



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 3

Septiembre de 2022

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PERSONAL DE EMERGENCIA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SECUNDARIO¹

Karla María Hernández Cadena² y Gabriela Orozco Calderón³

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

La labor de la atención a emergencias es una actividad estresante que implica una alta carga emocional debida al trauma de las situaciones que se deben atender. Con propensión a padecer trastorno de estrés traumático secundario, con consecuencias cognitivas y emocionales. Objetivo fue describir los factores de inteligencia emocional en presencia de diferentes niveles de gravedad de Estrés Traumático Secundario en personal de emergencia. Cuarenta y cuatro participantes de atención a emergencias de la Ciudad de México con un rango de 21 a 53 años; de acuerdo al nivel de gravedad de estrés traumático secundario divididos en tres grupos de estrés (bajo, medio y alto). Aplicando una historia clínica, la Escala de Estrés Traumático Secundario y un perfil de Inteligencia Emocional. Resultan niveles altos de inteligencia emocional adecuados. Lo que promueve el potencial para aprender la práctica de habilidades de comunicación, desarrollo de competencia emocional y empatía para la comprensión y buen servicio de orientación hacia otros y mejorar habilidades sociales. Con características particulares por rango de edad en función del nivel del estrés. En conclusión, el personal de emergencias padece de un Trastorno de Estrés Traumático Secundario en diferentes niveles con un Coeficiente de Inteligencia emocional alto.

Palabras clave: Trastorno de Estrés Traumático Secundario, Personal de emergencia, inteligencia Emocional, empatía, inhibición de impulsos.

¹ Laboratorio de Psicobiología y Cognición Humana. Facultad de Psicología UNAM. Av. Universidad 3004, colonia Copilco-Universidad, Delegación Coyoacán c.p.04510. México, CDMX.

² Correo: kay28gp@gmail.com

³ Correo: gabrielaorocal@gmail.com

EMOTIONAL INTELLIGENCE IN EMERGENCY PERSONNEL WITH SECONDARY POST TRAUMATIC STRESS DISORDER

ABSTRACT

The work of emergency care is a stressful activity that implies a high emotional burden due to the trauma of the situations that must be attended to. With a propensity to suffer from secondary traumatic stress disorder, with cognitive and emotional consequences. Objective was to describe the emotional intelligence factors in the presence of different severity levels of Secondary Traumatic Stress in emergency personnel. Forty-four participants of emergency care from Mexico City with a range of 21 to 53 years of age; According to the level of severity of secondary traumatic stress divided into three stress groups (low, medium and high). Applying a clinical history, the Secondary Traumatic Stress Scale and an Emotional Intelligence profile. Adequate high levels of emotional intelligence result. What promotes the potential to learn the practice of communication skills, development of emotional competence and empathy for understanding and good service of orientation towards others and improving social skills. With characteristics by age range depending on the level of stress. In conclusion, emergency personnel suffer from a Secondary Traumatic Stress Disorder at different levels with a high Emotional Intelligence Coefficient.

Keywords: Secondary Traumatic Stress Disorder, Emergency personnel, Emotional intelligence, empathy, impulse inhibition.

El trabajo principal del personal de emergencias (PE) es definir y establecer los planes de prevención de desastres y los programas de auxilio a la población, primordialmente en combate y extinción de incendios, rescate de lesionados en emergencias u otros incidentes; También se encargan de difundir medidas de prevención, auxilio y recuperación para actuar antes, durante y después de una emergencia.

Cada una de las actividades que realizan, conllevan altos niveles de estrés y presión social por parte de compañeros de trabajo, víctimas y familiares de la víctima, es por esta razón, que es relevante conocer como logran manejar las situaciones y controlar las emociones que se ponen en juego antes, durante y después de que atienden una emergencia.

El PE puede desarrollar trastornos cuyos factores desencadenantes son diversos como la propia experiencia o historia traumática del cuidador, los estilos de afrontamiento ante dichas situaciones, además de si en los eventos que atiende hay niños involucrados, la

frecuencia de la exposición a eventos traumáticos, el tipo de situación o emergencia a la cual el profesional se ve expuesto, las reacciones que tendrá ante dicha experiencia, así como el contexto personal y el ambiente de trabajo en el que se encuentre (Beaton, Murphy, Johnson, Pike y Cornell, 1999; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez, 2004). El nivel de estrés que pueden experimentar va a depender también de los incidentes críticos que deban atender, además de la existencia previa de padecimientos de algunos trastornos psicológicos como depresión y ansiedad (Kerai, Khan, Islam, Asad, Razzak, Pasha, 2017). Se sabe que la exposición recurrente a los eventos estresores predispone al PE a desarrollar padecimientos psicológicos como el trastorno de estrés postraumático secundario.

