mitad de los participantes informaron que entre sus compromisos están trabajar y estudiar, situación que a su vez les causa sobrecarga laboral y escolar

“trabajo en una paletería, estoy en el mostrador... y también a veces me toca barrer y limpiar [...] hago eso y venir [a Cruz Roja] a estudiar... también me toca cuidar a mi hermanita para ayudar a mi mamá que no puede solita” (SAE+, F19)

“a veces se me complica mucho y me estreso mucho, tengo que estar viendo lo del negocio acá en Temixco y estar viajando cada semana al DF, lo que se me complica es el tiempo, porque no me alcanza para dedicarle tanto a esto [de la Cruz Roja]” (FUV, M37)

“mi papá me dice que quiere que me dedique solo a estudiar, pero él mismo me dio trabajo ahí en su puesto los fines de semana, no es pesado, pero tengo que sacar lo de mis gastos de la semana y así” (HES, F19)

Respecto a los estudios, en el primer proceso de la investigación, resalta la preocupación de algunos por entrar a la universidad y pasar los exámenes de admisión, y el estrés que fallar les puede llegar a causar.

“me la he pasado en cursos de esos para entrar a la universidad, no he hecho nada más [...] tengo que entrar, no sé cómo pero tengo que entrar, he ido a cursos aquí en Cuernavaca y allá en México, tengo que juntar los puntos para pasar el examen a medicina” (PAA, M20)

Incluso las ocupaciones y compromisos de la vida cotidiana dificultan las relaciones interpersonales con personas realmente significativas, situación que se percibe claramente en la siguiente oración:

“lo que me preocupa un poco, de estar trabajando y estudiando todo el tiempo, es no poder pasar el tiempo suficiente con mi hija, que no me vea ahí con ella y que, prácticamente, crezca sin un padre” (FUV, M37)

Posteriormente, en el segundo proceso de la investigación, casi todos los participantes expresaron que ahora sus ocupaciones y actividades de tiempo libre giran alrededor de la Cruz Roja, y que han ido dejando de lado actividades que realizaban antes de entrar o durante los primeros meses del curso.

“yo de verdad quiero estar aquí en la Roja y un tío una vez me dijo que no importa si empiezas desde abajo pero que hay que hacerse notar [...] ahorita ya me estoy metiendo de lleno, entre semana vengo a cubrir a socorros, también estoy captación de fondos apoyando en lo que me digan, que ve y tráeme y ve y hazme, los fines de semana estoy en voluntariado, ya sólo me falta estar en juventud (ríe)” (SAJ, M19)

“todavía fui a jugar [fútbol] hace como un mes, pero ya no voy tan seguido, ya no me da tiempo y como que me da no sé qué... el entrenador ya no me cuenta para los partidos [...] creo que me estoy metiendo mucho en esto [de la Cruz Roja]” (VAM, F23)

Y el tiempo que dedican a las actividades de la institución se ve reflejado en el deterioro de sus relaciones interpersonales, presentan dificultades para coincidir con los grupos sociales a los que pertenecían y otras personas significativas.

“ya no he ido [a los scouts] por eso de que me mudé para estar más cerca de la paramediqueada (ríe)... creo que por eso mi novio me cortó, porque ya no voy para allá, ahí era donde lo veía” (SAA, F18)

“me preocupa que mi niña está creciendo sin un papá, a veces pienso que estuvo bien que se la quedara su mamá” (FUV, M37)

“dejé de ir al gym, ya llegaba muy cansada por las prácticas, me dolían las rodillas por estar hincada todo el tiempo [...] él [mi novio] sí seguía yendo, con amigos que hizo en el gimnasio” (FLG, F31)

En cuanto a los estudios, algunos participantes comentan que han dejado de lado otros estudios para dedicarse por completo al curso de paramédicos, y expresan sentimientos de que esa es su verdadera vocación.

“ya dejé la universidad, no era lo mío, estaba de una en otra carrera y no encontraba lo mío, ya ves que te había platicado que estaba en cursos y aplicando exámenes a la UNAM, al Poli, a la UAM y aquí en la UAEM... esto de la adrenalina y salvar gente me encanta” (PAA, M20)

“cuando no pasé los exámenes para entrar a medicina al principio si me deprimí, lloré mucho mucho mucho, pero ahora que estoy aquí [en Cruz Roja] ya veo mejor las cosas” (MAF, F18)

“dejé la carrera de laboratorista, ya no me alcanzaba el dinero y ya no quiero que nadie me siga pagando las cosas, ya estoy buscando trabajo realmente para poder comprar vendas, punzos, soluciones, medicamento... reabastecer mi botiquín” (VAM, F23)

Eventos traumáticos y estresantes, cogniciones postraumáticas, manejo del problema y la emoción.

Esta categoría hace referencia a uno o más eventos sorprendidos, inexplicables y brutales que son percibidos por la persona como una amenaza al bienestar físico o emocional propio o de terceros, pueden encontrarse o no fuera de las experiencias cotidianas de la persona y sobre los cuales tiene poco o ningún control, el procesamiento de información de la experiencia puede derivar en alteraciones psicológicas temporales o duraderas.

Se incluyen los pensamientos que sobrevienen con el evento, la percepción sobre uno mismo y sobre el mundo, las formas en que actuó la persona para hacer frente al evento y la efectividad que tuvo, y si se encuentra ante otras situaciones similares al momento de ocurrencia.

De esta categoría se derivan las subcategorías “Experiencias ocurridas en la infancia, adolescencia y/o adultez”, “Experiencias ocurridas en los últimos seis meses”, “Pensamientos derivados del evento”, “Estrategia de afrontamiento empleada” y “Situación actual”.

Experiencias ocurridas en la infancia, adolescencia y/o adultez.

Durante la entrevista del primer proceso de la investigación, se pudieron obtener diferentes experiencias que son percibidas por los participantes como estresantes o traumáticas, sólo algunas de ellas coincidieron en dos o más de los casos.

El divorcio y la separación de los padres fue un evento que coincidió en varias de las participantes, asimismo, se observa que en todos los casos se repitió una situación de desconfianza, infidelidad y abandono.

“hace unos años, regresamos de un viaje y [mis papás] empezaron a discutir y a discutir, hasta que se divorciaron... en ese lapso todo eran peleas y llantos, me estresaba llegar a mi casa, todos llorando y puros regaños [...] mi papá decía que mi mamá lo estaba engañando y según le encontró unos mensajes, pero que yo sepa ella nunca hizo nada” (HES, F18)

“mis papás se divorciaron desde que yo tenía 6 años, yo solo veía a mi papá los fines de semana... y ahora tengo la opción de irme a vivir con él, pero él vive con su mujer y mi medio hermano, a él lo trata muy diferente que a mí y a mi hermana, eso no me gusta [...] no puedo evitar pensar que esa mujer tuvo la culpa de que mis papás se separaran” (SAA, F18)

“mi papá se fue a Estados Unidos, no supimos nada de él durante siete años, nunca se comunicó... hemos concluido [mi mamá y yo] que tenía otra familia allá y que le fue mal y entonces quiso recuperarnos... yo creo que fue demasiado tarde, regresó así de la nada y nosotros ya estábamos haciendo nuestras vidas... yo y él estamos mal” (SAE+, F19)

Resaltando que, en las dos últimas situaciones, las participantes tienen la percepción de no ser queridas, valoradas y protegidas por el padre a raíz de la separación.

Otra experiencia que fue común en el discurso de algunos participantes fue la muerte de familiares, amigos y personas cercanas. No obstante, resalta el hecho de que en las experiencias narradas los participantes estaban presentes durante la muerte de esas personas.

En el primero y segundo casos las experiencias tienen que ver con el cuidado de personas enfermas o en etapa terminal, el último caso está relacionado con conflictos familiares y de separación de los padres.

“mi hermano mayor tenía epilepsia, yo ya sabía qué hacer cuando le daban sus ataques, pero justo ese día no supe qué hacer... o sea, hice todo lo que siempre hacíamos, pero ese día no funcionó [...] llamé a la ambulancia, pero nunca llegó... ahora pienso que es porque mi voz estaba temblorina o se escuchaba infantil y quizá por eso pensaron que era broma, tampoco había vecinos ni nadie... mi hermano se empezaba a poner frío, se sentía flácido y pesado, no sabía qué más hacer... a las horas cuando llegó la ambulancia dijeron que ya no se podía hacer nada, sentí mucho coraje, maldita gente” (PAA, M20)

“un día antes de que [mi amiga] se muriera por el cáncer, fui a su casa, ella estaba muy deprimida y le empezamos a hacer una fiesta para que se animara, le compramos un pastel y todo [...] ese día me quedé con ella, pero al día siguiente ya no despertó... el doctor dijo que su cuerpo ya no aguantó [...] sentí horrible, yo estaba a un lado de ella cuando pasó [...] no me siento tan mal, creo que hicimos lo que podíamos hacer por ella” (HES, F18)

“mi papá tuvo hijos con una sobrina de mi mamá, y mi mamá se aguantó todo por el qué dirán y disque para que no creyéramos sin un papá... yo nunca se lo he perdonado [...] un día llegó la señora a la casa con una pistola amenazando a mi mamá, se pusieron a discutir todos y la señora se dio un balazo... yo sólo lo escuché, no vi nada... mi hermana mayor nos llevó al parque así como si nada hubiera pasado... durante cuatro o cinco años yo no podía pasar por el cuarto donde pasó todo, me daba muchísimo miedo, la imaginaba ahí tirada con el charco de sangre” (VAM, F23)

Las estrategias de afrontamiento que se pueden percibir en las experiencias fueron: en el primer caso, durante la ocurrencia de la situación el participante acudió a la resolución del problema, buscando las alternativas posibles para solucionar la situación, aunque después de ocurrido la cognición se dirige a un pensamiento negativo sobre el mundo e inculpación. En el segundo caso, la participante recurrió a la reevaluación cognitiva, expresando los elementos positivos y manejables de la situación, realzando la autoeficacia. En el tercer caso la participante recurre a una evitación conductual derivada de la rumiación de los hechos.

Una experiencia más que es común entre algunas de las participantes es la interrupción espontánea del embarazo. En dos casos las participantes expresan sentimientos de alegría e ilusión de ser madres al saber del embarazo, en el tercer caso la participante supo de su embarazo hasta que presentó dificultades.

“cuando salí embarazada me emocioné mucho, yo quería tener un bebé, pero creo que me ilusioné muy rápido, a los dos meses el doctor dijo que no escuchaba su corazón y pasó lo del aborto... haz de cuenta que me deprimí, me la pasaba acostada, no comía, no contestaba el teléfono [...] con lo del aborto ya no volví

a intentarlo, ya no quise, siempre me quedó la idea «¿y si vuelve a pasar?», «¿y si tengo algo?», creo que hui” (FLG, F31)

“mi relación pasada fue fea, él me pegaba y me prohibía salir con mis amigos, no me dejaba usar ropa pegada ni descubierta, al principio si era bonito [...] quedé embarazada de él y me ilusioné por ser mamá, pero por circunstancias del destino yo aborté... sentí feo, pero me sirvió para darme cuenta que yo no quería estar en una relación así, fue lo mejor” (SAA, F18)

“con mi exnovio duré tres años, terminamos porque perdimos unos gemelos... yo no sabía que estaba embarazada, tenía cambios en mi cuerpo pero creí que era por las hormonas que tomaba... un día discutimos muy fuerte, me sentí mal y cuando fui al doctor me dijo que era un aborto, fue tan tan fuerte que terminamos... yo no le he platicado a nadie” (VAM, F23)

Otro factor que se desprende de estas experiencias es la estrategia que emplearon para compensar el estrés, en el primer caso la participante emplea las estrategias de rumiación y abandono, con el esfuerzo constante de pensar y analizar los elementos de la situación y la renuncia impotente al no volver a intentarlo. En la segunda experiencia las estrategias que se pueden entrever en la participante son las de reevaluación cognitiva y regulación afectiva, al aceptar el hecho y cambiar el punto de vista con que éste se mira, expresando favorablemente las consecuencias. En el tercer caso la participante recurre al aislamiento social, al desvincularse de otros involucrados y el esfuerzo por no compartir o expresar la situación o lo relacionado con ella a otros.

Otras experiencias vividas por los informantes durante la infancia, la adolescencia o la adultez fueron problemas económicos en la familia, agresión física en la infancia, problemas de consumo de los padres y acoso psicológico en la escuela.

En cuanto a vivir problemas económicos en la familia, los participantes que la experimentaron relatan que la escasez de dinero originó otros problemas personales y a su entorno familiar. En el primer caso, el participante recurre a un pensamiento desiderativo deseando que las cosas no ocurrieran como ocurrieron y a la autocrítica con sentimientos de vergüenza. El participante del segundo caso presenta un

pensamiento intrusivo recurrente y exacerbado sobre el evento, que también se ve reflejado en alteraciones del sueño.

“recuerdo que en la casa no había dinero, mi mamá era madre soltera y se dedicaba a limpiar casas... ahora sí que va a parecer chiste, pero éramos una familia numerosa, éramos cinco hermanos y yo era de los hombres más grandes, entonces me tocó salir a trabajar desde chiquitito y no fui a la escuela... tenía que trabajar haciendo de todo, hubo cosas que sí me avergüenza haber hecho [...] eso siempre me hizo sentir mal, me imaginaba cómo sería mi vida si hubiera tenido una niñez normal” (FUV, M37)

“cuando era chiquito no teníamos dinero, yo tenía que juntar fierro y latas para vender, aunque sea para tortillas, había días que no comíamos nada [...] un día mi papá intentó suicidarse porque lo acusaron de fraude en el trabajo, como no teníamos dinero él se deprimió mucho... un día que no había nadie en la casa, se puso una pistola en la boca... no sé qué pasó que recapacitó, soltó la pistola y se soltó a llorar... cuando me enteré me preocupé mucho y lloraba todos los días, tenía pesadillas con eso y ya ni quería dormir” (SAJ, M19)

El participante que experimentó durante la infancia agresión física detalla que ésta ocurría repetidamente y hasta de forma ordinaria en su entorno familiar, situación que empeoró tras la experiencia de muerte de otro miembro de la familia. Después de los eventos, la percepción que tiene es que la relación con sus padres se fue deteriorando, recriminándolo por lo sucedido y desestimándolo, por lo que la retirada social es la estrategia de afrontamiento que creyó más conveniente. Como lo expresa en el siguiente fragmento:

“cuando era chico mi papá nos pegaba muy muy fuerte, él es militar, mi tía se cansó de eso y metió una demanda, en el DIF dijeron que no era un buen hogar, entonces nos fuimos a vivir con mi tía, mis hermanos se regresaron rápido pero yo me quedé a vivir ahí, esa sí era una familia [...] al poco tiempo que me regresé a la casa pasó lo de mi hermano, entonces la relación con mi papá cambió mucho, él era su favorito... cuando llegaron y lo vieron ahí sin respirar

fue horrible... su mirada era diferente, de culpa [...] llegó al punto de que [mi papá] no podía estar en la misma habitación que yo... ya no aguantaba eso así que me independicé, ahora vivo solo” (PAA, M20)

La participante que experimentó durante la infancia y la adolescencia problemas por el consumo de alcohol de su padre relata que lo que más le causaba ansiedad eran las dudas e inseguridad por la integridad de su padre y, a su vez, la llevaban a tener ideas irracionales y ambivalentes exageradas, tanto de preocupación como de enfado y aversión.

“desde que yo estaba chiquita mi papá toma mucho y desde que recuerdo siempre han sido pleitos con mi mamá, había veces que no llegaba, recuerdo que yo me ponía a llorar, me preocupaba mucho, me imaginaba todas las cosas que le podían pasar en la calle de noche y estando así de borracho... (llora) pero a la vez yo decía «que ya se muera, Dios» y pensaba «ya no lo quiero», la última vez fue hace como tres años” (MAF, F18)

El acoso psicológico en la escuela fue una experiencia vivida por un participante a causa de un aparente bajo nivel de aprendizaje y a una malformación estética, situaciones que ha afrontado primero con el deseo de que la realidad no sea tan frustrante y a la búsqueda de apoyo social, informativo e instrumental.

“te voy a ser sincero, todos estos años de la escuela si me han costado mucho, primero porque soy muy distraído, los maestros me reprueban siempre, por más que trato de poner atención al ratito se me olvida todo, y a eso agrégale lo del bullying [...] toda la primaria, la secundaria y hasta la prepa me han hecho bullying por lo de mi oreja [...] la primera vez sentí bien feo, le decía a mi mamá «quiero ser una persona normal, con dos orejas como ustedes», ella también lloraba... las personas me decían «échate vaselina y que se te resbale» pero el bullying seguía y seguía [...] en la prepa me cansé de eso, le dije a mi papá y aprendí a pelear, ahora sí me defendía cada que me decían” (SAJ, M19)

Experiencias ocurridas en los últimos seis meses.

Durante los seis meses antes de la primera entrevista los participantes experimentaron situaciones estresantes en los ámbitos familiar, económico-laboral, académico y social.

Dos participantes presentaron situaciones relacionadas a conflictos familiares que podrían derivar en la separación de los padres de cada uno. En el primer caso el conflicto entre sus padres tiene que ver con infidelidad y el participante lo entiende como una ruptura de su sistema cotidiano y de seguridad, lo que provoca una alteración en la dinámica familiar y en su propia integridad, pues expresa que se ha sentido perjudicado por la situación.

“hace como medio año nos enteramos que mi papá tenía a otra persona, desde ahí todo cambió en la casa, mis papás pelean mucho... aunque últimamente ya no he visto que mi papá salga o se mande mensajes... pero yo siento que me está afectando, eso que tenía seguro, ya no lo es” (SAJ, M19)

En el otro caso, los conflictos entre los padres vienen presentándose tiempo atrás, durante la niñez y adolescencia de la participante, sin embargo, la situación se ha salido de su cotidianidad para tomar otro rumbo que ella quería evitar. Escapar y no pensar en la situación es la forma en que la participante afronta el problema en un primer momento, posteriormente al enterarse de la gravedad de la situación recurre a la oposición y a la confrontación, expresando su enfado e inculpando a otros por la situación.

“últimamente hay lapsos que [mi papá] toma como tres veces a la semana y lapsos que toma toda la semana... por esa parte entiendo que mi mamá ya esté harta... ella un día me dijo «ya me quiero divorciar», a mí me choca que me cuente, ¡por qué me dice a mí! ¡yo no me quería enterar!, eso fue apenas y me pegó horrible, me da coraje que mi papá no reacciona y no se da cuenta” (MAF, F18)

Un participante experimentó la muerte de un familiar muy significativo a causa de un error médico, a pesar de que el participante reconoce que no es una situación que esté bajo su control y que existen formas legales de afrontarlo, su primera reacción es de frustración y confrontación, posteriormente devienen la autocrítica y culpa.

“hace poco murió mi tía y todo por una estupidez de los médicos... sus hijos van a demandar por negligencia, pero con una demanda no me la devuelven, ella no va a volver... ella era como mi mamá, la amaba demasiado [...] tenía un tiempo que no la veía, y si pude ir a verla a su casa y no lo hice, me da mucho coraje conmigo mismo” (PAA, M20)

Otra situación común a varios participantes durante los últimos seis meses es la derivada de la situación económica. En ambos casos, la dificultad económica les ha generado otras preocupaciones relacionadas con el dinero, recurriendo a otras formas para solventarse, que a su vez les ha limitado las oportunidades de convivencia y apoyo con su familia.

“este año me cambié de casa y puse un negocio acá en Temixco, pero aquí en Morelos está complicado todo eso de la economía, entonces todos los planes se me fueron para abajo, he tenido que ir y venir de México a Morelos para trabajar aquí y allá... incluso he tenido que dejar de convivir con mi familia, eso me estresa muchísimo” (FUV, M37)

“mi mamá es la única que me apoya para pagar todos los materiales y todos los gastos de la Cruz Roja, trabaja en cualquier cosa... aunque ella no quiere que yo me distraiga de la escuela yo también he tenido que buscar trabajo y ya no me da tanto tiempo para ayudarle a cuidar a mi hermanita... me siento muy estresada por todo” (SAE+, F19)

Otros informantes coinciden en la experiencia de no acreditar el examen a la universidad para la carrera de medicina a pesar de los múltiples intentos que han realizado, sus primeras reacciones son de frustración y autocrítica por el fracaso, sin

embargo, la estrategia que ambos tomaron al encontrar una opción favorable y cercana a sus expectativas académicas fue la resolución de problemas.

