

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO DE FACTORES PSICOLOGICOS
Y CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO
ASOCIADOS A PROCESOS DE
ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO
EN PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL**

Lic. Federico Montero

TUTOR DE TESIS: Dr. David Martínez-Íñigo

DIRECTOR ACADÉMICO: Mag. Luis Leopold

Tesis presentada para optar al grado académico de Magíster en Psicología Clínica

Montevideo, Junio 2014

Índice

Índice	ii
Lista de tablas	v
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Agradecimientos	ix
CAPITULO I.....	14
1.1 Contexto Nacional e Internacional de los RHS.....	14
1.2 Hospital Vilardebó.....	16
1.3 El concepto de Estrés	17
CAPITULO II.....	26
2.1 Estrés Traumático Secundario.....	26
2.1.1 Definición del Estrés Traumático Secundario.	27
2.1.2 Prevalencia del ETS en los RHS	29
2.1.3 Consecuencias del estrés sobre la salud de los RHS.....	31
2.1.4 Modelos explicativos	32
2.1.5 Evaluación del Estrés Traumático Secundario	34
2.2 Variables asociadas al Estrés Traumático Secundario.....	35
2.2.1 Burnout y ETS.....	35
2.2.2 Separación Emocional y ETS.....	37
2.2.3 Empatía y ETS	38

2.2.4 Mindfulness y ETS	39
2.2.5 Autocuidado de los RHS y Estrés Traumático Secundario	42
2.2.5.1 Autocuidado en los Equipos de Salud.....	42
2.2.5.2 Recovery y ETS.....	44
CAPÍTULO III	45
3.1 Integración y preguntas que busca responder el estudio	45
3.2 Objetivos del Estudio	46
3.2.1 Objetivo general	46
3.2.2 Objetivos específicos	46
3.3 Hipótesis del estudio.....	47
CAPÍTULO IV.....	48
MÉTODO	48
4.1 Diseño del Estudio.....	48
4.2 Participantes.....	49
4.3 Instrumentos de medición	49
4.4 Relaciones entre variables.....	52
4.5 Procedimiento.....	53
4.6 Análisis de datos.....	54
4.7 Aspectos éticos del estudio.....	54
CAPÍTULO V.....	56
RESULTADOS.....	56
5.1 Descripción de la muestra	56
5.2 Resultados por objetivo específico.....	59
5.2.1 Resultados del Objetivo Específico número 1	59
5.2.3 Resultados del Objetivo Específico número 2	66
5.2.3 Resultados del Objetivo Específico número 3	70

5.2.4 Resultados del Objetivo Específico número 4	75
5.2.5 Resultados del Objetivo Específico número 5	81
5.2.6 Resultados del Objetivo Específico número 6	85
CAPÍTULO VI.....	88
CONCLUSIONES	88
6.1 Discusión de resultados.....	88
Limitaciones del Estudio	94
Recomendaciones.....	96
ANEXO 1: Consentimiento Informado.....	115
ANEXO 2: Cuestionario aplicado	117
Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos	118
Escala de Estrés Traumático Secundario.....	119
Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey.....	120
Five Facet Mindfulness Questionnaire	122
Interpersonal Reactivity Index	125
Maintenance of Emotional Separation Scale	127
Recovery Experience Questionnaire	128
Inventario Exposición	129
Inventario trauma personal.....	130

Lista de tablas

Tabla 1. <i>Datos sociodemográficos y laborales</i>	57
Tabla 2. <i>Propiedades de la Escala de Estrés Traumático Secundario</i>	60
Tabla 3. <i>Distribución de frecuencias de puntajes de la Escala de Estrés Traumático Secundario y categorización según severidad</i>	60
Tabla 4. <i>Sexo del participante y Estrés Traumático Secundario</i>	62
Tabla 5. <i>Comparación de medias para cada una de las subescalas de la EETS</i> 63	
Tabla 6. <i>Frecuencia de sintomatología del Estrés Traumático Secundario</i>	64
Tabla 7. <i>Propiedades de las subdimensiones del Maslach Burnout Inventory</i>	66
Tabla 8. <i>Comparación de medias entre dimensiones del Burnout y ETS</i>	67
Tabla 9. <i>Propiedades de la escala Five Facet Mindfulness Questionnaire</i>	71
Tabla 10. <i>Comparación de medias entre Mindfulness y ETS</i>	71
Tabla 11. <i>Correlaciones bivariadas entre subdimensiones de FFMQ y ETS</i>	72
Tabla 12. <i>Propiedades de la escala Maintenance of Emotional Separation Scale</i>	73
Tabla 13. <i>Comparación de medias entre Separación Emocional y ETS</i>	73
Tabla 14. <i>Propiedades de la escala de Conductas de Autocuidado</i>	76
Tabla 15. <i>Distribución de frecuencias de puntajes de Emisión de Conductas de Autocuidado y categorización según frecuencia</i>	76
Tabla 16. <i>Comparación de medias entre ETS y Conductas de Autocuidado</i>	77
Tabla 17. <i>Propiedades de la escala Recovery</i>	78

Tabla 18. <i>Comparación de medias entre Recovery y Estrés Traumático Secundario</i>	79
Tabla 19. <i>Propiedades de la escala Trauma Personal</i>	82
Tabla 20. <i>Distribución de frecuencias de puntajes en Escala de Trauma Personal</i>	82
Tabla 21. <i>Prevalencia e intensidad de situaciones traumáticas experimentadas por etapas de vida</i>	83
Tabla 22. <i>Comparación de medias entre Trauma Personal y Estrés Traumático Secundario</i>	83
Tabla 23. <i>Propiedades del inventario de Exposición</i>	85
Tabla 24. <i>Frecuencia de exposición por parte del trabajador a experiencias extremas vividas por los usuarios</i>	85
Tabla 25. <i>Comparación de medias entre Exposición y Estrés Traumático Secundario</i>	86

Resumen

El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia del Estrés Traumático Secundario en los profesionales que desempeñan su actividad laboral en el Hospital Vilardebó y confirmar su relación con otros procesos psicológicos y estrategias conductuales descritas en la literatura científica como relevantes para su evolución. Para ello se desarrolló un estudio de campo basado en una metodología de encuesta con un diseño transversal. Los participantes fueron 82 trabajadores y el acceso a la muestra fue de tipo incidental, no probabilístico. Se encontró una prevalencia considerable de ETS entre los participantes en el estudio. Aproximadamente 4 de cada 10 participantes presenta alta frecuencia de conductas intrusivas, evitativas y de activación, propias ETS. En esta muestra, el porcentaje de mujeres con la afección fue más de cinco veces mayor que en los varones. Se confirmó la asociación de tipo negativo con el Mindfulness, la Separación Emocional, las Conductas de Autocuidado, el Recovery y Realización Personal. Por otra parte, se confirmaron relaciones positivas con la historia de trauma personal del trabajador, la frecuencia de exposición a contenidos traumáticos de los usuarios, los niveles de agotamiento emocional y despersonalización. Los autores sugieren tener en consideración las limitaciones del estudio a la hora de extrapolar las conclusiones a la población objetivo. Se plantean recomendaciones estratégicas a los administradores en RHS para el diseño de programas de intervención en salud que tengan en cuenta el desgaste producto de llevar a cabo actividades laborales con población traumatizada. Por otra parte, se considera fundamental continuar realizando estudios relacionados con el ETS tanto para estimar los niveles de prevalencia en los diferentes servicios de salud como para poder establecer relaciones de causalidad entre las variables y el desarrollo del fenómeno estudiado.

Palabras clave: Estrés Traumático Secundario, Recursos Humanos en Salud, Mindfulness, Trauma.

Abstract

The aim of the present study was to estimate the prevalence of Secondary Traumatic Stress in health professionals that currently works at the Vilardebó Hospital and confirm its relationship with other psychological processes and behavioral strategies described in the scientific literature relevant to its evolution. To reach the main objective, a field survey methodology with a crossover design was developed. There were 82 workers from the mentioned hospital, making an incidental not-probabilistic type of access to that sample. A considerable prevalence of STS among the participants under study was found. About 4 out of 10 participants presented high frequency of intrusive, avoidance behavior and activation, clear sign of STS. It was also found that the percentage of women showing the present condition was five times higher than men. The study confirmed the negative type association to Mindfulness, Emotional Separation, Self-Care Behaviors, Recovery and personal accomplishment. On the other hand, positive relationships between the history of the worker's personal trauma, the frequency of exposure to traumatic content users, levels of emotional exhaustion and depersonalization were confirmed. The authors suggest considering the limitations of the study when extrapolating findings to another target population. Also there are made some suggestions for health human resources strategic managers in charge of designing health intervention programs that have traumatized population at their command. It is also strongly suggested to continue conducting studies related to STS, both to estimate prevalence levels in the different health services and to establish causal relationships between the variables and the development of the studied phenomenon.

Key words: Secondary Traumatic Stress, Human Resources for Health, Mindfulness, Trauma.

Agradecimientos

Son varias las personas que forman parte del proceso de producción de esta Tesis y por ello quiero agradecer su participación. Agradecer a la Dirección del Hospital Vilardebó quien respaldó la propuesta presentada y permitió que el estudio se desarrollara en su Institución. A los compañeros del Departamento de Salud Ocupacional del Hospital por ayudarme en la recolección de los cuestionarios aplicados. A *Denise Defey* quien refirió, en una de sus clases, el concepto de Desgaste por Empatía, siendo el primer contacto que tuve con la temática. A la Profesora *Alicia Muniz* quien fue la primera persona que me brindó apoyo y motivación para comenzar con el tema de investigación cuando era solamente una vaga idea y que y posteriormente fue nuestra guía en el Programa de Residencias de Psicología en Servicios de Salud en el que tuve el gusto de poder participar. Al Psicólogo chileno *Cristobal Guerra* por haberme brindado generosamente los primeros materiales teóricos que fueron la base del estudio. A *Margarita Ungo* quien fue la persona que me brindó las enseñanzas del Mindfulness. A *Ivonne Spinelli* quien ha compartido sus conocimientos sobre el EMDR y se mostró interesada en la temática del estudio. A las ex compañeras y compañeros del Programa de Residencias de Psicología en Servicios de Salud por su continuo apoyo y afecto así como también a los compañeros de la cohorte 2009 de la Maestría en Psicología Clínica. A las compañeras del Instituto de Psicología de la Salud por la confianza y aliento. A mis ex compañeros del Centro de Investigación Clínico en Psicología y a mis compañeros actuales del Comité de Ética en Investigación de la Facultad. A *Graciela Loarche* por el afecto y motivación brindados. Un agradecimiento muy especial a mis padres y hermana, Alberto, Alicia e Irene por su cariño y apoyo incondicional. A mis amigos y vínculos cercanos que me han acompañado en este trayecto, muy especialmente a *Pablo Casaretto* por su afecto y solidaridad. Un muy afectuoso agradecimiento a todas y todos los trabajadores del Hospital Vilardebó que decidieron completar la encuesta y aportaron los datos para que el estudio pudiera realizarse. Un agradecimiento a todos los usuarios de ASSE que concurren al Hospital Vilardebó para encontrar alivio a sus situaciones de vida y con los que he tenido

el gusto de trabajar en los últimos años. Un agradecimiento al Director Académico de la Tesis *Luis Leopold* por su disposición y soporte. Y un agradecimiento muy especial al *Dr. David Martínez* que como tutor me ha guiado en todo el proceso, desde su planteamiento, desarrollo y finalización y que sin su apoyo constante y siempre permanente esta tesis no se hubiera concretado.

Federico Montero

Montevideo, 9 de Junio de 2014

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se centra en el campo de estudios de la psicología de la salud -en general- y de salud laboral -en particular-, enfocándose desde la Psicología Clínica en el estudio de los procesos de desgaste profesional originados por el Estrés Traumático Secundario. Se propuso investigar sistemática y empíricamente determinados factores psicológicos y conductas de autocuidado que se asocian al desarrollo del Estrés Traumático Secundario en profesionales de la salud mental de nuestro país. El mismo surgió a partir de preguntas que llevaron a interrogarnos sobre las consecuencias en la salud de aquellos profesionales que se dedican a cuidar y aliviar el sufrimiento de sus usuarios. ¿De qué manera incide en la salud de los profesionales del cuidado – psicólogos, médicos, enfermeros, rescatistas, emergencistas, etc.-, el trabajo constante con sujetos que han transitado por situaciones traumáticas y de sufrimiento? ¿Cómo los afecta y cómo repercute en sus vidas personales y laborales? ¿Existen procesos mentales que modulan tal afectación?

El objetivo del mismo fue estimar la prevalencia del Estrés Traumático Secundario en los profesionales que desempeñan su actividad laboral en el Hospital Vilardebó y confirmar su relación con otros procesos psicológicos y estrategias conductuales de afrontamiento descritas en la literatura científica. Para ello se estimó la prevalencia del fenómeno en los participantes que decidieron completar la encuesta, se analizó la relación entre las subdimensiones del Síndrome Burnout con el ETS, se confirmó si existe asociación entre los nivel de ETS y factores individuales como la empatía, la separación emocional y la predisposición a la atención plena (Mindfulness). Se evaluaron las relaciones entre la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y la capacidad de recuperarse luego del trabajo (Recovery) con el desarrollo de ETS. Luego se analizó la relación entre la historia previa de trauma del profesional con el

desarrollo del ETS y las relaciones entre la frecuencia de exposición de los trabajadores a situaciones traumáticas experimentadas por los usuarios con los niveles de ETS.

Como forma de organizar la lectura del estudio, este texto se organiza en siete capítulos principales y posteriormente adjunta los materiales utilizados en la parte de anexos.

El capítulo I referido a la fundamentación y antecedentes, tiene el objetivo de presentar al lector algunos de los principales estudios internacionales y nacionales sobre el cuidado de los Recursos Humanos en Salud (RHS) e introducir el concepto de estrés laboral como punto de partida para el estudio de la salud laboral. Para ello, se brindarán datos referentes a organismos internacionales y nacionales, así como también a resultados de estudios relacionados con la temática. Se describe también el Servicio de Salud en el que se ha llevado a cabo el estudio.

El capítulo II presenta el marco teórico que da sustento a la investigación. Para ello se presentan las definiciones del Estrés Traumático Secundario que aparecen en la literatura científica. Asimismo se ofrecen los principales datos disponibles sobre la prevalencia del Estrés Traumático Secundario en el campo de los RHS y se plantearán las consecuencias del ETS en la salud de los RHS. Con el fin de abordar la dinámica del ETS se mostrarán los modelos explicativos sobre el fenómeno y se profundizará sobre los procedimientos diagnósticos y de evaluación del ETS. Posteriormente, se definirán algunas de las variables asociadas al fenómeno y se explicitarán relaciones teóricas entre ellos.

El capítulo III ofrece las preguntas, objetivos e hipótesis planteadas a partir de la revisión de los aspectos conceptuales y teóricos del ETS. El Capítulo IV se diseñó para explicitar el método utilizado para llevar adelante el estudio. En este sentido, se plantearán aspectos relacionados con su diseño, con el acceso a los participantes, los instrumentos de medición utilizados, el procedimiento general empleado, cómo ha sido la gestión y el procesamiento de los datos y finalmente se explicitarán los aspectos éticos implicados.

En el Capítulo V se presentarán los resultados obtenidos en el estudio. Para ello se describirá cómo estuvo conformada la muestra y posteriormente se presentarán los resultados por objetivo específico.

Finalmente, en el Capítulo VI se discuten los resultados obtenidos y sus implicaciones teóricas y prácticas para el campo de estudio. Asimismo, se analizan las limitaciones del trabajo y se realizan recomendaciones e indicaciones a los actores relacionados, así como también se desprenderán nuevas hipótesis que aportarán al campo de conocimiento y permitirán diseñar nuevos estudios.

CAPITULO I

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

El presente capítulo tiene el objetivo de introducir al lector en el contexto internacional y nacional sobre el cuidado de los Recursos Humanos en Salud (RHS), hacer referencia al Servicio de Salud en el que se ha llevado a cabo el estudio, formular una breve referencia al concepto de *estrés* y a proponer una visión panorámica sobre los estudios relacionados con los RHS y el estrés laboral. Para ello, se brindarán datos referentes a organismos internacionales y nacionales, así como también a resultados de estudios relacionados con la temática.

1.1 Contexto Nacional e Internacional de los RHS

La Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo) del Consejo Directivo y del Comité Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) se compromete, en el año 2005 al fortalecimiento de los RHS, generando condiciones laborales que tengan en cuenta a los empleados y oportunidades de contribuir de manera importante a la atención primaria de salud. En octubre del 2007, la OPS y la OMS, definieron una serie de metas regionales en materia de RHS para el período 2007-2015 (OMS, OPS, 2007). En este documento se plantean cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto. Se destaca la necesidad de generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de

garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población. En este sentido, la meta número 14 plantea la importancia de que el 80% de los países de la región cuente con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo (OMS, OPS, 2005, 2007).

Dentro de los objetivos que han sido diseñados para ser implementados por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que rige desde el año 2007 en nuestro país, se destaca el desarrollo y profundización de las transformaciones en los servicios de Salud Mental (MSP, 2011). De la mano y en concordancia con las recomendaciones internacionales (OMS, OPS, 2005, 2007), el SNIS propone la importancia del cuidado de sus RHS, en tanto son la fuerza productiva involucrada directamente en el trato con los usuarios en los procesos de salud y enfermedad (Ley N° 18.211, Parlamento Uruguayo). La OMS define a los RHS como: “toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud” (OMS, 2009, p.1). Para la OMS, los trabajadores sanitarios pueden ir desde personas que cuidan a sus familiares en momentos de enfermedad, cuidadores formales e informales, así como también voluntarios que contribuyen a la mejora de la salud, entre otros (OMS, 2009). Paralelamente, concibe a los Sistemas de Salud como «todas las organizaciones, personas y acciones cuya principal finalidad es promover, restaurar o mantener la salud» (OMS, 2009).

Por otra parte, la OMS advierte que los avances de las tecnologías de la salud pueden tener poca repercusión en la salud humana si no existen sistemas sanitarios que acompañen tal desarrollo. El organismo internacional resalta el estado de abandono que tienen los sistemas sanitarios, manifestándose en la “grave penuria de trabajadores sanitarios capacitados” (OMS, 2009, xi). Advierte que la falta de cuidado de los RHS repercute negativamente en la implementación de planes y programas de salud que desarrollan los estados para gestionar la salud de la población. Por lo tanto, el cuidado de los RHS es fundamental para la adecuada implementación de las políticas sanitarias de los estados. En este sentido, la OMS considera que “el personal sanitario representa uno de los principales componentes de los sistemas de salud y se ha identificado

como una prioridad de las actuaciones dirigidas a fortalecer dichos sistemas” (OMS, 2009, p.15).

Las cifras aportadas por el MSP a partir del Primer Censo Nacional de Recursos Humanos en Salud, arrojan que en nuestro país existen 15.473 Auxiliares de Enfermería, 3.115 Licenciados en Enfermería y Nurses, 2.927 Licenciados en Psicología y Psicólogos, 478 Licenciados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 330 Psiquiatras, 65 Psiquiatras infantiles (MSP, 2010).

Debido a que el Uruguay se encuentra avanzando en el desarrollo e implementación del SNIS, se destaca la importancia de generar insumos científicos y tecnológicos enfocados al cuidado humano de los RHS. En este sentido, la Psicología y los avances en las Ciencias del Comportamiento tienen un terreno fértil en el cual realizar aportes significativos y desarrollar tecnologías referidas a este campo de problemáticas. Cuidar a aquellos que cuidan tiene grandes beneficios, no solo económicos para los gestores de los sistemas de salud, sino que también para la optimización y mejora de las prestaciones de salud que ofrecen dichos servicios.

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud plantea que “Un sistema de entrega de servicios de salud efectivo y funcional es uno de los muchos factores que determinan la salud de la población. Como tal, promover condiciones seguras y saludables para todos los proveedores de la salud es una importante estrategia para mejorar la salud de la población” (OPS, 2011, p.35).

1.2 Hospital Vilardebó

El Hospital Vilardebó es el hospital psiquiátrico de referencia a nivel nacional, ubicado dentro del Tercer Nivel de Atención, destinado «a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización» (Ley 18.211 art.38), siendo la Unidad Ejecutora n° 7 de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Se encuentra ubicado en la región centro-sur de Montevideo en el barrio Reducto, sobre la Avenida Millán 2515. En el mismo se asiste a la población mayor de 15 años con diversas

patologías psiquiátricas que es usuaria de A.S.S.E. y también de prestadores privados de salud que no cuentan con más días de internación en los respectivos centro (Wschebor, López Rega, Santos, Brescia, Romano, 2009). Comprende un área aproximada de 15.000 m² en los que se desarrollan actividades de atención a la salud mental, como pueden ser consultas psiquiátricas, psicológicas y de trabajo social, internación y rehabilitación en trastornos mentales, tanto agudos como severos y persistentes. El centro hospitalario cuenta con un sector de emergencia, que atiende aproximadamente 1.250 consultas mensuales, un sector de internación con 300 camas disponibles cuyo porcentaje de ocupación nunca es menor al 95% y una policlínica de atención ambulatoria que asiste a 3.800 usuarios por mes aproximadamente (ASSE, 2010).

Médicos generales, psiquiatras, auxiliares de enfermería, nurses, psicólogos y asistentes sociales son los RHS con los que cuenta el Hospital Vilardebó para el cuidado y tratamiento de las patologías mentales, situaciones de crisis y agudeza. Cada una de las disciplinas implicadas tiene un rol específico en el cuidado de los usuarios, sin embargo todas ellas tienen en común el hecho de entrar en contacto con personas que han pasado por situaciones traumáticas y de actual sufrimiento mental. Como veremos, el contacto continuo con personas traumatizadas es un factor que predispone a un tipo de estrés muy particular dentro de los trabajadores.

1.3 El concepto de Estrés

El origen etimológico de la palabra *estrés* deriva del latín *stringere* que significa provocar tensión (Barcelata, 2007). Fue en el siglo XIV cuando se comenzó a conceptualizar el fenómeno del estrés. Este concepto se utilizaba para denominar a determinadas dificultades, luchas, adversidades o aflicciones (Lumsden, 1981 citado en: Lazarus, 2000). Se comenzó a emplear en diversos textos en idioma inglés bajo las siguientes denominaciones: *stress*, *stresse*, *strest* y *streisse* (Cruz, 1998 citado en Barcelata, 2004). Posteriormente, a fines del siglo XVII fue Robert Hooke quien desarrolló un análisis de ingeniería sobre el estrés. (Hinkle, 1973 citado en Lazarus, 2000). Este análisis contempló tres conceptos relacionados con el fenómeno: carga, estrés y tensión. La *carga* hace

referencia a las fuerzas externas, el *estrés* refiere al área de la estructura sobre la que se aplica la carga y la *tensión* es la deformación que se produce en la estructura como consecuencia de la interacción entre la carga y el estrés (Lazarus, 2000). En sus inicios Selye definió al estrés como “una respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él” (Selye, 1936) y caracterizó al Síndrome General de Adaptación como una respuesta destinada a la adaptación del organismo a una nueva situación (Selye, 1936).

Algunos autores plantean que actualmente no existe una única definición sobre el fenómeno del estrés que sea universalmente aceptada (Carrobles, 1996). En este sentido, es fundamental tener en cuenta que los desarrollos científicos en el campo de la psicología permiten comprender el fenómeno del estrés a partir de tres modelos explicativos que fueron desarrollándose a lo largo del siglo XX. Dentro de ellos, encontramos modelos explicativos del estrés *basados en el estímulo* (Cannon, 1932 citado en Barcelata, 2004; Holmes y Rahe, Holmes y David, 1989, citado en Carrobles, 1996), *basados en la respuesta* (Selye, 1954, 1956, 1974, 1975 citado en Carrobles, 1996) y aquellos que hacen foco en los *procesos mediacionales* (Lazarus, 1966, 1993; Lazarus y Folkman, 1986; DeLongis *et al.*, 1988, citado en Carrobles, 1996; Ellis, 1955, citado en Barcelata, 2004).

Actualmente, las teorizaciones sobre los fenómenos del estrés lo consideran como un fenómeno multifactorial (Barcelata, 2004) habiéndose desarrollado modelos interactivos y transaccionales para comprender su complejidad. Se destaca el Modelo de Estrés como Proceso (Lazarus y Cohen, 1969; Lazarus y Folkman, 1993, citados en Barcelata, 2004), el Modelo Multifactorial Interactivo del Proceso de Estrés (Carrobles, 1996), entre otros.

Desde el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, se entiende al estrés como un proceso interactivo entre un individuo determinado y su entorno, evaluado como abrumador ante los propios recursos (Lazarus y Folkman, 1986). Esta definición supone que el estrés está determinado por la evaluación cognitiva que hace la persona de la relación entre las exigencias exteriores, sus demandas

personales y su capacidad para manejar, mitigar o alterar esas demandas en beneficio de su bienestar (Lazarus & Folkman, 1986).

Otros autores como Kabat-Zinn proponen pensar el concepto de estrés desde una perspectiva de sistemas. Para este autor, el estrés actúa de manera interactiva entre los niveles fisiológicos, psicológicos y sociales. Estas múltiples interacciones influyen tanto en nuestros estados mentales como en el resto del organismo, afectando los recursos internos con los que contamos para hacer frente a situaciones estresantes (Kabat-Zinn, 1990).