El trastorno de estrés postraumático secundario (TETS) es un proceso psicológico en el cual, los profesionales de ayuda observan el sufrimiento de la víctima y se exponen continuamente a manifestaciones emocionales negativas. Pueden experimentar las mismas respuestas emocionales que presenta la persona afectada, originando un proceso progresivo de desgaste emocional en el cual, se presenta un agotamiento físico y psicológico, que aparece cuando los recursos utilizados por la persona para afrontar situaciones de alta carga traumática y emocional ya no son suficientes; este desgaste origina en la mayoría de los casos sentimientos de angustia, estrés y depresión (Rojas-Quirós, Salas y Barrantes, 2014; Moreno, Morante, Rodríguez y Muñoz, 2008; Meda, Moreno-Jiménez, Rodríguez y Arias, 2011). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante (APA, 2013). En el TETS se observa una exposición a un evento traumático de manera indirecta y puede dividirse en dos categorías. La primera implica a los miembros de la familia y relaciones cercanas que puedan sufrir a consecuencia del trauma de la persona que aman, por efecto de la proximidad de la relación. La segunda categoría implica a trabajadores que dedican su profesión a atender a personas con alguna situación crítica de trauma o que se encuentre en algún evento catastrófico; aquellas personas que tratan de mediar. Aunque no sufran de forma primaria el suceso, pueden convertirse en víctimas secundarias porque pueden verse sobrecargadas por lo que observan o escuchan de la persona. La suya no es una experiencia vicaria, sino la experiencia directa de atestiguamiento. Las personas que padecen este tipo de

exposición al trauma de forma secundaria pueden sufrir también trauma primario, dependiendo de la naturaleza y el grado de su exposición. Con la excepción de que la exposición del trauma es indirecta, el estrés postraumático secundario es casi idéntico al trastorno de estrés postraumático primario (TEPT, sucede en la persona que directamente sufre el evento traumático) al incluir síntomas asociados a esta condición: imágenes intrusivas, evitación, hiperactividad, angustia emocional, cambios cognitivos y deterioro funcional, paralización, y desidentificación con las personas en el trabajo, la organización y en las relaciones interpersonales. La prevalencia va a depender de la situación entre la exposición al trauma y la variedad de factores personales y ocupacionales (Bride, Radey y Frigley, 2007; Caringi, Hardiman, Weldon, Fletcher, Devlin y Stanick, 2017; Sprang, Ross, Millers, Blackshear y Ascienzo, 2016).

Se han propuesto tres factores que deben considerarse para determinar la presencia de este trastorno, los cuales son la fatiga por compasión, la sacudida de creencias y los síntomas del TETS.

La fatiga por compasión o desgaste por empatía es originada por una exposición continua a las manifestaciones emocionales de las personas traumatizadas. El individuo que atiende estos eventos se vuelve más vulnerable a los pensamientos y percepciones estresantes generados por personas cuyo sentido de la vida y de la seguridad se ha dañado gravemente (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias y Vargas, 2012). También se usa para describir los síntomas de agotamiento, hipervigilancia, evitación e insensibilidad (Baird y Kracen, 2006). Existe una tensión extrema y preocupación con el sufrimiento de aquellos a los que se ayuda (Bride, et al., 2007; Morales, Gallego y Rotger, 2008). Por ejemplo, un paramédico comienza a notar que después de atender una emergencia se originan sentimientos de tristeza o enojo sin saber el porqué, además de malestares físicos como dolor de cabeza. Estas consecuencias son resultado de lo que el comportamiento provoca sobre el contexto que a su vez deja huella sobre la biografía de la persona. Se llega a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de los propios recursos del individuo (Parada, 2008).

Por otro lado, la sacudida de creencias se describe como el cambio de creencias y valores que puede tener lugar posterior al trauma. El profesional de emergencia se sentirá más vulnerable a los pensamientos y percepciones estresantes generados por