“quería estudiar medicina, hice exámenes aquí [en Morelos] y en el DF... fue horrible no quedar en ninguna, pero lloré mucho cuando no me quedé en la de aquí porque era mi última opción, no quedarme si fue ¡puf! (apunta abajo) [...] me deprimí unos días me sentí muy muy tonta... pero para no perder el año hasta el otro examen pensé en meterme a los paramédicos, además me sirve como experiencia para la carrera” (MAF, F18)

“quiero estudiar medicina y por más cursos que he tomado no puedo... no he podido, eso jamás me lo dejo de recalcar [...] por azares del destino vi la convocatoria de la Cruz Roja y como es algo parecido a lo que quiero, me vine a inscribir para probar si esto si es lo mío, si esto es lo mío voy a seguir intentando hacer el examen... si he llegado a pensar que voy a dejar de intentarlo si no puedo” (PAA, M20)

La ruptura de una relación amorosa fue vivida por dos participantes como extremadamente estresante con diferentes factores involucrados en cada situación. En la primera participante la experiencia estuvo ligada a circunstancias de engaño y desconfianza, además de una permisividad irracional centrada en la emoción. El discurso de la participante deja claro que la mejor estrategia que encontró para hacer frente a la situación fue la huida y la evitación, reflejadas en el consumo de drogas. Como lo expresa en el siguiente fragmento:

“desde hace poco caí como en depresión ... supuestamente era mi novio y cada cosa que hacía yo se la perdonaba... me enteré que salía con mi mejor amiga, discutimos pero luego lo perdoné y quedamos como amigos... él me trataba mal pero yo le permitía todo... sentía que él era mi oxígeno, que sin él no podía vivir... me derrumbé [...] empecé a drogarme porque estaba deprimida... era de la hojita seca, lo hacía con mis amigas pero luego empecé a hacerlo yo sola... sigo triste, pero lo he ido dejando” (SAE+, F19)

En el otro caso, la participante vive una situación de acoso y hostigamiento a partir de que terminó la relación con su exnovio, hecho que le ha causado ansiedad e impotencia, sin embargo, la participante recurre a una aceptación resignada y pasiva de la situación a cambio de un favor, renunciando al control que pudiera tener si buscara otras opciones.

“ahorita lo que más me ha afectado es haber terminado con mi novio, fue hace ocho meses, pero se ha portado muy posesivo y muy celoso, me siento acosada, me hackeó y le dice cosas a mis contactos, envía fotos mías desnuda y así, hay días que no puedo ni dormir [...] él ya tiene novia, pero lo sigo viendo porque él me está pagando la colegiatura de aquí... aunque lo odie no lo puedo dejar” (VAM, F23)

Sólo una participante mencionó una experiencia que le ha causado malestar relacionada con la Cruz Roja en esta primera entrevista, la cual está más ligada a las relaciones interpersonales que se van creando dentro del aula que con la propia institución. La participante percibe que el grupo se ha dividido a causa de una rivalidad entre compañeros y sospecha de difamación.

“aquí [en Cruz Roja] he tenido cierta rivalidad con una compañera, ella es como la típica a la que todos siguen y que quiere que se haga lo que ella dice, pero uno de sus amigos coquetea mucho conmigo, como que yo le gusto a él, pero ella está enamorada de él, no sé, y entonces empezó a decir chismes sobre mí... son cosas de niños, pero eso ha dividido al grupo bien cañón” (FLG, F31)

En el segundo proceso de la investigación, las experiencias estresantes vividas por los participantes durante los seis meses antes de la entrevista, y diferentes de las relacionadas con la atención a pacientes, fueron: diagnóstico de enfermedad en un familiar, vivir de forma independiente, subsistencia económica y acoso.

El participante que recibió la noticia de enfermedad grave en un familiar cercano ha desencadenado una respuesta de sobreprotección y estrés por el cuidado constante de personas enfermas.

“le detectaron cáncer a mi mamá, las pruebas comenzaron en octubre, pero lo determinaron en enero e iniciaron las quimioterapias... mi mamá sí ha estado muy depre y entonces me quedé a vivir con ella, como que quiero cuidarla y protegerla todo el tiempo [...] a veces me estreso, estoy con los pacientes y pienso en el tratamiento de mi mamá, estoy con mi mamá y pienso en la Cruz Roja” (PAA, M20)

La participante que decidió vivir sola y de forma independiente, expresa que su finalidad es estar más cerca de Cruz Roja, dejando de lado la convivencia y el contacto con su familia, y afrontando con dificultad las situaciones relacionadas con la independencia.

“me salí de mi casa, estoy viviendo sola en un cuarto para estar más cerca de Cruz Roja, además no quería irme a vivir con mi papá y su mujer... ya casi no veo a mi mamá y mi hermana, porque también entré a trabajar y he tenido que mantenerme yo sola, hacerme de comer y todo eso, ya independiente... si ha sido difícil para mí” (SAA, F18)

Otra participante, menciona que la situación que le provoca estrés en el momento de la entrevista es la percepción negativa que tiene de ella misma a partir de experiencias relacionadas con el trabajo y con su servicio en ambulancias. Pero agrega que sólo en el caso del trabajo recurriría a una retirada impotente

“empecé en un nuevo trabajo pero me empezaron a inventar chismes, como me llevo bien con los hombres dicen que ando de puta, luego acá en Cruz Roja a veces me siento tonta, como que me sale mal todo, estos días me he bajoneado mucho... del trabajo me saldría, pero tengo que mantener los gastos de aquí, lo que sí es que de aquí nunca me saldría aunque me traten de a pendeja” (HES, F18)

La experiencia de acoso y hostigamiento que vive una participante se deriva de una situación que ha venido viviendo de tiempo atrás, sin embargo, esa situación ha

comenzado a causarle dificultades en el ámbito escolar y profesional. Sin embargo, a pesar de que reconoce el poco control que puede ejercer, la participante recurre a una aceptación resignada y pasiva, dejando el control de la situación en manos del destino y la casualidad.

“él [mi exnovio] es paramédico de aquí, lleva como seis años, y es muy amigo de todos, en capacitación y en socorros, ahora que terminamos todos están de su lado y cuando voy a las guardias hasta me exhiben o me ignoran... a veces no me dirigen ni la palabra, ni para bien ni para mal [...] apenas me enteré que publicó y difundió fotos mías desnuda y mis compañeros las vieron... ya sabía que hacía eso, pero un compañero se me acercó y me dijo que no sólo eso, si no que me estaba ofreciendo para tener relaciones [...] quería ver la forma de denunciarlo por difamación, un abogado me dijo que hasta pueden meterlo a la cárcel si yo quiero, pero no lo voy a hacer, las cosas se van a pagar por sí solas”
(VAM, F23)

Experiencias durante las prácticas profesionales.

Las experiencias de los participantes durante sus prácticas en la ambulancia giran alrededor de la percepción que tienen de las emergencias, de los pacientes, de los compañeros y de su capacidad de respuesta.

Para este momento de la entrevista todos los participantes ya han acudido por lo menos a un par de servicios de emergencia, para algunos los eventos son percibidos como desbordantes y extremadamente estresantes, como en el siguiente fragmento:

“en una ocasión me tocó ir a una casa, era como una vecindad, nos dijeron que era un viejito que tenía un dolor muy fuerte en el cuerpo y cuando llegamos la casa estaba muy descuidada, era un señor que ya no se movía de su cama, tenía yagas y problemas en las articulaciones... decía que le dolía muchísimo todo su cuerpo, que lo lleváramos al hospital, pero la esposa nos dijo que él tenía una enfermedad crónica y cuando es así no podemos hacer mucho, porque solo se le aconseja que acuda al médico por sus propios medios... pero el señor tenía tanto tanto dolor que nos amenazó que se iba a suicidar si no

hacíamos algo, que le diéramos algo para dormir y cosas así... me impactó muchísimo y me dieron ganas de llorar” (FUV, M37)

Por el contrario, para otros participantes los eventos son impresionantes, pero no rebasan su capacidad de respuesta y no se dejan llevar por la emoción, llegándolo a tomar como algo cotidiano.

“en urgencias sólo me han tocado tres pacientes, de esos tres los tres han muerto, si han sido fuertes esas experiencias... en radio me ha tocado escuchar como hablan con desesperación los familiares, el papá o el hijo de alguien, que no sabe qué hacer, si ha sido fuerte escucharlos... en ambulancias me ha tocado ir por motociclistas que se estampan en la pista, algunos están muy muy graves e incluso muertos... si han sido cosas fuertes, pero de ahí en fuera, supongo que todo está normal” (PAA, M20)

“el segundo muerto si me llegó, porque no pudimos hacer nada, pero ya después pensé que así es, ciclos de la vida... aunque nadie se merece morir así [...] fue un baleado, tenía múltiples disparos y estaba joven, pero lo dejé pasar, no se me quedó” (SAJ, M19)

La impresión de una capacidad de respuesta insuficiente, como una falta de conocimientos y una actuación ineficaz en la escena, son ideas que se presentaron en varios de los participantes. Como lo reflejan en el relato de sus experiencias:

“la primera vez que me tocó una muerte sí me afectó mucho... era una señora de 84 años, llegó con dolor abdominal, luego con el interrogatorio vimos que era torácico [...] como a los dos minutos nos cayó en paro... pensé que si le hubiera prestado más atención a ese tema en las clases, yo me hubiera fijado más en el diagnóstico antes y lo hubiéramos atendido súper rapidísimo, si me apendejé [...] mi compañera creo que lo tenía más controlado, no sé si ya había pasado por algo así, pero ella empezó rápido a dar RCP y yo me choqué, ella dio las compresiones hasta que el familiar dijo que ya no, que ya la dejaran morir en paz... me sacó de pedo ¡cómo un familiar va a decir que paren!” (PAA, M20)

“una vez estaba en urgencias con las enfermeras y médicos de ahí, llegó un paciente de la primera y tenía que canalizarlo y no le encontraba la vena ¡yo he canalizado toda la carrera y no pude aquí! lo terminó canalizando una enfermera de urgencias, me sentí super mal” (MAF, F18)

“ese día nos pidieron apoyo para cubrir en la México-Cuernavaca y un paramédico de CAPUFE me hizo la plática, hasta que me empezó a preguntar cosas así como examen y me ponía casos para resolver... yo me sentí presionada, sentí que no sabía nada porque hubo muchas cosas que me quedé callada... ¿y si la cago con un paciente?” (VAM, F23)

“me ha tocado atender pocos casos, en uno si me quedé paniqueada... fue el en un derrapado de moto, iban un chico y una chica, el chico salió volando y se estampó contra un poste de luz, la chica se fue con la moto y se arrastró por todo el pavimento, cuando llegamos me mandaron a quitar el casco y el traje al chico, no supe, no recordaba cómo lo hicimos en la práctica, así que solo me quedé parada viendo como inútil” (FLG, F31)

Por otro lado, señalan que escuchar los relatos de las experiencias de otros compañeros les resultan igual o más impactantes que las propias. En estas situaciones, el procesamiento de la información sobre el evento es el que tiene más influencia sobre el impacto que les provoca.

“las cosas que me platican mis compañeros me han afectado... una compañera nos platicó que fueron por una niñita de meses que fue golpeada por su papá, me impactó mucho, ¡por qué le van a pegar, ¡qué puede hacer una niñita de esa edad!, me dio mucho coraje y se me quedó por varios días” (PAA, M20)

“un amigo y otro chavo tuvieron un accidente en su coche, se estrelló su Chevy, fueron por él, yo no estuve en ese caso, solo me platicaron... entonces llegaron y el otro chavo tenía fractura en la cara, un lefort II, de la nariz y el maxilar, y todo el camino para acá se lo trajeron aspirando, mi amigo si llevaba el cinturón y tuvo fractura de cadera y otras heridas... cuando llegaron pues al otro chavo

no lo sacaron del estado de choque y sí se les murió, a mi amigo lo tuvieron hospitalizado... lo más fuerte fue cuando nos platicaron que el chavo que se murió tenía dos días que se había graduado y que por eso andaban de fiesta y borrachos” (SAA, F18)

Otra cuestión que provoca molestia y estrés entre los participantes es la interacción con otras profesiones y la búsqueda de reconocimiento de la propia profesión, llegando a reaccionar con estrategias de oposición y confrontación.

“cuando atendí yo sola, no estaba de guardia ni nada, estaba en la calle como civil y ocurrió un choque donde quedó un chavo inconsciente, había un doctor y él quería hacer todo, pero le puso una almohada y querían ponerle una cuchara en la boca, estaban empeorando al paciente, entonces llamé a la Cruz Roja y en lo que esperábamos les dije que se quitaran, entonces el doctor se puso todo loco, que él era el que mandaba, que era cirujano y no sé qué, y los familiares no querían que yo me metiera porque según confiaban en lo que hacía el doctor, me estresé porque no respiraba y todavía le estaban obstruyendo más la vía aérea, ya hasta que llegó la ambulancia le quitaron todo eso y se lo llevaron, pero me molestó mucho el doctor y su prepotencia, casi mata al paciente ahí en el lugar” (SAA, F18)

“y pensar que yo quería ser médico, perdón, pero son unos estúpidos... se creen que nunca se equivocan, como si fueran dioses, a veces llegamos a entregar a los pacientes y nos miran como si fuéramos cuál o qué cosa... como si todos estuviéramos por debajo de ellos... ya me propuse que si llego a ser médico algún día nunca seré como ellos” (PAA, M20)

Sin embargo, también existe una molestia dirigida a compañeros paramédicos. Uno de los participantes expresó un claro enfado y desacuerdo hacia otros paramédicos sobre algo que él considera poco ético y que no corresponde con los principios fundamentales de la institución que representan.

“me molesta muchísimo cuando unos paramédicos les hacen caras a las personas, por ejemplo, a los que no tienen dinero, a los que vienen de comunidades o hasta a los vagabundos en la calle ¡no sé!, no me gusta cómo se expresan de algunas personas, eso me enfurece mucho, ¿dónde quedaron sus principios? ¿dónde quedó la humanidad, la imparcialidad, la neutralidad y todos esos?” (SAJ, M19)

A partir de sus vivencias a bordo de la ambulancia, una de las informantes menciona que ante situaciones difíciles opta por dar consuelo y palabras de aliento a las víctimas, sin embargo, resalta el hecho de que lo hace a partir de su propia experiencia con la pérdida de un ser querido. La reestructuración cognitiva que realiza es: ella hace lo que le hubiera gustado que hicieran con ella en su momento.

“no te queda más que consolar a la persona, yo quisiera que, en ese momento con mi amiga, alguien me dijera «todo va a estar bien, no fue tu culpa», porque en ese momento nadie me lo dijo a mí... entonces yo siento que en un momento así es lo primero que te deberían de decir, cuando alguien está cuidando a un enfermito o convive mucho con alguien así... «no fue tu culpa, todo va a estar bien»” (HES, F18)

Pensamientos derivados del evento.

En cuanto a los pensamientos derivados de las situaciones que vivieron antes del primer proceso de la investigación, una de las participantes señala el esfuerzo que puso para no defraudar a otros por sus errores, como ella los percibe, y experimenta sentimientos de culpa.

“yo no les quería decir [a mis papás] que no había quedado [en la universidad], porque dije «no, ahora qué me van a decir» porque me pagaron un curso para quedar en la universidad y todo, como que mis papás siempre me han apoyado en todo y lo que quiera y así, pues cuando no quedé si me quedé de «¡ah! cómo les voy a decir», estuve un rato sin decirles y ya cuando les dije no pasó nada” (MAF, F18)

No obstante, al caer en cuenta de la realidad, acepta que no tiene el control de ciertas cuestiones y puede reestructurar la cognición anterior modificando, a su vez, el estrés que la situación le provocaba.

“me faltó muy poquito para quedarme, entonces si pienso que sí le hubiera echado más ganas... pero bueno, yo digo que todo pasa por algo, porque yo soy de las personas que planea su vida como que a largo plazo, y como que eso me demostró que no hay que verse como tan a futuro porque de repente todos tus planes se vienen abajo y es cuando sí te pega muy duro” (MAF, F18)

Otra informante experimentó sentimientos de culpa durante y después de la muerte de un ser querido, estos sentimientos la llevaron a tener ideas negativas sobre ella misma durante un largo tiempo y afectaron su interacción con los otros, como lo expresa en el siguiente fragmento:

“como yo no podía hacer nada por mi amiga me sentía más que basura, haz de cuenta como una basura humana, de que no sirves para nada, me sentía inútil en el mundo, y me ponía pensar «si no pudiste resolver este problema, entonces cómo crees que vas a poder solucionar los que te surjan a lo largo de tu vida»... entonces empecé a deprimirme yo solita pero también a criticarme yo solita, de que «tú no vas a lograr esto», «tú no vas a hacer esto», «tú no vas a poder con esto», llegué al resumen de que yo era una inútil y que nadie en el mundo quería a alguien inútil, de ahí empezó a surgir la idea de que era mejor no estorbarle a nadie... últimamente ya no me siento la inútil del mundo porque ya sé que las personas tienen diferentes capacidades y que cada quien puede dar lo que puede, entonces, ya no me abrumo tanto, si no puedo solucionarlo y yo di lo que pude pues ya no fue mi culpa, pero ya casi no me da eso de sentirme basura y una inútil, ya como que me quiero más a mí misma” (HES, F18)

No obstante, la informante logra modificar el significado de la autocrítica y puede regular afectivamente lo relacionado con el evento desencadenante.

Dos factores disponibles entre los pensamientos derivados de los eventos en los participantes son el minimizar o maximizar las propias experiencias estresantes o traumáticas. Por un lado, la persona puede restar importancia no sólo a los eventos, sino a sus consecuencias y a las emociones que sobrevienen, sean adaptativas o no. Mientras que, por el otro lado, la persona puede llegar a creer que su situación es única y que nadie ha sufrido tanto como uno, desaprobando las experiencias de otros. Ambas respuestas se aprecian en los siguientes argumentos:

“no sé, siento que no es asunto de todo el mundo y que todo el mundo pasa por eso, bueno, no todo el mundo, pero sí muchas personas pasan por lo mismo, entonces como que siento que mi caso no es tan especial como el resto... es como si te hubieras raspado, y tú sientes que es importante pero no, muchas personas se han raspado igual que tú” (FLG, F31)

“luego me dicen que soy una amargada y que parezco una señora, pero yo les digo que ellos no saben cómo fue mi vida, y que mi vida está más adelantada que la suya, porque ellos un problemita lo hacen un torbellino en un vaso de agua cuando no saben las cosas por las que pasan los demás” (VAM, F23)

Otro factor que se encontró en el relato de un participante es la búsqueda de una explicación lógica a los sentimientos, pensamientos o conductas para poder resolver el problema.

“con el paso del tiempo vas creciendo y vas asimilando todo el proceso, la cosa es aceptar el proceso, porque si tú no lo haces te duele, lo chistoso es que te duele porque no lo entiendes, cuando pasó lo de mi tía si me dolió, pero no recordé lo mi hermano... en ese entonces yo me deshacía, lloraba y lloraba y no paraba de llorar, ahora con lo de mi tía si me dolía, pero no sufría [...] yo creo que uno sufre cuando no disfruta lo suficiente con esa persona, pero yo sí lo hice con mi tía” (PAA, M20)

Un pensamiento común en algunos participantes es el de dejar la responsabilidad y el control de la situación en manos de otros más capacitados, poderosos o divinos.

“a veces siento que las cosas pasan por algo, como que tú sabes lo que quieres, pero Dios sabe lo que necesitas” (MAF, F18)

“me pegó mucho, sí me pegó, pero siempre lo he dicho «Dios sabe por qué hace las cosas», y yo sé que él lo hizo por algo” (FLG, F31)

Por otra parte, en el segundo proceso de la investigación, los pensamientos derivados de las experiencias relacionadas con las emergencias se desarrollan a partir de la percepción que los informantes hacen del escenario, de la víctima, de la familia de la víctima y de sí mismo respecto a la emergencia.