Los primeros estudios sobre las tensiones y el estrés relacionados con el trabajo y la actividad laboral se llevaron a cabo en los negocios y la industria. Posteriormente, los estudios se enfocaron en las profesiones sanitarias dedicadas al cuidado de seres humanos (Sprang, Clark, Whit-Woosley, 2007). A mediados de los años 70, se comienza a investigar sobre el desgaste profesional, surgiendo el concepto de Burnout o síndrome del quemado (Freudenberger, 1974). En este sentido, el Burnout (BO) es una consecuencia conocida del trabajo asistencial con personas (Freudenberger, 1974; Maslach y Jackson, 1981, 1986; Gil-Monte y Peiró, 1997). Este concepto refiere a un fenómeno en el que el sujeto experimenta un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado (Pines, Aronson, Kafry, 1989). Entre las diversas conceptualizaciones que ofrece la literatura en relación al Burnout (BO), una de las más utilizadas y operativas ha sido la de Maslach y Jackson a partir del diseño del cuestionario denominado Maslach Burnout Inventory (MBI). Estos autores han descrito el BO como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas respecto a las personas que atiende, lo cual crea dudas con respecto a la competencia y realización profesional (Maslach y Jackson, 1981). El BO es un constructo multidimensional o un meta-constructo compuesto por tres dominios que caracterizan al síndrome: a) agotamiento emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) despersonalización o desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del

servicio prestado, y c) falta de realización personal, o tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con sentimientos y apreciaciones de baja autoestima profesional (Maslach & Jackson, 1981, 1986). El proceso de irse quemando es mejor descrito como un estado progresivo que va ocurriendo de manera acumulativa a lo largo del tiempo siendo contribuido por factores personales, factores propios de la población con la que se trabaja y factores de la organización (Maslach & Jackson, 1981, 1986).

Dentro de los trastornos que pueden padecer los RHS, se encuentran aquellas derivadas del estrés resultante del ejercicio de su actividad laboral en el ámbito sanitario. A nivel individual, el estrés laboral está asociado al desarrollo de múltiples enfermedades, favoreciendo lo accidentes laborales, el ausentismo y la rotación de personal, entre otros. A nivel institucional, el estrés laboral disminuye el rendimiento y la calidad de la atención de sus funcionarios (Blandin & Martínez-Araujo, 2005). En este sentido, la calidad de atención de los RHS se ve disminuida, lo que repercute negativamente en los resultados de su tarea, trasladándose de esta manera sus efectos a los usuarios de los servicios. Por estas razones, su estudio se ha vuelto una importante necesidad en los servicios de salud. Algunos autores plantean que el estrés laboral es uno de los problemas de salud más grave en la actualidad, no solo afectando a los trabajadores al provocar incapacidad física o mental, sino también a los empleadores y los gobiernos, que comienzan a evaluar el perjuicio financiero que les causa el estrés (Tello, Tolmos, Vález & Vázquez, 2001).

La OMS ha definido a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados (OMS, 2000). Los últimos estudios plantean que el estrés laboral implica un elevado costo tanto a nivel humano como económico. Afecta tanto a la salud de los trabajadores, repercute negativamente sobre la organización en la que se encuentran debido al absentismo laboral, la baja productividad, el bajo rendimiento, la escasa motivación y el desánimo (Gil-Monte, Núñez-Román y Selva, 2006).

A fines de la década de 1980, parte del mundo académico y científico en el campo de la Psicología se ha centrado en estudiar los efectos originados por el

trabajo con personas que han transitado por situaciones traumáticas y de sufrimiento. Se comenzó a observar que las consecuencias de la exposición secundaria a eventos traumáticos son equivalentes a aquellas de la exposición directa (Bride, Robinson, Yegidis, & Figley, 2004). El avance del desarrollo científico en esta área ha dejado ver que no solamente los RHS padecen de Burnout, sino que existen otras formas de expresión del desgaste laboral. En esta época, se comenzó a observar en los RHS ciertos efectos negativos incididos por mantener contacto frecuente con personas que transitaron por situaciones traumáticas y de sufrimiento. Se vio cómo los trabajadores que mantenían contacto empático con personas traumatizadas comenzaban a tener los mismos síntomas que estas. A este fenómeno Charles Figley lo denominó Estrés Traumático Secundario (ETS), comprendiéndolo como “aquellas emociones y conductas naturales resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro. Es el estrés resultante de ayudar o querer ayudar a personas traumatizadas o que están sufriendo” (Figley, 1995, p.7). A partir de estos desarrollos, se comienza a complejizar la comprensión del estrés laboral y se comienza a tener en cuenta que no solo es originado por las condiciones ambientales, organizacionales y del contacto con seres humanos, sino que también su desarrollo está vinculado al contacto empático con sujetos que han transitado por situaciones traumáticas y de sufrimiento.

Los desastres naturales, los conflictos bélicos, los diversos y múltiples ataques contra la integridad de los seres humanos, los accidentes y las diversas problemáticas de la vida cotidiana cargada de sufrimiento y dolor, son objeto de intervención de varias disciplinas. Tanto los psicólogos, psiquiatras, médicos, asistentes sociales, emergencistas, rescatistas, bomberos, veterinarios, entre otros, dedican su vida al cuidado de otros seres humanos u otras especies animales, que han transitado o están transitando variadas experiencias de traumatización. Las disciplinas mencionadas están ubicadas dentro de las profesiones de cuidado y de ayuda, en tanto abordan e intenta aliviar el sufrimiento ya sea de un sujeto, una familia o una comunidad. Las diversas situaciones traumáticas de nuestra población se enmarcan en un contexto económico, cultural y político, donde parte de los mismos se ven inmersos en

graves problemas de exclusión social, violencia, falta de redes de apoyo y sostén comunitario. Los RHS deben entrar en contacto día a día con estas realidades. En este sentido, los efectos del trauma y de la violencia, no solo inciden en los sujetos que han transitado por las experiencias extremas sino que además los efectos negativos se trasladan de manera vicaria a los RHS y las organizaciones de salud.

La afectación por el ETS pone en riesgo no solo la salud del profesional, sino que también incide negativamente en su rendimiento y en la calidad de su desempeño, volcándose estas consecuencias al servicio de salud al que pertenece y finalmente repercutiendo en los usuarios de tales servicios. Además de ello, el ETS afecta las relaciones interpersonales y por lo tanto las relaciones con los compañeros de trabajo, incidiendo en el clima de trabajo de la organización, lo que a su vez retroalimenta negativamente las condiciones de trabajo en las que se desarrolla la actividad laboral. En este sentido, las investigaciones en el campo de la Psicología han documentado múltiples evidencias que muestran los riesgos en la salud mental de los RHS como consecuencia de trabajar con personas que han transitado por situaciones traumáticas (Cazabat, 2002; Figley, 2000; McCann y Pearlman, 1990; Moreno-Jiménez, Garrosa, Morante, Rodríguez, y Losada 2004; Sabo, 2006).

Se han realizado investigaciones sobre el estrés laboral en Médicos y se ha descubierto que las tasas de alcoholismo y de abuso de drogas son más altas que en la población general (Roy, 1985). Se refiere un estudio llevado a cabo en una muestra de 3575 médicos, en el que encontró que el 27% tenían un diagnóstico de alcoholismo o de dependencia a las drogas y que el 50% presentaba un desorden afectivo relacionado con la depresión y la ansiedad (Margison, 1987). De manera similar, se han evidenciado padecimientos similares en psicólogos. Algunos investigadores han llamado la atención sobre una mayor incidencia del abuso de alcohol y drogas dentro del colectivo de psicólogos (Forney, Wallace-Schutman y Wiggers, 1982; Deutsch, 1985) y de concreción de suicidio (Deutsch, 1985; Cary y Cary 1977; Lester, 1989). En relación a los auxiliares de enfermería y nurses también existe evidencia que también muestra la vulnerabilidad de estas profesiones en cuanto al estrés

laboral. En este sentido, los profesionales de la enfermería son más vulnerables que otros a presentar trastornos afectivos como la depresión, a consumir más psicofármacos que la población general (30 veces más), al alcoholismo y tabaquismo. (Ribera, Cartagena de la Peña, Reig, Romá, Sans & Caruana, 1993). En una muestra aleatoria de 1000 miembros de la National Association of Social Workers de Estados Unidos, un 75% resultó afectado de Burnout en algún momento de su vida y el 39% estaba afectado de Burnout al momento del estudio. (Seibert, 2006. Citado en: Thomas & Otis, 2010). Otros estudios que han evaluado el ETS en profesionales de ayuda han mostrado una prevalencia que varía entre en el 13% y 50% de los participantes (Bride, 2007; Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007). Investigaciones en equipos de salud mental en Chile concluyeron que el 78% de los profesionales reconocen estar afectados psicológicamente y de estos, el 83% lo relacionaron directamente con factores laborales (Hidalgo y Moreira, 2000).

Como lo señalan algunos autores, varias organizaciones han comenzado a diseñar e implementar programas de intervención tanto para la prevención como el tratamiento del ETS (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2004). Es importante tomar en consideración resultados de estudios que aportan evidencia sobre la relación existente entre la afectación en la salud de los RHS y su repercusión directa en los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud. Algunos autores señalan que el desgaste laboral puede derivar en un aumento de licencias médicas, absentismo laboral y en una disminución de la productividad en los profesionales (Betta, Morales, Rodríguez y Guerra, 2007). Sumado a lo anterior, los profesionales que se encuentran desgastados realizan un trabajo más deficiente que aquellos profesionales que no lo están, aspecto que va en claro desmedro de sus pacientes (Gentry, 2003; Salston y Figley, 2003; Valent, 2002). De esta manera, los servicios de salud se ven afectados negativamente tanto en la concurrencia de sus funcionarios como en la efectividad de sus prácticas sanitarias, siendo los mayores perjudicados la población receptora de dichos servicios.

En este sentido, el trabajar con usuarios que se encuentran experimentando situaciones de alta perturbación cognitivo-emocional presenta

altos costos personales para los RHS y para la organización en la que desempeñan su actividad laboral. En estas condiciones, podemos comprender al síndrome de Burnout como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes (Molina, 2007, citado en: Hernández-Vargas, Dickinson, Fernández, 2008). Con el conocimiento actual, podemos agregar que no sólo el síndrome de BO entraría dentro de esta paradoja, sino también el ETS, donde los profesionales pueden experimentar aquello que intentan aliviar: los efectos de la traumatización. En relación a este aspecto, los profesionales que trabajan con sobrevivientes de experiencias traumáticas, están indirectamente expuestos a las mismas experiencias de sus pacientes. Como resultado, aquellos que trabajan con sobrevivientes de eventos traumáticos pueden tornarse vulnerables ante el desarrollo de dificultades psicológicas (Cunningham, 2003).

Entre los años 1986 y 2002 se han publicado un importante número de estudios que aportan evidencia significativa relacionada con las consecuencias negativas en la salud de aquellos profesionales que se encargan de cuidar la salud de otros (Shapiro, 2005). Varias investigaciones enmarcadas en líneas de trabajo relacionadas con la salud del profesional se han desplegado en el mundo científico y académico en los últimos 25 años. Las mismas confirman las consecuencias negativas en la salud de aquellos que dedican su actividad laboral en el cuidado de otros y fundamentalmente por trabajar con el trauma y el sufrimiento.

En noviembre del 2010, la Doctora Stamm, realizó una compilación de la bibliografía que se ha publicado hasta la fecha sobre los efectos del cuidar a aquellos que han experimentados eventos estresantes extremos y sufrimiento. La misma esclarece el gran interés que existe en el mundo académico actual con 1034 artículos científicos y libros especializados en la temática desde 1990 al 2010 (Stamm, 2010). Adicionalmente, en una revisión sobre la temática llevada a cabo por Elwood, Mott, Lohr y Galovski en el año 2011, encontraron que en la base de datos PsychInfo los resultados de búsqueda para las palabras clave: “secondary trauma” y “vicarious trauma” durante el período 2003 a 2010 aumenta

a 300 resultados, incluyendo estudios empíricos, teóricos y revisiones de artículos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El presente capítulo tiene el objetivo de presentar los conceptos que serán el pilar del estudio, de dar soporte teórico y conceptual sobre el Estrés Traumático Secundario y conocer las relaciones entre el constructo y otras variables. Para ello se brindará la definición del Estrés Traumático Secundario, se presentarán datos sobre su prevalencia en el campo de los RHS, se planteará las consecuencias del ETS en la salud de los RHS, se mostrarán los modelos explicativos que dan soporte al fenómeno y se profundizará sobre los procedimientos diagnósticos y de evaluación del ETS. Posteriormente, se definirán algunas de las variables asociadas al fenómeno y se explicitarán relaciones teóricas entre ellos.

2.1 Estrés Traumático Secundario

La revisión bibliográfica sobre desgaste laboral en los RHS deja en evidencia la variedad de constructos que han utilizado los investigadores, en los últimos 30 años, para describir los fenómenos asociados al deterioro en la salud de los trabajadores que entran en contacto con población traumatizada: Persecución secundaria (Figley, 1982), Sobreviviente secundario (Remer y Elliott, 1988a, 1988b), Traumatización secundaria (Follette, Polusny y Milbeck, 1994), Estrés Traumático Secundario (Figley, 1995; Bride et al., 2004), Tensión traumática secundaria (Figley, 1983, 1985, 1989; Stamm, 1995, 1997) y Desgaste por empatía (Figley, 2002). Por su parte, McCann, Peralman & Saakvitne (1995), conceptualizan sobre los cambios en los esquemas cognitivos producto de la exposición a situaciones traumáticas por parte de los pacientes,

denominando a este fenómeno como Traumatización Vicaria (McCann y Peralman, 1990a, Pearlman y Saakvitne, 1995a). En este complejo panorama, el Estrés Traumático Secundario (ETS) es uno de los constructos que son utilizados para comprender un aspecto del impacto en la salud de los RHS como resultado de llevar a cabo su actividad laboral con personas que han transitado experiencias extremas (Bride et al., 2004).

2.1.1 Definición del Estrés Traumático Secundario.

Los RHS que han estado expuestos a las historias de sus pacientes/usuarios cargadas de dolor, miedo y sufrimiento, se pueden sentir de manera similar ya que están inmersos en un vínculo de preocupación por el otro. A este fenómeno Charles Figley en el año 1995 lo denominó ETS, comprendiéndolo como “aquellas emociones y conductas resultantes de entrar en contacto con un evento traumático experimentado por otro. Por lo cual, el ETS es el estrés resultante de ayudar o querer ayudar a personas traumatizadas o que están sufriendo” (Figley, 1995; p.7). El ETS es el resultado directo y específico de las experiencias concretas de los profesionales de ayuda; es un riesgo profesional para los que optan por ayudar a los demás (Alkema, 2008). Otros autores plantean que es una forma de nombrar los efectos negativos que se producen en las personas que trabajan en contacto directo con supervivientes de eventos traumáticos (Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004). En su primer libro, Figley utilizó el término Compassion Fatigue, traducido al español como Desgaste por Empatía (DE) para referir al fenómeno mencionado. Este último término lo toma de una publicación del año 1992 cuando Joison usó el término Compassion Fatigue en la revista Nursing aplicándolo a la profesión de enfermería (Joison, 1992). El concepto describía el síndrome que muchas enfermeras padecían a causa de su exposición a las historias traumáticas de los pacientes que atendían.

Los hechos traumáticos o las experiencias extremas son un conjunto de circunstancias que experimentan los seres humanos y constituyen una amenaza grave para su integridad física, psicológica y/o social, las que son vividas con estados emocionales de miedo, indefensión y horror intensos, a la vez que

suponen una ruptura abrupta en su cotidianidad, modificando sus condiciones de vida, muchas veces en forma definitiva (Pérez-Sales, 2005). Entre ellas podemos encontrar los desastres naturales, los provocados por el hombre, las guerras, los ataques a la integridad de las personas, condiciones socioeconómicas que atentan contra la posibilidad de desarrollar el potencial del ser humano, el desamparo, las múltiples expresiones de la violencia, entre otros. Experimentar estos hechos puede provocar reacciones a corto, mediano y largo plazo en la salud. Las reacciones de ansiedad experimentadas luego de una experiencia traumática son respuestas naturales del organismo por recuperar la homeostasis. En este sentido, las bases biológicas para este tipo de respuestas hacen que aparezcan síntomas relativamente similares en casi todas las culturas y contextos (Pérez-Sales, 2004).

Para el presente estudio utilizaremos la definición que aporta Bride para el Estrés Traumático Secundario (Bride et al., 2004). Este autor define el concepto como las secuelas de la exposición secundaria a eventos traumáticos que son equivalentes a aquellas de la exposición directa, excepto que el trauma vivido directamente por la víctima es experimentado, en este caso, por el profesional que atiende a la víctima (Bride et al., 2004). El constructo es integrado por tres conjuntos de síntomas: intrusión, evitación y activación, que corresponden a los criterios B, C y D, respectivamente, del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) que sufren las víctimas directas del trauma (APA, 1995).

En este sentido, el ETS se produce cuando una persona está influenciada secundariamente por las respuestas de estrés de otra persona, específicamente su paciente (Valent, 1995). De esta manera, el profesional comienza a experimentar la misma sintomatología que su paciente luego de haber transitado, este último, por una experiencia extrema que pudo haber derivado o no en la configuración de TEPT. Esta patología se ubica dentro de los trastornos de ansiedad que define el DSM en su cuarta edición de 1994 (APA, 1994). Se entiende como un conjunto de signos y síntomas que producen un deterioro significativo en la calidad de vida del que los padece y se asocian a haber transitado por una situación traumática, como puede ser una guerra, un desastre natural, situaciones de violencia, violaciones, torturas, etc. (APA, 1994).

En cuanto a la sintomatología asociada al ETS, los síntomas Intrusivos corresponden a la re-experimentación a través de recuerdos, pensamientos, flashbacks y sueños frecuentes relacionados con la experiencia traumática de los pacientes. Los síntomas evitativos incluyen la evitación constante de estímulos asociados al trauma de los pacientes, incapacidad de recordar aspectos significativos de la experiencia traumática por la que han transitado los pacientes y la reducción del interés por participar en actividades anteriormente significativas. Finalmente, los síntomas de aumento de la activación engloban la ansiedad, la dificultad para conciliar o mantener el sueño, la irritabilidad, una baja concentración y la hipervigilancia. Todos ellos, elementos ausentes antes de haber entrado en contacto con las experiencias traumáticas de los pacientes (Figley, 1995, Bride al., 2004).

En función de las ideas presentadas anteriormente, el ETS es un tipo específico de desgaste laboral que surge debido al contacto con pacientes traumatizados. La condición necesaria, pero no suficiente para desarrollar ETS, es que el profesional tiene que haber entrado en contacto con pacientes que transitaran situaciones traumáticas en algún momento de su vida. En este sentido, el ETS se caracteriza por presentar síntomas propios del TEPT (DSM-IV) en un gradiente que va desde muy poca sintomatología a severa (Bride et al., 2004). Altas puntuaciones en la escala de medición (la que será presentada en el próximo apartado) indican que el profesional presenta sintomatología de ETS. En la misma, muy altas puntuaciones de ETS indican que el trabajador presenta sintomatología de TEPT, en donde la experiencia extrema (estímulo necesario para desarrollar TEPT) es el haber entrado en contacto con el usuario afectado por una o varias experiencias extremas en su vida. A diferencia del TEPT, desarrollado o no por el usuario (quien estuvo expuesto directamente a una experiencia extrema), el ETS es el resultado de la exposición indirecta a dicha experiencia, vivida y relatada por el usuario al profesional.

2.1.2 Prevalencia del ETS en los RHS

Estudios clínicos y epidemiológicos con diseños transversales y descriptivos han encontrado altos niveles de prevalencia del ETS en diferentes

muestras de profesionales. Utilizando la Escala de Estrés Traumático Secundario (Bride et al., 2004), Guerra (2008) estudió la prevalencia del ETS en una muestra de Psicólogos Clínicos Chilenos (n=264) y halló que el 39% de los participantes se encontraron por encima del punto de corte de 38 puntos (Bride, 2008), por lo que presentan TEPT debido al ETS. De ésta muestra, los Psicólogos Clínicos que trabajan en un contexto laboral amplio (contextos laborales variados) (n=113) presentaron una prevalencia del 28% de presencia de ETS por encima de los 38 puntos y los Psicólogos Clínicos que trabajan en centros de violencia (n=146) una prevalencia del 43%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($t = -2,640$; $p < 0,01$) (Guerra y Saiz, 2007). Otro estudio, con 187 trabajadores de Servicios de Protección Infantil, encontró que el 34% de ellos presentó sintomatología de TEPT asociada al ETS (Bride, Jones, & MacMaster, 2007).

Por otra parte, en el campo de la enfermería, se estimó la prevalencia del ETS en 67 enfermeros y enfermeras insertas en salas de emergencia de tres Hospitales Generales Comunitarios de California, Estados Unidos. Utilizando el criterio propuesto por Bride (2008), el 33 % de los enfermeros presentó sintomatología de TEPT por exposición secundaria (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). Otro estudio analizó una muestra aleatoria de 464 enfermeras de la Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN) y encontró que el 35% de las enfermeras informó sintomatología de moderada a graves en los niveles de ETS (Beck, & Gable, 2012). En otro estudio en 43 miembros del personal de una unidad de oncología para pacientes hospitalizados, el 37% de los que respondieron a una encuesta por correo presentó sintomatología de TEPT asociada al ETS (Quinal, Harford & Rutledge, 2009). Anteriormente, Bride (2007) estimó la prevalencia del ETS en 282 Trabajadores Sociales y halló que el 15% de los mismos cumplen criterios para TEPT. (Bride, B. E., 2007).

A pesar de la variedad de estimaciones sobre la prevalencia del ETS en algunos estudios, la misma refleja un fenómeno de alta prevalencia que debe tomarse en cuenta tanto para su estudio como para su intervención.

2.1.3 Consecuencias del estrés sobre la salud de los RHS

Varios estudios han generado evidencia sobre las consecuencias en la salud de los RHS al ser afectados por el estrés laboral. Shapiro, Astin, Bishop y Cordova (2005) presentan una revisión sobre tales efectos y los organizan en dos dimensiones; una relacionada al daño personal y otra relacionada con los daños en la eficacia profesional (Shapiro, Astin, Bishop y Cordova; 2005). Esta revisión muestra que el ETS, aumenta de los niveles de depresión (Tyssen, Vaglum, Gronvold, & Ekeberg, 2001), disminuye de la satisfacción laboral (Blegen, 1993; Flanagan & Flanagan, 2002), desorganiza las relaciones Interpersonales (Gallegos, Bettinardi-Angres, & Talbott, 1990), aumenta los niveles de angustia psicológica (Jain, Lall, McLaughlin, & Johnson, 1996), aumenta el riesgo de suicidio (Richings, Khara, & McDowell, 1986), disminución de la atención (Smith, 1990), reducción de la concentración (Askenasy & Lewin, 1996), incidencia negativa en la capacidad para tomar decisiones (Klein, 1996); Lehner, Seyed-Solorforough, O'Connor, Sak, & Mullin, 1997), reducción de la competencia para establecer relaciones sólidas con los pacientes (Pastore, Gambert, Plutchik, & Plutchik, 1995) y aumenta el riesgo de de padecer Burnout (Spickard, Gabbe, & Christensen, 2002).

El ETS puede tener una expresión aguda en un momento determinado tras entrar en contacto con situaciones traumáticas experimentadas por los usuarios con los que el profesional desarrolla su actividad laboral. Si el ETS permanece sin resolverse, existe el riesgo de que el profesional pueda llegar a ser emocionalmente distante e incapaz de mantener un ambiente cálido y actitud empática y sensible hacia los pacientes (McCann & Pearlman, 1990) y que, eventualmente, pueda abandonar su lugar de trabajo y profesión.

Se han realizado varios estudios en rescatistas, enfermeros, médicos y psicólogos, en tanto son profesiones que permanentemente se encuentran en contacto con situaciones traumáticas por las que han transitado sus pacientes. Como ejemplo, en relación a los psicólogos, la atención psicoterapéutica ha sido considerada como un factor que puede causar un impacto negativo en la vida personal del terapeuta (Guy y Liaboe, 1986; Farber y Heifetz, 1982; Will, 1979;

Greben, 1975; Varma 1997). Los psicoterapeutas suelen trabajar directamente con el estrés y los estresores de sus pacientes (Varma, 1997). Están más expuestos a la intimidad, a la interacción y a la implicación con sus pacientes, asistiendo y participando en la lucha de personas que presentan un malestar considerable –como de tipos depresivos con tendencias suicidas- así como situaciones personales muy próximas a las del terapeuta, que pueden ocasionar la actualización de viejos problemas o ser sentidas como desencadenantes de problemas en ellos mismos (Farber y Heifetz, 1982; Forney, Wallace-Schutman y Wiggers, 1982). Los psicólogos se exponen de manera cotidiana a relatos cargados de sufrimiento y dolor por parte de los usuarios de sus servicios, aumentando el riesgo de padecer sintomatología asociada al ETS. Herman (1997) refiere a esta respuesta como la contratransferencia traumática, en la que el terapeuta experimenta el mismo terror, la rabia y la angustia que el paciente, aunque en menor grado.