personas que han sido dañadas gravemente (Meda, et al., 2011; Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias y Vargas, 2012). Por ejemplo, ideas sobre el mundo empiezan a cambiar y a distorsionarse. Pensamientos como “el mundo es tan injusto”, “no debería de pasarle esto a personas inocentes”, “debí de haber apoyado más en la operación y no hubiera pasado la catástrofe”, son los que más aparecen en este tipo de personal (Parada, 2008). Mientras que la sintomatología postraumática (Moreno, et al., 2008) incluye síntomas implicados también en el TEPT, y son la reexperimentación del hecho traumático (flashbacks, pesadillas), evitación, embotamiento psíquico (sentimientos de desapego, anhedonia, amnesia total o parcial del hecho traumático), e hiperactivación (hipervigilancia, dificultad para dormir, respuestas de sobresalto, irritabilidad). Algunos ejemplos de sintomatología que llega a presentar el PE son: dificultad para concentrarse, para tomar decisiones, para pensar con claridad, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, desorientación, confusión, preocupación, inseguridad e hipervigilancia (Parada, 2008). Las respuestas de estrés son similares a las identificadas en el TEPT. Sin embargo, es en el tipo de exposición al trauma, directa o indirecta, donde se encuentran diferencias significativas entre el trastorno de estrés primario y el secundario. Los síntomas del TETS están directamente relacionados con los experimentados por la víctima primaria. Sin embargo, es en el tipo de estresor y en la respuesta durante y después del evento traumático, donde se encuentran las principales diferencias entre ambos constructos. En el TEPT, el estresor es el acontecimiento, mientras que en el TETS es el acontecimiento y las víctimas del evento (Moreno-Jiménez, et al., 2004). Esta similitud en cuanto a la sintomatología postraumática puede llegar a causar cambios neurobiológicos en sistemas cerebrales en aquellas personas que padecen de TETS, teniendo como consecuencia daño en el procesamiento de información y funciones cognitivas. Sin embargo, los estudios que retoman esta idea son escasos, principalmente se toman en cuenta a las personas que han padecido de un TEPT, donde las principales áreas afectadas han sido el hipocampo (Coelho y Costa, 2010; Sherin y Nemeroff, 2011; Seijas, 2013), la amígdala (Sherin y Nemeroff, 2011; Seijas, 2013) y la corteza prefrontal (Coelho y Costa, 2010; Sherin y Nemeroff, 2011; Southwick, et al., 2005), alterando procesos como la memoria, las funciones ejecutivas, el lenguaje y las emociones.

Los aspectos psicológicos más estudiados en el PE que padece de TETS son los niveles de estrés traumático secundario, fatiga por compasión, y satisfacción de compasión, además de factores organizacionales y apoyo de otros compañeros que probablemente reducen el impacto de este fenómeno (Caringi, et al., 2017); También desde la psicología se ha encontrado que el nivel de empatía, es el recurso principal que usan las personas que trabajan directamente con eventos traumáticos y se encuentra relacionada con la vulnerabilidad al desarrollo de una sintomatología postraumática debido a que es un factor de predisposición para la adquisición de TETS (Meda, et al., 2012; Meda, et al., 2011; Moreno-Jiménez, et al., 2004; Montero, 2014); Referente a las estrategias de afrontamiento en paramédicos, (relacionadas con la personalidad como sentido del humor, empatía) y en bomberos, (como la actividad física), se propusieron como estrategias para disminuir la sintomatología postraumática (Rojas-Quirós, et al., 2014). Sin embargo, se ha descrito que en bomberos se siguen presentando síntomas de TETS aun cuando realizan actividad física durante su jornada laboral para intentar controlar su estado físico y mental (Rojas-Quirós, et al., 2014). En otro estudio se encontró que los efectos del síndrome conllevan a obtener niveles altos de fatiga por compasión (agotamiento emocional) y de sacudida de creencias. De igual forma se encontró que los profesionales deben combatir no sólo el estrés o la insatisfacción habitual por el trabajo, sino también los sentimientos y emociones personales que les produce su trabajo con el sufrimiento (Moreno, et al., 2008).

Es importante mencionar que a pesar de que estas personas se dedican a una profesión en común (atención de emergencias), experimentan e interpretan las situaciones estresantes de manera diferente, unos de manera más intensa que otros, y esto depende del tipo de estrategias que utilizan para evaluar la situación durante la emergencia y poder resolverla o afrontarla de forma eficaz. Estas diferencias también son en parte el resultado de la historia de vida de cada profesionista, que pudiera incrementar la susceptibilidad de padecer un TETS. La inteligencia emocional es un término o constructo que permite conocer la manera en cómo se afrontan, manejan y resuelven los eventos traumáticos, y que pudiera contemplarse y describirse más en los estudios con TETS, para proponer medidas de intervención eficaz en esta población.