Las características del paciente (edad, sexo, nivel económico) tuvieron cierta influencia en las cogniciones y en el procesamiento de la información que el participante elaboró de la situación. Por un lado, sintieron pena por los casos a partir de la edad de los pacientes y las condiciones de vulnerabilidad asociadas a dicha edad, como en los dos casos siguientes:

“pienso que cuando vea otra vez a un niño no voy a poder, no es que sienta feo por la sangre ni por la herida ni nada, sino es que me da sentimiento el simple hecho de que sea un niño... en un adulto si veo así su impresión general y sin saber su historia voy a atenderlo y ya, pero no me va a pasar igual que con un niño si lo veo ahí tirado o con un brazo fracturado, no siento lo mismo cuando son adultos que cuando son niños” (HES, F18)

“cuando me tocó atender al viejito que se iba a suicidar, hizo que me pusiera a pensar mucho en mis papás, todavía hay días que me acuerdo y me dan ganas de llorar... recuerdo cuando mi papacito su puso mal, ya al final... también le dolía mucho su cuerpo, no aguantaba... después me dieron ganas de regresar a visitar al señor y aunque sea hacerle compañía” (FUV, M37)

Como se observa en la parte final del fragmento anterior, los participantes relacionan y proyectan en la nueva situación una situación vivida anteriormente, e incluso colocan en el paciente las cualidades de una persona cercana que se le asemeje o viceversa, y a partir de ahí reestructuran la cognición. Que también se ve reflejada en los casos siguientes:

“cuando me pasó lo de atender a una chica que habían violado, sólo me dio mucho miedo volver a subirme a los taxis, ni siquiera supe bien lo que le pasó la que habló con ella fue la paramédico que iba de jefe, ya después nos contó que la habían violado en un taxi... que se subió en un taxi a las 9 de la noche cuando salió de su trabajo ahí por Civac, que no recordaba nada de lo que pasó después hasta que despertó como a las 8 de la mañana del siguiente día por Galerías, con dolor fuerte en el abdomen y hemorragia vaginal... de ahí me dio mucho terror subirme a los taxis y le marcaba a cada rato a mi mamá y a mi hermana, que está sola en Mérida, para saber cómo están y dónde andan” (SAA, F18)

“a pesar de todo, yo no dejo de venir, porque cuando falleció mi abuela yo hubiera querido estar ahí y haber sabido qué hacer para que mi abuela no hubiera muerto... tiene cinco años que pasó... pienso que Dios o el destino me van a poner un caso parecido al de mi abuela” (VAM, F23)

Los participantes también desarrollaron una preocupación excesiva y medidas de precaución exageradas para sus familiares y personas cercanas, y para sí mismos a partir de los eventos que han vivido durante sus prácticas profesionales.

“empecé como un plan de contingencias, incluí a mis papás, a mis hermanos y a mi novio, cada cierto tiempo tienen que andar reportándose, saber dónde están, con quién están y cuánto tiempo estarán ahí, también les enseñé cosas de primeros auxilios y la cadena de sobrevivencia para que sepan qué hacer en cualquier emergencia” (FLG, F31)

“me sorprende la falta de conciencia de los pacientes, que por estupideces pasen por estas cosas, se arruinan la vida, yo no dejaba de pensar «¡qué no piensan! ¡no se dan cuenta! ¡no valoran su vida!» ... me da miedo, que no miden su nivel de riesgo y que por personas así nos perjudiquemos otros... ahora me da miedo cruzar la calle y que justo pase un loco en su coche y me lleve, una persona inconsciente” (PAA, M20)

Los participantes también experimentaron sentimientos de culpa cuando tuvieron una falla en la misión y llegaron a focalizar, pensar y analizar los elementos amenazantes de la experiencia de forma repetitiva y pasiva. Solo una participante logró hacer una reestructuración cognitiva de la experiencia cambiando el punto de vista retomando los elementos positivos.

“sí me dio coraje conmigo mismo... creo que debí haber estudiado más, de haber estudiado más pude hacer algo, darme cuenta rápido del diagnóstico y no me hubiera quedado todo apendejado” (PAA, M20)

“cuando te quedas así sin hacer nada, creo que sí deberías de valorar si esto es realmente lo tuyo... la veces que yo me he quedado así si me ha afectado, pienso y pienso en eso, y pienso en lo que hubiera podido hacer o decir para cambiar las cosas que hice mal” (FLG, F31)

“si la persona no se pudiera salvar si me deprimiría, porque entonces pensaría que por mi culpa o que por mi causa no logró salvarse, cuando pase eso sí me va a doler... aunque, un paramédico pues no es Dios, entonces puedes hacer lo que humanamente se puede por la persona, y enfocarte mejor en aprender eso en lo que fallaste para que puedas ayudar mejor a las personas que vienen más adelante” (HES, F18)

Otro elemento común en el discurso de algunos participantes fueron las ideas y creencias sobre la fragilidad de la existencia humana, que también se han vuelto en pensamientos intrusivos y repetitivos.

“después estuve pensando mucho en la muerte, en un minuto estás vivo y al siguiente ya no... veía a las personas y pensaba ¿en qué momento morirán? ¿cómo morirán?” (PAA, M20)

“me he puesto a pensar en todo lo que se puede perder ¡te imaginas! uno ve ahí a la persona y nunca se imagina todo lo que la persona es, o todo lo que está perdiendo, a su familia y sus seres queridos... cuando veo a los pacientes siempre pienso en todo eso... intento formar una historia de los pacientes” (MAF, F18)

Estrategia de afrontamiento empleada.

La estrategia de afrontamiento que los participantes emplearon durante o después de las experiencias que vivieron antes de la primera entrevista están centradas por un lado en la huida o evitación, la distracción, el aislamiento social, la autocrítica, la desesperación y abandono, y por otro lado en la reevaluación cognitiva, la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social.

Algunas participantes emprenden sus esfuerzos por escapar de la situación o no pensar en el problema, desde negarlo hasta alejarse de lo ocurrido. De acuerdo con lo que expresan las participantes, esta respuesta de huida o evitación se ha convertido en un estilo de afrontamiento en los problemas a lo largo de sus vidas.

“ya ves que cuando a veces pasa algo malo, tratas de negarlo y hacer como que no pasó... yo creo que yo soy así” (MAF, F18)

“o sea, no me podía poner a llorar porque ya todo el mundo estaba llorando, entonces sólo me quedaba no sé, como que hacer en cuenta de que no estaba pasando, y seguir mi vida así normal, y cuando viera a los demás llorando pues consolarlos y decirles que ya lo superarán, que no estaba tan mal y que ya pasó todo” (HES, F18)

“dicen que yo soy coyona, porque si tengo que enfrentar algo, algo fuerte, me quito, me hago a un lado y no lo enfrento, pero a mí me ha funcionado, llevo

una vida tranquila, calmada, aunque sé que hay cosas que tengo que enfrentar en la vida, entonces no voy a saber qué hacer” (SAA, F18)

“después de que me deprimí yo solita me animé, me levanté, me bañé y fui al trabajo, le pedí a todos que nadie hiciera comentarios, que hiciéramos de cuenta que no pasó nada” (FLG, F31)

Otro estilo de afrontamiento que los informantes suelen usar es la distracción en actividades que les resultan agradables, en un intento por manejar el malestar que les provocan las diferentes situaciones estresantes de su vida.

“cuando pasa algo sólo me pongo a pensar «¿por qué?», como que vivo en pasado, en las cosas que pasaron y pues que ya no van a volver, sólo lloro mucho y me pongo a leer, entonces leo más” (MAF, F18)

“cuando me estreso demasiado, cuando me siento mal, cuando estoy triste o enojado, me fascina correr, a correr y a correr, como loco, por así decirlo, y escucho mi música favorita, siempre me funciona, cuando voy corriendo se me va pasando y me voy desahogando” (PAA, M20)

“mi mamá me compró una bici y a veces cuando estoy enojada o estresada me voy a dar una vuelta por todo Cuautla de dos horas y ya regreso y me siento bien, o salir a caminar sólo con 13 pesos y me compro algo y ya todo se me olvida” (SAA, F18)

Aunado a la estrategia de distracción se encuentra la búsqueda de relaciones interpersonales para afrontar situaciones estresantes, en busca de apoyo social.

“ya después vas conociendo más gente y empecé a salir un buen, todos los fines de semana salía, eso también como que ayudó, porque ya no estaba solo en mi casa pensando solo en eso o en cosas, ya hacía más cosas y así... y ya, un día te das cuenta que ya no” (SAJ, M19)

“antes de que entrara a la prepa pasó lo de mi amiga, entonces no estaba como que muy animada por haberme quedado ni por seguir estudiando ni nada, iba nada más porque tenía que hacerlo y si me costó trabajo convivir de nuevo con las personas, pero al final lo logré... y al principio lo agarré todo de desmadre, y que no entres a tal hora o que me salté tal clase, vámonos para allá o vámonos para acá, si reprobaba me daba igual, hasta que conocí a mi novio y empecé a ver las cosas diferente” (HES, F18)

En otras situaciones de estrés, los participantes prefieren desvincularse de otras personas con la intención de no expresar los sentimientos relacionados con los problemas.

“yo como que me guardo las cosas, como que no expreso lo que siento... no sé si sea introvertida, pero a mí no me gusta decir las cosas ni buscar problemas” (MAF, F18)

“a veces me encierro y lloro, prefiero hacer eso yo solita y no que los demás me vean así y hacerlos sufrir, sobre todo a mi mamá” (FLG, F31)

La autoinculpación junto a estrategias de huida son las respuestas que presentó una de las participantes después de la muerte de un ser querido. Como se puede leer en su discurso:

“al principio cuando ella se murió yo me culpaba y me culpaba y me culpaba y en un momento así de depresión máxima me intenté suicidar con pastillas... empecé a investigar y yo quería que mi muerte fuera no con dolor y así descarté las demás formas, y lo intenté, pero me encontraron y me lavaron el estómago... después empezaron a hablar conmigo y me llevaron a clínicas” (HES, F18)

Otra participante presentó ideas repetitivas sobre la situación estresante hasta llegar a la indefensión y la renuncia al control de la situación.

“a veces me pongo a recordar y a recordar, y lloro mucho, quiero regresar a buscarlo... tengo ganas de tirar la toalla en todo” (SAE+, F19)

En otros momentos de estrés y ansiedad algunos participantes reconocen la presencia del apoyo social por parte de la familia y amigos cercanos, con los que pueden expresar sus emociones abiertamente.

“a veces cuando quiero platicar algo, pues solo quiero que me escuchen no que me den un consejo y así, y mis amigos como que sí saben escuchar y así... todavía con mis papás hay como que una relación buena, que les pueda platicar y así y me apoyen” (MAF, F18)

“cuando me pasa algo y ya no sé qué hacer y me siento triste platico con mi hermana, ella siempre me escucha y me apoya a saber qué hacer” (SAA, F18)

Otros participantes recurrieron a una reestructuración cognitiva para cambiar la forma en que ven la experiencia, a través de un pensamiento más positivo y una expresión más favorable sobre lo relacionado a la misma.

“a veces si me pongo a recordarla [a mi amiga] y como que me pongo a llorar... pero hicimos todo lo que se pudo, todo lo que estaba escrito, ya no se pudo hacer más, ella ya no quiso, y al principio si le agarre coraje, porque se pudo haber salvado, pero si ella ya no quiere vivir pues ya no se puede hacer nada... y ahora si me duele recordarla y me duele mucho el día que se murió y todo, pero que te hable así de ella ya no me da tristeza, porque todo lo que viví con ella fue muy agradable y muy bonito y muy feliz... no es que me sienta feliz de su muerte, sino que me siento feliz de haberla conocido” (HES, F18)

“empecé a disfrutarlo [a mi papá] cuando estaba conmigo, y dejé de llorar por eso y me dejó de afectar un poco... él tiene problemas, pero aun así lo quiero mucho y eso no va a cambiar aunque no estén juntos” (MAF, F18)

“yo aunque me deprima por más nunca he pensado «me quiero matar», si hay algo que amo es vivir y todos los días hay algo que aprender... nada de lo que pase va a valer tanto la pena como para hacer tonterías” (SAJ, M19)

Una de las participantes manifestó que una respuesta que suele tener ante las situaciones estresantes es la resolución de problemas, aunque no es de forma inmediata suele tener la determinación para hacer frente a los problemas que se presentan a pesar de los inconvenientes, como lo expresa en el siguiente fragmento:

“es que yo soy como que de las que se deprimen, pero mi depresión dura como tres horas y ya después estoy pensando qué es lo que voy a hacer, o sea como que no deajo que eso me dé para abajo y como que empiezo a pensar qué es lo que voy a hacer y así, pero a veces como que otra vez vuelve la depresión” (MAF, F18)

En los eventos estresantes que se presentaron meses antes y durante la segunda entrevista los participantes emplearon estrategias de afrontamiento como huida o evitación, aislamiento social, autocrítica, búsqueda de apoyo social e informativo, y reestructuración cognitiva.

Algunos participantes expresaron que ante hechos estresantes durante las emergencias prefieren retirarse de la situación que les causa el malestar, así como de las personas cercanas, con la intención de no compartir o expresar los pensamientos y emociones alrededor del evento.

“creo que en situaciones fuertes no le platicaría a nadie, ni diría nada, solo me sentaría atrás en la ambulancia y ahí me quedaría, para no empeorar las cosas” (PAA, M20)

“cuando pasa algo que sí me saca de onda o que está muy cañón arriba de la ambulancia, prefiero guardármelo y tratar de reflexionarlo yo solo... no lo platico mucho con mi familia, porque te digo que ellos no lo entienden y siento que les afecta saber todo lo que yo veo estando acá, y luego con los compañeros

tampoco lo platico mucho... como que no me gustaría que me vieran como débil o como miedoso” (FUV, M37)

Ante la falla en una misión algunos de los participantes experimentaron sentimientos de culpa y autocrítica por el desempeño que tuvieron en la escena, además de que no pudieron expresar abiertamente sus emociones por pena o vergüenza, como lo expresan los participantes:

“cuando vi lo de la primera muerte yo no se lo conté a nadie, ni a mi familia ni a mis amigos [...] yo creo que por pena, en primera porque le estaba checando la presión y no pude, troné el bauma, entonces le puse otro y hasta que pude vi cuanto tenía y ahí fue cuando lo mandaron al cubículo de choque y que le dieron el RCP, ahí fue cuando se murió... sentí mucha pena, no le dije a nadie, me sentía un pendejo” (PAA, M20)

“yo sé que me equivoqué en ese momento, pero nadie me dijo nada, me imagino que no querían exponerme ahí... pero yo sé que la regué cuando tenía que haberle dado otro tratamiento, me puse muy muy nerviosa y eso me hizo sentir muy mal los siguientes días, de hecho, me alejé de mi novio y de mi mamá para que no se dieran cuenta” (FLG, F31)

Otros participantes informan que después de atender o presenciar casos impactantes o estresantes, se sintieron con la libertad de expresar sus emociones y aseguran que cuentan con el apoyo total de familiares y personas cercanas.

“mi mamá un día me dijo que fuera a la casa, habló conmigo y me dijo que no me preocupara que esas cosas [accidentes] no me iban a pasar a mí, pero yo creo que tampoco es que yo esté exenta de eso, aunque si me tranquilizó porque yo no había hablado con nadie sobre eso” (SAA, F18)

“tengo mucho apoyo de mis papás, siempre que estoy con alguno me preguntan que cómo me fue y que qué casos vi hoy, les platico de todo y ellos me echan muchas porras” (MAF, F18)

“sí hay veces que llego a la casa y no quiero platicar nada, quiero que se quede hasta ahí, mis papás y mis hermanos se dan cuenta y me dejan tranquilo, pero ya después cuando me siento mejor sé que puedo contar con ellos para platicarles cómo está la cosa y así” (SAJ, M19)

En esta búsqueda de apoyo, otros participantes optaron por un apoyo más informativo e instrumental para afrontar las situaciones estresantes, como sugieren los siguientes fragmentos:

“cuando les pregunté [a otros paramédicos] me dijeron que en situaciones así hay que mantener la cabeza en hielo... unos me dicen «total, todos los pacientes son iguales, todos vamos a morir», otros me han dicho que siempre hay que mantener la cabeza y la seguridad, mientras tengas seguridad en ti, pase lo que pase vas a saber cómo reaccionar, vas a saber qué hacer y van a salir las cosas bien, que me voy a estar cagando de miedo pero que con seguridad lo voy a controlar” (PAA, M20)

“en otra ocasión que me pasó algo parecido en urgencias, el jefe de servicio me dijo que siempre cargue con mi libro y mis guías, que son mis mejores amigos, mientras me mantenga actualizada y aprendiendo no voy a tener duda de que lo que estoy haciendo es lo mejor que puedo hacer” (FLG, F31)

Ante estas situaciones estresantes otros participantes lograron modificar su significado poniendo de manifiesto los elementos positivos y manejables del evento.

“si sientes que cometiste un error o que por equis cosa no pudiste no es para que te sigas estancando ahí, se supone que los errores que cometes es para que los modifiques y empieces a reforzarlos, para que, si en un momento dado te vuelve a ocurrir lo mismo, ya sepas qué hacer” (SAJ, M19)

“cuando me pongo a pensar las cosas si digo “estás bien estúpida”, pero en el momento que pasa te gana el sentimiento y demás, como que no piensas, entonces, como tal ya pude salir de lo que ha pasado y hasta la fecha creo que no me ha afectado de manera permanente, o sea, que no me permita hacer u

organizarme de una manera que normalmente hago, creo que de alguna forma he salido bien de todo” (HES, F18)

Autopercepción.

Se refiere a idea de sí mismo y de la realidad próxima en la que interactúa la persona; la autopercepción es la estructuración de las imágenes personales de uno mismo en el mundo. Esta categoría está constituida por conceptos, actitudes, deseos, expectativas, voliciones y valoraciones.

Incluye la percepción del conocimiento y la preparación con la que uno mismo cuenta para enfrentar la emergencia o el desastre, la percepción de las características propias de la institución de adscripción y los recursos con los que se cuenta, así como la percepción del propio estado físico y mental.

Antecedentes de enfermedades (mentales o físico-biológicas).

Durante el primer proceso de la investigación algunos participantes expresaron las enfermedades físico-biológicas que padecen, en algunos casos son de nacimiento y otras han sido adquiridas por descuido a la salud. A continuación, los fragmentos donde ellos mismos describen sus padecimientos:

“yo nací así, con mi oreja así [con microtia], pasó que a mi mamá le explotó un boiler en la cara, ella no sabía que estaba embarazada de mí, y le recetaron mucho medicamento para que se curara, luego se empezó a sentir mal y cuando fue al doctor le detectaron que estaba embarazada de mí, le dijeron que yo podía nacer mal, sin un brazo, sin un pie, sin la mitad de la cabeza, y pues gracias a Dios fue nada más el oído el que no se me desarrolló bien, me han hecho varias operaciones aunque todavía no queda bien” (SAJ, M19)

“yo padezco de migraña, me pasó desde que era muy pequeña cuando me empezó a doler mucho la cabeza... creo que fue en la época que mi papá empezó con sus cosas y las peleas en la casa” (VAM, F23)

“yo siempre he tenido sobrepeso... en la primaria estaba normal, pero después empecé a subir mucho de peso... siempre me ha afectado eso, porque se burlan de mí en la escuela” (SAE+, F19)

“lo único que tengo así es gastritis y colitis, cuando me dio un dolor así super fuerte que me retorció me dijo el doctor que era por comer mucho chile, limón y cosas irritantes, me dieron medicamento y ya a veces me vuelve a dar y luego se me quita y ya no” (SAA, F18)

En cuanto a las enfermedades o complicaciones a la salud en la familia se encuentran por un lado problemas del corazón y enfermedades autoinmunitarias, por otro lado, alteraciones psicológicas y abuso de sustancias.