2.1.4 Modelos explicativos

En la literatura revisada, se encuentran distintos modelos que proponen explicar la génesis y el desarrollo del ETS. Guerra-Vio (2007) está de acuerdo con otros investigadores de la temática (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa & Rodríguez, 2004) con que la justificación teórica del ETS aún se encuentra en proceso de elaboración debido a que es un fenómeno visualizado recientemente. Destaca además la escasa literatura e investigaciones en Latinoamérica. El autor mencionado sistematiza cinco modelos que intentan explicar la génesis y desarrollo del ETS (Guerra-Vio, 2007). Se refiere a los modelos desarrollados respectivamente por Charles Figley; Paul Valent; Randal Beaton y Shirley Murphy; Mary Ann Dutton y Francine Rubinstein y Lisa McCann y Laurie Anne Pearlman. En la revisión bibliográfica se agregan otros modelos explicativos del ETS como puede ser el Modelo de Gentry, Baranowsky & Dunning del año 1997.

Como se ha mencionado, para llevar a cabo el presente estudio se utilizará la definición que aportan Bride et al. (2004) para el Estrés Traumático Secundario, entendido como las secuelas de la exposición secundaria a eventos traumáticos que son equivalentes a aquellas de la exposición directa, excepto

que el trauma vivido directamente por la víctima es experimentado, en este caso, por el profesional que atiende a la víctima (Bride et al., 2004). Esta definición se basa en el modelo desarrollado por Charles Figley (1995), que se tomará como referencia inicial para estructurar el estudio, dado que es el autor pionero en la materia y que, posteriormente a sus producciones originales, el concepto de ETS adquiere otras definiciones (Stamm, 2010), lo que modifica sustancialmente su definición original.

El modelo explicativo del ETS que este autor propone establece la idea de que la empatía es el eje central del ETS, refiriéndose a este fenómeno como Desgaste por Empatía (Figley, 2002a). Radley y Figley (2007) definen la compasión como un sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas. Figley (2002a) refiere que la relación entre el profesional de ayuda y las víctimas de eventos traumáticos se basa en la habilidad empática del que ayuda, aspecto que hace que este último se identifique con la víctima y con su experiencia traumática, generando mayor vulnerabilidad al desarrollo de síntomas propios de la exposición directa. En este sentido, la habilidad empática puede transformarse en un factor de vulnerabilidad para la adquisición de sintomatología de ETS (Figley, 1995).

Por tanto, “en el corazón de la teoría del ETS se encuentran los conceptos de empatía y de exposición” (Figley, 1995). La empatía es considerada como un recurso importante para poder ayudar a personas traumatizadas, siendo un importante recurso para evaluar el problema por el que está transitando el paciente y para poder formular una aproximación del tratamiento a seguir. La relación entre el profesional de ayuda y las víctimas de eventos traumáticos se basa en la habilidad empática del que ayuda, aspecto que hace que este último se identifique con la víctima y con su experiencia traumática generando mayor vulnerabilidad al desarrollo de síntomas propios de la exposición directa. Este proceso de sincronización con el paciente necesario para la ayuda y que permite al profesional acceder al sufrimiento del paciente es el elemento central del proceso de traumatización (Figley, 1995).

Otro componente que incide en la afectación por ETS son las experiencias previas de trauma en el propio trabajador. En este sentido, Charles Figley identifica como riesgo el que el trabajador generalice sus experiencias y modos de afrontamiento de sus experiencias traumáticas pasadas a la búsqueda de estrategias para el paciente. Los traumas no resueltos de los trabajadores serán activados al ser informados de un trauma similar en sus pacientes. Estos conflictos no resueltos pueden ser reactivados como consecuencia de las experiencias traumáticas de un paciente. “La exposición de los trabajadores al trauma es mucho más que solo “conocimiento” del trauma” (p. 54). Es como el humo de segunda mano, sus efectos son reales, pero es difícil medirlos con precisión” (Beaton & Murphy, 1995).

2.1.5 Evaluación del Estrés Traumático Secundario

A medida que en la literatura especializada fueron surgiendo conceptualizaciones sobre los efectos de la práctica profesional de los RHS, se crearon y desarrollaron instrumentos para evaluar estos constructos. Los siguientes instrumentos son los que actualmente aplican los investigadores y administradores de servicios de salud para evaluar a sus profesionales: Compassion Fatigue Self Test (CFST) (Figley, 1995), Compassion Satisfaction and Fatigue Test (Figley & Stamm, 1996), Compassion Fatigue Scale (Gentry et al., 2002), Compassion Fatigue Short Scale (Adams et al, 2006), Profesional Quality of Life Scale (Stamm, 2005), Secondary Traumatic Stress Scale (Bride et al, 2004), Impact of Events Scale (Horowitz et al, 1979), Impact of Events Scale-Revised (Weiss, 2004), Trauma and Attachment and Belief Scale (Pearlman, 2003) y Word Assumptions Scale (Janoff-Bulman, 1989) . Figley en el año 2007 publica un artículo en el que se describen las características de todos estos instrumentos: subescalas que contienen, validez, confiabilidad, período de tiempo que evalúa, el costo del instrumento y cómo obtenerlo. En el medio latinoamericano se ha utilizado la Escala de Estrés Traumático Secundario (Secondary Traumatic Stress Scale (Bride et al, 2004), adaptada y validada a Chile por Guerra-Vio & Saiz en el 2007.

2.2 Variables asociadas al Estrés Traumático Secundario

Lerias y Byrne (2003) elaboran una lista con variables que indican en el desarrollo del estrés asociado a la traumatización secundaria, a partir de una revisión de estudios anteriores. En la enumeración se destacan la severidad del desastre por la que transitó el paciente, el compromiso empático con el paciente previo al trauma, el locus de control externo, la experiencia de vida del profesional, el género, la amenaza percibida, la evaluación que se haga del estresor, el grado de exposición, la edad de la víctima, el funcionamiento psicológico previo, la forma de relacionamiento con la víctima directa, las estrategias de afrontamiento negativas, el estatus educacional-socio-económico y la capacidad de organización.

En este sentido, el ETS es modulado por diferentes procesos mentales y conductuales. Algunos autores como, tomando como variables a la empatía, el reto, la comprensibilidad y el sentido del humor, concluyen que las variables de personalidad que han estudiado son factores significativamente influyentes en el proceso de ETS” (Moreno-Jimenez, Morante, Rodriguez y Muñoz, 2008).

Paralelamente, los estudios sobre la temática reflejan la existencia de procesos mentales y conductuales que modulan el desarrollo del ETS (Lerias y Byrne, 2003; Moreno-Jimenez, Morante, Rodriguez, & Muñoz, 2008; Thomas & Otis, 2010; Thomas, 2011; Guerra-Vio, 2011). Dentro de estos, destacan la capacidad empática, la distancia emocional, la predisposición a la utilización de la atención plena (Mindfulness), la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y la historia previa de trauma del profesional.

A continuación se pasa a detallar algunas de las variables asociadas al ETS.

2.2.1 Burnout y ETS

El BO es un fenómeno que puede ocurrir en cualquier profesión y no es específico de trabajar con población traumatizada (Elwood, Mott, Lohr & Galovski, 2010). De esta manera, el BO no se asocia con las reacciones del profesional a los materiales traumáticos de los pacientes, sino que está asociado

con características del lugar de trabajo y el estrés institucional (Stamm, 1997). Es decir, que mientras que los trabajadores de cualquier ámbito laboral pueden ser afectados y tener síntomas de BO, el ETS es específico de aquellas profesiones que se dedican a ayudar a otros que han transitado o están transitando por situaciones traumáticas y de sufrimiento. Por lo tanto, cuando hablamos de desgaste laboral asociado a las características del lugar del trabajo, el estrés institucional y el contacto con múltiples personas se utiliza el concepto de BO. Por otra parte, cuando se alude al desgaste laboral asociado al contacto con el trauma y el sufrimiento se utiliza concepto de ETS. Ambos procesos están interrelacionados en el campo de los RHS, se dan temporalmente de forma paralela, es decir que el desarrollo del ETS es potenciado por el desarrollo del BO y viceversa.

Tanto el BO y como el ETS aluden a fenómenos de desgaste laboral diferenciados en al menos cuatro aspectos. Mientras que el BO es un proceso de desgaste gradual, el ETS corresponde a un estado de aparición abrupta. Los síntomas del BO son crónicos mientras que los síntomas del ETS son agudos. La tasa de recuperación de los síntomas del BO es mucho más baja que la correspondiente tasa del ETS (Bride, 2001; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez, 2004; Salston y Figley, 2003).

En este contexto, una revisión sistemática reciente (Cieslak, Shoji, Douglas, Melville, Luszczynska, & Benight, 2014) sobre la evidencia empírica aportada por 41 estudios originales que analizaron las asociaciones entre el BO y el ETS entre los profesionales que trabajan con sobrevivientes de trauma ($n=8.256$) indicó que las asociaciones entre el BO y el ETS son fuertes (weighted $r \leq 0,69$) y esto resultados sugieren que debido a la alta correlación entre el BO y el ETS, hay grandes probabilidades de que un profesional expuesto al trauma secundario de los usuarios informen niveles similares de BO y ETS (Cieslak et al., 2014).

2.2.2 Separación Emocional y ETS

Thomas & Otis (2010) aportan evidencia sobre las relaciones existentes entre la separación emocional y el desarrollo del ETS. Citan el estudio desarrollado por Corcoran (1982) quien ha planteado que altos niveles de resonancia empática se asocian a bajos niveles de separación emocional. Dicho de otra manera, se ha visto que a mayor nivel de conexión empática que el terapeuta establezca con el paciente, disminuye la separación emocional que el primero pueda establecer con el segundo. Este último autor define a la separación emocional como la capacidad del sujeto para mantener una separación entre sus emociones y las emociones de las personas con las que entra en contacto (Corcoran, 1982). Badger, Royse, y Craig (2008) sugieren que menores niveles de separación emocional se encuentran relacionados con altos niveles de traumatización vicaria. Los resultados de investigación de Thomas y Otis (2010) indican que existe una relación significativa entre altos niveles de separación emocional y bajos niveles de desgaste por empatía y burnout. Sugieren que no es el cuidado o el dejarse tocar por el dolor de los pacientes lo que pone en riesgo al terapeuta ante el desarrollo del desgaste por empatía o el Burnout, sino que el riesgo ocurre cuando los terapeutas que cuidan de sus pacientes no presentan la habilidad para mantenerse separados emocionalmente (Thomas & Otis, 2010).

La escala Maintenance of Emotional Separation (MES) (Corcoran, 1982) se ha creado para medir la separación emocional por medio de la diferenciación del sujeto con otro. Existen pocos estudios a nivel internacional que utilicen esta escala, destacándose los realizados por Thomas y Otis (2010), Badger et al. (2008) y Lang-Takac y Osterweil (1992). La escala MES presenta una aceptable confiabilidad interna con una alpha de Cronbach de .71 (Corcoran 1982, 1983). La validez convergente y discriminante se estableció mediante la comparación entre los resultados de la escala MES con medidas de empatía y deseabilidad social (Corcoran, 1982). No se han encontrado investigaciones en idioma español que utilicen esta escala por lo que se ha realizado una traducción al español de la misma para ser utilizada en el presente estudio.

2.2.3 Empatía y ETS

Eisenberg (2000) refiere a la empatía como una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación de otra persona y es similar a lo que la otra persona está sintiendo. En este sentido, la respuesta empática incluye la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que se observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria (toma de perspectiva) y, además, la reacción afectiva de compartir su estado emocional, que puede producir tristeza, malestar o ansiedad (Mestre-Escrivá, Frías-Navarro y Samper-García, 2004).

En un comienzo, el concepto de empatía era explicado separadamente por enfoques cognitivos y por enfoques afectivos. Davis (1980) propone una definición multidimensional de la empatía, marcando un punto de inflexión claro en la historia del desarrollo del constructo. Este enfoque establece que la empatía incluye cuatro componentes diferentes aunque relacionados entre sí. Dentro de la dimensión cognitiva distingue la fantasía, referida a la tendencia a identificarse con personajes de ficción y la adopción de perspectivas, entendida como la capacidad de representarse los pensamientos y motivaciones de los otros. En relación a la dimensión afectiva, señala la angustia empática, que es la tendencia a experimentar sentimientos de compasión y preocupación por el otro, y la aflicción personal, referida a la ansiedad que se experimenta al ser testigo de un suceso desagradable por otro.

En cuanto a los antecedentes y variables moduladoras del ETS, la habilidad empática puede transformarse en un factor de vulnerabilidad para la adquisición de sintomatología de ETS. El proceso de empatizar con una persona traumatizada ayuda a comprender su experiencia, pero en este proceso los trabajadores pueden traumatizarse (Figley, 1995). Radley y Figley (2007) definen la compasión como un sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas.

2.2.4 Mindfulness y ETS

La atención plena o Mindfulness es una capacidad inherente a la conciencia humana que permite atender a los fenómenos que se experimentan en cada momento presente, de un modo en el que se aceptan tal y como emergen en la conciencia, sin realizar juicios sobre ellos (Baer, Smith & Allen, 2004; Brown & Ryan, 2003). En este sentido, el Mindfulness o su traducción al español como atención plena refiere a la capacidad del organismo en centrar la atención en el momento presente sin que la mente se vea arrastrada por pensamientos, juicios u opiniones (Siegel, 2011). En este sentido, se comprende al Mindfulness como un tipo de actividad mental que le permite a la mente ser consciente de la conciencia misma (Siegel, 2011; Jha, Krompinger & Baime, 2007). Esta observación de la mente, como función metacognitiva, permite reconocer pensamientos o sentimientos propios como acontecimientos mentales, en vez de como parte del yo (Teasdale et al., 2002, citado en Martín-Asuero & García, 2006). Al producirse este fenómeno, el sujeto no se identifica con aquello que le sucede sino que lo observa como cualquier otro acontecimiento de su realidad. Al poder observar meta-cognitivamente los procesos mentales, el sujeto tiene la posibilidad de reconocer lo que le va sucediendo a medida que ocurre. En tal sentido, el Mindfulness es entendido como una capacidad humana universal básica (Simón, 2007). Esta función, genera un estado mental que permite al individuo implementar una respuesta elaborada y no descargar impulsivamente una reacción, lo que podría incidir negativamente en las conductas del sujeto para sí mismo y para sus relaciones interpersonales.

Diversos estudios muestran los numerosos beneficios del cultivo del Mindfulness para la salud en general y la salud mental en particular (Baer et al., 2008; Brown & Ryan, 2003). Varios estudios han demostrado las diversas aplicaciones del cultivo de la atención plena destacando la mejoría en la capacidad para regular las emociones, para combatir las disfunciones emocionales, de mejorar las pautas cognitivas y de reducir los pensamientos negativos (Siegel, 2011).

En una revisión bibliográfica (Martín-Asuero & García, 2006) sobre la eficacia del cultivo de la atención plena, la misma ha quedado demostrada para la reducción del estrés psicológico (Kabat-Zinn, 1982, 2003) para el alivio del malestar psicológico en sus formas de depresión (Teasdale et al., 2002), y ansiedad (Kabat-Zinn et al., 1992; Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998), mejoría del estado de ánimo (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen & Speca, 2001; Speca, Carlson, Goodey y Angen, 200), bienestar general (Austin, 1997; Majumdar, Grossman, Dietz-Waschkowski, Kersig y Walach, 2002), reducción significativa del malestar psicológico de personas con malestar elevado (Martín-Asuero & García, 2006), entre otros.

Los dispositivos creados para desarrollar el Mindfulness tienden a generar la capacidad mental de observar la propia mente, de distanciarse operacionalmente de los propios afectos y pensamientos y poder observarlos en vez de reaccionar ante ellos. Los avances científicos de la Neurobiología Interpersonal han definido el Mindsight como los mecanismos que permiten que el sujeto sea consciente de su propia mente (Siegel, 2011). Según este autor, ser consciente de la propia mente, enfocando la atención en los procesos sensoriales exteroceptivos e interoceptivos que ocurren en el momento presente, reduce el malestar originado por el estrés y potencia los estados de bienestar psicológico (Siegel, 2011). Los últimos desarrollos en neurociencia plantean que el cultivo de la atención plena lleva al desarrollo del Mindsight. La atención plena como rasgo hace referencia a la capacidad de habitar y permanecer con mayor frecuencia en las propias experiencias (Brown & Cordon, 2009).

La posibilidad de operar que tiene nuestra mente bajo las condiciones del Mindfulness, reduciría la afectación del estrés y procesos de desgaste general. En este sentido, los avances científicos en el campo de la psicología y la neurobiología están arrojando evidencia significativa sobre los beneficios de su aplicación tanto en la prevención como en el tratamiento de los padecimientos humanos.

Esta forma de atención intencional fue cultivada desde hace más de 2.500 años por las tradiciones de oriente con un enfoque contemplativo y capturada por

la ciencia occidental a finales de la década de los 70. Fue en la Universidad de Massachusetts, EE.UU. de la mano del Dr. Jon Kabat-Zinn, donde comenzó la investigación occidental sobre el Mindfulness. Este autor, en el año 1990 impulsó el uso de la meditación mindfulness como dispositivo para la reducción del estrés presente en patologías orgánicas y psicológicas. Desarrolló el Mindfulness-Based Stress Reduction Program, orientado al tratamiento del estrés en el ámbito de intervención de la medicina conductual.

En el campo de la psicoterapia, diversos dispositivos terapéuticos han sido creados utilizando técnicas para el cultivo de la atención plena. Dentro de ellas, encontramos la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy, ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), la Terapia Dialéctica Conductual (Dialectical Behavioral Therapy, DBT; Linehan, 1993), la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness enfocada a la prevención de recaídas para la depresión (Mindfulness-based Cognitive Therapy, MBCT; Teasdale et al., 2000)

Las herramientas que existen para medir el mindfulness se basan principalmente en instrumentos que utilizan el método de auto-reporte. Dentro de este grupo, se ha creado la escala de 39 ítems denominada Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, et al., 2006), traducida al español como Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (Loret de Mola, 2009). Este cuestionario mide el Mindfulness como rasgo a partir de cinco factores que los autores llaman facetas del mindfulness: Observación Descripción, Actuar con Conciencia, Ausencia de Juicio, Ausencia de Reactividad. El factor Observación refiere a la capacidad del sujeto para observar la experiencia presente y prestar atención a los datos que provienen del medio interno y externo del organismo, tales como sensaciones corporales, pensamientos, emociones y datos que provienen por el resto de los sentidos. El factor descripción hace referencia a la posibilidad de describir las experiencias observadas sin establecer un juicio ni un análisis conceptual sobre ellas. El factor Actuar con Conciencia refiere a la capacidad del sujeto para focalizar la atención en cada una de las actividades que realiza en cada momento, en contraposición al comportamiento mecánico, comúnmente llamado “piloto automático” en donde la atención se focaliza en una

situación diferente a la que uno está experimentando. El factor Ausencia de Juicio incluye tomar una posición no evaluativa frente a las experiencias del momento presente, de modo que estas son aceptadas y permitidas en la conciencia, sin intentar evitarlas, cambiarlas o escaparse de ellas. Por último, el factor Ausencia de Reactividad ante las experiencias internas refiere a la tendencia a permitir que los sentimientos y emociones fluyan, sin dejarse “atrapar” o dejarse llevar por ellos (Baer et al., 2008).

En relación al estrés laboral de los RHS, algunos autores han demostrado los potenciales beneficios de la aplicación de intervenciones basadas en Mindfulness para la reducción del BO y del ETS (Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). Otros estudios plantean que un mayor énfasis en el manejo intencional de los estados emocionales internos por medio del Mindfulness puede ser tan importante para los profesionales como para los pacientes ante el desarrollo del BO y ETS (Thomas & Otis, 2010)

2.2.5 Autocuidado de los RHS y Estrés Traumático Secundario

Se planteará la relación entre dos variables relacionadas con el autocuidado de los Recursos Humanos en Salud y el Estrés Traumático Secundario: el Autocuidado y el Recovery.

2.2.5.1 Autocuidado en los Equipos de Salud

Dadas las consecuencias que originan el ETS y el BO en los equipos asistenciales, varios autores han comenzado a conceptualizar y evaluar el autocuidado que los equipos asistenciales y sus RHS implementan. Uribe (1999) define al autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza una persona cualquiera para controlar los factores internos y externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior.. En los profesionales sanitarios, el autocuidado es comprendido como una herramienta de afrontamiento del desgaste laboral (Betta, Morales, Rodriguez & Guerra, 2007). Estos autores se han enfocado en comprender el concepto de autocuidado en profesionales de la psicología y la psicoterapia, tomando la definición que realiza

Yañes en el 2005, como “las competencias del psicoterapeuta para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste asociadas a su ejercicio profesional (Betta, Morales, Rodriguez & Guerra, 2007, p.12).

En América Latina, se destacan las producciones académicas respecto a esta temática realizadas en Chile durante los últimos 3 años (Betta, Morales, Rodriguez & Guerra, 2007, 2008; Guerra, Mujica, Nahamias & Rojas, 2011). Estos autores han explorado con respecto a este concepto y han desarrollado la escala denominada Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos que permite evaluar con qué frecuencia los psicólogos implementan conductas de autocuidado para cuidar su salud. Se trata de una escala está desarrollada para la población chilena, presentando adecuados índices de fiabilidad y validez (alpha de Cronbach .79). Además de ello, han realizado intervenciones cognitivo-conductuales para la reducción del ETS, las que han evidenciado el aumento de las conductas de autocuidado y la disminución del Estrés Traumático Secundario en Psicólogos Clínicos (Guerra-Vio, Funenzalinda-Vivanco & Hernández-Morales, 2009), confirmando la relación inversa entre desgaste laboral y el autocuidado.

Betta, Rodriguez, Morales y Guerra (2008) hacen referencia a las conductas y condiciones de autocuidado que están asociadas con el desarrollo del ETS. Entre ellas están la variedad de actividades profesionales (Pearlman & Saakvitne, 1995), el uso del humor en el ambiente laboral (Moran, 2002), la supervisión de los casos clínicos (Aguilar, 1996), el apoyo de las redes sociales al interior del trabajo (Barudy, 1999; Santana & Farkas 2007), la realización de actividades de esparcimiento dentro del ambiente laboral (Gentry, 2003), el mantener una vida social activa fuera del ámbito laboral (Salston & Figley, 2003; Stamm, 2002; Valent, 2002); el ejercicio físico (Murillo, 2004, citado en Torres & Romero, 2005; Pettit et.al., 2007), la vida espiritual activa (Gentry, 2003), el asistir como paciente a psicoterapia (Hesse, 2002; Pearlman & Saakvitne, 1995; Poblete & Villagrán 2002, citado en Durruty, 2005), la alimentación equilibrada (Gentry, 2003; Murillo, 2004, citado en Torres & Romero, 2005), las adecuadas condiciones laborales (Rosenbloom et al., 1999; Santana & Farkas, 2007), unas

condiciones salariales aceptables (Santana & Farkas, 2007) y la experiencia profesional (Rosenbloom et al.,1999).

2.2.5.2 Recovery y ETS

Los procesos relacionados con la recuperación y la relajación de los estresores laborales pueden ser relevantes para la salud de los trabajadores, el bienestar y el desempeño laboral (De Croon, Sluiter, y Blonk, 2004). La recuperación se refiere a un proceso en el que los sistemas funcionales individuales que se han puesto en marcha durante una experiencia estresante retornan a sus niveles previos (Meijman y Mulder, 1998). El proceso de recuperación puede ser visto como un proceso opuesto al proceso de estrés. Es el resultado de la restauración del estado de ánimo y de los recursos implementados. La relajación es un proceso que a menudo se encuentra asociado con las actividades de ocio y se caracteriza por un estado de baja activación y aumento de afecto positivo (Stone, Kennedy-Moore & Neale, 1995).

CAPÍTULO III

PREGUNTAS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El presente capítulo tiene el propósito de enumerar las preguntas que han sido la base del estudio, presentar el objetivo general, los objetivos específicos y finalmente las hipótesis estudiadas.

3.1 Integración y preguntas que busca responder el estudio

A partir de la revisión teórica y de los resultados de estudios relacionados con la temática se desprendieron algunas interrogantes que oficiaron como base para el diseño del estudio. La primera pregunta fue en relación a la prevalencia del ETS dentro de profesionales que realizan su actividad laboral en el Hospital Vilardebó. En tanto ésta población de RHS se encuentra en contacto con usuarios con diversa variedad de trastornos mentales severos y persistentes, y por ende, probablemente hayan estado expuestos a múltiples experiencias extremas sostenidas en el tiempo, dichos RHS podrían estar afectados por sintomatología asociada al ETS. Por otra parte, en función de las teorizaciones sobre el desarrollo y mantenimiento del ETS, nos preguntamos sobre las relaciones entre la capacidad empática de los RHS y su relación con el ETS. ¿Aquellos trabajadores que establecen relaciones con un grado mayor de empatía, tienen más probabilidades de ser afectados por el ETS? Paralelamente ¿cómo se relaciona la capacidad empática y la separación emocional en el desarrollo de tal afección? ¿Cómo incide la capacidad de Mindfulness en el desarrollo del ETS? Por otra parte, nos preguntamos sobre las posibles relaciones entre las conductas de autocuidado que los RHS implementan y la intensidad de sintomatología del ETS. ¿Los profesionales utilizan estrategias de

autocuidado para disminuir los riesgos de su actividad laboral? Y si es así, ¿existe una relación significativa entre aquellos profesionales con una alta frecuencia de emisión de conductas de autocuidado con la baja afectación de ETS? Por último surgió la pregunta sobre las relaciones entre la historia previa de trauma en el profesional y la aparición de sintomatología. En este sentido, ¿existe alguna relación entre aquellos profesionales que tienen una historia de trauma previo con una mayor afectación del ETS? ¿El haber experimentado situaciones de trauma personal aumenta la probabilidad de desarrollar ETS?