“mi papá es hipertenso, tuvo una crisis hace como ocho o nueve meses, le dio una que le dicen apnea del sueño y que según tuvo que ver con un micro infarto” (SAJ, M19)

“una de mis hermanas tiene lupus, se lo detectaron hace poco, dicen que eso podría ser genético o hereditario o resultar en otras enfermedades, que yo también tendría que cuidarme de cualquier cosa” (FLG, F31)

“solamente mi hermano, que tenía epilepsia... de ahí en fuera creo que nadie más en mi familia” (PAA, M20)

“mi mamá siempre ha tenido depresión, desde que era muy joven, le dan unos medicamentos y tiene que ir seguido a que la valoren psiquiátricamente, aunque son de esas cosas que no se hablan en la casa” (VAM, F23)

“de ese tipo de cosas solamente mi papá que toma mucho, no sé si sea ya como un alcohólico, pero sí creo que es un problema que no ha querido tratarse” (MAF, F18)

En el segundo proceso de la investigación, los participantes no informaron de ninguna complicación físico-biológica diferente a las que mencionaron en la primera

entrevista, sólo una participante mencionó una complicación derivada por el estrés de los exámenes finales.

“cuando hicimos el examen antes de bajar a ambulancias sentía mucha presión y me soltaba a llorar, que porque si no lo pasábamos nos iban a correr y mi novio me dijo que mejor me saliera que nadie me obligaba a estar aquí [en Cruz Roja], pero no, yo no quise, lo que sí es que fui a parar al doctor, me dio una colitis nerviosa bien cañona” (FLG, F31)

Algo que sí se presentó en varios de los informantes fue el aumento en el consumo de café, alcohol y tabaco, como respuesta a la ansiedad que les provocan las experiencias durante su servicio o como medio de convivencia con otros compañeros, como ellos mismos lo expresan en su discurso:

“cuando me toca cubrir en el turno de la mañana o de la noche me tomo dos cafés bien cargados del OXXO y con eso aguanto el resto de la guardia” (FLG, F31)

“es bien chistoso, porque a mí no me gustaba el café tomaba de vez en cuando, cuando iba a la casa de mi abuelita, pero ahora ya acostumbré a mi cuerpo, aunque sea a una taza de café diario... ya hasta a veces siento la necesidad de tomarme uno” (SAA, F18)

“si me ha pasado que cuando me pongo nerviosa o después de un caso muy estresante, me salgo de ambulancia a echarme un cigarrito” (VAM, F23)

“yo no fumaba tanto, antes sí lo hacía de vez en cuando, pero aquí [en Cruz Roja] a cada rato estoy fumando, a veces me fumo de una cajetilla al día, y a veces cuando me propongo dejarlo llega alguien de socorros o de capacitación y me invita uno y le acepto, no me aguanto” (FUV, M37)

“he salido a tomar mucho con los de aquí, como que todos son unos borrachos (ríe), además se pone bueno el chisme cuando estamos en un bar o en la casa de alguien, es divertido” (PAA, M20)

Por otro lado, dos participantes han presentado e identificado cambios en su conducta derivado de los conocimientos sobre el riesgo y de las experiencias que han tenido durante su servicio.

“ahora me he vuelto más precavido, me obsesiono con eso... en mi casa me dicen que ahora soy muy sobreprotector, ahora los limitó mucho a todos, les explico todo lo que puede pasar si hacen una cosa u otra... con los niños y los bebés me da terror, me da terror cómo los tratan... mi familia me dijo que me estaba haciendo daño ver tantas cosas, pero yo creo que sólo es prevención, sólo cuido de que no pasen cosas peores... antes no era así, yo tampoco media el riesgo” (PAA, M20)

“lo que yo he notado es que ahora tengo más higiene, me lavo las manos muchas veces al día y después de agarrar cosas que me parece que están sucias, también limpio con alcohol o desinfectante las cosas de la ambulancia y de mi botiquín, lo que me preocupa es enfermarme de algo o provocarles alguna infección a los pacientes” (MAF, F18)

En dos casos se presentaron alteraciones del sueño y pesadillas en los participantes, derivados de las ideas repetitivas sobre las experiencias estresantes que viven durante sus prácticas.

“me ha pasado que no he podido dormir, como que quiero seguir atendiendo y me da mucha ansiedad, me quedo pensando en qué hice bien o qué hice mal, en qué debí de haber hecho” (SAA, F18)

“como que necesito el café para aguantar porque últimamente me da mucho sueño, me quedo dormida en todos lados, en la ruta, en el trabajo, en la casa, viendo una película, hasta hablando por teléfono... me he sentido como apagada” (FLG, F31)

“he soñado que estoy en servicio, que estoy en la ambulancia y veo a mis pacientes en los sueños... sueño cómo los atiendo, a veces sueño que sí los

sacó mágicamente, soy como el héroe, pero en otras ocasiones no alcanzo a salvarlos... una vez soñé incluso que iba por mi mamá, que tiene cáncer, pero justo ahí me desperté, pero me desperté gritando, lo sentí todo tan real... me dio muchísimo miedo” (PAA, M20)

Percepción de la preparación actual con la que cuentan para enfrentar una emergencia o desastre.

Respecto a esta subcategoría, durante la primera entrevista algunos de los informantes expresaron que tenían dudas por continuar con la carrera de paramédico.

“yo cuando era pequeño quería ser bombero, ya cuando pasé a la secundaria fue cuando dije «voy a ser doctor y voy a demostrar que sí se pueden hacer las cosas»... ahorita si quiero ser cirujano plástico pero también quiero ser federal... y esto de aquí [ser paramédico] pues si me gusta, pero yo que de repente soy medio distraído y me da flojera y así, a veces pienso que mejor me salgo y me sigo con lo de ser federal, y sí me gusta, me gusta todo eso” (SAJ, M19)

“llegó un momento en el que pensé que me iba a salir, cuando empecé a reprobar los exámenes, pensé que no era lo mío y ya no podía seguir, y esperaba que el doctor Juan me reprobara o algo así, ya no quería seguir” (SAE+, F19)

“hay ocasiones en las que si me pongo a pensar que estaría mejor darme de baja, porque a veces no le agarro la onda a todo lo médico, anatomía y fisiología, se me complica un montón, además en las prácticas me pongo muy nerviosa... dos que tres veces he pensado venir a darme de baja” (FLG, F31)

En esta primera entrevista, varios participantes expresaron sentir una verdadera pasión y vocación por estudiar esta carrera y otras relacionadas al área médica.

“esto me gusta y siento que cuando algo te gusta pues ya no lo haces como que por compromiso, lo haces más bien por ti... luego veo que las personas dicen «quiero estudiar medicina porque me gusta ayudar a la gente» y yo no soy así... o sea, cuando lo hago como que siento la pasión así, como que me gusta, pero lo hago porque me gusta no por «¡oh! voy a ayudar a la gente», a lo mejor suena medio egoísta pero lo hago porque me gusta a mí, no por otras cosas” (MAF, F18)

“quiero estudiar esto por lo mismo que pasó con mi hermano y con mi tía... nací y crecí con medicina, mis papás son médicos los dos, después te vas acostumbrando y te va gustando, y va creciendo esa semillita que ya pusieron y te va brotando y brotando y brotando, entonces brota, se te mete tanto que llegas a amarlo, te encanta, te fascina, me gusta porque he visto la calidad de personas pésimas que están allá afuera y estoy tan convencido de que jamás voy a ser como ellos, tanto hay médicos buenos como médicos mediocres” (PAA, M20)

“esto no es a lo que yo me quiero dedicar, porque a mí solo me encantaría poder brindar ayuda y por lo menos saber qué hacer en una situación de emergencia, qué padre es prestar servicio en un lugar de esos y que la único que te digan es «gracias», creo que es la mejor satisfacción de todas” (FLG, F31)

“creo que esto va más allá de ayudar, tiene que ser algo que realmente te guste y que te entregues por eso... hay muchas maneras de ayudar, para decir «quiero ayudar a la gente» pues hay muchas maneras... para ayudar hay muchas personas que pueden ayudar, para consolar también hay muchas personas” (HES, F18)

Hay algunos participantes que expresaron tener dificultades para estudiar y aplicar los conocimientos, por lo que no sienten que cuentan con la preparación y la capacidad para enfrentar las emergencias.

“no me siento muy preparada, voy a tener que estudiar más... hay días en que no duermo bien, porque me canso mucho por el trabajo y tengo que estudiar para exámenes” (SAE+, F19)

“luego me pasa que sí me pongo a estudiar y ya me lo sé todo, pero al día siguiente ya no me acuerdo de nada, así teniendo el examen enfrente, creo que es un defecto que tengo y no quiero que eso me perjudique y que no pueda, le voy a tener que echar muchas ganas para bajar a ambulancias, me apasiona todo esto y quiero hacerlo” (SAJ, M19)

En este sentido, algunos informantes encuentran dificultades al compararse con otros compañeros que tienen más conocimientos sobre el área médica, lo que los hace sentir con rezago e incapaces de afrontar las emergencias en el futuro.

“yo con medicina no tenía nada que ver y para mí todo es nuevo, entonces me he tenido que poner a estudiar mucho y hay días en que no puedo, aquí hay personas que ya saben, hay enfermeros, médicos, biólogos, otros paramédicos... me tengo que poner bien al tiro para que no me atrase en los temas” (FLG, F31)

“luego muchos de los compañeros ya saben de anatomía y fisiología, entonces no me siento muy confiada para salir a socorros, y hay cosas que si sé pero me revuelvo yo sola, pero sí sé, sólo que como que me bloqueo, siento que me falta mucho” (SAA, F18)

Por otro lado, los participantes también expresan que tienen dudas por salir a las prácticas en ambulancia y los casos que van a tener que resolver en escenarios reales.

“me siento preparada, pero en el momento de la práctica me pongo muy nerviosa, y pienso que si así me siento en la práctica ahora ya en el servicio cómo me sentiré, yo creo que si me pondría peor ya con una persona que realmente tiene un estado de choque o una enfermedad o que se está muriendo,

a veces me pregunto «¿yo voy a poder hacer eso?» ... quizá allá afuera es la mejor práctica” (VAM, F23)

“esto me gusta ahorita, pero es porque todavía no vamos a la calle, no sé si cuando ya esté ahí me vaya a gustar, porque soy una persona muy sensible, no sé si vaya a aguantar... mi hermana que es enfermera dice que luego te acostumbras a ver morir a la gente, y lo superas y poco a poco te vas haciendo fría” (FLG, F31)

Solo dos participantes mencionaron que sí se sienten preparados para enfrentar las experiencias que se presentarán durante su servicio en ambulancias, aunque los dos señalan que aún les falta conocimiento.

“yo estoy súper entusiasmado para subirme en una ambulancia, para eso sí... yo en teórico soy pésimo, pero si sí me hago paramédico lo práctico en la ambulancia creo que se me haría súper fácil, sé que hacer y cómo hacerlo” (SAJ, M19)

“sí me siento preparada para actuar en caso de que ocurra algo, pero creo que también me faltan muchas cosas por aprender todavía, aunque siento que estoy complementando lo que ya sabía de enfermería y que eso me va a ayudar mucho con los pacientes” (MAF, F18)

En la segunda entrevista, entre las percepciones que tienen de sí mismos algunos de los participantes son conscientes de sus propios errores, buscan la manera de corregirlos y mejorar para el futuro. En el segundo caso, la participante expresa que siente el control de la situación a través del estudio y la práctica.

“estar en ambulancia ya es tratar a una persona real, darnos cuenta nosotros mismos en qué estuvimos mal y estudiar más sobre eso, para saber qué fue lo que pasó y qué es lo que pudimos haber hecho” (SAJ, M19)

“lo que he hecho es aplicar otras técnicas de estudio, lo que he hecho es estudiar de lleno una semana y la siguiente semana venir a guardia y agarrar

nuevas dudas, y luego la otra semana volver a estudiar toda la semana, así es como se queda [...] estar aquí me motiva para hacer más, estudiar más y venir más a cubrir en ambulancias, aunque a veces soy floja, pero si tengo que estarle macheteando, así ya no me quedo de a seis tan fácil cuando veo algo difícil” (SAA, F18)

Así como en los fragmentos anteriores, los participantes sienten una verdadera pasión y vocación por la atención prehospitalaria después de que han vivido diferentes tipos de experiencias durante sus prácticas profesionales. Algo en lo que todos coinciden es que ahora son más conscientes de su realidad y de la tarea que realizan los paramédicos.

“esto me fascinó y me encantó, ¡qué más que esto! y está muy cercano a medicina, ver que hay allá afuera gente que se está partiendo la madre para traer a los pacientes al hospital, incluso traerlos estables, me llamó mucho la atención que es el primer contacto y ver esto y aquello y todo lo que pasó, hacer un circo ahí casi casi para lograr estabilizarlo” (PAA, M20)

Por otro lado, algunos participantes consideran y se han dado cuenta que el aprendizaje no termina en ningún momento y que siempre hay algo que aprender. La participante del último caso también agrega que, aunque siente que no tiene los conocimientos para afrontar la situación, es capaz de sacar adelante la misión y sobresalir en la escena.

“siento que jamás voy a estar preparado, todo cambia y cada situación es distinta, siento que no voy a estar preparado para nada, creo que la seguridad en uno mismo es lo que ayuda, la seguridad en los conocimientos y en lo que sabes hacer” (PAA, M20)

“todo el tiempo estoy aprendiendo cosas nuevas y cada que estudio me doy cuenta que todavía me falta mucho por aprender” (FLG, F31)

“me pasa que cuando voy en la ambulancia siento que no sé nada, pero ya que llego a la escena sé qué hacer y hago todo bien... eso me pasa en todos los casos, siempre siento que no sé algunas cosas” (HES, F18)

En este mismo sentido, algunos participantes comentan que existen situaciones de urgencia que les sería complicado afrontar, estas situaciones tienen que ver con el tipo de población a la que hay que atender, como en casos de niños y en eventos ocasionados por una tercera persona, ya sea de forma intencional o por descuido y omisión.

“a mí los pacientes pediátricos me matan, no puedo... gracias a Dios todavía no me han tocado niños, siento que el día que me toquen me voy a deshacer ahí, me voy a deshacer... me da miedo” (HES, F18)

“una violación, un golpeado y cosas así, que son causadas por otra persona, son las que más me dan en la madre, me da mucho coraje... pero cuando son cosas naturales, de una enfermedad o algo así pues si siento feo, pero no es igual... ¡ah! pero si es por descuido de los papás o de los adultos si me da coraje, cuando están tan metidos en el teléfono que descuidan a los hijos o a los hermanitos” (FUV, M37)

Percepción de los recursos que les proporciona la institución.

En el primer proceso de la investigación, los informantes están a gusto con el método de enseñanza, como se lee en el siguiente fragmento

“me gusta, siento que estoy aprendiendo mucho y siento que esto me va a servir para la universidad, me gusta lo que me están enseñando, lo que estoy aprendiendo, cómo me enseñan” (MAF, F18)

Sin embargo, existen situaciones que no les agradan del método y que les provocan estrés. Entre estas situaciones están la manera en que se aplican los

exámenes teóricos y prácticos por módulo, así como la forma en que los instructores se dirigen a ellos y cómo los presionan.

“aquí me he sentido muy estresada, por los exámenes, apenas terminas uno y ya tienes que estudiar para el que sigue, es un poquito estresante, más que nada porque ya nos va a tocar hacer servicio, siento mucha presión” (SAE+, F19)

“hay algunos instructores que son una porquería, luego en las prácticas son súper agresivos, no enseñan, sólo te gritan y ni te explican nada... somos alumnos y ellos son instructores, ellos pasaron también por aquí cuando fueron alumnos” (SAJ, M19)

“a veces me estresan un poco los instructores, o sea la forma... a mí no me estresa que me griten, me estresa que digan groserías... eso sí me dan ganas de contestarles «¡ah! no digas groserías, estamos todos tranquilos», eso es lo que me pone como «¡argh!», eso y que hagan caras... pero siento que el estrés que te meten aquí no se compara con el que está allá afuera” (MAF, F18)

“estar aquí [en capacitación] a veces si me irrita, porque luego es de que «¡ya se te murió!» «¡sabes hacerlo o llamo a otra ambulancia!» y cosas así y entonces te estresan y tú «¡ay, qué hago!» ... nos han dicho que es porque así se vive en la vida real, y que cuando ya estemos en las ambulancias ya sepamos qué hacer y no nos estremos... si es así, yo todavía no me siento preparada” (HES, F18)

Otra cuestión respecto a la institución y que menciona una de las participantes, es la percepción de falta de recursos materiales durante la capacitación que podría estar mermando su aprendizaje.

“aquí en capacitación como que sí falta material, aunque sea para que lo conozcas y aprendas cómo se maneja, algunos materiales sólo los tienen en ambulancias y hasta que llegues allá vas a aprender a usarlos, mientras sólo

con la teoría de su uso te quedas... pero pues dicen que ésta escuela es una de las mejores” (MAF, F18)

Un elemento presente durante la capacitación de los participantes es la formación del sentido de pertenencia que la institución les ha inspirado, así como lo expresan en sus propias palabras:

“me gusta lo que hace Cruz Roja, esto de ser altruista... cuando llegas aquí y ver que te enseñan lo que es ser Cruz Roja... o sea que no sólo es lo que vemos de Cruz Roja, sino que tiene un buen de cosas, muchas áreas, y que es mundial y su historia, entonces como que me empezó a gustar más” (MAF, F18)

“luego aquí en Cruz Roja voy de voluntario y me encanta, es otra parte que me encanta de aquí, en donde sea puedes funcionar y hacer algo importante” (SAJ, M19)

“luego pasa que a donde vayas llevas los principios de aquí [de Cruz Roja], como que uno se vuelve más humanitario estando aquí” (MAF, F18)

“ya no me importa todo lo que digan de mí o cómo me traten, lo único que quiero es pertenecer a Cruz Roja, saber que soy paramédico de la mejor organización de atención prehospitalaria en México” (VAM, F23)

Durante la entrevista del segundo proceso de la investigación, también resaltaron los valores y disciplina que la institución ha inculcado en los participantes, como se expresa una participante en el siguiente fragmento:

“aquí [en Cruz Roja] te exigen mucho, toda la exigencia te forma una disciplina, ya hasta te acostumbras y luego en tu casa también andas haciendo las cosas como aquí, ya he cambiado mi forma de ser, ya no soy tan desordenada ni tan mala persona” (SAA, F18)

Algo común en varios participantes es el cambio de la visión por la carrera y por la institución, así como de las expectativas que tienen para el futuro.

“cuando llegué aquí tenía otra visión, ahora me doy cuenta que no era lo que esperaba sino que es más de lo que esperaba, cuando llegué creía que era cualquier cosa, para mí era un proyecto cualquiera, creía que era gente normal que se subía a las ambulancias y ya, que sólo los recogían en la calle y los llevaban, que el médico hacía todo, que los paramédicos eran sólo cargadores... pero ahora que me doy cuenta, los paramédicos son los que hacen todo, son los que estabilizan y los que salvan las vidas realmente, yo me quito el sombrero” (PAA, M20)

Expectativas a futuro respecto a la profesión.

En el primer proceso de la investigación, la mayoría de los participantes manifestaron que su interés respecto a la carrera de paramédico era para adquirir experiencia que favoreciera sus proyectos a futuro, como la búsqueda de otras carreras.

“estudié enfermería, pero pues lo que quiero es estudiar medicina, y en la prepa me metí a enfermería como que para irme relacionando, fue mi mejor etapa, hice examen para la universidad y no quedé, como que de ahí me deprimí y ya dije «me voy a meter a los paramédicos» y pues ahorita estoy aquí [en Cruz Roja], pero como que aún no logro reponerme bien, tengo miedo de volver a fallar en mis metas” (MAF, F18)

“mi objetivo es no decepcionar a mi mamá, ella quiere que estudie una carrera y todo eso, no quiere que me case ni que tenga hijos ahorita... yo quiero estudiar pedagogía, no me he informado bien de qué es, pero me gusta interactuar con los niños y a mí me llama mucho la atención eso [...] esto quiero hacerlo porque me gusta mucho lo que hacen los paramédicos y su forma de ser, sólo eso” (SAE+, F19)

“después de terminar aquí [en Cruz Roja] voy a entrar a estudiar fisioterapia, creo que esto me va a servir para aprender lo básico de anatomía y fisiología,

voy a descansar una semana y después entro a la escuela, pienso trabajar en algo los fines de semana y en vacaciones para pagarme la carrera” (SAA, F18)

“lo de ser paramédico sólo es como que de paso, porque yo lo que quiero es medicina y esto es lo más cercano ahorita, más que la carrera de farmacología” (PAA, M20)

Posteriormente, en el segundo proceso de la investigación existió un cambio en las expectativas de los participantes respecto a la profesión, ahora se encuentran decididos de que ser paramédico no es algo pasajero, sino que sí quieren ejercerlo.