A partir de esta integración se diseñó un estudio para poder obtener respuestas a las interrogantes planteadas.

3.2 Objetivos del Estudio

3.2.1 Objetivo general

Estimar la prevalencia del Estrés Traumático Secundario en los profesionales que desempeñan su actividad laboral en el Hospital Vilardebó y confirmar su relación con otros procesos psicológicos y estrategias conductuales descritas en la literatura científica.

3.2.2 Objetivos específicos

O1) Estimar la prevalencia del Estrés Traumático Secundario en los profesionales

O2) Analizar la relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo con el ETS

O3) Determinar si existe relación entre el nivel de ETS y factores individuales como la empatía, la separación emocional y la predisposición a la atención plena (Mindfulness). En caso de determinarse, analizar el tipo de relación que se establece.

O4) Evaluar si existe relación entre la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y la capacidad de recuperarse luego del trabajo (Recovery) con el desarrollo de ETS.

O5) Analizar si hay una relación entre la historia previa de trauma del profesional con el desarrollo del ETS.

O6) Analizar la relación entre la frecuencia de exposición de los trabajadores a situaciones traumáticas experimentadas por los usuarios con los niveles de ETS.

3.3 Hipótesis del estudio

Se analizó la relación existente entre factores individuales y estrategias de autocuidado con el desarrollo del ETS. Su finalidad fue conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables y determinar la magnitud de su asociación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Estas relaciones permiten mostrar con precisión los ángulos o dimensiones y se enfocan específicamente en analizar las variables psicológicas y conductas de autocuidado que modulan la aparición y desarrollo del Estrés Traumático Secundario en los trabajadores del Hospital Vilardebó.

H1 Los profesionales con mayor separación emocional presentan menos síntomas de ETS.

H2 Los profesionales con mayor desarrollo de facetas de Mindfulness presentan menos síntomas de ETS.

H3 Los profesionales con mayor frecuencia de conductas de autocuidado presentan menor ETS y BO.

H4 Los profesionales con historia de trauma previo presentan mayor ETS.

H5 A mayor Burnout, mayor el riesgo de padecer ETS.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

Este capítulo tiene el propósito de explicitar el método utilizado para llevar adelante el estudio. En este sentido, se plantearán aspectos relacionados con su diseño, con el acceso a los participantes, los instrumentos de medición utilizados, el procedimiento general empleado, cómo ha sido la gestión y el procesamiento de los datos y finalmente se explicitarán los aspectos éticos implicados.

4.1 Diseño del Estudio

Se ha diseñado un estudio, no experimental, basado en una metodología de encuesta y un diseño transversal. Se adopta un nivel de análisis descriptivo y de carácter exploratorio a partir de la toma de información cuantitativa que permita una primera aproximación a los objetivos propuestos.

Se trata de un estudio no experimental ya que no se manipulan las variables que inciden en el fenómeno estudiado, por lo que se categoriza como observacional. Los niveles de las variables independientes son los que se manifiestan en condiciones naturales, sin que se haya procedido a su manipulación. De esta manera, se recogieron los datos a posteriori del fenómeno producido (ETS) y se realizó el proceso de análisis de los mismos. La recogida de información se basó en el auto-informe, mediante la auto-aplicación de un cuestionario en un único momento con el fin de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Este carácter transversal del estudio hace que las relaciones entre las variables deban ser interpretadas con la máxima cautela, especialmente en lo relativo al sentido de la causalidad. Se trata pues de un estudio exploratorio

que pueda servir de base a otros que permitan evaluar con mayor precisión el fenómeno. La elección de esta metodología exploratoria y descriptiva se justifica en la ausencia de estudios previos en el país y en el tipo de muestra a utilizar. Se prefiere, por esto, mantener un abordaje lo menos intrusivo y desnaturalizador del fenómeno.

4.2 Participantes

El diseño del estudio y la selección de la población objetivo, resultó de la propuesta realizada por el Maestrando a la Dirección del Hospital Vilardebó, como consecuencia de la preocupación que la misma tenía en relación a la salud laboral de sus funcionarios. Altas tasas de certificación por enfermedad y algunas situaciones de dificultades en el relacionamiento de los funcionarios hacia usuarios del servicio, motivaban tal preocupación. A partir de allí, se propone la realización de un estudio descriptivo que permita evaluar la prevalencia del ETS en funcionarios del Hospital Vilardebó.

Para el estudio, la unidad de análisis es el individuo y la población objetivo estuvo compuesta por profesionales y trabajadores de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, enfermeros y asistentes sociales, vigilantes) que desempeñan su actividad laboral dentro del Hospital Vilardebó. El acceso a la muestra fue de tipo incidental, no probabilístico. El tamaño muestral final dependió de la tasa de aceptación voluntaria de la participación.

4.3 Instrumentos de medición

Estrés Traumático Secundario. Se evaluó con la Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS; Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004; adaptada a Chile por Guerra & Saiz, 2007). Dicha escala está compuesta por 17 ítems que miden la frecuencia de síntomas intrusivos (ej: *“hay recuerdos de mi trabajo con los pacientes que me provocan malestar”*), evitativos (ej: *“evité personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes”*) y de activación psicofisiológica (ej: *“cuando pensé en el trabajo con los pacientes, mi corazón comenzó a latir más fuerte”*) que caracterizan el estrés traumático

secundario. La escala de respuestas es de tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1 *nunca* a 5 *con mucha frecuencia*). El índice de consistencia interna fue $\alpha = .91$.

Burnout. Medido por la versión española (Seisdedos, 1997) del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey (MBI-HSS; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Está compuesto por 22 ítems que evalúan la frecuencia de síntomas de agotamiento emocional (ej: “me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”), despersonalización (ej: “creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales”) y realización personal (ej: “creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas”) propios de cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout. La escala de respuestas es de tipo Likert con 6 opciones de respuesta (0 nunca a 6 diariamente). El índice de consistencia interna fue $\alpha = .73$.

Empatía. Se midió con el Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Davis, 1980; adaptada a España por Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxeberría, Montes y Torres, 2003). Evalúa la disposición empática a través de cuatro factores, dos cognitivos y dos emocionales: toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y malestar personal. Consta de 28 ítems con un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, puntuables de 0 a 4. El índice de consistencia interna fue $\alpha = .82$.

Separación Emocional. Se evaluó con la Maintenance of Emotional Separation Scale (Corcoran, 1989), traducándose para este estudio ya que no se han encontrado versiones en español. Presenta 7 ítems que evalúan la capacidad del sujeto para mantener una separación entre sus emociones y las emociones de las personas con las que entra en contacto. Presenta formato de respuesta tipo Likert con seis opciones de respuesta que van entre 0 (completamente falso) y 6 (completamente verdadero). El índice de consistencia interna fue $\alpha = .73$.

Mindfulness. Se midió con la versión española (Didonna, 2011) del Five Facet Mindfulness Questionnaire (Baer, Smith y Allen, 2006). El cuestionario mide cinco dimensiones del Mindfulness como rasgo: observación, descripción,

actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad. Consta de 39 ítems con un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde 1 (nunca o muy raramente) a 5 (muy a menudo o siempre). El índice de consistencia interna fue $\alpha = .83$.

Conductas de Autocuidado. Se evaluó con la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (Betta, Morales, Rodríguez & Guerra, 2008). Es una escala dirigida a cuantificar la frecuencia con que los psicólogos clínicos emiten conductas de autocuidado. Consta de 10 ítems, de los cuales 8 representan conductas de autocuidado y 2 incorporan condiciones laborales de autocuidado. El profesional que responde debe indicar qué tan frecuentemente emite las conductas o bien qué tan frecuentemente su ambiente laboral favorece las condiciones de autocuidado. Las posibilidades de respuesta varían entre 0 (nunca) y 4 (muy frecuentemente). Para el presente estudio se cambió el concepto de “psicólogo” por “profesional de la salud mental”. El índice de consistencia interna fue $\alpha = .61$.

Recovery. Se midió con el Recovery Experience Questionnaire (Sonnetag & Fritz, 2007). Los investigadores tradujeron el cuestionario para la presente investigación. El mismo cuantifica la frecuencia con la que los trabajadores emiten conductas de recuperación y relajación luego de la jornada laboral. El índice de consistencia interna fue $\alpha = .80$.

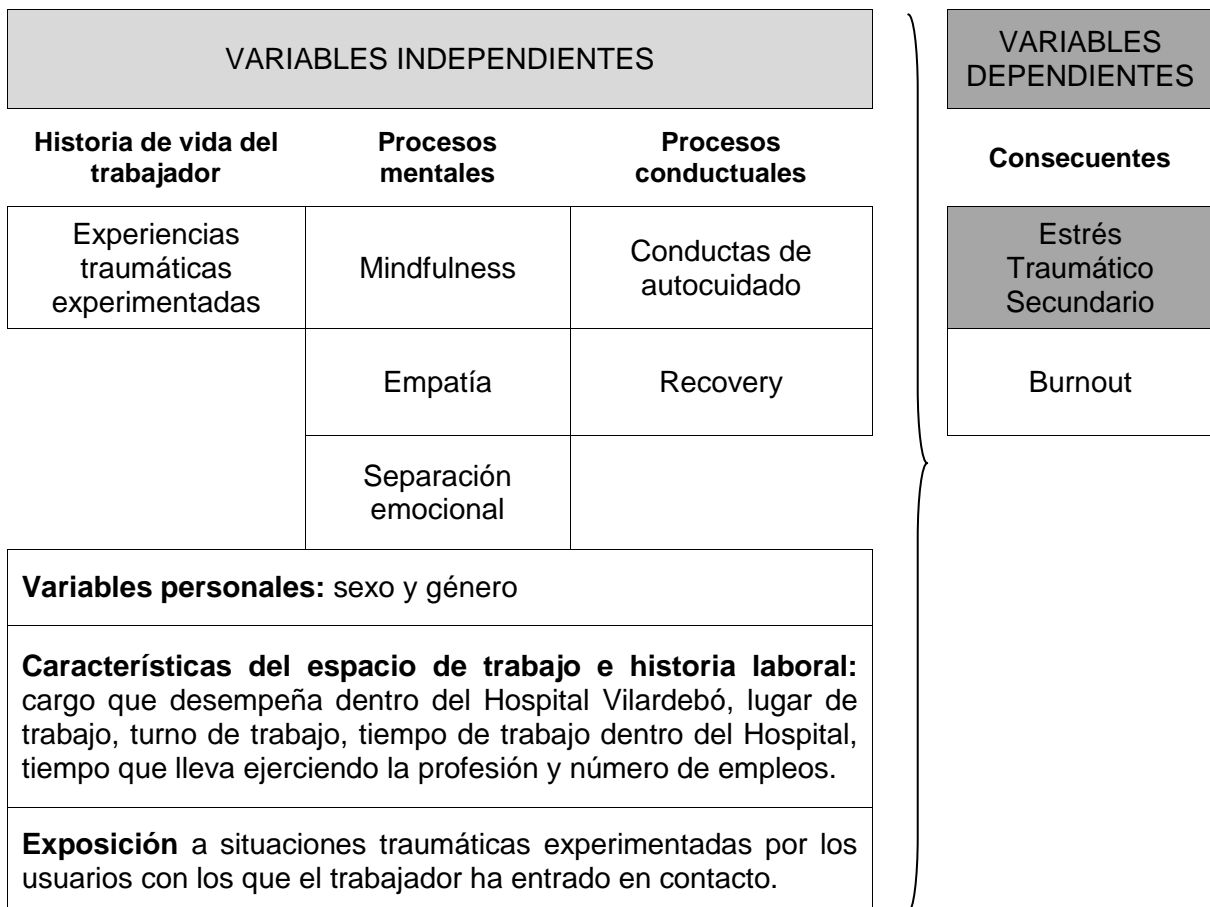
Exposición. La exposición por parte de los RHS a experiencias extremas vividas por los usuarios se evaluó con un cuestionario desarrollado para tal fin. Tuvo como base el Inventario de Experiencias Extremas, parte del Cuestionario de Valoración del Impacto Vital Ontológico (V.I.V.O.) (Pérez-Sales, et al 2012). El índice de consistencia interna fue $\alpha = .95$.

Trauma personal. Se midió por medio de un cuestionario desarrollado para el presente estudio. Incluyó 3 ítems que evaluaron la presencia o ausencia de experiencias traumáticas experimentadas en la infancia, adolescencia y vida adulta. Compuesto por una escala que incluyó cuatro opciones de respuesta: Ausencia de experiencia traumática, Presencia de experiencia traumática

valorada como leve, moderada y severa. El índice de consistencia interna fue $\alpha = .78$.

4.4 Relaciones entre variables

En el Gráfico 1 puede observarse un diagrama con las variables estudiadas. El carácter transversal del estudio hace que las relaciones entre las variables deban ser interpretadas teniendo en consideración la no posibilidad de establecer un sentido de causalidad entre ellas, sino únicamente un sentido de asociación.



4.5 Procedimiento

Al momento de diseñar el proyecto de investigación se envió una carta a la Dirección de la institución solicitando información sobre el número de funcionarios que desempeñan su actividad laboral en el Hospital Vilardebó. No se obtuvo datos finales del número de trabajadores. Las autoridades estimaron que el número funcionarios osciló entre los 500 y 600.

La toma de datos se realizó por medio de un cuestionario diseñado para tal fin (anexado al final del documento), en el que se incluyó las escalas de medición para los constructos seleccionados. Las escalas utilizadas se han aplicado en varios estudios internacionales mostrando alta validez de constructo y destacada confiabilidad.

Durante los meses de octubre y noviembre de 2012, se invitó a participar del estudio a 150 funcionarios dentro del Hospital. Ocho de ellos rechazaron la participación en el estudio aludiendo diversos argumentos, entre los que se encontraba el retiro próximo del hospital, entrada en licencia, falta de confianza en los estudios previamente realizados a los funcionarios del Hospital, entre otros. Por lo tanto se entregaron 142 formularios, repartidos en los cuatro turnos en los que los trabajadores del Hospital desarrollan su actividad laboral. Se invitó a participar a cada uno de los funcionarios con los que se mantuvo contacto al momento de la entrega de los formularios. A cada uno de los funcionarios se le explicó el marco general de estudio y se aclaró las condiciones de participación, siendo esta de manera voluntaria y con aceptación del consentimiento informado. Se registró en una lista el nombre del funcionario, el número de sala, el turno y su número de celular para poder contactarlo con el fin de retirar el formulario completo. Durante el primer mes se pasó a retirar los formularios por cada uno de los sectores y en el segundo mes se instaló una urna para que pudieran dejar los formularios, ubicada en la entrada del Hospital. Se recibieron 89 formularios, y se descartaron 7 por no haber sido completados en su totalidad, siendo 82 el número final de participantes.

4.6 Análisis de datos

La codificación y análisis de los datos se realizó mediante el paquete de análisis estadístico SPSS 18.0. Antes de proceder al análisis de los datos, se confirmó alguna de las propiedades psicométricas de las escalas aplicadas. En concreto, la fiabilidad, medida como consistencia interna mediante el índice alpha de Cronbach. Debido a la baja fiabilidad en la escala IRI, que midió la empatía, se decidió sacar esta variable para el análisis de los datos.

En cuanto a los análisis estadísticos realizados, estos fueron de tipo descriptivo para cada una de las variables medidas, calculándose los estadísticos de tendencia central y de dispersión pertinentes. Esto permitió evaluar el nivel de prevalencia del ETS en la muestra. Para las variables continuas y con el fin de comprobar la presencia de relaciones estadísticamente significativas entre ellas, se calculó las correlaciones bivariadas entre los antecedentes propuestos y el ETS. Estos procedimientos se detallan y amplían en el Capítulo de Resultados.

4.7 Aspectos éticos del estudio

El diseño de la investigación y sus investigadores garantizan el cumplimiento de las normativas nacionales sobre aspectos éticos en investigación: Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales y acción de “Habeas Data” del 11 de agosto del 2008. En este sentido, se les solicitó a los participantes la lectura y libre aceptación del consentimiento informado para la toma de los datos. En el mismo se detallaron los objetivos de la investigación y el uso que se le daría a los datos que resulten del estudio. Por otra parte, los responsables del estudio separaron los datos personales que los participantes proporcionarán en el consentimiento informado con los aportados en el cuestionario. De esta manera se garantiza que no se estuvo en contacto con los datos personales de los participantes, dando cumplimiento a la Ley N° 18.331. La base de datos no incluyó ningún dato que pueda identificar al participante. Además de ello, el acceso a la base de datos solo está disponible para el maestreando y el tutor, no así para autoridades del Hospital ni de ASSE. Por otra parte, se han evaluado como muy bajos los posibles riesgos por completar la

encuesta. De todas maneras, en el caso de que se llegara a producir alguna situación que lo amerite y si el participante lo solicita, se le informará sobre el convenio que existe entre el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Psicología: Servicio de Atención Psicológica, Preventivo-Asistencial (SAPPA), enfocado en la asistencia psicológica a funcionarios del MSP y ASSE. En relación a este punto, ninguno de los participantes se contactó con el Investigador para manifestar algún tipo de malestar o preocupación.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentarán los resultados obtenidos en el estudio. Para ello se describirá cómo estuvo conformada la muestra y posteriormente se presentarán los resultados por objetivo específico.

5.1 Descripción de la muestra

Para realizar la descripción de la muestra se calculó la tasa de respuesta a los cuestionarios y se analizó los datos sociodemográficos y laborales de los participantes.

Para analizar los datos sociodemográficos y laborales de los participantes se realizó un análisis descriptivo que incluyó, como indicador de tendencia central, la media y como indicador de dispersión, la desviación típica para las variables continuas: edad, tiempo de trabajo en el Hospital y tiempo que ejerce su profesión. Posteriormente se calculó las frecuencias para las variables categóricas: género, profesión, área de trabajo dentro del Hospital y horario de trabajo.

Se repartieron 140 formularios y se recibieron 87, siendo la tasa de respuesta del 62,1%. Se descartaron 5 formularios por estar en blanco.

Finalmente, los participantes del presente estudio fueron 82 trabajadores del Hospital Vilardebó. Como se observa en la Tabla 1, el 70.4% fueron mujeres

y el 29.6% varones. Las edades se distribuyeron entre los 23 y 65 años, siendo la media de 42.6 años (Dt=9.4). La media en relación al tiempo de trabajo dentro del Hospital es de 9.8 años (Dt=7.9).

En cuanto a las profesiones, el 44% fueron Auxiliares de Enfermería, el 18% Licenciados en Psicología, el 9% Licenciados en Enfermería, el 9% Licenciados en Trabajo Social, el 9% Vigilantes, el 6% Psiquiatras, el 5% Talleristas de Centro Diurno y el 1% Médico General.

En relación a los lugares de trabajo dentro del Hospital, el 40% desempeña su actividad laboral en Salas abiertas, el 21% en el Servicio de Emergencia, el 17% en el Centro Diurno, el 10% en Salas de seguridad, el 9% en Policlínica y el 4% restante en otros lugares.

Sobre el horario de trabajo, el 74% tiene horario fijo y el 26% horario libre. Dentro del primer grupo, el 44% trabaja de 6 a 12, el 30% de 18 a 24, el 19% de 12 a 18 y el 7% de 0 a 6.

Tabla 1

Datos sociodemográficos y laborales

	n	M	DT	%
Edad	80	42,60	9,39	
Tiempo de trabajo en el Hospital	81	9,81	7,86	
Tiempo ejercicio profesión	80	13,91	9,26	
Sexo				
<i>Femenino</i>	57			70,4
<i>Masculino</i>	24			29,6
Profesiones				
<i>Aux. Enfermería</i>	36			43,9
<i>Psicólogo</i>	15			18,3
<i>Lic. Enfermería</i>	7			8,5
<i>Vigilante</i>	7			8,5
<i>Trabajador Social</i>	7			8,5
<i>Psiquiatra</i>	5			6,1

	<i>Tallerista</i>	4	4,9
	<i>Médico</i>	1	1,2
Área de trabajo			
	<i>Sala abierta</i>	33	40,2
	<i>Emergencia</i>	16	19,5
	<i>Rehabilitación</i>	14	17,1
	<i>Sala de seguridad</i>	8	9,8
	<i>Policlínica</i>	7	8,5
	<i>Otros</i>	3	3,7
	<i>ACRI</i>	1	1,2
Horario de trabajo			
	<i>0-6</i>	4	5,0
	<i>6-12</i>	26	32,5
	<i>12-18</i>	11	13,8
	<i>18-24</i>	18	22,5
	<i>Turno rotativo</i>	1	1,3
	<i>Horario libre</i>	20	25,0

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

5.2 Resultados por objetivo específico

5.2.1 Resultados del Objetivo Específico número 1

El objetivo específico número 1 fue estimar la prevalencia del Estrés Traumático Secundario en los profesionales.

Antes de comenzar con el análisis de los datos se calculó la fiabilidad de la Escala de Estrés Traumático Secundario. La misma es comprendida como la consistencia interna de sus puntuaciones y fue examinada mediante el cálculo de los coeficientes alpha (Cronbach, 1951). Se obtuvieron las siguientes puntuaciones: subescala Intrusión .73, subescala evitación .78, subescala activación .80 y para la escala total .91, indicando niveles aceptables de fiabilidad. Estos resultados son similares a los obtenidos por Bride et al. (2004) en el estudio de la validación original de la escala y a los obtenidos por Guerra & Saiz (2007) en la adaptación de la ETSS realizada en Chile.

Para dar cumplimiento al objetivo 1 se realizó un análisis descriptivo que incluyó la media como indicador de tendencia central y desviación típica como indicador de dispersión. Asimismo para caracterizar la distribución de la variable se calculó el mínimo y el máximo, tanto para la escala global como para cada una de las subescalas. Dichos resultados pueden observarse en la Tabla 2. Posteriormente se analizó la distribución de puntajes de la EETS y se pasó a agrupar a los sujetos en función de los dos criterios de clasificación propuestos por Bride (2008). El primer criterio categoriza a la población en los siguientes grados de sintomatología propia del Estrés Traumático Secundario: de 0 a 27 puntos indica ausencia o escasas de sintomatología, de 28 a 37 puntos indica sintomatología leve, de 38 a 43 moderada, de 44 a 48 alta y por encima de los 49 puntos sintomatología grave. El segundo, de carácter dicotómico, divide a la población en sujetos con presencia de Trastorno por Estrés Postraumático originado por el ETS o ausencia de TEPT dependiendo de que se encuentren por debajo o encima, respectivamente, del punto de corte correspondiente a 38 puntos. Dichos resultados pueden observarse en la Tabla 3. Luego se realizó una comparación de medias para cada una de las subescalas de la EETS (Síntomas Intrusivos, Evitativos y de Activación) y se realizó prueba t para muestras

relacionadas. Para finalizar, se realizó una descripción de la prevalencia de los síntomas particulares que mide la EETS y se determinó cuáles de ellos se presentan de manera más frecuente en los últimos 7 días.

Tabla 2

Propiedades de la Escala de Estrés Traumático Secundario

	Items	n	Alpha	Mínimo	Máximo	M	DT
ETS	17	74	0,905	18	63	34,59	11,02
Intrusión	5	78	0,725	5	18	9,00	3,25
Evitación	7	76	0,782	7	27	14,57	4,98
Activación	5	82	0,801	5	21	11,30	4,01

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

Tabla 3

Distribución de frecuencias de puntajes de la Escala de Estrés Traumático Secundario y categorización según severidad (n=74).

		Puntaje EETS	Frecuencia	Porcentaje		
NO TEPT	AUSENCIA/ESCASO <28	18	1	1,4	35,1%	63,5%
		19	2	2,7		
		20	2	2,7		
		21	3	4,1		
		23	5	6,8		
		24	2	2,7		
		25	2	2,7		
		26	4	5,4		
	LEVE 28-37	27	2	2,7	28,4%	
		28	3	4,1		
		29	2	2,7		
		30	5	6,8		
		31	4	5,4		
		32	1	1,4		
		33	2	2,7		

		34	1	1,4		
		35	3	4,1		
		36	1	1,4		
		37	2	2,7		
TEPT	MODERADO 38-43	38	2	2,7	13,5%	36,5%
		39	3	4,1		
		40	2	2,7		
		41	1	1,4		
		43	2	2,7		
	ALTO 44-48	45	1	1,4	8,1%	
		46	2	2,7		
		47	1	1,4		
		48	2	2,7		
		49	2	2,7		
	SEVERO >49	51	2	2,7	14,9%	
		52	2	2,7		
		53	2	2,7		
		55	1	1,4		
		59	1	1,4		
		63	1	1,4		
		Total	74	100,0		

Nota: n = número de participantes.