“mi mamá si me dice que estoy bien loca pero que si esto [ser paramédico] es lo que quiero está bien, que estudie, como que al principio no le gustaba porque me decía «¿tú vas a atender un enfermo?» y yo «pues sí, para eso estoy ahí» y ella «¡pero tú!» y yo «sí, sí, yo, yo lo voy a hacer» y me decía «¿y estás segura? ¿y medicina?» y yo «sí, si mamá, estoy segura, es lo que quiero hacer, mejor que medicina», «pero no te da miedo que... ¡no, no, no!» y se espanta (ríe)” (HES, F18)

“dejé la escuela, me di cuenta que [farmacología] no es lo mío... al principio todo fue bien y muy padre, pero poco a poco me di cuenta que no me gusta, que no es lo mío... en una clase empezamos a ver anatomía y entonces en el examen yo contesté con todo lo que yo sabía de acá [de Cruz Roja] y me reprobaron, que porque no era como dijo el profesor o del libro que utilizaba él, y yo aprendí de otros libros acá, entonces a ellos eso no les pareció... entonces simplemente solicité mi baja, no puedo estar en lo que no me gusta y negar lo que realmente me gusta” (PAA, M20)

En este sentido, los participantes expresan sentirse agradecidos por pertenecer a la institución y ser paramédicos.

“yo pienso que las cosas pasan por algo, si no me quedé allá [en medicina] y entré aquí [a Cruz Roja] tal vez es por algo, tal vez algo importante tengo que hacer aquí... yo soy de la idea de que si Dios te pone en algún lugar es porque

algo importante para ti va a pasar, entonces yo siento que es como que una señal de que tenía que estar aquí” (HES, F18)

“no me imagino llegar todos los días a una oficina y hacer lo mismo un día tras otro tras otro tras otro, o sea, yo quiero algo que llegues y un día sea diferente que el otro, por ejemplo, que llegues hoy y tienes un enfermo, llegas mañana y no tienes nada, llegas al día siguiente y tienes un baleado y luego otra cosa, y así y así y así, yo no me imagino con una falda y tacones llegando a una oficina y leer papeles” (SAA, F18)

Sin embargo, a pesar de que disfrutaban la carrera de paramédico algunos participantes aún tienen la convicción de continuar con otros estudios.

“cuando termine me voy a meter a tomar el intermedio, empieza seis meses después de que esto termine... en esos seis meses me voy a meter de voluntario, ir a guardias y cubrir todos los días, para agarrar experiencia... y ya después el intermedio, es que esto es lo mío, me encanta, me llena ya no me veo sin esto en la Cruz Roja” (PAA, M20)

“después voy a intentar de nuevo el examen a medicina en la uni, pero ya es mi último intento, ya si no quedo no me importa, me quedo con lo prehospitario... si quedo en medicina estaría bien” (HES, F18)

“me gustaría ser doctora o médico, pero también trabajar en esto [de ser paramédico] porque siento que como que mediocres ya hay muchos y que falta gente buena realmente” (MAF, F18)

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Integrando los resultados de la fase del método cuantitativo y cualitativo se derivan las siguientes inferencias respecto de los estudiantes paramédicos antes y después de su servicio en la Cruz Roja.

Características sociodemográficas

Existe ligeramente mayor presencia de hombres que de mujeres en la población seleccionada, asimismo, se encontró que el promedio de edad de la muestra fue de 21 años y las edades más frecuentes fueron 18 y 19 años, etapa de transición entre la adolescencia y la adultez temprana; lo que implica una serie de cambios y ajustes físicos, emocionales y sociales en los participantes que pudieran estar mediando en el tipo de experiencias vividas, la percepción de la experiencia, lo que consideran estresante y traumático, las cogniciones derivadas y los estilos de afrontamiento que emplean para resolver los conflictos.

Esta etapa del desarrollo también puede verse reflejada en la ocupación, en el nivel de estudios y en el estado civil en el momento de la recolección de datos, ya que en su mayoría reportaron dedicarse de lleno a los estudios, tener la preparatoria o una carrera técnica terminada y encontrarse solteros o en relación de noviazgo, así como la forma en que ocupan su tiempo libre y la pertenencia a grupos sociales, deportivos y de convivencia juvenil.

Experiencias traumáticas y estresantes

En la primera aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y del Cuestionario de Eventos Traumáticos, así como en la primera entrevista, fueron más frecuentes las experiencias relacionadas con la familia (muerte o enfermedad dentro de la familia y conflicto familiar) y la escuela (examen a universidad y sobrecarga escolar).

Respecto a la familia, la subcategoría extraída del Inventario “muerte o enfermedad dentro de la familia” coincide con las experiencias traumáticas más comunes obtenidas en el Cuestionario, que son “muerte repentina de familiar, pareja o amigo”, “cuidar de alguien con enfermedad crónica”, tener un “familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave” y “presenciar una muerte súbita o herida grave”. La experiencia de muerte también fue común en el discurso de los participantes entrevistados y se caracterizó por presenciar el momento exacto de la muerte de un familiar, amigo cercano o conocido.

Asimismo, la subcategoría “conflicto familiar” del Inventario coincide con lo expresado por los participantes a lo largo de la primera entrevista, con temas como divorcio y separación de los padres, abandono, problemas económicos, agresión física en la infancia y consumo de alcohol en los padres; situaciones que derivaron en otros problemas personales como frustración, ansiedad, autocrítica, inseguridad, retirada social y alteraciones del sueño.

En cuanto a las experiencias vividas en la escuela, las subcategorías del Inventario más frecuentes fueron “examen a universidad” y “sobrecarga escolar”, mismas que fueron expresadas durante la entrevista como experiencias estresantes y fuera de su control. Algo particular en los participantes que expresaron dificultades por pasar el examen a la universidad fue que todos, sin excepción, aspiraban entrar a la carrera de medicina y no fueron admitidos, hecho que los ha llevado a tomar la carrera de paramédico como segunda opción; en los relatos se hace evidente que esta situación ha afectado la percepción que tienen sobre ellos mismos y sus capacidades.

Otras experiencias frecuentes arrojadas por el Cuestionario en la primera aplicación fueron las relacionadas con accidentes de transporte, asalto con armas o sin armas y desastre natural; hechos en donde existió mayor presencia de “sentimiento de amenaza a la integridad física o la de otros” y “sentimiento de terror, desesperanza u horror intenso”. Sin embargo, estas experiencias no fueron expresadas durante la entrevista ni se vieron reflejadas en los otros instrumentos aplicados; lo que puede deberse a que éstas no son consideradas como extraordinarias y fuera de lo común sino como de la vida cotidiana, a pesar de que exista una alta exposición al estrés.

En la segunda aplicación del Cuestionario, las experiencias más frecuentes y significativas, a partir de los estadísticos, estuvieron relacionadas con las prácticas en urgencias y ambulancias. Las experiencias “presenciar una muerte súbita o herida grave”, “cuidar de alguien con enfermedad crónica”, “accidente de transporte” y “rescate de cadáveres o heridos graves” fueron vividas por la mitad o más de la mitad de la muestra, por su parte, “desastre natural” y “accidente de trabajo, hogar u otra actividad” fueron experimentadas por poco menos de la mitad, pero continúan siendo significativas. En el Inventario se extraen las categorías de las experiencias estresantes relacionadas con uno mismo, con los otros y con la Cruz Roja, siendo las subcategorías más frecuentes la “autopercepción/bloqueo” y la “visión ante la muerte/heridas”, seguida de “sentimiento de culpa/falla en la misión”, “proyección en los otros” y “sobrecarga”. De acuerdo con lo expresado en las entrevistas, algunos participantes percibieron las experiencias en urgencias y ambulancias como desbordantes y extremadamente estresantes en relación con la emergencia, los pacientes, los compañeros y su capacidad de respuesta; por el contrario, otros participantes creyeron que las experiencias fueron impresionantes pero que no rebasan su capacidad de respuesta, convirtiéndose en algo cotidiano.

Por su parte, las experiencias “muerte repentina de familiar, pareja o amigo”, “familiar, pareja o amigo diagnosticado de enfermedad grave” y “cuidar de alguien con enfermedad crónica” en el Cuestionario se vieron incrementadas significativamente del primer proceso al segundo proceso de la investigación. Durante la segunda entrevista un participante mencionó que estar constantemente cuidando a personas enfermas o con padecimientos le ha desencadenado respuestas de sobreprotección y estrés constantes.

Otra situación que incrementó su presencia entre los participantes durante la segunda aplicación del Cuestionario fue la “separación abrupta de pareja”, lo cual tiene relación con lo indicado por los entrevistados respecto a que las relaciones interpersonales se ven deterioradas a causa del excesivo tiempo y atención que les dedican a las cuestiones relacionadas con la Cruz Roja, y que incluso su círculo social se ha concentrado dentro de la institución.

En la segunda entrevista resaltó el hecho de que algunos participantes buscan una solvencia económica y una autonomía, por lo que han tenido que doblar sus esfuerzos para trabajar, estudiar y realizar labores del hogar, desencadenando situaciones de estrés y sobrecarga; esto también se confirmó con la Hoja de datos generales, puesto que incrementó el número de participantes que estudian y trabajan.

Cogniciones derivadas de las experiencias

En el Inventario de Cogniciones Postraumáticas se obtuvieron puntuaciones más altas en la segunda aplicación respecto de la primera en las tres categorías de cogniciones (cogniciones negativas sobre el yo, sobre el mundo y auto-culpa), y al obtener los valores de significancia p se puede inferir que efectivamente existen diferencias significativas entre las puntuaciones antes y después de las prácticas en urgencias y ambulancias. Lo que puede indicar el aumento de las cogniciones negativas en los participantes respecto a las experiencias vividas como paramédicos.

Las puntuaciones podrían estar viéndose incrementadas del primer proceso al segundo proceso debido a que las nuevas experiencias refuerzan o contradicen las creencias y pensamientos negativos que ya se tenían sobre uno mismo y sobre el mundo, al recordarle a la persona que tiene o no la capacidad para esto o para aquello, así como, evocar la seguridad o inseguridad en el mundo.

En este punto, conviene recordar que las puntuaciones más altas para este instrumento indican una fuerte presencia de cogniciones negativas, a pesar de que las medias se encuentren en función de un rango de respuestas fijo.

En ambas aplicaciones de este Inventario se obtuvo una puntuación más alta en las “cogniciones negativas sobre el yo”, lo que se asocia con sentimientos de falta de capacidad, desconfianza e inseguridad en uno mismo como se ve reflejado en los reactivos del instrumento, y como lo expresan los participantes en sus narraciones escritas y en las entrevistas. Durante la primera entrevista se hallaron dos cogniciones opuestas relacionadas con minimizar o maximizar el yo a través de las experiencias vividas, lo que no permite la adecuada reelaboración del recuerdo y del evento.

Asimismo, la subcategoría “autopercepción/bloqueo” que se desprende de las narraciones escritas en la primera hoja del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, fue la más recurrente en la segunda aplicación y es descrita por los participantes como paralizante, de incertidumbre y miedo durante la situación, asociada también a sentimientos de falta de capacidad y conocimiento, por lo que se incluye entre las cogniciones negativas sobre uno mismo

La categoría “cogniciones negativas sobre el mundo” en ambas aplicaciones del Inventario de Cogniciones Postraumáticas se encuentra asociada a ideas sobre el peligro y la inseguridad en el mundo, obteniendo puntuaciones altas. Los datos de los instrumentos y de las entrevistas reflejan que las experiencias que viven los estudiantes durante sus prácticas pueden modificar la visión que tengan sobre el mundo y sobre uno mismo en el mundo.

Estas cogniciones también pueden vincularse a la categoría “los otros” del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y a la subcategoría “visión ante la muerte/heridas”, que también fue de las más recurrentes entre los estudiantes cuando expresan sobresalto e impresión al estar expuestos a enfermedades, heridas leves o graves y la muerte de otros, principalmente cuando son experiencias nuevas para ellos y que no imaginaban que fueran de esa manera. Que, a su vez, podría estar influyendo en el desarrollo de una preocupación excesiva y medidas de precaución exageradas para otras personas y para ellos mismos, así como en las ideas repetitivas e intrusivas sobre la fragilidad de la existencia humana, como lo expresan durante la segunda entrevista.

Por otra parte, la “auto-culpa” es la categoría del Inventario de Cogniciones Postraumáticas que obtuvo la puntuación más baja en las dos aplicaciones del instrumento, no obstante, en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento y durante la primera entrevista algunos participantes expresaron sentimientos de culpa relacionados con la muerte de un ser querido y el no acreditar el examen a la universidad, situación que interfirió en sus relaciones con los otros, a través de conductas de retraimiento social y desilusión. Por su parte, en el segundo proceso de la investigación, de la primera hoja del Inventario de Estrategias de Afrontamiento se desprende una subcategoría sobre “sentimiento de culpa/falla en la misión”

relacionada con pensamientos repetitivos y pasivos sobre el evento, lo que no se hizo y lo que se pudo haber hecho para que las cosas no ocurrieran como ocurrieron; cogniciones que también se presentan en la segunda entrevista.

En esta segunda entrevista y en las subcategorías “proyección en los otros” y “proyección en uno mismo” del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, se vislumbró que los participantes colocan en los pacientes cualidades de una persona cercana o de ellos mismos que los asemeje y viceversa, es decir, realizan una asociación a partir de ciertos rasgos entre los pacientes que atienden y su familia, amigos o ellos mismos. Asimismo, tienden a relacionar la experiencia actual con una experiencia vivida anteriormente; incluso pueden llegar a generar sentimientos de empatía o de culpa derivados de su experiencia previa.

Finalmente, al obtener los valores del alfa de Cronbach se deduce que la aplicación de este instrumento es sumamente confiable para esta población.

Estrategias de afrontamiento

De acuerdo con los resultados obtenidos en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento las estrategias más recurrentes en el primer proceso de la investigación son “reestructuración cognitiva”, “autocrítica” y búsqueda de “apoyo social”; las menos recurrentes fueron “pensamiento desiderativo” y “resolución de problemas”. En el segundo proceso las medias más altas fueron para “resolución de problemas”, “pensamiento desiderativo” y “retirada social”; las más bajas fueron “autocrítica” y “evitación de problemas”.

De forma individual, la estrategia “reestructuración cognitiva” alcanzó la media más alta en el primer proceso y disminuyó considerablemente para el segundo proceso. Esta estrategia fue exteriorizada por los participantes en ambas entrevistas como un intento activo de cambiar la forma en que se percibe la experiencia; a través de una regulación afectiva, un pensamiento más positivo, la minimización de las consecuencias negativas, el realce de la autoeficacia y una expresión más favorable sobre lo relacionado con la experiencia. En la segunda aplicación se observó poca recurrencia y una disminución significativa en el uso de esta estrategia por los

participantes, dato que se reafirma con el valor de significancia obtenido en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Otra de las estrategias más altas durante la primera aplicación fue la “autocrítica”, sin embargo, en la segunda aplicación esta estrategia se encontró entre las más bajas, existiendo una diferencia significativa entre ambas mediciones. No obstante, como ya se mencionó, en el segundo proceso de la investigación los participantes experimentaron sentimientos de culpa y autocrítica tras la falla en las misiones o ante lo que percibieron como un pobre desempeño en la escena, acompañado de cogniciones y expresiones fuertes hacia uno mismo. Un dato extra que podría estar influyendo en los resultados arrojados para esta estrategia es que, durante la segunda entrevista, los participantes recurren a una “resolución de problemas” para disminuir la sobrecarga emocional de la experiencia, es decir, buscan reparar y prevenir errores o fallas a través del estudio y la práctica, así como una clara determinación por hacer frente a la situación.

Esto se alcanza a comprobar a través de las medias obtenidas para esta última estrategia entre el primer y el segundo proceso de la investigación y con el valor de significancia obtenido. De esta forma, la “resolución de problemas” pasa de ser la estrategia menos recurrente a ser la más empleada por los participantes.

Aunado a la estrategia anterior, se encuentra la búsqueda de “apoyo social” que puede ser informativo, instrumental y/o emocional. En la segunda entrevista, algunos participantes mencionaron que suelen recurrir a otros paramédicos con más experiencia para saber cómo afrontar las situaciones estresantes. Por otro lado, también señalan que, a pesar de que cuentan con el apoyo total de su familia, no acuden por completo en búsqueda de este apoyo. En los datos del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, la estrategia “apoyo social” también tuvo un cambio significativo, disminuyendo su frecuencia entre el primer momento y el segundo momento de recolección de los datos.

Relacionado con ello, la estrategia “retirada social” no tuvo una diferencia importante entre el primer y el segundo proceso, lo que se refuerza con el valor de significancia obtenido para este factor; sin embargo, esta estrategia fue de las más altas en la segunda aplicación del instrumento. Por su parte, la “expresión emocional”

tuvo una disminución significativa en los valores de p entre ambos momentos. Cabe mencionar que ambas estrategias se encuentran vinculadas en las narraciones escritas y en las entrevistas, ya que ante la ocurrencia de una situación estresante algunos participantes prefieren alejarse de los otros y ocultar las emociones que aún se encuentran a flor de piel, sin expresar nada referente a la experiencia. Durante el primer proceso de la investigación, los participantes expresan que su intención es no causar molestias ni preocupaciones con sus problemas a las personas más allegadas a ellos, restando importancia a sus propios problemas. En el segundo proceso de la investigación expresan que, a pesar de que algunos cuentan con el apoyo de su familia, prefieren guardar sus emociones para ellos haciendo una autorreflexión, sin exponer a sus seres queridos a relatos para los que no están preparados o porque sienten pena, vergüenza y no ser comprendidos.

La estrategia “evitación de problemas” también presentó una disminución significativa entre el primer y el segundo proceso. Durante la primera entrevista algunos participantes mencionaron que la huida era un estilo de afrontamiento que solían emplear para afrontar diferentes situaciones de la vida diaria, sus reacciones iban desde negar la situación, escapar y alejarse del lugar, no pensar en lo ocurrido, hasta utilizar otro tipo de distractores (leer, salir a caminar, correr, salir con amigos e ir de fiesta).

Asimismo, en este primer proceso, se presentó en varios participantes una cognición asociada a la evitación del problema, cuando dejan la responsabilidad y el control de la situación en manos de otros más capacitados, poderosos o divinos. En este sentido, los sentimientos de indefensión y la renuncia al control de la situación pueden considerarse como una huida, pues la persona busca una retirada impotente, resignada y pasiva.

Por su parte, la estrategia “pensamiento desiderativo” pasa de obtener una de las medias más bajas en la primera aplicación a una de las medias más altas en la segunda aplicación del instrumento, sin embargo, el valor de significancia indica que no existe una diferencia significativa entre ambos resultados. Esta estrategia incluye esfuerzos cognitivos por desear que la situación no hubiera empezado o de que termine pronto, así como poder cambiar lo sucedido y que las cosas sean diferentes;

sin embargo, no fue expresada por los participantes durante las entrevistas y en los otros instrumentos aplicados.

En cuanto a las estrategias secundarias, en general, se puede apreciar que el manejo dirigido al problema ya sea adecuado o inadecuado, no obtuvo diferencias significativas en cuanto a la disminución de la frecuencia con que se emplean entre el primer y el segundo proceso de la investigación. Y, por el contrario, el manejo dirigido a la emoción sí presenta diferencias significativas en la disminución entre ambos procesos. Lo que abre la posibilidad de que los participantes no están manejando adecuadamente las emociones derivadas de las experiencias estresantes o traumáticas, sobrellevando mejor los problemas asociados a la situación.

Los valores de significancia en las estrategias terciarias indican una diferencia importante entre ambos procesos de la investigación, con la disminución de las medias de “manejo adecuado” y “manejo inadecuado” entre la primera y la segunda aplicación del instrumento.

No obstante, a pesar de que la mayoría de las estrategias de afrontamiento referentes a un manejo adecuado presentan una disminución entre el primer y el segundo proceso, el factor de “autoeficacia percibida del afrontamiento” presenta un crecimiento en la media de la segunda aplicación respecto de la primera, existiendo una diferencia significativa entre ambos resultados. Lo que se puede asociar a una mejora en la visión que cada uno tiene de sí mismo y las capacidades y recursos para afrontar las situaciones, así como a sentimientos de pertenencia y logro de metas.

Por último, los niveles de confiabilidad de todos los factores del Inventario de Estrategias de Afrontamiento, en la primera y segunda aplicación, son elevados para las estrategias primarias, secundarias y terciarias; lo que indica una buena confiabilidad de los resultados obtenidos.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo se pudieron indagar principalmente durante las entrevistas con los participantes, unos pocos se pudieron extraer de las narraciones escritas en la primera hoja del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Entre los factores de

riesgo que se pudieron distinguir en esta población están los antecedentes de enfermedades físico-biológicas y alteraciones mentales, consumo de sustancias, problemas o situaciones de adversidad en la infancia, encontrarse ante una exposición simultánea a otras situaciones estresantes o traumáticas, ausencia de un sistema de apoyo social y psicológico, la percepción de una preparación deficiente, falta de conocimientos, falta de equipamiento para enfrentar las emergencias y demandas excesivas. Sin embargo, de igual forma se pudieron distinguir algunos factores protectores entre los participantes, mismos que también se mencionan a continuación.

En el primer proceso de la investigación algunos participantes mencionaron algunos padecimientos en su familia relacionados con problemas del corazón y enfermedades autoinmunitarias, así como alteraciones psicológicas con prescripción psiquiátrica, y abuso de sustancias. En cuanto a las propias enfermedades o padecimientos, expresaron complicaciones de nacimiento y otras adquiridas, como migraña, gastritis, colitis y sobrepeso.

En el segundo proceso se expusieron complicaciones derivadas de las experiencias estresantes o traumáticas que viven durante la carrera como paramédicos, desde complicaciones gástricas por el estrés de los exámenes, hasta alteraciones del sueño y pesadillas por las ideas repetitivas e intrusivas de los eventos, así como cambios en la conducta que ha llevado a comportamientos obsesivos por la seguridad y la higiene, sobreprotección y precaución excesiva.

Aunado a la ansiedad que provocan las experiencias que enfrentan durante sus prácticas, algunos participantes informaron con tranquilidad y despreocupación que ha aumentado considerablemente el consumo de café, alcohol y tabaco; también como medio de convivencia con otros compañeros.

La vivencia de situaciones estresantes y traumáticas durante la infancia (dificultades económicas, disfunción y conflictos familiares, muerte de familiares, amigos y personas cercanas) y el encontrarse ante una exposición reciente o simultánea a otros hechos estresantes o traumas (no admisión a la universidad, cuidado de personas enfermas, interrupción espontánea del embarazo, acoso y hostigamiento, ruptura de relación amorosa) resultaron ser factores que presentaron un número considerable de participantes, sin embargo, las estrategias que emplearon

para afrontar las experiencias previas son el parteaguas para identificar si existe una situación de vulnerabilidad al estrés ante situaciones estresantes nuevas (diagnóstico de enfermedad en familiar, ser independiente, subsistencia económica, acoso y hostigamiento, sobrecarga laboral y escolar, experiencias específicas alrededor de las emergencias).

Para el segundo proceso de la investigación ya todos los participantes han acudido a varios servicios de emergencia, sean considerados leves o graves, mientras que para algunos son percibidos como desbordantes o extremadamente estresantes, para otros son impresionantes aunque cotidianos sin llegar a afectarles.

Por otro lado, la percepción de la preparación con la cuentan para enfrentar las emergencias o desastres resulta ser importante en los participantes. Durante el primer proceso de la investigación algunos participantes informaron que tenían dudas por continuar con la carrera, ya que algunos temas se les complicaban y, a su vez, les provoca nerviosismo durante los exámenes y dificultades cuando se comparan con otros compañeros con conocimientos de anatomía, fisiología y medicina. Todo ello les causa incertidumbre e inseguridad por enfrentar emergencias en escenarios reales. Sólo unos cuantos expresaron seguridad en cuanto a la preparación que tienen para enfrentar las experiencias a futuro. En este primer proceso, otros participantes informaron que esta carrera no es su primera opción, pues aspiran a otras carreras relacionadas al área médica.

En el segundo proceso algunos participantes tuvieron la percepción de que su capacidad de respuesta fue ineficiente y que tienen una gran falta de conocimientos. Ante esta situación, hubo quienes buscaron la forma de corregir sus errores y mejorar para el futuro a través del estudio y la práctica. En este mismo sentido, para este proceso, la mayoría de los participantes expresa que la atención prehospitalaria es su verdadera pasión y vocación.

En cuanto a la percepción de lo que les ofrece la institución, en el primer proceso de la investigación la mayoría está a gusto con el método de enseñanza, aunque existen situaciones que no les agradan y que les provocan estrés, como la forma en que llevan a cabo los exámenes teóricos y prácticos, el cómo se dirigen los instructores, la presión que ejercen sobre ellos y la falta de recursos materiales para

practicar. En el segundo proceso resalta una instrucción disciplinaria en los participantes, con bases éticas y de valores, así como un arraigado sentido de pertenencia. También existe una visión diferente por la carrera de paramédico y por la institución, por lo que sus expectativas a futuro se centran en continuar dentro de la institución y ejercer profesionalmente en el área prehospitalaria y médica.

Por otra parte, en cuanto al apoyo social, en la primera entrevista los participantes perciben el apoyo de su familia a pesar de que existan problemas o dificultades, pero algunos no suelen expresar a otros sus emociones y prefieren desvincularse de las relaciones significativas. Las amistades que entablan son superficiales, poco significativas y no sienten un apoyo emocional real. Asimismo, algunos participantes pertenecían a diferentes grupos sociales. Ya desde este primer momento algunos de los participantes expresan una sobrecarga laboral y escolar por estudiar y trabajar al mismo tiempo.

Sin embargo, en el segundo proceso de la investigación, los participantes expresaron una sobrecarga respecto a la Cruz Roja, como se encontró en los datos del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Las múltiples ocupaciones y compromisos les han dificultado las relaciones interpersonales y la pertenencia a otros grupos sociales.

Hubo quienes expresaron con entusiasmo que cuentan con el apoyo total de su familia en todas las cuestiones relacionadas con sus prácticas, pero prefieren no sobrecargarlos emocionalmente con experiencias para las que no están preparados. Por el contrario, debido al excesivo tiempo que le dedican a la Cruz Roja, otros participantes expresaron que su familia ha prescindido de ellos relegándolos de las actividades de convivencia cotidiana y han tenido dificultades con algunos miembros de su familia.

También mencionan que las relaciones de amistad y de pareja se han deteriorado y algunas han llegado a terminar debido a la misma razón, así como el abandono de los círculos sociales a los que pertenecían fuera de la Cruz Roja. Sin embargo, los participantes muestran cierta indiferencia por la pérdida de sus relaciones interpersonales, pues han encontrado nuevas y mejores relaciones de compañerismo y de amistad dentro de la institución, asimismo, ahora sus ocupaciones y actividades

de tiempo libre giran en torno a la Cruz Roja, también han dejado de lado otros estudios para dedicarse por completo al curso de paramédicos.

Por último, otro factor que conviene mencionar es la empatía por los pacientes. Los estudiantes reconocen el sufrimiento por el que atraviesan los pacientes como algo que han vivido anteriormente en experiencias similares, lo que los lleva a poner el doble de esfuerzo en la misión o al bloqueo durante la misma y, si perciben una falla, se originan sentimientos de culpa, autocrítica y estrés secundario.

En este mismo sentido, existen situaciones de urgencia en donde las características del paciente cobran mayor importancia para los participantes y tienen cierta influencia en las cogniciones y en el procesamiento de la información sobre el evento, asimismo, se convierten en situaciones que resultan difíciles de afrontar.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar un programa cognitivo-conductual para prevenir el desarrollo del trastorno por estrés postraumático en los estudiantes paramédicos, para lo cual se realizó un análisis de las diferencias significativas en las experiencias traumáticas, las cogniciones postraumáticas y las estrategias de afrontamiento, así como de los factores de riesgo a los que están expuestos antes y después de su servicio en ambulancias.

A partir del análisis realizado se obtienen los siguientes puntos a discutir y tomar en cuenta para el diseño de un programa de prevención del trastorno por estrés postraumático.

- Se pudo comprobar que los estudiantes paramédicos presentaron una serie de reacciones asociadas al desencadenamiento de trastornos mentales (Bellak, 1993; Castillejo y Osca, 2012; Condori *et al.*, 2002; Ehrenreich, 2006; Fernández, 2005; Meda *et al.*, 2012; Tello, 2011; Ventura *et al.*, 2008): pensamientos intrusivos, ideas sobrevaloradas del peligro y la muerte, preocupación excesiva por la familia, sentimientos de culpa, aislamiento y menor participación social, sentirse incomprendido, deseos de doblar turno y trabajar horas extras, aumento en el consumo de café, tabaco y alcohol, dolor de cabeza, gastritis y trastornos digestivos.
- Como parte de las afectaciones presentes en los participantes, es importante mencionar el deterioro de sus relaciones interpersonales. Ya sea por el excesivo tiempo que le dedican a la institución o porque prefieren guardar sus emociones para ellos, esto les representará un verdadero problema con el paso del tiempo, pues dejan de contar con pilares de apoyo importantes para hacer frente a las experiencias estresantes y traumáticas (Arnillas, 2013; Ocharan, 2008; Vázquez *et al.*, 2000), llevándolos a un retraimiento y menor participación social fuera de la institución.
- La relación con los pacientes fue un tema constante entre los estudiantes, por lo que se puede sospechar de reacciones asociadas al síndrome de estrés traumático secundario (Meda *et al.*, 2012; Moreno, 2006; Moreno *et al.*, 2004;

Lorenzo et al., 2015; Lorenzo y Guerrero, 2017). Los estudiantes colocaban en los pacientes cualidades de una persona cercana o de ellos mismos a partir de ciertos rasgos en común, o a partir del tipo de emergencia por el que atravesaba la persona, generando sentimientos de culpa si la experiencia previa no ocurrió como ellos querían que ocurriera o sentimientos de empatía al reconocer el sufrimiento y desesperación ajenos. La relación que establecen con el paciente tiene cierta influencia en las cogniciones y en el procesamiento de la información sobre el evento, resultando en situaciones difíciles de afrontar. Asimismo, el cuidado constante de enfermos o heridos pone en duda la fragilidad de la existencia humana, convirtiéndose en un pensamiento repetitivo e intrusivo, acompañado de una preocupación excesiva y medidas exageradas de sobreprotección. La exploración del síndrome de estrés traumático secundario en estudiantes paramédicos se convierte en un área de oportunidad.

- Las reacciones que manifestaron los estudiantes paramédicos no son por sí mismas desencadenantes del trastorno por estrés postraumático, pero sí representan reacciones comunes en la profesión y que, sin duda, se han asociado y perpetuado como parte de esta. Esta situación no debería de continuar, ya que entre más se acumulen los efectos del estrés más deficiente será la capacidad de respuesta (Malquín, 2010) y, a la larga, puede representar un deterioro en el funcionamiento bio-psico-social de la persona; una de las principales características para un trastorno mental (DSM-5, APA, 2013). De modo que, resulta necesario dar a conocer a los estudiantes y al personal paramédico las reacciones que resultan “normales” después de cualquier emergencia y para cualquier persona, el tiempo que deberían durar y la forma de canalizarlas, así como aquellas reacciones que representan un factor de riesgo para el desencadenamiento de un trastorno y las acciones a seguir para recibir apoyo psicológico.
- La gran mayoría de los participantes se encuentra en un rango de edad que de antemano implica una serie de cambios y ajustes físicos, emocionales y sociales (Papalia *et al.*, 2012), mismos que pueden asociarse a factores de riesgo. Por lo que sería conveniente dotar de herramientas útiles para

sobrellevar situaciones propias de esta etapa del desarrollo a favor de la prevención del trastorno por estrés postraumático, como consecuencia de las emergencias y desastres.

- No cabe duda de que los estudiantes paramédicos se ven afectados por las experiencias que enfrentan como parte de su formación en urgencias médicas, y se confirma lo dicho por Condori *et al.* (2002), García (1993) y Tello (2011), pues a pesar del entrenamiento que recibe el personal de primera respuesta puede llegar a presentar dificultades en su salud mental y física, así como en su vida personal y social. A partir de este estudio, se invita nuevamente a las instituciones abrir más canales de información sobre los padecimientos relacionados a la profesión, así como dedicar más espacios para la atención y seguimiento psicológicos de los estudiantes y de todo el personal paramédico.
- Se encontró que para algunos participantes las experiencias fueron percibidas como desbordantes y extremadamente estresantes, mientras que para otros no resultaron del mismo modo, pues fueron vividas como algo impresionante pero cotidiano o normal. Esto se puede explicar a partir de lo encontrado por otros autores, las características individuales y los rasgos de personalidad podrían ser las que estén mediando los tipos de respuesta (Arnillas, 2013; Bellak, 1993; Fernández, 2005; Moreno, 2006), deberse a otros factores relacionados con la situación de emergencia (Aguado *et al.*, 2004; Castillejo y Osca, 2012; Ventura *et al.*, 2008) o con la institución en la que prestan sus servicios (Castillejo y Osca, 2012; Ventura *et al.*, 2008). Sin duda, es necesario que se lleven a cabo acciones que disminuyan los factores de riesgo en estos tres sentidos: la persona, el evento y la institución; y se promuevan factores protectores.

A partir de este estudio se pudieron comprobar en los estudiantes paramédicos, una población que no había sido explorada en estudios anteriores, varios supuestos de las afectaciones psicológicas posteriores a una emergencia o desastre en personal de primera respuesta y paramédico, así como del trastorno por estrés postraumático. Asimismo, se pudo apreciar el desarrollo de diferentes reacciones asociadas a este y

a otros trastornos, para contar con una línea de base en la implementación de programas de prevención y promoción de la salud mental en esta área.

De esta forma, el programa de intervención que se propone deberá estar encaminado a la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permitan la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores protectores en los estudiantes paramédicos, así como brindar herramientas conductuales y cognitivas que les permitan manejar adecuadamente las situaciones de estrés.

Durante el estudio se reconoció la importancia de las características personales y de las habilidades emocionales como mediadores de las reacciones ante una emergencia o desastre (Moreno, 2006; Moreno et al., 2006; Moreno et al., 2008), por lo que se busca impulsar la capacidad de resiliencia y las estrategias de afrontamiento favorables para salir airoso de este tipo de experiencias, fortaleciendo las creencias positivas sobre uno mismo, la habilidad para analizar y buscar alternativas a los problemas, la comunicación con los otros y la expresión de las emociones, el desarrollo de redes de apoyo social, disponer y contar con los recursos materiales y de información necesarios, así como el mejoramiento de la salud y el bienestar físico.

El programa de intervención que se propone hará uso de técnicas cognitivo-conductuales que favorezcan el desarrollo de la capacidad de resiliencia, de las estrategias de afrontamiento y de herramientas conductuales necesarias para enfrentar las experiencias que se viven como paramédico arriba de las ambulancias, en la sala de urgencias o en la cabina de radiocontrol.

A través de técnicas de psicoeducación se brindará información sobre las afectaciones físicas y mentales relacionadas con la profesión, cómo identificarlas y qué hacer al respecto, así como la conceptualización del trastorno por estrés postraumático y sus síntomas. Con esta técnica también se pueden reforzar las bases éticas y valores relacionados con la institución, ya que se pudo comprobar que estas cuestiones ejercieron el papel de factor protector en los estudiantes durante sus prácticas en ambulancias. Con esta técnica también se pueden ofrecer alternativas que favorezcan la salud y el bienestar físico, como planes de nutrición, ejercicio y actividades de ocio.

El uso de la técnica de reestructuración cognitiva reforzará la visión que cada uno tiene de sí mismo y de sus capacidades, además de ofrecer alternativas que les

permitan cambiar la forma en que perciben la situación estresante y la respuesta cognitiva o conductual que sigan, realzando la autoeficacia y favoreciendo una expresión más positiva sobre lo relacionado con la experiencia. Esta técnica también servirá como medio para sobrellevar los conflictos familiares y las experiencias del pasado que pudieran estar bloqueando o impidiendo un funcionamiento óptimo durante las experiencias nuevas.

Ya que la mayoría de las experiencias que vivieron los estudiantes paramédicos están relacionadas con la muerte, heridas y enfermedades graves, y que se pudo comprobar que no están llevando un adecuado manejo de las emociones derivadas de las experiencias, se propone identificar los patrones erróneos de pensamiento y las conductas desadaptativas empleando la terapia racional emotiva, explicándoles la conexión entre pensamientos y sentimientos, y las formas que pueden adquirir.

El entrenamiento en asertividad será útil para modificar los sentimientos presentes de falta de capacidad, desconfianza en uno mismo e inseguridad, así como las reacciones de bloqueo (parálisis, incertidumbre y miedo) y huida durante las situaciones estresantes e impactantes. Con esta técnica también se favorecerá la toma de decisiones y la resolución de problemas como estrategias de afrontamiento. Se reforzarán las relaciones interpersonales a través de la comunicación y la expresión de las emociones.

Por último, con las técnicas de respiración profunda y relajación muscular se busca modificar la asociación entre estímulos que provocaban ansiedad a una nueva asociación con respuestas que son incompatibles con esa ansiedad. Es decir, ya sea durante el recuerdo de una experiencia estresante o traumática del pasado o ante una experiencia nueva que resulte estresante o que rebase la capacidad de respuesta, se brindarán alternativas de respuesta inmediata, modificando la respiración y el tono muscular del cuerpo, para ayudar al cuerpo a romper con la ansiedad que se estaba desencadenando y a su vez, transformar la cognición derivada de la experiencia a una más positiva o neutra.

En conclusión, resulta evidente que los estudiantes paramédicos, así como todo el personal de primera respuesta (paramédicos, bomberos, rescatistas, personal de protección civil, enfermeros, médicos, psicólogos, policías, militares, voluntarios, entre

otros), laboran en situaciones en las que existe un riesgo para su propia integridad física y para su vida, experimentan muy de cerca situaciones reales de crisis (accidentes masivos, desastres y catástrofes), llegando a observar y asistir a personas con heridas o enfermedades realmente graves o hasta fallecidas que les pueden causar un alto impacto, además corren el riesgo de involucrarse íntimamente con víctimas de experiencias traumáticas y estresantes poniendo parte de sí de por medio; todos factores externos que aunados a los factores internos que cada uno posea los deja o no vulnerables a padecer distintas reacciones físicas y mentales, llegando a irrumpir en sus esferas biológica, psicológica, social y espiritual. Por lo que se convierte en una tarea de todos los involucrados ofrecer los espacios y la atención psicológica necesaria para disminuir o eliminar las afectaciones como parte de su labor y, aún más importante, recurrir a la prevención y a la promoción de la salud como parte de esa tarea.

Propuesta de programa cognitivo-conductual para prevención del trastorno por estrés postraumático en estudiantes paramédicos

Objetivo

Prevenir y disminuir el desarrollo de síntomas relacionados al trastorno por estrés postraumático en estudiantes paramédicos a través de técnicas cognitivo-conductuales y psicoeducación.