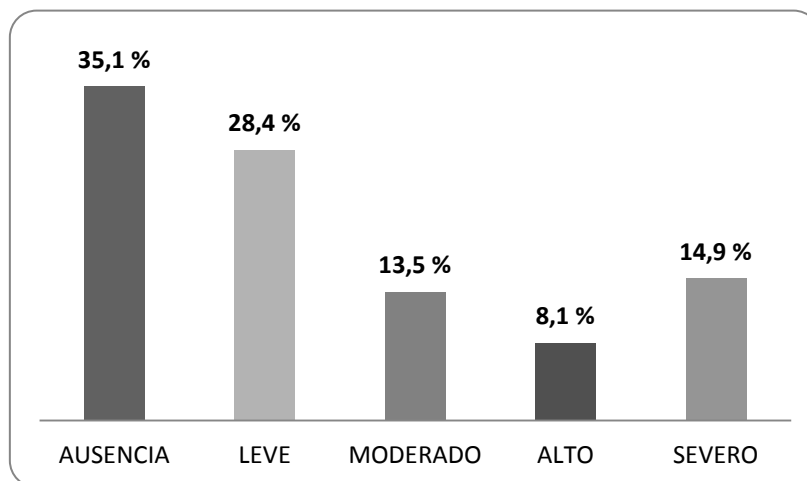


Grafico 2. Niveles de ETS en los participantes

Como puede observarse en el Gráfico 2, del total de los participantes, el 35,1% presenta ausencia o escasos síntomas de ETS, el 28,4% leves, el 13,5% moderados, el 8,1% altos y el 14,9 severos.

Bride (2007) considera que a partir de los 38 puntos en la EETS el profesional presenta sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático debido al Estrés Traumático Secundario. En el Gráfico 3 y a partir de este criterio se observa que el 36,5% de los participantes presenta sintomatología de TEPT debido al ETS.

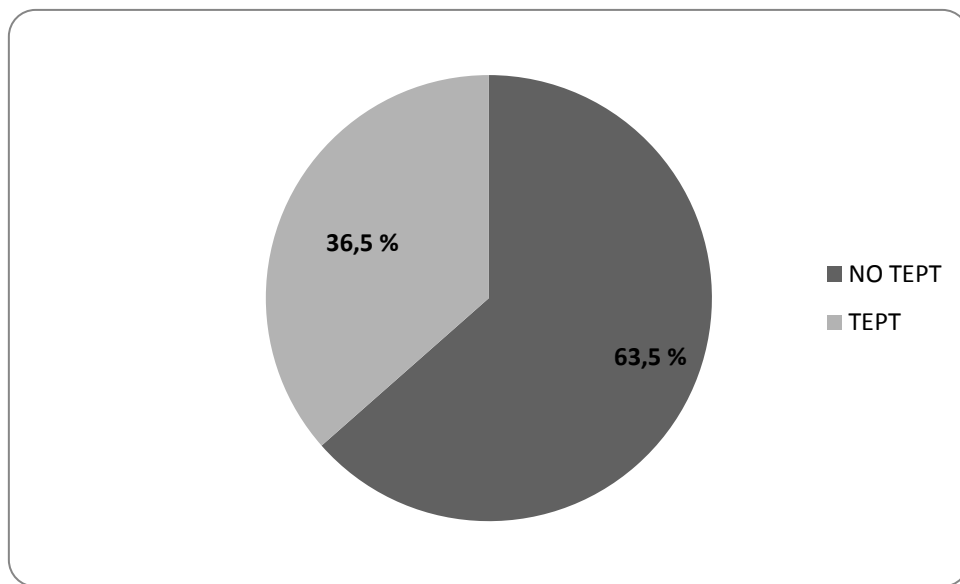


Gráfico 3. Porcentaje de sintomatología de TEPT en los participantes

Tabla 4

Sexo del participante y Estrés Traumático Secundario

ETS/TEPT*	Masculino	Femenino	Total
NO	20	27	47
SI	2	24	26
Total	22	51	73

Nota: * el punto de corte de 38 puntos (2004), se utilizó para categorizar la variable ETS en SI TEPT /NO TEPT. Chi cuadrado: = 9.66, p=.002

A partir de la Tabla 4, puede observarse que existe una asociación entre la variable sexo y la presencia o no de TEPT asociado al ETS. En este sentido, la variable sexo aumenta la probabilidad de desarrollar sintomatología de ETS.

Tabla 5

Comparación de medias para cada una de las subescalas de la EETS

	N	M	DT
Síntomas Intrusivos	78	1,8	0,65
Síntomas Evitativos	76	2,08	0,71
Síntomas Activación	82	2,26	0,8

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

Los síntomas de activación son los que se presentan de manera más frecuente (Media= 2,3 , Dt: 0,8) en comparación con los síntomas de evitación (Media= 2,1 , Dt: 0,7) y síntomas intrusivos (Media= 1,8 , Dt: 0,6). Para confirmar si estas diferencias son estadísticamente significativas, se realizaron prueba de t para muestras relacionadas, comparando entre si cada una de las dimensiones. Los resultados confirman que el nivel de síntomas de activación es significativamente mayor que los de evitación ($t = 3.05$; $p = .003$), el nivel de síntomas de activación es significativamente mayor que los de intrusión ($t = 6.82$; $p < .001$) y los síntomas de evitación son significativamente mayores que los de intrusión ($t = 4.50$; $p < .001$).

Tabla 6

Frecuencia de sintomatología del Estrés Traumático Secundario

Criterio (número de ítem)	n	Nunca (n%)	Raramente (n%)	Ocasional mente (n%)	Con frecuencia (n%)	Con mucha frecuencia (n%)	%*	M	DT
<i>Síntomas intrusivos</i>									
Pensamientos intrusivos sobre los usuarios (10)	80	29 (36,3)	22 (27,5)	18 (22,5)	8 (10,0)	3 (3,8)	36,3%	2,17	1,15
Sueños perturbadores sobre los usuarios (13)	80	63 (78,8)	7 (8,8)	7 (8,8)	3 (3,8)	0	12,5%	1,38	0,80
Sensación de revivir el trauma de los usuarios (3)	82	53 (64,6)	19 (23,2)	9 (11,0)	1 (1,2)	0	12,2%	1,49	0,74
Malestar asociado a recuerdos sobre usuarios (6)	82	32 (39,0)	22 (26,8)	19 (23,2)	8 (9,8)	1 (1,2)	34,1%	2,07	1,06
Alta frecuencia cardíaca y recuerdos sobre usuarios (2)	82	36 (43,9)	30 (36,6)	14 (17,1)	1 (1,2)	1 (1,2)	19,5%	1,79	0,86
<i>Síntomas evitativos</i>									
Evitación de usuarios (14)	82	27 (32,9)	26 (31,7)	20 (24,4)	7 (8,5)	2 (2,4)	35,4%	2,16	1,06
Evitación de personas, lugares o cosas (12)	80	41 (51,3)	17 (21,3)	12 (15,0)	6 (7,5)	4 (5,0)	27,5%	1,94	1,19
Incapacidad para recordar datos de los usuarios (17)	82	34 (41,5)	22 (26,8)	17 (20,7)	7 (8,5)	2 (2,4)	31,7%	2,04	1,09
Nivel disminuido de actividad (9)	80	16 (20,0)	30 (37,5)	25 (31,3)	4 (5,0)	5 (6,3)	42,5%	2,40	1,06
Reducido interés interpersonal (7)	82	29 (35,4)	24 (29,3)	21 (25,6)	5 (6,1)	3 (3,7)	35,4%	2,13	1,09
Embotamiento emocional (1)	81	28 (34,6)	36 (44,4)	14 (17,3)	2 (2,5)	1 (1,2)	21,0%	1,91	0,85
Futuro desolador (5)	81	36 (44,0)	18 (22,2)	17 (21,0)	6 (7,4)	4 (4,9)	33,3%	2,06	1,19
<i>Síntomas de Activación</i>									
Dificultades en conciliar/mantener el sueño (4)	82	35 (42,7)	18 (22,0)	16 (19,5)	8 (9,8)	5 (6,1)	35,4%	2,15	1,25
Irritabilidad/experimentación enojo (15)	82	15 (18,3)	31 (37,8)	23 (28,0)	13 (15,9)	0	43,9%	2,41	0,97
Dificultades en la concentración (11)	82	20 (24,4)	28 (34,1)	24 (29,3)	8 (9,8)	2 (2,4)	41,5%	2,32	1,03
Hipervigilancia/sensación de que algo malo va a pasar (16)	82	39 (47,6)	22 (26,8)	16 (19,5)	5 (6,1)	0	25,6%	1,84	0,95
Nerviosismo/sobresalto (8)	82	19 (23,2)	16 (19,5)	32 (39,0)	10 (12,2)	5 (6,1)	57,3%	2,59	1,15

Nota. * % refiere al porcentaje de participantes que han experimentado el síntoma de manera ocasional, con frecuencia y con mucha frecuencia en los últimos 7 días.

En cuanto a los síntomas particulares, el síntoma más frecuente reportado fue de nerviosismo y sobresalto relacionado al trabajo con los usuarios (ítem 8); el 57,3% de los trabajadores del Hospital indicaron sentirse nerviosos y sobresaltados de manera ocasional, frecuente y muy frecuente en la última semana. Dentro del agrupamiento de conductas asociada a la activación de la respuesta de ansiedad (Síntomas de Activación), el segundo síntoma más frecuente fue la presencia de irritabilidad y de enojarse con facilidad (ítem 15), estando presente en el 43,9% de los trabajadores. Por otra parte, el 41,5% refirió presentar dificultades en la concentración (ítem 11), el 35,4% dificultades para conciliar y/o mantener el sueño (ítem 4) y el 25,6% ha presentado estados de hipervigilancia y ha tenido la sensación de que algo malo va a pasar (ítem 16).

El tercer síntoma más frecuente se encuentra agrupado en el criterio de Síntomas Evitativos. En este sentido, el 42,5% de los participantes mencionó estar menos activo de lo habitual. Paralelamente dentro de ésta agrupación, el 35,4% indicó haber deseado evitar el contacto con los usuarios, el 35,4% ha tenido muy poco interés de estar con otras personas, el 33,3% se ha sentido desmoralizado al pensar en su futuro, el 31,7% ha notado vacíos en su memoria, el 27,5% ha evitado personas, lugares o cosas que le recuerdan el trabajo con los usuarios y el 21% se ha sentido incapaz de experimentar emociones.

Dentro del tercer grupo de conductas presentes en el Estrés Traumático Secundario que agrupa sintomatología intrusiva, el 36,3% de los participantes refirió haberse sorprendido pensando en el trabajo con los usuarios sin tener la intención de hacerlo, el 34,1% ha tenido recuerdos sobre el trabajo con las usuarias que le provocan malestar, el 19,5% ha percibido el aumento de la frecuencia cardíaca al haber pensado en el trabajo con los usuarios del Hospital y por último, con el mismo porcentaje, el 12,5% ha tenido sueños desagradables relacionados con las usuarias y ha sentido como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por los usuarios con los que trabaja.

5.2.3 Resultados del Objetivo Específico número 2

El objetivo específico número 2 fue analizar la relación entre el Síndrome de Burnout y el ETS

Para dar cumplimiento al objetivo, se calculó la fiabilidad del Maslach Burnout Inventory, versión Human Services Survey (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Se determinó un coeficiente alpha de .73 para la escala global, .88 para Agotamiento Emocional, .70 para Despersonalización y .67 para Realización Personal.

Luego se realizó un análisis descriptivo de las tres dimensiones del Burnout que incluyó la media como indicador de tendencia central y desviación típica como indicador de dispersión. Luego se caracterizó la distribución de los puntajes, calculándose el se calcularon el máximo y el mínimo tanto para la escala global como para cada una de las subescalas. Posteriormente se realizó una comparación de medias de los niveles de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en función de las categorías de severidad del ETS. Por último se realizó un contraste de hipótesis para analizar la relación entre éstas dimensiones y el ETS

Tabla 7

Propiedades de las subdimensiones del *Maslach Burnout Inventory*

	Items	n	Alpha	Mínimo	Máximo	M	DT
Agotamiento Emocional	9	77	0,88	9	54	26,8	10,3
Despersonalización	5	81	0,70	5	25	9,6	4,9
Realización Personal	8	75	0,67	22	48	38,7	6,3

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

Tabla 8

Comparación de medias entre dimensiones del Burnout y ETS

	Estrés Traumático Secundario					Total
	Ausencia	Leve	Moderado	Alto	Severo	
<i>Agotamiento Emocional</i>						
n	25	19	10	6	11	71
DT	7,8	7,3	7,0	5,1	7,8	10,6
M	18,6	26,9	29,1	37,0	39,8	27,2
Error típ. de la media	1,6	1,7	2,2	2,1	2,4	1,3
<i>Despersonalización</i>						
n	25	21	10	6	11	73
DT	3,1	3,1	3,9	7,6	6,1	4,9
M	7,2	9,2	9,4	14,7	13,8	9,7
Error típ. de la media	0,6	0,7	1,2	3,1	1,9	0,6
<i>Realización Personal</i>						
n	25	21	8	5	10	69
DT	6,1	5,0	7,3	8,8	5,5	6,2
M	39,7	40,3	38,6	36,2	34,7	38,8
Error típ. de la media	1,2	1,1	2,6	3,9	1,8	0,7

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica. La categorías de intensidad de sintomatología del ETS son tomadas de Bride et al. (2004)

Tanto en las dimensiones *Agotamiento Emocional* como en *Despersonalización*, se observa que a medida que aumentan estas variables, mayor es la intensidad de síntomas del *Estrés Traumático Secundario*. Por otra parte, en la dimensión *Realización Personal*, se observa que a medida que disminuye esta variable, mayor es la intensidad de síntomas del *Estrés Traumático Secundario*. Para estimar si estas correlaciones son estadísticamente significativas se llevarán a cabo los siguientes contrastes de hipótesis.

En tanto la EETS se distribuye normalmente (KS = 1.100, $p = 0.18$) y las subescalas *Agotamiento Emocional* (KS = .819, $p = .51$), *Realización Personal* también (KS = .757, $p = .62$), se utilizó un estadístico paramétrico para analizar la correlación entre estas variables ya que se cumple el principio de normalidad para su distribución. Para ello se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Por otra parte, como la variable *Despersonalización* no se distribuye normalmente (KS = 1.575, $p = 0.01$) se debió utilizar un estadístico no paramétrico para analizar su relación con el ETS ya que se no cumple el principio de normalidad para la distribución de una de las variables. En este sentido se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrica Rho de Spearman.

Agotamiento Emocional y Estrés Traumático Secundario

Ho: No existe correlación entre el nivel de *Agotamiento Emocional* y *Estrés Traumático Secundario*.

H1: Existe correlación entre el nivel de *Agotamiento Emocional* y *Estrés Traumático Secundario*

Nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\%$ 0.05

Estadístico de prueba: Correlación de Pearson

Correlación de Pearson $r = .762$

Valor de $p < 0.001$

Interpretación: Se rechaza Ho y se acepta la H1, por lo que existe asociación de tipo positiva entre el nivel de *Agotamiento Emocional* y *Estrés Traumático Secundario*

Despersonalización y Estrés Traumático Secundario

Ho: No existe correlación entre el nivel de *Despersonalización* y *Estrés Traumático Secundario*.

H1: Existe correlación entre el nivel de *Despersonalización* y *Estrés Traumático Secundario*.

Nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\%$ 0.05

Estadístico de prueba: Correlación de Spearman

Valor de "Rho" = 0.500

Valor de $p < 0.001$

Interpretación: Se rechaza H_0 y se acepta la H_1 , por lo que existe asociación de tipo positiva entre el nivel de *Despersonalización* y los niveles de *Estrés Traumático Secundario*.

Realización Personal y Estrés Traumático Secundario

H_0 : No existe correlación entre el nivel de Realización Personal y Estrés Traumático Secundario

H_1 : Existe correlación entre el nivel de Realización Personal y Estrés Traumático Secundario

Nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\%$ 0.05

Estadístico de prueba: Correlación de Pearson

Correlación de Pearson $r = -.237$

Valor de $p = 0.05$

Interpretación: Se rechaza H_0 y se acepta la H_1 , por lo que existe asociación de tipo negativa entre el nivel de *Realización Personal* y *Estrés Traumático Secundario*

5.2.3 Resultados del Objetivo Específico número 3

El objetivo específico número 3 fue determinar si existe relación entre factores individuales como la empatía, la separación emocional y la predisposición a la atención plena (Mindfulness) y el desarrollo de ETS. En caso de determinarse, analizar el tipo de relación que se establece.

Para dar cumplimiento al objetivo 3, se calculó la fiabilidad de las tres escalas utilizadas. Para la *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (Baer, Smith y Allen, 2006; versión en español por Didonna, 2011) se determinó un coeficiente alpha de .83 para la escala global, .77 para la subescala Observación, .76 para Descripción, .81 para Actuar con Conciencia, .83 para Ausencia de Juicio y .54 para Ausencia de Reactividad. En cuanto a la escala *Maintenance of Emotional Separation Scale* (Corcoran, 1989), se determinó un coeficiente alpha de .73. Para la Interpersonal Reactivity Index (IRI) (Davis, 1980; adaptada a España por Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxeberría, Montes y Torres, 2003), se determinó un coeficiente alpha de .82 para la escala total, .60 para Toma de Perspectiva, .41 para Fantasía, .43 para Preocupación Empática y .58 Malestar Personal. Se decidió no incluir en el análisis esta última escala por presentar niveles muy bajos de fiabilidad, lo que podría disminuir los niveles de evidencia posteriores.

Luego se realizó un análisis descriptivo de las variables Mindfulness y Separación Emocional que incluyó la media como indicador de tendencia central y desviación típica como indicador de dispersión. Luego se caracterizó la distribución de los puntajes, calculándose el se calcularon el máximo y el mínimo tanto para la escala global como para cada una de las subescalas. Posteriormente se realizó una comparación de medias de los niveles de Mindfulness en función de las categorías de severidad del ETS y se realizó un contraste de hipótesis para analizar la relación entre ambas escalas y cada una de las subescalas. El mismo procedimiento se aplicó para la escala de Separación Emocional y el ETS.

Tabla 9

Propiedades de la escala Five Facet Mindfulness Questionnaire

	Items	n	Alpha	Mínimo	Máximo	M	DT
FFMQ	39	71	0,83	93	187	136,8	15,3
Observación	8	80	0,77	10	37	26,3	6,0
Descripción	8	78	0,76	16	40	30,4	4,7
Actuar con conciencia	8	79	0,81	15	36	28,2	4,7
Ausencia de juicio	8	78	0,83	13	40	28,4	6,0
Ausencia de reactividad	7	78	0,54	14	35	23,5	3,9

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

Mindfulness y Estrés Traumático Secundario

Tabla 10

Comparación de medias entre Mindfulness y ETS

Mindfulness	Estrés Traumático Secundario					Total
	Ausencia	Leve	Moderado	Alto	Severo	
n	24	17	8	5	11	65
DT.	15,8	13,0	9,9	9,7	18,0	15,5
M	141,9	137,1	140,0	132,8	123,7	136,6
Error típ. de la media	3,2	3,2	3,5	4,3	5,4	1,9

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

La Tabla 10 muestra que a menor puntaje en la escala FFMQ mayor es el nivel de ETS. Para estimar si la correlación es estadísticamente significativa se llevará a cabo el siguiente contraste de hipótesis.

En tanto la EETS se distribuye normalmente ($KS = 1.100$, $p = 0.18$) y la FFMQ también ($KS = .633$, $p = .82$) se utilizó un estadístico paramétrico para analizar la correlación entre ambas ya que se cumple el principio de normalidad para la distribución de una de las variables. En este sentido, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Ho: No existe correlación entre el nivel de mindfulness y la intensidad de ETS.

H1: Existe correlación entre el nivel de mindfulness y la intensidad de ETS.

Nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\%$ 0.05

Estadístico de prueba: Correlación de Pearson

Correlación de Pearson $r = -.416$

Valor de $p = 0.001$

Interpretación: Se rechaza Ho y se acepta la H1, por lo que existe asociación de tipo negativa entre el nivel de mindfulness y la intensidad de ETS.

Tabla 11

Correlaciones bivariadas entre subdimensiones de FFMQ y ETS

		ETS	1	2	3	4	5
1. Observación	r	.072					
	p	.544					
	N	73					
2. Descripción	r	-.215	.438				
	p	.074	.000				
	N	70	76				
3. Actuar con Conciencia	r	-.517	-.052	.378			
	p	.000	.648	.001			
	N	71	78	76			
4. Ausencia de Juicio	r	-.492	-.253	.171	.405		
	p	.000	.026	.146	.000		
	N	72	77	74	75		
5. Ausencia de Reactividad	r	-.087	.472	.573	.085	-.035	
	p	.470	.000	.000	.460	.764	
	N	71	78	74	77	75	
FFMQ	r	-.416	.536	.809	.633	.444	.678
	p	.001	.000	.000	.000	.000	.000
	N	65	71	71	71	71	71

En relación a las subescalas del FFMQ, se hallaron correlaciones negativas con el ETS en dos de ellas: Actuar con Conciencia ($r = -.517$, $p < .001$) y Ausencia de Juicio ($r = -.492$, $p < .001$)

Separación Emocional y Estrés Traumático Secundario

Tabla 12

Propiedades de la escala *Maintenance of Emotional Separation Scale*

	Items	n	Alpha	Mínimo	Máximo	M	DT
Separación Emocional	7	82	0,73	7	35	17,5	6,5

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

Tabla 13

Comparación de medias entre Separación Emocional y ETS

Separación Emocional	Estrés Traumático Secundario					Total
	Ausencia	Leve	Moderado	Alto	Severo	
N	26	21	10	6	11	74
Desv. típ.	4,9	5,4	7,0	8,2	5,6	6,5
Media	14,1	17,1	19,7	25,3	19,8	17,5
Error típ. de la media	1,0	1,2	2,2	3,3	1,7	0,8

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

La Tabla 13 muestra que a mayor puntaje en la escala de separación emocional mayor es el nivel de ETS. En función de cómo está diseñada la escala, a menores puntajes en la Escala de Separación Emocional, mayor es la separación emocional que el sujeto establece con el usuario. Para estimar si la correlación es estadísticamente significativa se llevará a cabo el siguiente contraste de hipótesis.

En tanto la EETS se distribuye normalmente ($KS = 1.100$, $p = 0.18$) y la Escala de Separación Emocional también ($KS = .914$, $p = .37$) se utilizó un estadístico paramétrico para analizar la correlación entre ambas ya que se

cumple el principio de normalidad para la distribución de una de las variables. En este sentido, se utilizó el coeficiente de correlación de pearson.

Ho: No existe correlación entre el nivel separación emocional y la intensidad de ETS.

H1: Existe correlación entre el nivel separación emocional y la intensidad de ETS.

Nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\%$ 0.05

Estadístico de prueba: Correlación de Pearson

Correlación de Pearson $r = .497$

Valor de $p < 0.001$

Interpretación: Se rechaza Ho y se acepta la H1, por lo que existe asociación de tipo positiva entre el nivel separación emocional y la intensidad de ETS. Es decir que a mayores niveles de separación emocional que el sujeto establece con el usuario, menor intensidad de ETS.

5.2.4 Resultados del Objetivo Específico número 4

El objetivo específico número 4 fue evaluar si existe relación entre la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado, la capacidad de recuperarse luego del trabajo (Recovery) y el desarrollo de ETS.

Para dar cumplimiento al objetivo 4, se calculó la fiabilidad de las dos escalas utilizadas. Para la *Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (Betta, Morales, Rodriguez & Guerra, 2008)* se determinó un coeficiente alpha de .61. En cuanto a la escala Recovery, se determinó un coeficiente alpha de .80. Luego se realizó un análisis descriptivo de las variables Conductas de Autocuidado y Recovery que incluyó la media como indicador de tendencia central y desviación típica como indicador de dispersión. Posteriormente se caracterizó la distribución de los puntajes, calculándose el máximo y el mínimo tanto para la escala global como para cada una de las subescalas. Se analizó la distribución de puntajes de la EAP y se pasó a agrupar la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado en función del criterio propuesto por los dos criterios de clasificación propuestos por (Guerra Vio, Mujica Platz, Nahmias Bermudez, Rojas Vidal, 2011). El criterio categoriza la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado en los siguientes grados: de 0 a 7 puntos indica que el trabajador nunca practica conductas de autocuidado, entre 8 y 15 puntos se considera que lo practica casi nunca, entre 16 y 23 puntos ocasionalmente, entre 24 y 31 puntos frecuentemente y puntajes superiores a los 32 puntos indican que utilizan estrategias de autocuidado muy frecuentemente. Finalmente se realizó una comparación de medias de la frecuencia de Conductas de Autocuidado en función de las categorías de severidad del ETS y se realizó un contraste de hipótesis para analizar la relación entre ambas escalas y cada una de las subescalas. El mismo procedimiento se aplicó para la escala de Recovery y el ETS.

Autocuidado y Estrés Traumático Secundario

Tabla 14

Propiedades de la escala de Conductas de Autocuidado

	Items	n	Alpha	Mínimo	Máximo	M	DT
Conductas de autocuidado	10	74	0,61	20	44	31,9	5,0

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

Tabla 15

Distribución de frecuencias de puntajes de Emisión de Conductas de Autocuidado y categorización según frecuencia (n=74)

	Puntaje EAP	Frecuencia	Porcentaje	
casi nunca	10	1	1,4	9,5 %
	12	1	1,4	
	13	1	1,4	
	15	4	5,4	
ocasionalmente	16	1	1,4	59,5 %
	17	3	4,1	
	18	7	9,5	
	19	8	10,8	
	20	7	9,5	
	21	5	6,8	
	22	5	6,8	
frecuentemente	23	8	10,8	25,7 %
	24	1	1,4	
	25	5	6,8	
	26	4	5,4	
	27	3	4,1	
	28	2	2,7	
muy frecuentemente	30	3	4,1	5,4 %
	31	1	1,4	
	32	3	4,1	
	34	1	1,4	
Total		74	100	

El análisis de la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado establece que el 9,5% de los participantes casi nunca emite algún tipo de

conducta de autocuidado en la semana, el 59,5% lo hace ocasionalmente, el 25,7 % frecuentemente y el 5,4% muy frecuentemente.

Las tres conductas más frecuentes emitidas por los participantes los últimos 7 días fue el uso del sentido del humor (Media = 4.0, Dt.=0.916), seguida de compartir con colegas y superiores las experiencias que han tenido con los usuarios con los que trabajan (Media= 3,85, Dt.=0.970) y dialogar con colegas acerca de sus experiencias personales relacionadas con el trabajo (Media = 3,72, Dt.=0.978)

Tabla 16

Comparación de medias entre ETS y Conductas de Autocuidado

Estrés Traumático Secundario	Frecuencia emisión conductas Autocuidado				Total
	Casi nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	
n	6	39	18	4	67
M	42,7	35,7	33,1	20,5	34,7
D	14,7	10,8	8,5	3,7	11,1
Error típ. de la media	6,0	1,7	2,0	1,8	1,4

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

La Tabla 16 muestra que a mayor frecuencia de emisión de conductas de autocuidado de los participantes, menor es el nivel de ETS. Para estimar si la correlación es estadísticamente significativa se llevará a cabo el siguiente contraste de hipótesis.

En tanto la EETS se distribuye normalmente (KS=1.100, p=0.178) y la EAP también (KS = .875, p = .43) se utilizó un estadístico paramétrico para analizar la correlación entre ambas ya que se cumple el principio de normalidad para la distribución de una de las variables. En este sentido, se utilizó el coeficiente de correlación de pearson.

Ho: No existe correlación entre la frecuencia de emisión de conducta de autocuidado y la intensidad de ETS

H1: Existe correlación entre la frecuencia de emisión de conducta de autocuidado y la intensidad de ETS

Nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\%$ 0.05

Estadístico de prueba: Correlación de Pearson

Correlación de Pearson $r = -.386$

Valor de $p = 0.001$

Interpretación: Se rechaza H_0 y se acepta la H_1 , por lo que existe asociación de tipo negativo entre el entre la frecuencia de emisión de conducta de autocuidado y la intensidad de ETS. En tanto la correlación es superior a .30, dicha variable debe ser tomada en consideración.

Las conductas de autocuidado que se asocian negativamente con el desarrollo ETS son, en primer lugar sentirse cómodo y tranquilo en el espacio de trabajo (condición de autocuidado) ($r = -.41$, $p < 0.01$), en segundo lugar mantener una alimentación saludable ($r = -.32$, $p < 0.006$), en tercer lugar: participar en actividades recreativas fuera del espacio de trabajo (familia y/o amigos) ($r = -.30$, $p < 0.01$) y por último participar en actividades recreativas con compañero de trabajo ($r = -.25$, $p < 0.03$).

Recovery y Estrés Traumático Secundario

Tabla 17

Propiedades de la escala Recovery

	Items	n	Alpha	Mínimo	Máximo	M	DT
Recovery	11	77	0,80	19	53	40,1	6,9

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

Tabla 18

Comparación de medias entre Recovery y Estrés Traumático Secundario

Recovery	Estrés Traumático Secundario					Total
	Ausencia	Leve	Moderado	Alto	Severo	
N	23	21	10	6	10	70
Desv. típ.	7,2	5,1	4,6	8,5	5,9	7,0
Media	41,8	43,2	40,6	34,3	33,9	40,3
Error típ. de la media	1,5	1,1	1,5	3,5	1,9	0,8

La Tabla 18 muestra que a menores puntajes en la escala de Recovery, mayor intensidad de ETS. Para estimar si la correlación es estadísticamente significativa se llevará a cabo el siguiente contraste de hipótesis.

En tanto la EETS se distribuye normalmente ($KS = 1.100$, $p = 0.18$) y la escala de Recovery también ($KS = .958$, $p = .32$) se utilizó un estadístico paramétrico para analizar la correlación entre ambas ya que se cumple el principio de normalidad para la distribución de una de las variables. En este sentido, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Ho: No existe correlación entre la capacidad de Recovery y la intensidad de ETS.

H1: Existe correlación entre la capacidad de Recovery y la intensidad de ETS.

Nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\%$ 0.05

Estadístico de prueba: Correlación de Pearson

Correlación de Pearson $r = -.425$

Valor de $p < 0.001$

Interpretación: Se rechaza Ho y se acepta la H1, por lo que existe asociación de tipo negativo entre la capacidad de Recovery y la intensidad de ETS.

Las conductas de recovers que se asocian negativamente con el desarrollo ETS son: *acostarse y relajarse* ($r = -.462$ $p < .0001$), *sentir que puede decidir él mismo qué hacer* ($r = -.408$ $p < .0001$), *poder decidir en qué dedicar el tiempo* ($r = -.358$ $p = .002$), *hacer cosas que amplíen los horizontes* ($r = -.334$ $p = 0.004$), *dedicar tiempo a relajarse* ($r = -.292$ $p = .012$), *aprender cosas nuevas* ($r = -.278$ $p = .019$), *tomarse tiempo para el ocio* ($r = -.269$ $p = .021$) y *hacer cosas que suponen un reto* ($r = -.264$, $p = .025$)

5.2.5 Resultados del Objetivo Específico número 5

El objetivo específico número 5 fue analizar la relación entre la historia previa de trauma del profesional con el desarrollo del ETS.

Para recabar datos sobre la historia previa de trauma del profesional se diseñó un cuestionario para tal fin. Si bien existen en la literatura algunos cuestionarios que evalúan por cuáles experiencias específicas han transitado las personas, se ha considerado que preguntar con tanto detalle sobre sucesos personales no sería adecuado en este estudio ya que se aumentaría la probabilidad de que la aplicación del cuestionario generara efectos psicológicos negativos no deseados.

En función de lo anterior y considerando la importancia de ésta variable independiente en la incidencia del ETS, se decidió evaluar si los participantes habían transitado o no por situaciones que ellos consideraran como traumáticas, tanto en su infancia, en su adolescencia como en la vida adulta, evaluando la intensidad de la situación entre leve, moderada y grave.

La consigna del cuestionario fue: En algunos momentos de la vida, las personas podemos transitar situaciones de intenso dolor. Por ejemplo, violencia doméstica o sobre un familiar querido, acoso/abuso sexual, violencia/persecución política, tortura, y otras situaciones traumáticas. La gravedad e intensidad de estas situaciones puede variar.

En la misma existen 4 opciones de respuesta que van del 0 al 3, donde 0 significa que no ha experimentado situaciones que considera como traumática, 1 significa que sí ha experimentado una situación que considera traumática de intensidad leve, 2 de intensidad moderada y 3 de intensidad grave. La sumatoria de los puntajes de los 3 ítems de la escala nos permite evaluar el grado de intensidad que el sujeto evalúa haber experimentado a lo largo de su vida. En tanto el puntaje en cada ítem va de 0 a 3, la sumatoria de todos los ítems de la escala puede ir de 0 hasta 9. A mayor puntaje obtenido, mayor intensidad o perturbación personal a consecuencia del tránsito por situaciones traumáticas a lo largo de su vida. Esta forma de agrupación de los puntajes se ha realizado

únicamente con el fin de construir una variable cuantitativa que permita realizar una correlación bivariada con la Escala de Estrés Traumático Secundario y estimar una posible relación entre ambas.

Para dar cumplimiento al objetivo 5, se calculó la fiabilidad de la escala utilizada y se determinó un coeficiente α de .78. Luego se realizó un análisis descriptivo de la variable Trauma Personal que incluyó la media como indicador de tendencia central y desviación típica como indicador de dispersión. Posteriormente se caracterizó la distribución de los puntajes, calculándose el máximo y el mínimo. Se presentó la distribución de frecuencias de puntajes en Escala de Trauma Personal. Luego se describió la prevalencia e intensidad de situaciones traumáticas experimentadas en función de las etapas de vida (infancia, adolescencia y vida adulta). Finalmente se realizó una comparación de medias entre el Trauma Personal y Estrés Traumático Secundario y luego realizó un contraste de hipótesis para analizar la relación entre ambas escalas.

Tabla 19

Propiedades de la escala Trauma Personal

	Items	n	Alpha	Mínimo	Máximo	M	DT
Trauma Personal	3	80	0,78	0	9	3,2	2,6

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

Tabla 20

Distribución de frecuencias de puntajes en Escala de Trauma Personal

Puntuación Escala	Frecuencia	Porcentaje
0	20	25,0
1	9	11,3
2	6	7,5
3	10	12,5
4	8	10,0
5	7	8,8
6	9	11,3
7	8	10,0

	8	2	2,5
	9	1	1,3
Total		80	100

Tabla 21

Prevalencia e intensidad de situaciones traumáticas experimentadas por etapas de vida

	infancia		adolescencia		adultez	
	n	%	n	%	n	%
Ninguna	29	35,8	30	37,0	41	51,3
Sí, leve	19	23,5	25	30,9	9	11,3
Sí, moderada	22	27,2	18	22,2	21	26,3
Sí, grave	11	13,6	8	9,9	9	11,3
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>100</i>	<i>81</i>	<i>100</i>	<i>80</i>	<i>100</i>

El 64,2% de los participantes refiere haber experimentado al menos una situación que evalúa como traumática en su infancia, el 63% en la adolescencia y el 48,1% en la vida adulta. Durante la infancia, el 23,5% de los participantes refiere haber transitado por al menos una situación traumática valorada como leve, el 27,2% como moderada y el 13,6% como grave. En la adolescencia, el 30,9% valorada como leve, el 22,2% como moderada y el 9,9% como grave. Durante la vida adulta, el 11,1% de los participantes refiere haber transitado o estar transitando por una situación traumática comprendida como leve, el 25,9% como moderada y el 11,1% como grave.

Análisis de asociación entre las variables

Tabla 22

Comparación de medias entre Trauma Personal y Estrés Traumático Secundario

Trauma Personal	Estrés Traumático Secundario					Total
	Ausencia	Leve	Moderado	Alto	Severo	
N	25	21	10	6	10	72
Media	1,68	2,43	4,60	5,50	5,60	3,17
Desv. típ.	1,97	2,20	3,03	1,87	1,71	2,64
Error típ. de la media	0,39	0,48	0,96	0,76	0,54	0,31

La Tabla 22 muestra que a mayor nivel de trauma personal presentan los trabajadores, mayor nivel de ETS presentan. Para estimar si la correlación es estadísticamente significativa se llevará a cabo el siguiente contraste de hipótesis.

Si bien la EETS se distribuye normalmente ($KS=1.100$, $p=0.178$), la variable Trauma personal no lo hace ($KS=1.396$, $p=0.041$), por lo que se deberá utilizar un estadístico no paramétrico para analizar la correlación entre ambas ya que se no cumple el principio de normalidad para la distribución de una de las variables. En este sentido, se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrica rho de Spearman.

Ho: No existe correlación entre el nivel de trauma personal y la intensidad de ETS

H1: Existe correlación entre el nivel de trauma personal y la intensidad de ETS

Nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\%$ 0.05

Estadístico de prueba: Correlación de Spearman

Valor de "Rho" = 0.559

Valor de P= 0.000

Interpretación: Se rechaza Ho y se acepta la H1, por lo que existe asociación positiva entre el nivel de trauma personal y la intensidad de ETS

5.2.6 Resultados del Objetivo Específico número 6

El objetivo específico número 6 fue analizar la relación entre la frecuencia de exposición de los trabajadores a situaciones traumáticas experimentadas por los usuarios.

Para dar cumplimiento al objetivo 6, se calculó la fiabilidad de la escala utilizada y se determinó un coeficiente alfa de .95. Luego se realizó un análisis descriptivo de la variable Exposición que incluyó la media como indicador de tendencia central y desviación típica como indicador de dispersión. Posteriormente se caracterizó la distribución de los puntajes, calculándose el máximo y el mínimo. Luego se realizó una comparación de medias entre el nivel de Exposición y Estrés Traumático Secundario y se pasó a realizar un contraste de hipótesis para analizar la relación entre ambas escalas.

Tabla 23

Propiedades del inventario de Exposición

	Items	n	Alpha	Mínimo	Máximo	M	DT
Exposición	17	74	0,95	18	85	52,0	17,4

Nota: n = número de participantes, M = media, DT = desviación típica

Tabla 24

*Frecuencia de exposición por parte del trabajador a experiencias extremas vividas por los usuarios**

	Nunca	Un poco	Poco	Bastante	Mucho
Exclusión social.	81	13,6	6,2	9,9	50,6
Carencias económicas	81	4,9	13,6	4,9	56,8
Falta de apoyo familiar y social	80	10,0	5,0	7,5	58,8
Carencia de recursos personales para enfrentar la vida	80	10,0	5,0	7,5	50,0
Estar expuesto a situaciones de violencia	77	7,8	11,7	18,2	36,4
Catástrofes naturales	80	43,8	30,0	13,8	6,3
Ser víctima de amenazas de muerte y	81	18,5	27,2	12,3	14,8

agresiones						
Ser víctima de abusos sexuales.	81	28,4	21,0	22,2	17,3	11,1
Ser víctima de robo/rapiña/copamiento.	81	32,1	22,2	24,7	13,6	7,4
Ser víctima de violencia doméstica.	81	14,8	22,2	25,9	18,5	18,5
Haber intentado autoeliminarse.	81	14,8	6,2	12,3	30,9	35,8
Haber concretado el suicidio.	80	67,5	13,8	5,0	8,8	5,0
Transitar por una descompensación mental grave.	81	17,3	8,6	9,9	14,8	49,4
Haber abusado sexualmente de alguien.	81	49,4	25,9	16,0	4,9	3,7
Haber asesinado a alguna persona.	81	39,5	14,8	14,8	12,3	18,5
Haber cometido un robo/rapiña/copamiento.	81	30,9	12,3	18,5	16,0	22,2
Haber estado privado de libertad.	81	27,2	7,4	18,5	19,8	27,2

Nota: los datos son expresados en porcentaje (%)

Tabla 25

Comparación de medias entre Exposición y Estrés Traumático Secundario

Exposición	Estrés Traumático Secundario					Total
	Ausencia	Leve	Moderado	Alto	Severo	
N	24	20	10	4	10	68
Desv. típ.	18,0	15,1	17,9	22,7	17,4	17,4
Media	48,5	49,6	53,1	55,0	61,4	51,8
Error típ. de la media	3,7	3,4	5,7	11,4	5,5	2,1

La Tabla 25 muestra que a mayor nivel de exposición existe mayor intensidad de ETS. Para estimar si la correlación es estadísticamente significativa se llevará a cabo el siguiente contraste de hipótesis.

Análisis de correlación entre las variables

En tanto la EETS se distribuye normalmente ($KS = 1.100$, $p = 0.18$) y la escala Exposición también ($KS = .631$, $p = .82$) se utilizó un estadístico paramétrico para analizar la correlación entre ambas ya que se cumple el principio de normalidad para la distribución de una de las variables. En este sentido, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Ho: No existe correlación entre el nivel de Exposición y la intensidad de ETS.

H1: Existe correlación entre el nivel de Exposición y la intensidad de ETS.

Nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\%$ 0.05

Estadístico de prueba: Correlación de Pearson

Correlación de Pearson $r = .234$

Valor de $p = .050$

Interpretación: Se rechaza Ho por lo que existe asociación entre el nivel de Exposición y la intensidad de ETS.

En relación a los ítems del inventario de Exposición, se hallaron correlaciones positivas con el ETS en cinco de ellas: Exclusión social ($r = .252$, $p = .03$), Carencias económicas ($r = .278$, $p = .02$), Ser víctima de robo, rapiña o copamiento ($r = .258$, $p = .03$), Haber intentado autoeliminarse ($r = .249$, $p = .03$) y Haber abusado sexualmente de alguien ($r = .267$, $p = .02$)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

En este capítulo se discutirán los resultados obtenidos y sus implicaciones para el campo de estudio. Asimismo, se analizarán las limitaciones del trabajo y se realizarán recomendaciones e indicaciones a los actores relacionados, así como también se desprenderán nuevas hipótesis que aportarán al campo de conocimiento y permitirán diseñar nuevos estudios.

6.1 Discusión de resultados

El presente estudio es el primero en evaluar el fenómeno del Estrés Traumático Secundario en trabajadores de nuestro país, específicamente en trabajadores del campo de la salud mental. En este sentido, sus resultados presentan aspectos innovadores en el campo de la Psicología Clínica y en el campo de la Psicología de la Salud Ocupacional.

En un principio y a partir de la revisión bibliográfica realizada, tanto de las teorías y los estudios realizados en el campo, se desprendió una serie de interrogantes que fueron la base para la construcción y delimitación de los objetivos del estudio. El objetivo del mismo fue realizar una aproximación al nivel de prevalencia del Estrés Traumático Secundario en profesionales de la salud mental que desempeñan su actividad laboral en el Hospital Vilardebó y describir su relación con otras variables que pueden incidir en su desarrollo.

Se encontró una prevalencia considerable de ETS entre los participantes en el estudio. Más de un tercio presentó altos niveles de sintomatología asociada al Estrés Traumático Secundario, cumpliendo los criterios que configuran un

Trastorno por Estrés Postraumático derivado de la exposición secundaria al trauma. Es decir que aproximadamente 4 de cada 10 participantes presenta alta frecuencia de conductas intrusivas, evitativas y de activación, propias del Estrés Traumático Secundario asociado al trabajo con los usuarios en el Hospital Vilardebó. Estos resultados aportan evidencia sobre la alta prevalencia del fenómeno en los participantes del estudio y señalan la conveniencia y relevancia de su estudio desde la Psicología. Otros estudios han encontrado niveles de prevalencia similares en diversas poblaciones relacionadas con el campo de la salud (Guerra, 2008; Guerra y Saiz, 2008; Bride, B. E., Jones, J. L., & MacMaster, S. A, 2007; Dominguez-Gomez, Rutledge, D; 2009, Beck, C., & Gable, R. 2012; Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D., 2009).

Otro de los resultados obtenidos indica que dentro de la sintomatología del ETS, las conductas de activación simpática son las que se emiten de manera más frecuente en comparación con las conductas evitativas e intrusivas. En este sentido, casi 6 de cada 10 participantes del estudio indicó sentirse nervioso y sobresaltado de manera ocasional, frecuente y muy frecuente en la última semana. En el campo de los estudios sobre la respuesta de estrés en la salud, existen suficientes evidencias que refieren a las implicaciones que tiene la activación simpática en términos de riesgos para la salud.

El estudio también pone de manifiesto la necesidad de incluir una perspectiva de género en los estudios relacionados con la traumatización secundaria y el desarrollo del ETS. En este sentido, uno de los hallazgos a resaltar es la diferencia significativa entre ser varón y mujer en relación a la existencia de sintomatología del ETS. En esta muestra, el porcentaje de mujeres con ETS fue más de cinco veces mayor que en los varones.

Tan importante como la descripción del fenómeno del ETS, resulta comprender aquellas variables y procesos psicológicos con los que se relaciona y que pudieran estar implicados en su inicio, evolución y sostenimiento en el tiempo. En tanto otros estudios sobre la temática reflejan la existencia de procesos mentales y conductuales que modulan el desarrollo del ETS (Lerías y Byrne, 2003; Moreno-Jimenez, Morante, Rodriguez, & Muñoz, 2008; Thomas &

Otis, 2010; Thomas, 2011; Guerra-Vio, 2011), un objetivo específico de la presente investigación fue analizar la relación entre algunos factores psicológicos como la Separación Emocional y el Mindfulness con el ETS. Badger, Royse, & Craig (2008) han sugerido que menores niveles de separación emocional se encuentran correlacionados con altos niveles de traumatización vicaria. Por otra parte, los resultados de investigación de Thomas & Otis (2010) indican que existe una relación significativa entre altos niveles de separación emocional y bajos niveles de desgaste por empatía y burnout. Thomas & Otis (2010), sugieren que no es el dejarse tocar por el dolor de los pacientes lo que pone en riesgo al terapeuta ante el desarrollo del desgaste por empatía o el Burnout, sino que el riesgo ocurre cuando los terapeutas que cuidan de sus pacientes no presentan la habilidad para mantenerse separados emocionalmente (Thomas & Otis, 2010).

En cuanto a la separación emocional que el trabajador establece con los usuarios con los que interactúa, el presente estudio se encontró una asociación de tipo negativo con el ETS. En este sentido, menores niveles de separación emocional se asociaron con mayores niveles de sintomatología del ETS. Esto indica que aquellos profesionales que logran separar sus estados emocionales de los estados emocionales de los usuarios presentan menor sintomatología del ETS.

En cuanto al Mindfulness, el presente estudio se encontró que mayores niveles de Mindfulness se relacionaron con una menor presencia de síntomas de ETS, confirmándose la hipótesis planteada. Esto quiere decir que aquellos trabajadores que enfocan su atención en las experiencias externas e internas, tales como sensaciones, cogniciones, emociones, olores, sonidos, etc., (factor observación) y que pueden poner en palabras dichas experiencias (factor descripción), haciéndolo momento a momento (factor actuar con conciencia), asumiendo una actitud no evaluativa ante la experiencia (factor no juicio ante las experiencias) y tendiendo a dejar pasar y no reaccionar ante los estímulos (factor no reactividad a la experiencia) presentan menores niveles de Estrés Traumático Secundario.

Los resultados aportados por este estudio respaldan los hallados por Thomas y Otis (2006). Los autores plantean que el manejo intencional de los estados emocionales internos puede ser importante para los profesionales de la salud en el desempeño de su actividad laboral y que los programas de formación profesional deberían considerar la mejor manera de enseñar estas habilidades. (Thomas y Otis, 2006). Aportar evidencia sobre la relación entre ambas variables apoya a continuar desarrollando estrategias de intervención basadas en Mindfulness en la prevención y reducción del Estrés Traumático Secundario, como las desarrolladas por Berceli y Napoli (2006).

Paralelamente, otro objetivo específico del estudio fue evaluar si existe asociación entre la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado, la capacidad de recuperarse luego del trabajo (Recovery) y el desarrollo de ETS.

En cuanto a las conductas de autocuidado, se demostró que sí existe una asociación negativa entre la frecuencia de emisión estas conductas y la intensidad de ETS. Es decir que mayor frecuencias de emisión de conductas de autocuidado se asociaron con menores niveles de ETS. Las conductas de autocuidado que se asocian negativamente con el desarrollo ETS son, en primer lugar, sentirse cómodo y tranquilo en el espacio de trabajo (condición de autocuidado), en segundo lugar mantener una alimentación saludable, en tercer lugar participar en actividades recreativas fuera del espacio de trabajo (familia y/o amigos) y por último, participar en actividades recreativas con compañero de trabajo. Los resultados obtenidos en el presente estudio van en concordancia con los resultados de otros estudios similares. En Chile, un estudio evaluó la relación entre la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y sus niveles de ETS (Escala de Estrés Traumático Secundario (Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004; adaptada a Chile por Guerra y Saiz, en prensa) y de depresión (BDI-II, Beck; Rush; Shaw y Emery, 2003) en Psicólogos Clínicos. Bride et al, (2004) hallaron que las 10 conductas de autocuidado mostraron una relación inversa y significativa con los niveles de ETS y Depresión en los participantes (Betta, Morales, Rodríguez, Guerra, 2007). Otro estudio evaluó la efectividad de un taller para Psicólogos Clínicos que tuvo el objetivo de aumentar la frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y disminuir los niveles de ETS presentes.

El grupo experimental aumentó significativamente sus conductas de autocuidado y disminuyeron significativamente sus niveles de ETS mientras que el grupo control no variaron en la frecuencia del autocuidado y aumentaron el estrés traumático secundario (Guerra, Vivanco & Hernández, 2009). A partir de los estudios mencionados, se observa que una mayor frecuencia de emisión de conductas de autocuidado reduce la incidencia del ETS. Una nueva hipótesis a considerar es si el estar siendo afectado por el ETS reduce la probabilidad de que el sujeto implemente conductas de autocuidado.

En cuanto al *Recovery*, se encontró que existe una asociación negativa y significativa entre este constructo y la intensidad de ETS. En este sentido, mayor frecuencia de emisión de conductas de *Recovery* se asoció con menores niveles de presencia de sintomatología de ETS. Las conductas de *Recovery* que se asocian negativamente con el desarrollo ETS son: acostarse y relajarse, *Sentir que puede decidir él mismo qué hacer*, *Poder decidir en qué dedicar el tiempo*, *Hacer cosas que amplíen los horizontes*, *Dedicar tiempo a relajarse*, *Aprender cosas nuevas*, *Tomarse tiempo para el ocio* y *Hacer cosas que suponen un reto*.

La mayor parte de la investigación empírica en ETS incluye la historia de trauma personal como variable independiente en el estudio (Salston & Figley, 2003). En este sentido, otro de los objetivos específicos fue analizar la existencia entre la historia previa de trauma del profesional con el desarrollo del ETS. El estudio permitió aportar evidencia sobre las relaciones entre ETS y trauma personal, mostrando una asociación positiva y significativa entre el nivel de trauma personal y la intensidad de ETS. Esto quiere decir que el haber transitado por experiencias traumáticas previas aumenta la probabilidad de desarrollar ETS, siendo dicha variable un factor de riesgo para esta afección. Estos datos son concordantes con los aportados por otros estudios que han arrojado evidencia sobre la incidencia que genera una historia de acontecimientos vitales estresantes en el trabajador como factor de riesgo potencial para el desarrollo del ETS (Bride, Jones, & MacMaster, 2007; MacRitchie y Leibowitz, 2010; Cieslak, Anderson, Bock, Moore, Peterson & Benight, 2013).