Dirigido a

Estudiantes paramédicos y paramédicos que presentan factores de riesgo para el desarrollo de síntomas relacionados con el trastorno por estrés postraumático

Duración y aplicación

10 sesiones grupales de 60 minutos cada una, dos veces a la semana (5 semanas)

Áreas de atención

- Conceptualización del TEPT, síntomas y mantenimiento
- Factores de riesgo del personal paramédico
- Factores protectores y personológicos
- Fortalecimiento de la toma de decisiones y solución de problemas
- Estrategias de afrontamiento y resiliencia

Técnicas

- Psicoeducación
- Modelamiento y moldeamiento
- Reestructuración cognitiva

- Terapia racional emotiva
- Entrenamiento en asertividad
- Respiración profunda
- Relajación muscular

Propósito

Contribuir a reestablecer las condiciones psicológicas y fisiológicas óptimas para mejorar la calidad de vida de los estudiantes paramédicos promoviendo factores protectores, estrategias de afrontamiento y resiliencia; así como reducir el número de estudiantes y paramédicos que desertan cada año.

Seguimiento

Tres meses para un primer seguimiento, seis meses para un segundo control y un año para el último control clínico.

Estructura de las sesiones

Sesión 1.

Objetivos específicos:

- Brindar una descripción general del programa de intervención
- Conocer la definición del TEPT, sus síntomas y mantenimiento
- Identificar los factores de riesgo en los paramédicos

Técnicas: Psicoeducación

Recursos: Proyector, computadora, folletos

Desarrollo: Se ofrecerá a los estudiantes una descripción general del tratamiento, así como una conceptualización del trastorno y sus síntomas. Se identificarán los factores de riesgo que colocan en situación vulnerable a los paramédicos en escenarios de emergencia y desastre.

Tarea: Reconocer situaciones que estén provocando estrés en su vida diaria (familiar, escolar, laboral, social, etc.) o que lo hayan hecho en el pasado.

Sesión 2.

Objetivos específicos:

- Identificar situaciones estresantes de la vida diaria o del pasado
- Identificar y controlar los síntomas físicos del estrés

Técnicas: Relajación muscular y técnicas de respiración

Recursos: Espacio amplio y sillas

Desarrollo: A partir del reconocimiento previo se instruirá a los estudiantes a recordar las situaciones desencadenantes de estrés tal como si lo estuvieran viviendo en el momento presente, a la par que identifican gradualmente los síntomas físicos relacionados. El terapeuta dará inicio a los pasos del entrenamiento en relajación y a las técnicas de respiración, hasta que los estudiantes las dominen. La intención es que se modifique la anterior asociación entre estímulos que provocaban ansiedad a una nueva asociación con respuestas que son incompatibles con esa ansiedad, en este caso la relajación.

Tarea: Repasar y practicar en casa las técnicas aprendidas. Realizar una autoevaluación de los pensamientos y las conductas que estén relacionados con la respuesta de estrés.

Sesión 3.

Objetivos específicos:

- Identificar cogniciones y conductas relacionadas con el estrés
- Establecer una conexión entre pensamientos y sentimientos

Técnicas: Reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva

Recursos: Hojas A-B-C

Desarrollo: A partir del ejercicio en casa se identificarán los patrones erróneos de pensamiento y las conductas desadaptativas relacionadas con la situación estresante; se brindarán las bases de los conceptos que resulten nuevos. Posteriormente, se explicará a los estudiantes que la conexión entre pensamientos y sentimientos se establece de dos formas: cuando las autoverbalizaciones o pensamientos correctos conducen a sentimientos apropiados, y cuando los pensamientos erróneos o inexactos generan sentimientos no válidos o innecesarios; esto se llevará a cabo empleando las hojas A-B-C (acontecimiento activante – patrones erróneos de pensamiento – sentimientos derivados).

Tarea: Repasar sobre las hojas A-B-C, la situación que se planteó en la sesión o una nueva situación desencadenante.

Sesión 4.

Objetivos específicos:

- Identificar cogniciones y conductas relacionadas con el estrés
- Establecer una conexión entre pensamientos y sentimientos
- Introducir patrones de pensamiento más adaptativos como alternativa

Técnicas: Reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva

Recursos: Hojas A-B-C-D-E-F

Desarrollo: A partir de los ejercicios en la sesión anterior se harán cuestionamientos basados en evidencia sobre los pensamientos automáticos y erróneos, estableciendo patrones de pensamiento más precisos y adaptativos, empleando las hojas A-B-C-D-E-F (acontecimiento activante – patrones erróneos de pensamiento – sentimientos derivados – cuestionamiento de los patrones – alternativa de pensamiento – resultado). La conexión entre pensamientos y sentimientos es útil para que la persona cuestione los puntos que le están bloqueando e impidiendo un funcionamiento óptimo, y logre establecer alternativas del pensamiento que modifiquen sus respuestas ante la situación estresante.

Tarea: Repasar sobre las hojas A-B-C-D-E-F.

Sesión 5.

Objetivos específicos:

- Conocer estrategias de afrontamiento, clasificación, ventajas y desventajas
- Identificar los modos de afrontamiento personales ante situaciones estresantes

Técnicas: Psicoeducación, modelamiento, moldeamiento

Recursos: Proyector, computadora, folletos

Desarrollo: Se brindará una conceptualización sobre el afrontamiento y las diferentes estrategias. Individualmente los estudiantes reconocerán los modos en que cada uno ha afrontado las situaciones estresantes en sus vidas e identificarán los principales, reflexionando sobre si han sido las mejores estrategias que se podían emplear o si existían mejores opciones. A su vez, se detallará sobre las ventajas y desventajas de

cada una, así como las formas y momentos en que pueden emplearse; para todo ello se llevarán a cabo técnicas de modelamiento y moldeamiento.

Tarea: Repasar en casa las estrategias de afrontamiento aprendidas y practicarlas en diferentes situaciones de la vida diaria.

Sesión 6.

Objetivos específicos:

- Introducir y promover las áreas de seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad

Técnicas: Reestructuración cognitiva

Recursos: Proyector, computadora, folletos

Desarrollo: Se brindará una explicación sobre la relación de los pensamientos automáticos con cinco áreas principales del funcionamiento, y la forma en que éstas son afectadas por la situación estresante. Estas áreas se encuentran entrelazadas y deben ser trabajadas en el orden en que se presentan, pues cada una se construye sobre la anterior: seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad. Lo que se busca es promover estas áreas en la persona para lograr una reestructuración cognitiva.

Tarea: Escribir individualmente la importancia de cada área y la forma en que se ven alteradas por las situaciones estresantes vividas.

Sesión 7.

Objetivos específicos:

- Aprender técnicas asertivas como respuesta a situaciones estresantes

Técnicas: Entrenamiento en asertividad

Recursos: Espacio amplio, sillas

Desarrollo: Se introducirá el concepto de asertividad haciendo uso de técnicas de sociodrama, para lograr respuestas menos pasivas o agresivas, y una adecuada expresión de las emociones.

Tarea: Practicar la técnica de asertividad en diferentes situaciones de la vida diaria.

Sesión 8.

Objetivos específicos:

- Aplicar la identificación, el control y la resolución de situaciones estresantes hipotéticas con las técnicas aprendidas
- Potenciar la atención focalizada, la toma de decisiones, la solución de problemas, la anticipación de consecuencias

Técnicas: Psicoeducación, modelamiento y moldeamiento

Recursos: Espacio amplio, proyector, computadora

Desarrollo: Se plantearán situaciones hipotéticas que resulten estresantes en los diferentes ámbitos de los estudiantes (familiar, escolar, laboral, social, etc.) y en ámbitos relacionados con el quehacer de los paramédicos, en donde tendrán que encontrar la mejor forma de solucionarlos y hacerles frente, empleando los conocimientos adquiridos en sesiones anteriores.

Tarea: Escribir en una hoja la percepción que tienen de sí mismos respecto al conocimiento y preparación para enfrentar una emergencia o el desastre.

Sesión 9.

Objetivos específicos:

- Identificar patrones de pensamiento en la autopercepción
- Introducir patrones de pensamiento más adaptativos como alternativa
- Identificar otros factores protectores y formular planes de acción

Técnicas: Terapia racional emotiva, psicoeducación

Recursos: Proyector, computadora, hojas A-B-C-D-E-F, folletos

Desarrollo: Se retomarán las autopercepciones que cada uno escribió y se corregirán los pensamientos erróneos, empleando la hoja A-B-C-D-E-F. Posteriormente, se brindará una conceptualización sobre los factores protectores, identificando aquellos en que cada uno puede influir (nutrición, ejercicio, apoyo social, etc.) y se formularán planes de acción a llevar a cabo para fortalecerlos.

Tarea: Continuar con el ejercicio de la sesión respecto al fortalecimiento de los factores protectores.

Sesión 10.

Objetivos específicos:

- Identificar los avances logrados y el fortalecimiento personal
- Establecer compromisos consigo mismos a corto, mediano y largo plazo
- Terminación de la intervención

Técnicas: Psicoeducación

Recursos: Hojas blancas, calendario

Desarrollo: Se invitará a los estudiantes a expresar los avances y logros que tuvieron, así como los conocimientos y estrategias que les permitan un fortalecimiento personal. Se les impulsará a establecer compromisos reales consigo mismos para fortalecer los factores protectores y mantener una salud física y psíquica óptima, escribiéndolas en hojas y proponiendo fechas de realización. Se dará por terminada la intervención, brindando información de profesionales y centros a los que pueden acudir en búsqueda de apoyo psicológico si lo requieren más adelante.

REFERENCIAS

- Abbene, A.I. (2009). Trastorno por estrés postraumático. Un caso clínico. Curso Virtual interdisciplinario a distancia. Salud Mental. En H.S. Basile (2007-2014). *Psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia*. Recuperado de <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final1.pdf>
- Afifi, T., Asmundson, G., Taylor, S. y Jang, K. (2010). The role of genes and environment on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A review of twin studies. *Clinical Psychology Review*. (30), pp. 101-112.
- Aguado M., H., Manrique G., E. y Silberman P., R. (2004). Evaluación cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. Vol. V (1), pp. 69-82.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5a. ed.)*. Washington, DC, EE.UU.: Autor.
- American Red Cross (2001). *Helping young children cope with trauma*. U.S.A: Disaster Services. ARC.
- Argüello G., C. (2011). *Creación del marco de acción para el apoyo psicosocial en desastres, desde los centros de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Arias G., L.F. (2007). *Metodología de la investigación (7ª Ed.)*. México: Trillas.
- Arnillas M., F. (2013). La gestión del riesgo de desastres en la planificación por resultados. Soluciones prácticas. *Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza*. Lima, Perú: Asociación Nacional de Centros (ANC).
- Astin, M. y Resick, P.A. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En E. Caballo (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Volumen 1 (pp. 171-209). Madrid: Siglo XXI de España.
- Bados, A. (2015). *Trastorno por estrés postraumático*. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Facultat de Psicologia (Mayo, 2015). Barcelona: Universitat de Barcelona.

- Báguena, M.J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 311-335). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2ª Ed.). Nueva York: Guilford.
- Bellak, L. (1993). Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de los sucesos catastróficos en la vida. En *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia* (pp. 87-97). México: Manual Moderno.
- Béné, Ch., Cannon, T., Cupte, J., Mehta, L. & Tanner, T. (2014). *Exploring the potential and limits of the resilience agenda in rapidly urbanising contexts*. England, U.K.: Institute of Development Studies.
- Blanco, A., Díaz, D., Gaborit, M. y Amaris, M.C. (2009). El sentido del mundo y el significado del yo: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (ICPT) en población hispana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 42 (1), pp. 97-110.
- Botero G., C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas Psychologica*. Vol. 4 (2), pp. 205-219.
- Calcedo, A. (2000). 1. Concepto de trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes G. y cols. *Trastorno de estrés postraumático*. España: Masson.
- Cano, F.J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Vol. 35 (1), pp. 29-39.
- Carvajal, C., Carbonell, C.G., Philippi, R., Monteverde, P., Bacigalupo, F. y Alvear, F. (2001). Características clínicas del trastorno de adaptación con síntomas de estrés postraumático. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. Vol. 39 (2), pp. 99-109.
- Castillejo, S. y Osa, A. (2012). Riesgo psicológico en los equipos de primera intervención en situaciones de desastre y catástrofe. *Curso internacional de gestión de crisis*. Madrid: Instituto Universitario Gutiérrez Mellado.

- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO] (2013). Segundo módulo. Estrategias de Prevención. *IV Curso de capacitación 'online' de factores de protección frente al riesgo psicosocial en colegios*. Recuperado de <http://www.cedro.org.pe/courseonline20135>
- Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2013a). Capítulo 13. Su responsabilidad respecto de su propia persona. *Asistencia de salud en peligro. Responsabilidad del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). (2013b). *Primeros auxilios en conflictos armados y otras situaciones de violencia*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Condori, L., Palacios, A. y Ego-Aguirre, V. (2002). *Impacto psicológico en el trabajo en emergencias y desastres en equipos de primera respuesta*. Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres del Colegio de Psicólogos del Perú (publicación interna).
- Cook, K. y Ramos, A.J. (2010). *Elaborar y analizar psicométricamente el cuestionario de eventos traumáticos – Venezuela (CET-V) que permitirá detectar la exposición a lo largo de la vida de una variedad de eventos traumáticos específicos a la cultura venezolana en una muestra de estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Católica Andrés Bello, Venezuela.
- Cortés T., E.G. (2003). La percepción psicológica del riesgo y el desastre. *Cuadernos de Crisis y Emergencias*. Vol. 1 (2), pp. 15-51.
- Cuyás, A. (1972). *Nuevo diccionario Cuyás, inglés-español y español-inglés de Appleton*. Estados Unidos: Prentice-Hall.
- Dearriba C., J. y Rondón J., D. (2009). *Apoyo psicológico para desastres ¿antes o después del desastre?* Universidad de Granma, Ciudad de Bayazo, Cuba.
- Diario Oficial de la Federación (2013). *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-SEGOB-2012, Acciones de recuperación. Atención a la salud psicosocial en caso de emergencia o desastre*. México: Secretaría de Gobernación.

- Dirección General de Atención y Prevención de Desastres (DGAPD) (2002). *Bases para la implantación de un protocolo de atención de carácter psicosocial y emocional a grupos de población afectados por desastres*. Cali, Colombia: Autor.
- Dongil C., E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*. Vol. 14 (2-3), pp. 265-288.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2000). 8.2 Tratamiento psicológico. En J. Bobes G. y cols. *Trastorno de estrés postraumático*. España: Masson.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*. Vol. 3 (2-3), pp. 249-264.
- Ehrenreich, J. H. (2006). Managing stress in humanitarian aid workers: the role of the humanitarian aid organization. En G. Reyes & G.A. Jacobs (Eds.). *Handbook of international disaster psychology. Volume 4. Interventions with special needs populations* (pp. 99-130). USA: Greenwood Publishing Group.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) (2012). El camino hacia la resiliencia. Tender puentes entre socorro y desarrollo para un futuro más sostenible. *Documento de debate de la Federación Internacional sobre resiliencia* (junio de 2012). Ginebra, Suiza: Autor.
- Fernández, J.M. (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. España: Pirámide.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F. & Orsillo, S.M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*. Vol. 11 (3), pp. 303-314.
- Fritsch, P. (2012). *Health interventions for older people in emergencies*. London, U.K.: HelpAge International.
- G-Science (2012). *Desarrollo de la resiliencia frente a desastres naturales y tecnológicos*. Whashington, D.C.: Pronunciamento de las Academias G-Science.
- García, H. (1993). La experiencia en la atención médica a víctimas de desastres relacionados con el desarrollo tecnológico. *Reunión Internacional de*

- Preparativos Hospitalarios para Casos de Desastre*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- García, F.E. y Mardones, R. (2010). Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa. *Terapia Psicológica*. Vol. 28 (1), pp.85-93.
- García-Renedo, M., Martínez L., S., Gil-Beltrán, J.M., Valero-Valero, M., Lázaro G., C. y Rodríguez C., J. (2010). Transferencia de conocimientos: formación de profesionales de salud mental ante desastres en Nicaragua. *Cuadernos de crisis y emergencias*. Vol. 2 (9), pp. 1-15.
- Gómez de Silva, G. (1988). *Breve diccionario etimológico de la lengua española*. México: Fondo de Cultura Económica.
- González B., M., Aguilar B., M. y Rodríguez L., M.E. (2009). *Conocimiento sobre desastre en un grupo de escolares*. Ponencia presentada en las actividades del 1er Seminario Taller Nacional de Salud y Desastres. Organizado por el Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED) del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Hotel Habana-Riviera; 22 diciembre 2007. Cuba: Ciencias Médicas de Cuba.
- Guerra v., C. y Plaza V., H. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual del estrés postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*. Vol. XVIII (1), pp. 103-129.
- Gutiérrez G., L.M. y Vera N., I. (2000). *El papel del psicólogo en los desastres. Conferencia virtual sobre teoría y práctica de las ciencias sociales en situaciones de riesgo catastróficos. Tema IV: Psicología aplicada a la gestión de riesgos y catástrofes*. Centro Europeo de Investigación Social de Situaciones de Emergencia [CEISE]. Dirección General de Protección Civil. Madrid, España.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación (5ª Ed.)* México: McGraw-Hill.
- Hosman, C., Jane-Llopis, E. y Saxena, S. (Eds.) (2005). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2013). *Guía de orientación de la asistencia alimentaria en situaciones de emergencia*. Lima, Perú: Autor.
- Jane-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. (89), pp. 1-11.
- Jones, J.C. y Barlow, D.H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*. (10), pp. 299-328.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales (4ª Ed.)*. México: McGraw Hill.
- Koenen, K.C., Amstadter, A.B. y Nugent, N.R. (2009). Gene-environment interaction in posttraumatic stress disorder: an update. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 22 (5), pp. 416-426.
- Labrador, F.J., Fernández V., M.R. y Rincón, P.P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 6 (3), pp. 527-547.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- López-Vázquez y Marván (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Pública de México*. Vol. 46 (3), pp. 216-221.
- López M., O. (2012). *Protocolo cognitivo-conductual: programa del juego del optimismo para padres con trastorno por estrés postraumático*. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lorenzo R., A. (2003). Apoyo psicológico en desastres. *Monografía gerencia de desastres en Cuba*. Pp. 10-16.
- Lorenzo R., A. (2004). ¿Dónde está el síntoma en la atención psicológica infanto-juvenil? *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. Vol. 1 (2-3).