Por otra parte, se estimó la frecuencia de experiencias traumáticas en la vida de los trabajadores del Hospital Vilardebó que participaron del estudio. En este sentido, más de la mitad de los participantes refiere haber experimentado al menos una situación que evalúa como traumática en su infancia, en la adolescencia y en la vida adulta. Estos hallazgos son similares a los aportados por Sodeke-Gregson, Holttum y Billings (2013), donde casi el 60% de los 253 terapeutas del National Health Service de Reino Unido estudiados reportó haber transitado por traumas personales en su historia de vida y esta variable correlacionó positivamente con el desarrollo de ETS. A partir de todo lo anterior, los resultados sugieren que la experiencia de trauma personal contribuye en vulnerar los recursos del sujeto para afrontar el desarrollo de TEPT debido a la exposición secundaria el trauma.

Se analizó la relación entre la frecuencia de exposición de los trabajadores a situaciones traumáticas experimentadas por los usuarios con los que entran en contacto los trabajadores del Hospital Vilardebó y el ETS del trabajador. Se encontró que existe una asociación positiva y significativa entre el nivel de exposición y la intensidad de ETS, confirmándose la hipótesis. Esto quiere decir que el haber experimentado situaciones traumáticas aumenta la probabilidad de desarrollar sintomatología asociada al ETS. La confirmación de ésta hipótesis es coherente con la definición propia del constructo en estudio, en tanto que el exponerse a situaciones traumáticas es una condición para desarrollar ETS. En relación a los ítems del Inventario de Exposición, se hallaron correlaciones positivas con el ETS en cinco de ellas: exclusión social, carencias económicas, ser víctima de robo, rapiña o copamiento, haber intentado autoeliminarse y haber abusado sexualmente de alguien. Estos datos son concordantes con los aportados por un estudio que ha sintetizado los hallazgos de las investigaciones y las tesis escritas en el idioma Inglés durante el período 1994-2003 sobre algunos de los factores que con mayor frecuencia se han descrito para el desarrollo Estrés Traumático Secundario y Traumatización Vicaria (Baird & Kracen, 2006). Los investigadores han encontrado que tanto la alta frecuencia de exposición al material traumático por parte de los trabajadores

y el haber experimentado situaciones de trauma personal, son factores de riesgo para el desarrollo del ETS (Baird & Kracen, 2006).

Por último, se analizó la relación entre las subdimensiones que componen el constructo Burnout con el ETS y se halló que existe una correlación positiva y significativa entre el Agotamiento Emocional y ETS, que existe una correlación positiva y significativa entre el nivel de Despersonalización y los niveles de ETS y que existe una correlación negativa y significativa entre el nivel de Realización Personal y ETS. Estos hallazgos permiten seguir aportando evidencia a la relación existente entre ambos fenómenos del desgaste laboral. Estos datos apoyan los hallazgos realizados por una revisión sistemática reciente (Cieslak, Shoji, Douglas, Melville, Luszczynska, y Benight, 2014) sobre la evidencia empírica aportada por 41 estudios originales que analizaron las asociaciones entre el BO y el ETS entre los profesionales que trabajan con sobrevivientes de trauma (n=8.256). Dicho Meta-análisis indicó que las asociaciones entre el BO y el ETS son fuertes ($r \leq 0,69$) y estos resultados sugieren que debido a la alta correlación entre el BO y el ETS, hay grandes probabilidades de que un profesional expuesto al trauma secundario de los usuarios con los que trabaja informen niveles similares de BO y ETS (Cieslak, Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C., 2014).

Limitaciones del Estudio

Como cualquier investigación puntual, el estudio llevado a cabo presenta algunos puntos limitaciones derivadas de las circunstancias en las que el mismo se aplicó y los recursos disponibles para su implementación. Estas limitaciones deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Los mismos deberán ser subsanados en futuros estudios sobre la temática para aumentar el nivel de evidencia aportado.

En cuanto a las circunstancias en las que el mismo se desarrolló, se destaca la falta de datos sobre el número exacto de trabajadores que desempeñan su actividad laboral en el Hospital Vilardebó. Los responsables no supieron informar sobre este dato por lo que no se pudo diseñar un muestreo

probabilístico. La ausencia de dicho censo, no permitió la selección al azar de un tamaño muestral que garantizara los márgenes de error deseados. Igualmente, la falta de una cifra sobre el tamaño de la población hizo imposible la estimación a posteriori del margen de error asociado al tamaño muestral obtenido.

En la misma línea y en lo que respecta al nivel de prevalencia del ETS aportado por esta investigación no es posible saber si es o no representativa de la población objetivo ya que se utilizó un muestreo por conveniencia y no muestreo aleatorio simple. En todo caso, la tasa de respuesta fue baja. La participación voluntaria en el estudio puede llevar asociado un sesgo de selección de manera que los trabajadores que decidieron completar el cuestionario pudieran presentar un perfil específico vinculado con sus niveles de ETS. Es posible hipotetizar un sesgo en ambos sentidos. Por una parte, cabe pensar que las personas con mayor ETS muestren menor compromiso con la organización y menor disposición a colaborar con un estudio. Por otro, podría suponerse que los trabajadores con ETS están más sensibilizados con la temática y, por tanto, más motivados para participar. Por los motivos expuestos, se sugiere interpretar con cautela dicho resultado a la hora de hacer referencia a la población objetivo y ampliar las muestras encuestadas en futuros estudios.

En cuanto al Mindfulness y la separación emocional y debido al carácter transversal del estudio, no es posible determinar el sentido de relación entre las variables. Por lo tanto no podemos saber si la predisposición al Mindfulness reduce la incidencia del ETS o si el estar afectado por el ETS reduce la posibilidad de acceder a los recursos de la atención plena. Ambas hipótesis pueden ser plausibles, debiéndose dilucidar en futuros estudios en el campo del trauma. Por lo mencionado anteriormente y continuando la misma línea argumentativa, no es posible saber si la separación emocional reduce la incidencia del ETS o si el estar afectado por el ETS reduce la posibilidad de separarse emocionalmente de los estados internos de los usuarios. Al igual que con el Mindfulness, esta cuestión deberá ser dilucidada en futuros estudios. Por otra parte, la escala utilizada para evaluar la Separación Emocional no presenta traducciones al español por lo que tuvo que ser traducida para el presente

estudio. En este sentido se sugiere interpretar con cautela la asociación entre ambas variables.

Finalmente, no fue posible analizar las relaciones entre la Empatía y el ETS, en tanto dos de las subdimensiones de la escala utilizada presentaron una baja fiabilidad en esta muestra.

En relación a las conductas de autocuidado y el Recovery y por la limitación mencionada anteriormente, no podemos saber si el ser afectado por ETS produce que el sujeto emita menos conductas de autocuidado y Recovery o si el emitir dichas conductas favorezca a reducir la incidencia de sintomatología asociada al ETS.

En cuanto a la evaluación de la historia traumática, la misma se llevó a cabo por un instrumento diseñado por los investigadores para el presente estudio. Se preguntó sobre el haber transitado por una experiencia traumática en cada una de las etapas vitales a lo que el sujeto tuvo que asignarle el significado al concepto de situación traumática y no fue brindado previamente. Esto puede configurarse en un sesgo de información.

Recomendaciones

A partir de los datos obtenidos y tomando en consideración el contexto nacional e internacional relacionado con el cuidado de los Recursos Humanos en Salud, mencionados a comienzo de este documento, se detallan las siguientes recomendaciones:

En tanto se ha encontrado una alta presencia de sintomatología de ETS en los participantes del estudio, se considera estratégico ampliar los estudios relacionados con la temática tomando en consideración las limitaciones del presente estudio. Es importante poder realizar un estudio epidemiológico sobre la prevalencia del ETS en los trabajadores de la salud, no solamente en el Hospital Vilardebó sino ampliar la población objetivo a todos los trabajadores de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Paralelamente, se considera importante realizar estudios longitudinales que permitan aportar evidencia sobre

las relaciones causales entre las variables asociadas al ETS y poder determinar cuáles de ellas son factores de riesgo y protección ante el fenómeno.

Debido a las consecuencias negativas para el estado de salud del individuo y sus repercusiones a nivel interpersonal y laboral que se desprenden de ser afectados por sintomatología asociada al ETS, se considera estratégico que los actores responsables implementen estrategias para el cuidado de la salud de sus trabajadores y de los usuarios de sus servicios. Dentro de ellas se destaca la importancia de desarrollar, implementar y evaluar dispositivos de intervención en el campo de la prevención en salud así como también en el tratamiento psicoterapéutico de quienes presentan un diagnóstico positivo.

Se considera importante tomar en cuenta los datos aportados por el presente estudio sobre las variables que se asocian con el ETS al momento de diseñar estrategias de prevención y promoción en salud ocupacional. Tanto las estrategias de regulación emocional (mindfulness y separación emocional), así como también las estrategias conductuales (conductas de autocuidado y Recovery) han mostrado asociación con la presencia de sintomatología asociada al ETS.

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de historias de trauma personal en los trabajadores estudiados, se llama la atención a los administradores de RHS para que tomen en cuenta este factor que podría incidir negativamente en la salud de sus trabajadores así como también en los usuarios del servicio. De esta manera, se deja en conocimiento la existencia de intervenciones psicoterapéuticas desarrolladas para la resolución de traumas personales (WHO, 2013).

Aquellos trabajadores afectados por el Trastorno por Estrés Postraumático incidido por la exposición secundaria al trauma pueden disponer de tratamientos empíricamente estudiados y sugeridos por la OMS para la intervención en esta patología. En el año 2013, tanto la Terapia Cognitivo Conductual focalizada en trauma y la Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular (EMDR), son sugeridas por la

OMS como intervenciones psicoterapéuticas que deben de ser consideradas para tratar adultos con Trastorno por Estrés Posttraumático (WHO, 2013).

Reflexiones teóricas y nuevas líneas conceptuales

En este apartado se detallan breves reflexiones que surgen de la integración de los antecedentes teóricos y los datos aportados por el estudio. Por otra parte y teniendo en cuenta que el estudio no presenta un alcance explicativo del fenómeno, se integrarán nuevas reflexiones desarrolladas al finalizar este proceso de escritura que pueden abrir un campo a nuevos desarrollos teóricos y conceptuales en la Psicología Clínica.

Siendo el primer estudio en español que analiza la relación entre la variable Separación Emocional y el ETS y en tanto se ha confirmado dicha asociación, se sugiere continuar analizando este fenómeno. Al parecer, la menor distancia emocional que el sujeto establece con los usuarios con los que trabaja aumenta la probabilidad de ser afectado por sintomatología asociada al ETS. En este sentido, un estudio de casos y controles podría determinar si la menor separación emocional es un factor de riesgo ante el ETS.

Por otro lado, se ha visto una alta prevalencia de trauma personal en los participantes del estudio. En este sentido, es importante tomar en cuenta que quizás aquellos trabajadores con mayor nivel de traumatización tengan mayores dificultades para distanciarse emocionalmente de otras personas, lo que podría colaborar con el desarrollo del ETS. El abordaje del trauma personal en los RHS podría convertirse en un factor protector ante el desgaste laboral y la mejora de la actividad desarrollada, incidiendo positivamente en la calidad de los servicios ofrecidos por la institución.

Se ha visto que mayores niveles de mindfulness se asocian con menores niveles de ETS. En este sentido y teniendo en cuenta los aportes realizados por la Neurobiología Interpersonal (Siegel, 2010, 2011), la capacidad de ser consciente de la propia mente y de los datos experimentados en el momento presente (mindfulness) reduciría la incidencia de la traumatización secundaria. A partir de ello y teniendo en cuenta que el Mindfulness es un estado activo en el

que el sujeto se predispone establecer un vínculo consciente con la propia mente, y teniendo en cuenta que la exposición a situaciones traumáticas es una condición para el desarrollo de ETS, este estudio surge la hipótesis de la *exposición activa al sufrimiento*.

La exposición del trabajador al estímulo perturbador (historia de trauma del usuario) no ocurre de manera pasiva sino activa, como en la mayoría de las conductas enmarcadas en los procesos adaptativos de los seres humanos que tiendan a la evolución de la especie. En este sentido, el procesamiento de los datos por medio de los esquemas cognitivos y afectivos de información se enmarcan un sistema activo de selección, clasificación, reorganización y recuperación de datos por parte del trabajador. Este procesamiento se realiza a partir de un estado mental en el que confluye su historia de vida y la predisposición que el sujeto tenga a entrar en contacto con sus estados mentales.

La actividad de procesar la información se enmarcará en los procesos básicos del sujeto así como también en los recursos técnicos y metodológicos propios de la disciplina de la que el trabajador es parte. Por ejemplo, un psicoterapeuta tendrá sus recursos internos básicos –propios de sí- como aquellos obtenidos en su formación de psicoterapeuta –teorías, técnicas, procedimientos-, que estarán mediando el procesamiento de los datos con el usuario o paciente.

La exposición frecuente a contenidos traumáticos de otros sujetos podría incidir en la modificación del procesamiento de la información a nivel del sistema nervioso del individuo que ha participado del intercambio de información y generar sintomatología asociada al ETS. Estos nuevos datos pueden ser el resultado de haber estado expuesto a contenidos traumáticos en donde las experiencias extremas han sido parte de las circunstancias de vida por las que ha transitado el sujeto vulnerado y con las que el trabajador entrará en contacto como parte de su actividad laboral. El trabajador que ha generado empatía con dicho sujeto afectado y se a predispuesto a compartir su historia, se encuentra ahora en un estado nuevo, un estado de transformación personal en el cual los

datos procesados por su cerebro pueden tender a un estado adaptativo o desadaptativo. Si el sujeto no procesa adecuadamente dichos datos (poca capacidad de Mindfulness, poca separación emocional más una historia de trauma personal), aumenta la probabilidad de ser afectado por el Estrés Traumático Secundario.

Esta línea de pensamiento lleva a considerar que si el trabajador se expone de manera activa al sufrimiento de los usuarios con los que entra en contacto, desarrollando una metacognición perceptiva del impacto del contenido traumático, procesaría adecuadamente dichos contenidos perturbadores y por lo tanto reduciría la probabilidad de ser afectado negativamente por el ETS.

El reiterado contacto con historias de dolor y sufrimiento incidiría en la modificación del procesamiento de la información incorporada por el trabajador. De manera negativa, el cerebro se ve dañando ante la imposibilidad de asimilar y acomodar dichas informaciones. Si esto es así, la información queda encapsulada, coagulada y no adaptada a las redes de memoria adaptativas (como lo sugiere el concepto de *Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos* propuesto por Shapiro (2013). Es decir, que el trauma vivido por el usuario se convierte en traumático para el sujeto expuesto, en este caso, el trabajador.

Dentro de la exposición activa al sufrimiento están las conductas que el sujeto emite voluntariamente, siendo estas las conductas de autocuidado y conductas de Recovery, que se mostraron asociadas negativamente con el ETS. Estos hechos sugieren la idea en la que la exposición activa al sufrimiento sería un factor que reduce la traumatización secundaria y podría colaborar positivamente con el aprendizaje. Indudablemente, el cerebro aprende de estas experiencias y enriquece la práctica profesional y el desarrollo de las disciplinas implicadas en pos del avance de los servicios ofrecidos por los prestadores de salud. Sin embargo, los aprendizajes también pueden predisponer al cerebro a padecer ciertos efectos en el procesamiento de la información que no lo lleven a un estado adaptativo, sino, por el contrario, a producir sufrimiento y dolor.

Referencias Bibliográficas

- Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 4, 101-119.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders* (3ª Ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders* (4ª Ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- ASSE (2010). ASSE celebró los 130 años del Hospital Vilardebó. Consultado en Febrero 15, 2011 en http://www.asse.com.uy/uc_4140_1.html.
- Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health and Social Work*, 33, 63-70.
- Baer, R. A., Samuel, D. B., & Lykins, E. L. B. (2011). Differential item functioning on the five facet mindfulness questionnaire is minimal in demographically matched meditators and nonmeditators. *Assessment*, 18(1), 3-10.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). "Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills". *Assessment* 11 (3): 191–206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., et al. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., et al. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-42.
- Baird, K., Amanda, C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, Volume 19, Number 2, June 2006, pp. 181-188(8)
- Barcelata, B. (Ed.) (2007). Estrés y salud. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- Beaton, R.D., & Murphy, S.A. (1995). Working With People In Crisis: Research Implications. En C.R. Figley (Ed.): *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized* (Pp. 51-81). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Beck, CT, & Gable, RK (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing*, 00(00), 1-14.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K. & Guerra, C. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos. *Pensamiento psicológico*, 3, 9-19.
- Blandin J, Martínez Araujo D. Estrés Laboral y Mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar "Dr.Carlos Arvelo". *Archivo venezolano de Psiquiatría y Neurología*. 2005; 51(104): 12-14.
- Bride, B. (2007). Prevalence Of Secondary Traumatic Stress Among Social Workers. *Social Work*, 25(1), 63-70.
- Bride, B. E., Jones, L. J., & MacMaster, A. S. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective service workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3/4), 69-80.

- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. & Figley, Ch. (2004). Development And Validation Of The Secondary Traumatic Stress Scale. *Research On Social Work Practice*, 14(1), 27-35.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.
- Brown, K.W., & Cordon, S.L. (2009). Toward a phenomenology of mindfulness: Subjective experience and emotional correlates. En F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 59–81). New York: Springer.
- Carrobes, J.A. (1996). Estrés y trastornos asociados. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (Eds.): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos (vol. 2: Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación)*. Madrid: Siglo XXI
- Cazabat, E. (2002). Desgaste Por Empatía. Extraído El 18 De Mayo De 2011 Desde [Http://Www.Interpsiquis.Com/2002/Areas/At8](http://Www.Interpsiquis.Com/2002/Areas/At8).
- Cieslak R, Shoji K, Douglas A, Melville E, Luszczynska A, Benight CC. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Service*. 2014 Feb;11(1):75-86. doi: 10.1037/a0033798
- Conrad, D & Kellar-Guenther, Y. (2006) Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse and Neglect*. 30(10) 1071-1080
- Corbetta, P. (2003). Metodología Y Técnicas De Investigación Social. Madrid: Mcgraw-Hill Interamericana.
- Corcoran, K. J. (1982). An exploratory investigation into self-other differentiation: Empirical evidence for a monistic perspective on empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 63-68.

- Corcoran, K. J. (1983). Emotional separation and empathy. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 667-671.
- Cray, C. y Cray, M. (1977). Stress and reward within the psychiatrists' family. *The American Journal of Psychoanalysis*, v.37, n.4, p.337-341.
- Cunningham, M. (2003). Impact Of Trauma Work On Social Work Clinicians: Empirical Findings. *Social Work*, 48(4), 451-459.
- Davis, M.H. (1980). A multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- De Croon, E. M., Sluiter, J. K., & Blonk, R. W. B. (2004). Stressful work, psychological job strain, and turnover: A 2-year prospective cohort study of truck drivers. *Journal of Applied Psychology*, 89, 442–454
- De Mola, L. (2009) *Tesis: Confiabilidad y validez de constructo del ffmq en un Grupo de meditadores y no meditadores. Pontificia Universidad Católica del Perú.*
- Deutsch, C.J. (1985). A survey of therapists' personal problems and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, v.16, n.2, p.305-315
- Didonna, F. (2011). *Clinical Handbook of Mindfulness*. Ed:Springer.
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199-204.
- Dutton, M.A., Y Rubenstein, F.L. (1995). Working With People With Ptsd: Research Implications. En Figley, C.R.: *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. (Pp. 82-100). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annu. Rev. Psychol.*51, 665–697

- Elwood, L., Mott, J., Lohr, J., & Galovski, T. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31, 25-36.
- Farber, B.A., Heifeltz, L.J. (1982). The Process And Dimensions Of Burnout In Psychotherapist. *Professional Psychology: Research And Practice*, V.13, N.2, P.293-301
- Figley, C. R. (1992). Secondary traumatic stress and disorder: Theory, research, and treatment. *Paper presented at the First World Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*, Amsterdam.
- Figley, C. R. (2003). Compassion fatigue: An introduction. Florida, E.U.A.: *Green Cross Foundation*.
- Figley, C.R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. En C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 398-415). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Figley, Ch. (2002). *Treating Compasión Fatigue*. *Routledge*.
- Follette V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and practice*, 25, 275-282.
- Forney, D.S., Wallace-Schutzman, F., y Wigers, T. (1982). Burnout among career development professionals: preliminary findings and implications. *Personnel and Guidance Journal*, 60, 435-439.
- Freudenberger, H., J. (1974). Staff Burnout. *Journal Of Social Issues*, 30(1), 159-165.

- Gentry, E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2, 4 -17.
- Gentry, J. E., Baranowsky, A. B. & Dunning, K. (2002). The Accelerated Recovery Program (Arp) For Compassion Fatigue. En: Ch. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*, 123- 138. New York, London: Brunner- Routledge.
- Gil-Monte, P. R. Y Peiró, J. M. (1997). Desgaste Psíquico En El Trabajo: El Síndrome De Quemarse. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R., Nuñez-Román, E. y Selva-Santoyo, Y. (2006). Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(2), 227-232.
- Greben, S.E. (1975). Some Difficulties And Satisfactions Inherent In The Practice Of Psychoanalysis. *Internacional Journal Psycho-Analysis*, V.56, N.4, P.427-433
- Guerra Vio, C, Vivanco, A Y Hernandez Morales, C. (2009). Efectos De Una Intervención Cognitivo-Conductual En El Aumento De Conductas De Autocuidado Y Disminución Del Estrés Traumático Secundario En Psicólogos Clínicos. *Terapia Psicológica*, Vol.27, N.1, Pp. 73-81 .
- Guerra, C, Rodríguez, K., Morales, G., & Betta, R. (en prensa). Validación inicial de la Escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos.
- Guerra, C. & Lira, G. (2007). Medición del desgaste profesional en una muestra de profesionales de la Corporación Paicabi: Una aproximación reflexiva al concepto de autocuidado en equipos que trabajan en maltrato infantil. En: V. Arredondo & E. Toro (Eds.). *Violencia sexual infantil: debates, reflexiones y prácticas críticas*, 114 - 131. Valparaíso, Chile: Editado por Paicabi-Sename.

- Guerra, C. & Saiz, J. L. (2007). Examen Psicométrico De La Escala De Estrés Traumático Secundario: Un Estudio En Profesionales Chilenos. *Psicología Conductual*, 15(3), 441- 456.
- Guy, J.D Y Liaboe, G.P. (1986). The Impact Of Conducting Psychotherapy On *Psychotherapists' Interpersonal Functioning*. *Professional Psychology: Research And Practice*, V.17, N.2, P.111-114
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press.
- Hesse, A. (2002). Secondary Trauma: How Working With Trauma Survivors Affects Therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30, 293–309.
- Hidalgo, N. & Moreira, E. (2000). Autocuidado, trastorno psicológico y rotación de equipos de salud mental. Santiago: *Departamento de Psicología*, Universidad de Chile.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 22(4):116, 118-9, 120.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Mind to Face Stress, Pain and Illness. New York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion.

- Kabat-Zinn, J. (2003). MBSR interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 144-156.
- Lang-Takac, E., & Osterweil, Z. (1992). Separateness and connectedness: Differences between the genders. *Sex Roles*, 27, 277-289.
- Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: DDB.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lerias, D. & Byrne, M. K. (2003), Vicarious Traumatization: Symptoms And Predictors. *Stress And Health*, 19: 129–138.
- Lester, D. (1989). Suicide among psychologists and proposal for the American Psychological Association. *Psychological Reports*, v.64, n.2, p.65-66
- Ley Nº 18.211. (2007). Sistema Nacional Integrado De Salud. Poder Legislativo.
- Linehan, M. M. (1993) Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. *New York: Guilford Press*.
- MacRitchie, V., Leibowitz, S. (2010). Secondary Traumatic Stress, Level of Exposure, Empathy and Social Support in Trauma Workers. *South African Journal of Psychology* June 2010 vol. 40 no. 2 149-158
- Margison, F. R. (1987) Stress In Psychiatrist. En R.Payne Y Firth-Cozens, J. (Eds) Stress In Health Professionals. New York: Wiley.
- Martín-Asuero, A & García de la Banda, G. (2006) Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *Int J Clin Health Psychol*, Vol. 7, Nº 2. p. 369-384
- Martín-Asuero, A., García, G. (2006) Las Ventajas De Estar Presente: Desarrollando Una Conciencia Plena Para Reducir El Malestar Psicológico. *International Journal Of Clinical And Health Psychology*. 2007, Vol.7 Nº1, Pp. 369-384

- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1986). Maslach Burnout Inventory, 2a Ed. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149.
- Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In P. J. D. Drenth & H. Thierry (Ed.), *Handbook of work and organizational psychology*. Vol. 2: *Work psychology* (pp. 5-33). Hove, England: Psychology.
- Mestre-Escrivá, V., Frías-Navarro, M., & Samper-García, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Revista: Psicothema* 2004 16(2)
- Ministerio de Salud Pública (2011). Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay: MSP.
- Morales, G., Pérez, J. & Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 9-25.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E., Garrosa, E. Y Rodríguez, R. (2004). Fatiga Por Compasión O Estrés Traumático Secundario. Nuevas Formulaciones Para Un Viejo Problema. *Psicología Conductual*, 12,(2), 215-231.
- Moreno-Jimenez, B., Morett, N., Rodriguez-Munoz, A., Y Morante, M. (2006). La Personalidad Resistente Como Variable Moduladora Del Síndrome De Burnout: Estudio En Una Muestra De Bomberos. *Psicothema*, 18(3),413-418.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Morante, Me., Garrosa, E., Rodríguez-Carvajal, R., Díaz, L. (2008). Wvaluación Del Acoso Psicológico

En El Trabajo: Desarrollo Y Estudio Exploratorio De Una Escala De Medida.
Universitas Psychologica, 7(2), 25-36

MSP (2010). Primer censo nacional de Recursos Humanos en Salud. Uruguay:
MSP.

OMS (2009). Manual de Seguimiento y Evaluación de los Recursos Humanos
para la Salud.

OMS (2009). Perfil mundial de los trabajadores sanitarios. *Organización Mundial
de la Salud*.

OMS, OPS. (2005). Declaración Regional Sobre Las Nuevas Orientaciones De
La Atención Primaria De Salud (Declaración De Montevideo) Del 46°
Consejo Directivo Y 57ª Sesión Del Comité Regional.

OMS, OPS. (2007). 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª. Sesión Del
Comité Regional OMS.

Pearlman, L. A., & Mcian, P. S. (1995). Vicarious Traumatization: An Empirical
Study Of The Effects Of Trauma Work On Trauma Therapists. *Professional
Psychology: Research And Practice*, 26, 558-565.

Pearlman, L. Y Saakvitne, K. (1995). Treating Therapist With Vicarious
Tramatization And Secondary Traumatic Stress Disorders. En C.R. Figley
(Ed.): *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress
Disorder In Those Who Treat The Traumatized* (Pp. 51-81). Nueva York:
Brunner/Mazel

Pérez-Sales P. (2004) El concepto de trauma y de respuesta al trauma en
psicoterapia. *Norte de Salud Mental* 20, 29.36

Pérez-Sales P. (2004). Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial
y comunitario. *Átopos*. 1, 5-16

Pérez-Sales P. (2004). *Psicoterapia De Situaciones Traumáticas*. Madrid: You&
Us.

- Pérez-Sales P. (2005). Este no es el camino: Reflexiones sobre "Etnicidad y Violencia Etnarra" *Revista de Psicología Social*.21 (2) 197-201.
- Pines, A; Aronson, E y Kafry, D (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.
- Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D. (2009). Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nursing*, 32(4), 1-7.
- Radey, M. Y Figley, C. R. (2007). The Social Psychology Of Compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207-214.
- Remer, R., & Elliott, J. E. (1988). Management of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9, 389-401.
- Ribera, D., Cartagena, E., Reig, A., Romá, M.T., Sans, I. y Caruana, A. (1993). Estrés laboral en profesionales de enfermería: Estudio empírico en la provincia de Alicante. Alicante: *Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Alicante*.
- Roy, A. (1985) Suicide In Doctors. *Psychiatr. Clin. North. Am.* 8, 377-387
- Saakvitne, K. W. & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization for Helping Professionals Who Work with Traumatized Clients*. New York: W. W. Norton & Company Inc.
- Saakvitne, K. W. (1996). Countertransference And Vicarious Traumatization: The Therapist At The Eye Of The Storm. *Paper Presented At The Division 39 Spring Conference, New York*.
- Sabo, B. M. (2006), Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work?. *International Journal of Nursing Practice*, 12: 136–142.

- Salston, M. D. & Figley, Ch. (2003). Secondary traumatic stress: Effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 167- 174.
- Sampieri, R., Fernandes-Collado, C., Baptista, P. (1991). Metodología De La Investigación. Mexico: Mcgraw-Hill Interamericana.
- Santana, I. & Farkas, Ch. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. *Psykhé*, 16, 77-89.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138,32.
- Seisdedos, N. (1997). MBI. Inventario «Burnout» de Maslach: manual. Madrid: TEA.
- Shapiro, F. (2013). Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular. Ed: Pax, Mexico.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., Cordova, M. J (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction For Health Care Professionals: Results From A Randomized Trial. *International Journal Of Stress Management*, Vol 12(2), May 2005, 164-176.
- Siegel, D. J. (2010). Cerebro y mindfulness: La reflexión y la atención plena para cultivar el bienestar. Barcelona: Paidós.
- Siegel, D. (2011) MIndsight: La nueva ciencia de la transformación personal. Ed. Paidós
- Simón, V. (2010). Mindfulness Y Psicología: Presente Y Futuro. Información Psicológica N°100, Setiembre-Diciembre 2010. Páginas 162-170
- Simón, V.M. (2007). Mindfulness Y Neurobiología. *Revista De Psicoterapia*, Xvii (65); 5-30

- Sodeke-Gregson, EA., Holttum, S., Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur Journal Psychotraumatology*. 2013 Dec 30;4.
- Solari, B. (2010) Tesis: Pre validación del cuestionario Five Facet Mindfulness Questionnaire. Universidad Católica de Chile.
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal Of Loss And Trauma*, 12 (3), 259-280. doi:10.1080/153250207012380
- Stamm, B. H. (1995). Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Baltimore: The Sidran Press.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8.
- Stamm, B.H. (2002). Measuring Compassion Satisfaction As Well As Fatigue: Developmental History Of The Compassion Satisfaction And Fatigue Test. En Figley, C.R.: Treating Compassion Fatigue. Psychosocial Stress Series, 24, 107-109. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Stamm, B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual. *Pocatello*, ID: ProQOL.or
- Stone, A. A., Kennedy-Moore, E., & Neale, M. (1995). Association between daily coping and end-of-day mood. *Health Psychology*, 14,34 1-34
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- Tello, S. Tolmos, M. Vález, R, y Vázquez, A. (2001) Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital Clínico de San Carlos. España.

- Thomas, J & Otis., M. (2010). Intrapyschic Correlates Of Professional Quality Of Life: Mindfulness, Empathy, And Emotional Separation" *Journal Of The Society For Social Work And Research* 1.2 83-98.
- Uribe, T. (1999). El Autocuidado y su papel en la Promoción de la Salud. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 17, 109- 118.
- Valent, P. (2002). Diagnosis And Treatment Of Helper Stresses, Traumas, And Illnesses. En: *Ch. Figley (Ed.). Treating Compassion Fatigue*, 17-37. New York Brunner-R.
- Varma, V.P (1997). *Stress In Psychotherapists*. Londres E N.York, Routledge
- Will Jr, El.A. (1979). Comments On The Profesional Life Of The Psychoterapist. *Contemporary Psychoanalysis*, V.15, N.4, P.560-576
- Williams, M. Teasdale, J. Segal,Z. Kabat Zinn, J (2010). *Vencer la depresión: Descubre el poder de las técnicas del mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- World Health Organization (2013). WHO guidelines on conditions specifically related to stress.
- Wschebor, M., López, G., Santos, V., Brescia, S., Romano, S. (2009). Estudio de los pacientes que recibieron ECT en el Hospital Vilardebó en el año 2006. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol.73 N°2.

ANEXO 1: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación:

**Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado
que modulan procesos de Estrés Traumático Secundario y
Burnout
en profesionales de salud mental.**

Lic.Ps. Federico Montero

Dr. David Martínez

Ps. Luis Leopold

El objetivo del presente estudio es determinar el grado de Estrés Traumático Secundario y Desgaste Laboral (Burnout) en profesionales sanitarios. El estudio de dichas afectaciones es necesario para el desarrollo de intervenciones específicas en la reducción de estos tipos de estrés que inciden en el desgaste profesional. Los datos aportados por usted en la siguiente encuesta son totalmente anónimos y solamente utilizados por el equipo de investigación, perteneciente a la *Facultad de Psicología de la Universidad de la República*, certificando su confidencialidad. Se han evaluado como mínimos los riesgos que presenta para usted el participar del estudio. De todas maneras, en el caso de que usted necesite asesoramiento psicológico por situaciones que puedan preocuparle, entre en contacto con el equipo de investigación quienes le asesorarán al respecto. Por todo lo anterior, el diseño del estudio y sus investigadores garantizan el cumplimiento de las normativas nacionales sobre

aspectos éticos en investigación: Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales y acción de “Habeas Data” del 11 de agosto del 2008.

Yo.....C.I.....
otorgo por este medio, mi consentimiento para la inclusión de las informaciones por mi aportadas en dicho proyecto. Autorizo el procesamiento de la información del material recogido en la presente investigación bajo el marco de protección de datos e información que me otorgan las normas éticas nacionales en relación a la Investigación con Seres Humanos. Tengo claro que no recibiré ningún tipo de beneficio directo por el hecho de colaborar con las informaciones por mi brindadas y que puedo dejar de participar del estudio en el momento que yo lo decida.

Firma del consentimiento: _____

Aclaración de firma: _____

Fecha: _____

ANEXO 2: Cuestionario aplicado

Para comenzar, completa los siguientes puntos. Recuerda que este cuestionario es totalmente anónimo y confidencial por lo que nadie podrá identificarte.

Género: Masculino Femenino **Edad:** _____

Cargo que desempeñas:

- Aux. Enfermería Lic. Enfermería Vigilante Tallerista
 Medicina Psiquiatra Psicología Trabajo Social

Lugar de trabajo en los últimos tres meses:

- Sala de seguridad Sala abierta Emergencia ACRI
 Policlínica At.Domiciliaria Rehabilitación Otros

Turno de trabajo

- 0 - 6 6 - 12 12 - 18 18 - 24
 Turno rotatorios Horario libre

Tiempo llevas trabajando en el HV: _____

Tiempo llevas ejerciendo tu profesión: _____

Indica el número de trabajos que tienes por fuera del HV: 0 1 2 3 4
 5

Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos

(Betta, Morales, Rodriguez & Guerra, 2008).

Versión modificada para el presente estudio.

A continuación te haremos una serie de preguntas sobre tu trabajo y sobre tus actividades extralaborales. Responde todas las preguntas, marcando la alternativa que mejor refleje tu situación general. Por favor, indica con qué frecuencia has realizado cada una de las actividades en el último mes. Completa cada uno de las preguntas y no dejes ninguna sin responder.

¿Con qué frecuencia...	1 Nunca	2 Casi nunca	3 Ocasionalmente	4 Frecuentemente	5 Muy Frecuentemente
------------------------	------------	-----------------	---------------------	---------------------	-------------------------

1. participaste en actividades vinculadas a tu profesión por fuera del espacio de trabajo?	1	2	3	4	5
2. compartiste con colegas o superiores tus experiencias con los pacientes con los que trabajas?	1	2	3	4	5
3. usaste del sentido del humor?	1	2	3	4	5
4. hablaste con tus colegas acerca de tus experiencias personales relacionadas con tu trabajo?	1	2	3	4	5
5. participaste en actividades recreativas con tus compañeros de trabajo?	1	2	3	4	5
6. participaste en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?	1	2	3	4	5
7. hiciste algún ejercicio físico o practicaste algún deporte?	1	2	3	4	5
8. participaste en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación, etc.)?	1	2	3	4	5
9. mantuviste una alimentación saludable?	1	2	3	4	5
10. el espacio en su trabajo te permitió estar cómodo y tranquilo?	1	2	3	4	5

Escala de Estrés Traumático Secundario

(EETS; Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004; adaptada a Chile por Guerra & Saiz, 2007).

Vas a leer una lista de afirmaciones hechas por personas que han sido afectadas por su trabajo con pacientes que han sido víctimas de eventos traumáticos. Lee cada afirmación e indica con qué frecuencia te ha ocurrido durante los últimos siete (7) días. Recuerda responder todas las preguntas y no dejar ninguna sin responder.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Con frecuencia	Con mucha frecuencia

1. Me sentí incapaz de experimentar emociones	1	2	3	4	5
2. Cuando pensé en el trabajo con los pacientes, mi corazón comenzó a latir más fuerte.	1	2	3	4	5
3. Sentí como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por los pacientes con las que trabajo.	1	2	3	4	5
4. Tuve dificultades para conciliar o mantener el sueño.	1	2	3	4	5
5. Me sentí desesperanzado/a al pensar en mi futuro.	1	2	3	4	5
6. Hay recuerdos de mi trabajo con los pacientes que me provocan malestar.	1	2	3	4	5
7. Tuve poco interés por estar con otras personas.	1	2	3	4	5
8. Me sentí nervioso/a, sobresaltado/a, ansioso/a.	1	2	3	4	5
9. Estuve menos activo/a de lo habitual.	1	2	3	4	5
10. Me sorprendí pensando en mi trabajo con los pacientes sin tener la intención de hacerlo.	1	2	3	4	5
11. Tuve dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
12. Evité personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes.	1	2	3	4	5

13. Tuve sueños desagradables sobre mi trabajo con los pacientes.	1	2	3	4	5
14. He deseado evitar el trabajo con algunos pacientes.	1	2	3	4	5
15. Me enojé con facilidad.	1	2	3	4	5
16. Tuve la sensación de que algo malo va a pasar.	1	2	3	4	5
17. Noté vacíos en mi memoria.	1	2	3	4	5

Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey

(MBI-HSS; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Medido por la versión española (Seisdedos, 1997)

Ahora encontrarás una serie de frases acerca de tu trabajo y de tus sentimientos en él. Tienes que saber que no existen respuestas mejores o peores. A cada una de las frases debes responder expresando la frecuencia con que tienes ese pensamiento o sentimiento. Recuerda responder todas las preguntas y no dejar ninguna sin responder.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Todos los días

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	1	2	3	4	5	6
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.	1	2	3	4	5	6
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran	1	2	3	4	5	6

objetos.						
6. Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo.	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy bien los problemas de los pacientes.	1	2	3	4	5	6
8. Me siento "quemado" por mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.	1	2	3	4	5	6
10. Me volví más insensible con la gente desde que ejerzo este trabajo.	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	1	2	3	4	5	6
12. Me siento muy activo.	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
14. Creo que estoy trabajando demasiado.	1	2	3	4	5	6
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunos pacientes con los que trabajo.	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar directamente con pacientes me produce estrés.	1	2	3	4	5	6
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con los pacientes con los que trabajo.	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con pacientes.	1	2	3	4	5	6
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
20. Me siento acabado.	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	1	2	3	4	5	6
22. Creo que los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas.	1	2	3	4	5	6

Five Facet Mindfulness Questionnaire

(Baer, Smith y Allen, 2006. Se midió con la versión española Didonna, 2011)

Dependiendo de la forma de ser de cada persona, uno puede darse más o menos cuenta de lo que siente, de lo que le rodea y de cómo le afecta. También nos diferenciamos en cómo manejamos nuestras emociones. A continuación, encontrarás algunas afirmaciones en donde tendrás que indicar con qué frecuencia te suceden. Por favor, completa cada una de las preguntas y no dejes ninguna sin contestar.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	A veces	Generalmente	Siempre

1. Cuando camino, me doy cuenta de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento.	1	2	3	4	5
2. Soy bueno para encontrar palabras que describan mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos.	1	2	3	4	5
5. Cuando estoy haciendo algo, mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
6. Cuando me estoy duchando, estoy atento a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7. Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas.	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que estoy haciendo porque estoy soñando despierto, ando preocupado, o distraído en alguna cosa.	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5

10. Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
11. Me doy cuenta de cómo los alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que estoy pensando.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de esa manera.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a sensaciones, como el viento en mi cabello o el sol en mi cara.	1	2	3	4	5
16. Me cuesta pensar en las palabras adecuadas para expresar cómo me siento con respecto a las cosas.	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18. Encuentro dificultades para estar enfocado en lo que está pasando en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me angustian soy capaz de parar y prestarles atención sin dejarme llevar por estos.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a los sonidos, como el tic tac del reloj, el canto de los pájaros o los autos que pasan.	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles puedo hacer una pausa sin reaccionar de inmediato.	1	2	3	4	5
22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, es difícil describirla porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5

23. Parece que actúo en “piloto automático”, sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, recobro la calma poco después.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando.	1	2	3	4	5
26. Me doy cuenta de los olores y los aromas de las cosas.	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando me siento terriblemente mal o alterado, puedo encontrar la manera de ponerlo en palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago muchas cosas sin estar muy atento a lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me angustian, soy capaz de observarlos sin reaccionar.	1	2	3	4	5
30. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas o patrones de luz y sombra.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me angustian, puedo reconocerlas y dejarlas ir.	1	2	3	4	5
34. Realizo trabajos o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me angustian, me juzgo a mí mismo como bueno o malo dependiendo del tipo de pensamiento o imagen.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan mis	1	2	3	4	5

pensamientos y comportamiento.					
37. Por lo general soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado.	1	2	3	4	5
38. Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención.	1	2	3	4	5
39. Me desapruero cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

Interpersonal Reactivity Index

(Davis, 1980; adaptada a España por Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxeberría, Montes y Torres, 2003).

Las siguientes frases se refieren a pensamientos y sentimientos que puedes tener en tu trabajo. Para cada situación que aparece a continuación marca la alternativa que mejor te refleje. Lee cuidadosamente y no dejes ninguna pregunta sin responder.

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bien	Me describe bastante bien	Me describe muy bien

1. Con cierta frecuencia sueño despierto y fantaseo sobre cosas que podrían pasarme en el trabajo.	1	2	3	4	5
2. A menudo tengo sentimientos de compasión y preocupación hacia pacientes menos afortunados que yo.	1	2	3	4	5
3. A veces encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de los pacientes.	1	2	3	4	5
4. A veces no me dan mucha lástima los pacientes cuando tienen problemas.	1	2	3	4	5
5. Realmente, cuando leo una novela, me siento «metido» en los sentimientos de los personajes.	1	2	3	4	5

6. En situaciones de emergencia que ocurren con los pacientes, me siento temeroso e incómodo.	1	2	3	4	5
7. Generalmente considero que soy objetivo cuando veo una película o una obra de teatro y no me involucro completamente con ella	1	2	3	4	5
8. En un desacuerdo con el paciente, trato de ver las cosas desde el punto de vista de él antes de tomar una decisión.	1	2	3	4	5
9. Cuando veo que se aprovechan de un paciente, siento necesidad de protegerlo.	1	2	3	4	5
10. A veces me siento indefenso/a cuando estoy en medio de una situación muy emotiva con los pacientes.	1	2	3	4	5
11. A veces intento entender mejor a mis pacientes imaginando cómo ven las cosas desde su perspectiva.	1	2	3	4	5
12. Es raro que yo me «meta» mucho en un buen libro o en una película.	1	2	3	4	5
13. Cuando veo que un paciente se hace daño, tiendo a permanecer tranquilo.	1	2	3	4	5
14. Las desgracias de los pacientes no suelen angustiarme mucho.	1	2	3	4	5
15. Si estoy seguro/a de que tengo la razón en algo, no pierdo mucho tiempo escuchando los argumentos los pacientes.	1	2	3	4	5
16. Después de ver una obra de teatro o una película, me siento como si fuera uno de los protagonistas.	1	2	3	4	5
17. Me asusta estar en una situación emocionalmente tensa con los pacientes.	1	2	3	4	5
18. Cuando veo que un paciente está siendo tratado injustamente, no suelo sentir mucha pena por él	1	2	3	4	5

19. Generalmente soy bastante efectivo/a afrontando emergencias de los pacientes.	1	2	3	4	5
20. A menudo me conmueven las cosas que le pasan a los pacientes.	1	2	3	4	5
21. Creo que todas las cuestiones se pueden ver desde dos perspectivas e intento considerar ambas.	1	2	3	4	5
22. Me describiría como una persona bastante sensible.	1	2	3	4	5
23. Cuando veo una buena película, puedo ponerme muy fácilmente en el lugar del protagonista.	1	2	3	4	5
24. Tiendo a perder el control en las emergencias de los pacientes.	1	2	3	4	5
25. Cuando estoy disgustado con un paciente, normalmente trato de ponerme en su lugar por un momento.	1	2	3	4	5
26. Cuando estoy leyendo una novela o historia interesante, imagino cómo me sentiría si me estuviera pasando lo que ocurre en la historia.	1	2	3	4	5
27. Cuando veo a un paciente que necesita ayuda enseguida pierdo el control.	1	2	3	4	5
28. Antes de criticar a alguien, intento imaginar cómo me sentiría yo si estuviera en su lugar.	1	2	3	4	5

Maintenance of Emotional Separation Scale

(Corcoran, 1989; Traducido por los investigadores para el presente estudio)

Para cada ítem que se enumera a continuación, utiliza la siguiente escala de calificación para determinar y registrar la medida en que la afirmación es cierta para ti.

1	2	3	4	5	6
Completamente Falso	Algo Falso	Poco Falso	Poco Verdadero	Algo Verdadero	Completamente Verdadero

1. A menudo me siento tan involucrado emocionalmente con los problemas de los pacientes que pierdo de vista mis propios sentimientos.	1	2	3	4	5	6
2. Cuando hablo con un paciente deprimido, me siento triste durante un tiempo luego de la conversación.	1	2	3	4	5	6
3. A veces me siento tan involucrado en los sentimientos de los pacientes que me parecería perderme de vista por un tiempo.	1	2	3	4	5	6
4. Cuando los pacientes describen un problema emocional, estoy en contacto con sus sentimientos sin llegar a estar demasiado involucrado emocionalmente.	1	2	3	4	5	6
5. Por lo general llevo conmigo a casa los problemas de los pacientes con los que entro en contacto.	1	2	3	4	5	6
6. Después de escuchar a un paciente hablar de una experiencia dura, se me hace difícil continuar trabajando.	1	2	3	4	5	6
7. Cuando las dificultades experimentadas por los pacientes me preocupan, siento temporalmente esas preocupaciones pero en realidad no me afectan.	1	2	3	4	5	6

Recovery Experience Questionnaire

(Sonnentag & Fritz, 2007; Traducido por los investigadores para el presente estudio)

¿En qué medida durante tu tiempo libre fuera del trabajo, te ocurren lo siguiente?
 Recuerda no dejar ninguna pregunta sin responder.

1 Muy raramente	2 Raramente	3 Alguna vez	4 A menudo	5 Muy a menudo
---------------------------	-----------------------	------------------------	----------------------	--------------------------

1. Me olvido del trabajo por completo.	1	2	3	4	5
2. Me tomo un descanso frente a las exigencias de mi trabajo.	1	2	3	4	5
3. Me acuesto y me relajo.	1	2	3	4	5
4. Dedico mi tiempo a relajarme.	1	2	3	4	5
5. Me tomo tiempo para el ocio	1	2	3	4	5
6. Aprendo nuevas cosas.	1	2	3	4	5
7. Hago cosas que me suponen un reto.	1	2	3	4	5
8. Hago cosas que amplían mis horizontes.	1	2	3	4	5
9. Siento que puedo decidir yo mismo qué hacer.	1	2	3	4	5
10. Yo mismo puedo decidir a qué dedico mi tiempo.	1	2	3	4	5
11. Cuando me ocupo de algo, lo hago a mi manera.	1	2	3	4	5

Inventario Exposición

¿En el último mes, en qué medida entraste en contacto con pacientes que transitaron por las siguientes situaciones a lo largo de su vida?

1 Nunca	2 Un poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
-------------------	---------------------	------------------	----------------------	-------------------

1. Exclusión social.	1	2	3	4	5
2. Carencias económicas.	1	2	3	4	5
3. Falta de apoyo familiar y social.	1	2	3	4	5
4. Carencia de recursos personales para enfrentar la vida.	1	2	3	4	5
5. Estar expuesto a situaciones de violencia.	1	2	3	4	5

6. Catástrofes naturales (incendio, inundación, derrumbe, etc.)	1	2	3	4	5
7. Ser víctima de amenazas de muerte, agresiones o palizas.	1	2	3	4	5
8. Ser víctima de abusos sexuales.	1	2	3	4	5
9. Ser víctima de robo/rapiña/copamiento.	1	2	3	4	5
10. Ser víctima de violencia doméstica.	1	2	3	4	5
11. Haber intentado autoeliminarse.	1	2	3	4	5
12. Haber concretado el suicidio.	1	2	3	4	5
13. Transitar por una descompensación mental grave.	1	2	3	4	5
14. Haber abusado sexualmente de alguien.	1	2	3	4	5
15. Haber asesinado a alguna persona.	1	2	3	4	5
16. Haber cometido un robo/rapiña/copamiento.	1	2	3	4	5
17. Haber estado privado de libertad.	1	2	3	4	5

Inventario trauma personal

En algunos momentos de la vida, las personas podemos transitar situaciones de intenso dolor. Por ejemplo, violencia doméstica o sobre un familiar querido, acoso/abuso sexual, violencia/persecución política, tortura, y otras situaciones traumáticas. La gravedad e intensidad de estas situaciones puede variar. En tu caso,

	Ninguna	Sí, leve	Sí, moderada	Sí, grave
¿Considerás que transitaste por alguna situación traumática en tu infancia?	A	B	C	D
¿Considerás que transitaste por alguna situación traumática cuando eras adolescente?	A	B	C	D

¿Considerás que transitaste o estás transitando alguna situación traumática siendo adulto?	A	B	C	D
--	---	---	---	---