- Lorenzo R., A. y De la Yncera H., N.C. (2013). Proyecto de desarrollo sociopsicológico para el manejo de situaciones de desastres dirigido a comunidades de Pinar del Río, Cuba. *Cuadernos de crisis y emergencias*. Vol. 2 (12), pp. 1-17.
- Lorenzo R., A. y Guerrero A., E.A. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*. Vol. 28 (2), pp. 252-265.
- Lorenzo R., A., Martínez G., C., Ventura V., R.E. y Mesa R., G. (2008) Lineamientos para la salud mental en desastres en Cuba. *Instrucción No.20 del Ministro de Salud Pública de Cuba, Dr. José Ramón Balaguer Cabrera*. La Habana, Cuba.
- Lorenzo R., A., Rodríguez L., M.E., González B., M., Amaro, J.A. y Barroso, C. (2015). *Estrés traumático secundario, personalidad y burnout en profesionales que laboran en servicios de emergencias médicas de México, Cuba y Chile. Propuesta de proyecto*. La Habana, Cuba.
- Lorenzo R., A., Rodríguez L., Y., Junior H., S. y Portal M., R. (2013). Comunicación educativa para la prevención de riesgos y desastres naturales en Jacmel. Haití. *Salud y Desastres. Experiencias cubanas. Tomo VII*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Malquín, V.D. (2010). Propuesta para la formación de equipo apoyo e intervención inmediato task forcé (fuerza de tarea) en gestión de riesgo y multiamenaza, como grupo asesor inmediato para la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos. *Diplomado Superior en Gestión Integral de Riesgos y Desastres*. Instituto de Altos Estudios Nacionales, Ecuador.
- Mardones C., R.A. (2010). Consideraciones psicoterapéuticas Constructivo Evolutivas en niños y adolescentes frente al trauma psicosocial por situaciones de desastres naturales. *Cuadernos de crisis y emergencias*. Vol. 2 (9), pp. 1-22.
- Mayordomo R., T. (2013). *Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital*. Tesis doctoral, no publicada. Programa de Doctorado en Psicogerontología, Facultad de Psicología, Universitat de València.
- Meda, R., Moreno, B., Palomera, A., Arias, E. y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos

- de los servicios de emergencia en Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*. Vol. 30 (2), pp. 31-41.
- Moliner, M. (1977). *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Moreno J., B. (2006). La influencia de las variables de personalidad en el estrés traumático secundario. *Psicología Conductual*. Vol. 14 (2), pp. 69-76.
- Moreno J., B., Morante B., M.E., Losada N., M.M., Rodríguez C., R. y Garrosa H., E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*. Vol. 22 (1), pp. 69-76.
- Moreno J., B., Morante B., M.E., Rodríguez C., R. y Rodríguez M., A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: El efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*. Vol. 20 (1), pp. 124-130.
- Moreno J., B., Morett, N., Rodríguez M., A. y Morante B., M.E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout: estudio en una muestra de bomberos. *Psicothema*. Vol. 18 (3), pp. 413-418.
- Naranjo A., R.J. (2010). Neurología de la resiliencia y desastres. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 36 (3), pp. 270-274.
- Naranjo H., D., García F., I. y Companioni A., S. (1999). Biorretroalimentación como método terapéutico. Informe preliminar. *Revista Cubana de Medicina*. Vol. 38 (1), pp. 7-12.
- Nava Q., C., Ollua, P., Vega, C.Z. y Soria, R. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Revista Psicología y Salud*. Vol. 20 (2), pp. 213-220.
- Ocharan, J. (2008). *Guía práctica de reducción del riesgo de desastres para organizaciones humanitarias y de desarrollo*. Barcelona, España: Fundación "la Caixa".
- Oramas V., A., Almirall H., P. y Fernández, I. (2007). Estrés laboral y síndrome de burnout en docentes venezolanos. *Salud de los Trabajadores*. Vol. 15 (2).
- Papalia, D.E., Feldman, R.D. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano (12ª Ed.)*. Distrito Federal, México: McGraw-Hill.

- Phares, E. y Trull, T. (1999). Terapia conductual y perspectivas cognoscitivo-conductuales. *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Pieschacon F., M. (2011). Posttraumatic stress disorder. A cognitive behavioral approach. Tesis de doctorado no publicada. Atlantic International University. Honolulu, Hawaii.
- Pineda M., C. y López-López, W. (2010). Atención psicológica postdesastres: más que un “guarde la calma”. Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia psicológica*. Vol. 28 (2), pp. 155-160.
- Puchol E., D. (2001). *Trastorno por estrés postraumático: Conceptualización, evaluación y tratamiento*. Congreso Internacional Online de Psicología Aplicada 2001.
- Real Academia Española (1992). *Diccionario de la Real Academia Española (21ª Ed)*. Madrid: Autor.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Real Academia Española (22ª Ed)*. Madrid: Autor.
- Rojas G., A. (2007). *Pobreza y estrategias de afrontamiento*. Tesis de doctorado no publicada. Departamento de Psicología. Doctorado Investigación en Psicología. Universidad Iberoamericana, México.
- Rothbaum, B.O., Meadows, E.A., Resick, P. y Foy, D.W. (2003). 4. Terapia cognitivo-conductual. En E.B. Foa, T.M. Keane y M.J. Friedman. *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.
- Rubio R., L. (2011). Desastres y vida cotidiana: algunas consideraciones desde la psicología. *Cuadernos de crisis y emergencias*. Vol. 1 (10), pp. 1-7.
- Sainz de Robles, F.C. (1981). *Diccionario español de sinónimos y antónimos*. Madrid: Aguilar S.A. de Ediciones.
- Santacreu, J., Márquez, M.O. y Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la Psicología de la Salud. *Revista Psicología y Salud*. Vol. 10, pp. 81-92.
- Secretaria de Salud (2010). *Investigación preventiva*. Centros de Integración Juvenil, A.C. Distrito Federal, México: Autor.

- Silvestre R., R. (2013). *Estudio de un caso de trastorno por estrés postraumático: evaluación y tratamiento desde un enfoque cognitivo-conductual*. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sociedad Mexicana de Psicología A.C. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Solís, L., Gómez, P. y Ponce, M. (2010). Modelo de prevención en Centros de Integración Juvenil A.C. En Secretaria de Salud. *Modelos preventivos*. Distrito Federal, México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Stein, M.B., Jang, K.L., Taylor, S., Vernon, P.A. y Livesley, W.J. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatry*. (159), pp. 1675-1681.
- Tello, A.F. (2011). *Efectos asociados a la presencia del estrés laboral en trabajadores de atención pre-hospitalaria que se desempeñan en la Cruz Roja Ecuatoriana*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito, Ecuador.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V. & Kigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 13 (4), pp. 343-361.
- Trauma.Org (2013). Recuperado de <http://www.trauma.org>
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. Vol. 40 (2), pp. 8-19.
- Universidad de Salamanca (2011). *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. España: Ediciones Universidad de Salamanca. Recuperado de <http://dicciomed.eusal.es>
- Urban Land Institute (ULI) (2013). *After Sandy: advancing strategies for long-term resilience and adaptability*. Whashington, D.C.: Autor.
- Valero, M., Gil, J.M. y García, M. (2007). *Profesionales de la psicología ante el desastre*. España: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J.M. (2000). Estrategias de afrontamiento. En *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona, España: Masson.

- Ventura, R.E. (2011). Atención psicosocial en desastres. *Temas para entrenamiento*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas de Cuba.
- Ventura, R.E., Reyes, S., Moreno, R., Torres, R. y Gil, R. (2008). Estrés postraumático en rescatistas. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, Vol. 7 (4), pp. 1-7.
- Vera G., M.N. (2004). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en una víctima de abusos sexuales en la infancia. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Vol. 22, pp. 89-103.
- Verduzco, W. y Tovar, H. (2012). Trastorno por estrés postraumático. *Revista AAPAUNAM. Academia, Ciencia y Cultura*. Vol. 4 (1), pp. 41-49.
- Zaldivar P., D.F. (1994). La terapia asertiva: Una estrategia para su empleo. *Revista Cubana de Psicología*. Vol. 11 (1), pp. 53-64.

HOJA DE DATOS GENERALES

NOMBRE COMPLETO: _____

EDAD: _____

SEXO: Femenino Masculino NIVEL DE ESTUDIOS: Preparatoria sin terminar Preparatoria terminada Carrera técnica sin terminar Carrera técnica terminada Licenciatura sin terminar Licenciatura terminada Otro ¿Cuál? _____

CARRERA TÉCNICA O LICENCIATURA: _____

OCUPACIÓN ACTUAL: Trabajar ¿En qué? _____Estudiar ¿Qué? _____ESTADO CIVIL: Soltero/a En noviazgo Unión libre Casado/a Divorciado/a Viudo/a NIVEL SOCIOECONÓMICO: Bajo Medio bajo Medio Medio alto Alto

=====

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto que se me incluya como participante en el proyecto de investigación “*Diseño de programa cognitivo-conductual para prevención del trastorno por estrés postraumático en estudiantes paramédicos*”, de la Maestría en Psicología de la UAEM, luego de haber conocido y comprendido en su totalidad la información sobre dicho estudio, riesgos si los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en él, y en el entendido de que:

- Mi participación no repercutirá en mis actividades ni evaluaciones programadas en el curso de TUM-B de la Cruz Roja Mexicana Delegación Cuernavaca.
- No haré ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, guardando estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de mi participación, con un seudónimo que ocultará mi identidad.
- Si se realizan grabaciones en audio sólo tendrá acceso el investigador responsable, y éstas serán eliminadas después de terminado el estudio.
- Si en los resultados de mi participación se hiciera evidente algún problema relacionado con mi proceso de enseñanza-aprendizaje en el curso, se me brindará orientación al respecto.
- Puedo solicitar la devolución de resultados si así lo solicito, o información actualizada sobre del estudio.
- Puedo retirarme del estudio si lo considero conveniente a mis intereses, informando mis razones para tal decisión en una carta de revocación; pudiendo si así lo deseo, recuperar toda la información obtenida de mi participación.

Nombre y firma del participante

Cuernavaca, Mor., a ____ de _____ del 2014

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE EVENTOS TRAUMÁTICOS

A continuación, se te presentarán una serie de preguntas referentes a diferentes situaciones y eventos que pueden ocurrirle a una persona a lo largo de su vida. Contesta marcando con una equis (X) en la columna que mejor describan tu experiencia en dicha situación. Recuerda cómo te sentiste ante cada situación vivida antes de contestar. Por favor, lee detenidamente cada pregunta y contesta sinceramente a TODAS las preguntas. Se te solicitarán algunos datos personales únicamente con fines metodológicos, TODA LA INFORMACIÓN OBTENIDA SERÁ CONFIDENCIAL.

Pregunta	NO	Frecuencia			¿Sentí amenazada mi integridad física o la de otros?		¿Sentí terror, desesperanza u horror intenso?	
		SI 1	SI 2 - 4	SI 5 +	SI	NO	SI	NO
1					SI	NO	SI	NO
2					SI	NO	SI	NO
3					SI	NO	SI	NO
4					SI	NO	SI	NO
5					SI	NO	SI	NO
6					SI	NO	SI	NO
7					SI	NO	SI	NO
8					SI	NO	SI	NO
9					SI	NO	SI	NO
10					SI	NO	SI	NO
11					SI	NO	SI	NO
12					SI	NO	SI	NO
13					SI	NO	SI	NO
14					SI	NO	SI	NO
15					SI	NO	SI	NO
16					SI	NO	SI	NO
17					SI	NO	SI	NO

ANEXO 2
(continuación)

18	¿En tu infancia fuiste <u>testigo</u> de abuso sexual?					SI	NO	SI	NO
19	¿En tu infancia fuiste <u>víctima</u> de maltrato físico? (algún adulto uso castigo físico que te causara moretones, heridas abiertas u hospitalización)					SI	NO	SI	NO
20	¿En tu infancia fuiste <u>testigo</u> de maltrato físico?					SI	NO	SI	NO
21	¿Fuiste <u>víctima</u> de violencia y/o exclusión escolar?					SI	NO	SI	NO
22	¿Fuiste <u>testigo</u> de violencia y/o exclusión escolar?					SI	NO	SI	NO
23	¿Has sido <u>perseguido</u> y/o <u>amenazado</u> por pandillas o bandas?					SI	NO	SI	NO
24	¿Has sido <u>víctima</u> de persecuciones por razones políticas?					SI	NO	SI	NO
25	¿Tienes algún familiar, pareja o amigo cercano que se haya visto obligado al exilio?					SI	NO	SI	NO
26	¿Has sido <u>víctima</u> de un secuestro? (ej. secuestro exprés, cautiverio, situación de rehenes, etc.)					SI	NO	SI	NO
27	¿Has sido <u>amenazado</u> de secuestro?					SI	NO	SI	NO
28	¿Has sido <u>diagnosticado</u> con una enfermedad grave o mortal?					SI	NO	SI	NO
29	¿Algún familiar, pareja o amigo cercano ha sido <u>diagnosticado</u> con una enfermedad grave o mortal?					SI	NO	SI	NO
30	¿Has estado <u>a cargo</u> del cuidado de una persona con alguna enfermedad crónica?					SI	NO	SI	NO
31	¿Has <u>vivido</u> la muerte repentina de un familiar, pareja o amigo cercano?					SI	NO	SI	NO
32	¿Has <u>presenciado</u> el que cualquier otra persona muera súbitamente o quede gravemente herida?					SI	NO	SI	NO
33	¿Has <u>obtenido</u> resultados indeseados de intervenciones quirúrgicas, accidentes o secuelas de enfermedades?					SI	NO	SI	NO
34	¿Has <u>perdido</u> funciones físicas o te han amputado algunas de tus extremidades?					SI	NO	SI	NO
35	¿Tú o tu pareja han <u>tenido</u> un embarazo no deseado?					SI	NO	SI	NO
36	¿Tú o tu pareja han <u>tenido</u> algún aborto?					SI	NO	SI	NO
37	¿Has <u>tenido</u> una separación abrupta de pareja? (ej. ruptura, abandono, divorcio)					SI	NO	SI	NO
38	¿Has sido <u>víctima</u> de acoso o persecución por razones pasionales? (ej. expareja, admirador, etc.)					SI	NO	SI	NO
39	¿Has <u>tenido</u> una pérdida significativa de bienes o patrimonio personal o familiar? (ej. casa, posesiones, dinero)					SI	NO	SI	NO
40	¿Te has <u>mudado</u> de manera inesperada? (ej. emigrar dentro del mismo país o hacia otro)					SI	NO	SI	NO
41	<p>¿Has <u>vivido</u> o <u>presenciado</u> algún otro evento tan grave o intenso como para sentir terror, desesperanza y horror intenso, o como para sentir amenazada tu integridad física o la de otros? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO.</p> <p>¿Cuál?</p>								

INVENTARIO DE COGNICIONES POSTRAUMÁTICAS

Estamos interesados en la clase de pensamientos que puede haber tenido después de una experiencia traumática. Debajo hay un número de afirmaciones que pueden o no ser representativas de su pensamiento. Por favor lea atentamente cada afirmación y díganos en qué medida está DE ACUERDO o en DESACUERDO con cada afirmación. La gente reacciona a los eventos traumáticos de maneras muy diferentes. No hay respuestas buenas o malas a estas afirmaciones. Le recordamos que la información que nos proporcione será totalmente confidencial.

	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El evento sucedió debido a la manera en que actué							
2. No confío en que vaya a hacer bien las cosas							
3. Soy una persona débil							
4. No voy a ser capaz de controlar mi enojo y haré algo terrible							
5. No puedo tratar aún con una ligera perturbación							
6. Yo solía ser una persona feliz pero ahora siempre estoy triste							
7. No se puede confiar en la gente							
8. Tengo que estar en guardia todo el tiempo							
9. Me siento muerto por dentro							
10. Tú nunca puedes saber quién te hizo daño							
11. Tengo que ser especialmente cuidadoso porque nunca sabré que puede suceder luego							
12. Estoy mal siempre							
13. No voy a ser capaz de controlar mis emociones y algo terrible sucederá							
14. Si pienso acerca del evento, no voy a ser capaz de manejarlo							
15. El evento me sucedió debido a la clase de persona que soy							
16. Mis reacciones a partir del evento significan que me estoy volviendo loco							
17. Nunca voy a ser capaz de sentir de nuevo emociones como antes							
18. El mundo es un lugar peligroso							
19. Alguien pudo haber impedido el evento que me sucedió							
20. He cambiado permanentemente para lo peor							
21. Me siento como un objeto, no como una persona							
22. Ninguna otra persona podía haber estado en esta situación							
23. No puedo confiar en otra persona							
24. Me siento aislado y apartado de los otros							
25. No tengo futuro							
26. No puedo impedir que las cosas malas me sucedan a mí							
27. Las personas no son lo que parecen							
28. Mi vida ha sido destruida por lo que ocurrió							
29. Hay algo malo en mí como persona							
30. Mis reacciones a partir del evento muestran que soy un mal							
31. Hay algo en mí que hace que el evento suceda							
32. No voy a ser capaz de tolerar mis pensamientos sobre esto, y me romperé en pedazos							
33. Me siento como si no me conociera para nada							
34. Tú nunca sabes si sucederá algo terrible							
35. No puedo confiar en mí mismo							
36. Nada bueno puede sucederme nunca más							

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

**ANEXO 4
(continuación)**

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando con una X en donde corresponda. Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo una respuesta en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

	EN ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	TOTALMENTE
1. Luché para resolver el problema					
2. Me culpé a mí mismo					
3. Dejé salir mis sentimientos para reducir la ansiedad					
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado					
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema					
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente					
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado					
8. Pasé algún tiempo solo					
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación					
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché					
11. Expresé mis emociones, lo que sentía					
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase					
13. Hablé con una persona de confianza					
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas					
15. Traté de olvidar por completo el asunto					
16. Evité estar con gente					
17. Hice frente al problema					
18. Me critiqué por lo ocurrido					
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir					
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación					
21. Dejé que mi familia o mis amigos me echaran una mano					
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más					
24. Oculté lo que pensaba y sentía					
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ganas de hacer que las cosas funcionarán					
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera					
27. Dejé desahogar mis emociones					
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido					
29. Pasé algún tiempo con mis amigos					
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo					
31. Me comporté como si nada hubiera pasado					
32. No dejé que nadie supiera como me sentía					
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería					
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias					
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron					
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes					
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto					
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas					
39. Evité pensar o hacer algo					
40. Traté de ocultar mis sentimientos					
41. Me consideré capaz de afrontar la situación					

**GUÍA DE ENTREVISTA CUALITATIVA
ANTES Y DESPUÉS DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES**

ANTES. Primer momento de recolección de datos.

1. Apoyo social, expresión emocional y retirada social
 - familia, amistades, relaciones interpersonales
 - ocupación, tiempo libre
2. Eventos traumáticos y estresantes, cogniciones postraumáticas, manejo del problema y la emoción
 - en la infancia, adolescencia y/o adultez
 - experiencias ocurridas en los últimos seis meses
 - pensamientos derivados del evento
 - estrategia de afrontamiento empleada
 - situación actual
3. Autopercepción
 - antecedentes de enfermedades (mentales o físico-biológicas)
 - percepción de la preparación actual con la que cuentan para enfrentar una emergencia o desastre
 - percepción de los recursos que les proporciona la institución

DESPUÉS. Segundo momento de recolección de datos.

1. Apoyo social, expresión emocional y retirada social
 - familia, amistades, relaciones interpersonales
 - ocupación, tiempo libre
2. Eventos traumáticos y estresantes, cogniciones postraumáticas, manejo del problema y la emoción
 - experiencias durante las prácticas profesionales
 - otras experiencias ocurridas en los últimos seis meses
 - pensamientos derivados de los eventos
 - estrategia de afrontamiento empleada o situación actual
3. Autopercepción
 - percepción de la vulnerabilidad ante enfermedades (mentales o físico-biológicas)
 - percepción de la preparación con la que cuentan para enfrentar una emergencia o desastre
 - percepción de los recursos que le proporciona la institución
 - expectativas a futuro respecto a la profesión

Cuernavaca Mor., a 26 de Octubre de 2018
FPSIC/SPOSG/MAEST/201/226
ASUNTO: Votos Aprobatorios

**MTRA. GABRIELA RAMÍREZ ALVARADO
ENCARGADA DEL DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
P R E S E N T E**

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **“DISEÑO DE PROGRAMA COGNITIVO – CONDUCTUAL PARA PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ESTUDIANTES PARAMÉDICOS”** trabajo que presenta la C. **“Esther Araceli Guerrero Ángeles”**, quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. LUCÍA ALEJANDRA RAMÍREZ SERRANO			
DR. ARTURO JUÁREZ GARCÍA			
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS			
DR. ALEXIS LORENZO RUIZ			
MTRA. ILIANA MURGUÍA ÁLVAREZ RUBIO			

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p. - Archivo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Dirección de Psicología

Jefatura de Maestría en Psicología

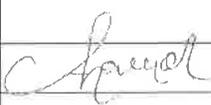
Cuernavaca Mor., a 24 de Septiembre de 2018
FPSIC/SPOSG/MAEST/201/226
ASUNTO: Votos Aprobatorios

MTRA. GABRIELA RAMÍREZ ALVARADO
ENCARGADA DEL DESPACHO DE LA
DIRECCIÓN DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **"DISEÑO DEL PROGRAMA COGNITIVO – CONDUCTUAL PARA PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ESTUDIANTES PARAMÉDICOS"** trabajo que presenta la C. **"Esther Araceli Guerrero Ángeles"**, quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. LUCÍA ALEJANDRA RAMÍREZ SERRANO			
DR. ARTURO JUÁREZ GARCÍA			
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS			
DR. ALEXIS LORENZO RUIZ			
MTRA. ILIANA MURGUÍA ÁLVAREZ RUBIO			

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C c p - Archivo