Inteligencia Emocional

Las emociones son inherentes al ser humano y lo exponen constantemente al riesgo de perder el control de su comportamiento. Se debe tener presente que reconocer una emoción no es lo mismo que comprender sus orígenes (Romero, 2008). Se considera que la Inteligencia Emocional (IE) es un constructo psicológico que facilita las relaciones interpersonales. También se describe como la habilidad o capacidad de percibir, comprender y usar las emociones propias y de los demás para un mejor razonamiento (Fernández-Berroca, Extremera, López y Ruiz-Aranda, 2014; López-Fernández, 2015; Pulido-Martos, Augusto-Landa y López-Zafra, 2016). La IE permite que una persona pueda predecir y precisar su conducta en contextos donde las experiencias son similares a las que ha vivido antes, permitiéndole tener una mejor calidad en el trabajo, en la vida familiar, escolar y social (Raz, Dan, Arad y Zysberg, 2013); ayudando a la vez a reorganizar los propios sentimientos y poder comprender los de los demás y adecuar el manejo de emociones en la vida personal y en las relaciones interpersonales (Kemper, 1999). Por ejemplo, en una situación de desesperación por conocimiento de malas noticias como por ejemplo, la muerte de un familiar, o accidentes, la persona que emplee la IE de manera adecuada le permitirá identificar estos sentimientos de duelo y tristeza, y con recursos propios como la empatía y personalidad podrá saber qué hacer y cómo ayudar a esa persona sin salir afectados por el posible contagio de emociones intensas que se viven durante este tipo de situaciones.

La IE está compuesta por un conjunto de aptitudes emocionales como la evaluación, la expresión, la regulación y el uso eficiente de las emociones. La evaluación y expresión de las emociones en uno mismo y en otros se refiere a expresar emociones exactas y diferenciar entre expresiones de emoción real o fingida; por su parte la regulación de las emociones en uno mismo y en otros implica facilitar la toma de decisiones o utilizar emociones para generar diversos enfoques en la solución de problemas. El uso de las emociones de manera adaptativa requiere ser hábil para distinguir una misma emoción en diferentes contextos, no es lo mismo estar triste por terminar una relación de noviazgo a estarlo por la muerte de un familiar, aunque el proceso de duelo para afrontar la situación puede ser utilizado de la misma manera (López-Fernández, 2015; Raz, Dan, Arad y Zysberg, 2013).

Este conjunto de aptitudes involucra diferentes habilidades para percibir y utilizar las emociones facilitando el razonamiento. También sirven para comprender el significado y la información que se comunica con las emociones, la habilidad para regular y manejar de manera efectiva a las mismas. Estas habilidades se desarrollan dependiendo de la edad y la maduración cognitiva (Jausovec y Jausovec, 2005). Se considera a la amígdala como un importante mediador de las influencias emocionales sobre la percepción (Hildebrant, Sommer, Schacht y Wilhelm, 2015), esta área es importante para el sustento de la IE, ya que interactúa con el procesamiento de información, regulación, y la emisión de las respuestas conductuales con base a estímulos emocionales (Kemper, 1999; Raz, Dan, Arad y Zysberg, 2013). Además, se considera como el centro del cerebro para la memoria y la reactividad emocional (es la habilidad de evaluar qué es lo que sucede en determinados contextos para permitir identificar si hay peligro o riesgo) (Kemper, 1999). La evidencia es deficiente cuando se intentan asociar los procesos psicológicos y neurológicos generalmente unidos a emociones y regulación emocional en el contexto de IE. Estudios de neuropsicología y neuroimagen indican que varias regiones cerebrales tales como, la corteza prefrontal, la ínsula y áreas paralímbicas se encuentran asociadas con la IE (Raz, Dan, Arad y Zysberg, 2013). Las lesiones en CPF ventromedial, amígdala derecha y corteza insular tienen deficiencias al utilizar su IE (Bar-On, 2003; en Raz, Dan, Arad y Zysberg, 2013). Para comprender este supuesto, Hall y colaboradores (2018), evaluaron a pacientes con daño cerebral con el instrumento MSCEIT V2.0 (Understanding and Managing Emotions branches of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test, por sus siglas en inglés), el cual está dividido en cuatro competencias o habilidades: la habilidad de percibir emociones, el uso de emociones, comprensión de emociones y manejo de emociones. Observaron deficiencias, principalmente en dos aspectos: comprensión y manejo de emociones.

Otro aspecto que interesa en el estudio de la IE es la aplicación en contextos cotidianos en espacios donde pueden vivirse altos niveles de estrés. En este sentido de Gabel-Shemueli, Peralta, Paiva y Aguirre (2012) indican que el estrés aparece cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control. Identificaron distintos tipos de estresores que están relacionados directa e indirectamente con el individuo y su entorno laboral. Entre los

principales estresores están los factores físicos, estructura organizacional, relaciones interpersonales y grupales, demanda y contenido del trabajo, factores de clima y cultura organizacional; así como las características del individuo y los factores sociales y familiares que son externos al contexto laboral. En consecuencia, el desequilibrio entre dichos estresores y la respuesta de la persona puede convertirse en fuente de estrés y producir efectos negativos que abarcan aspectos psicológicos, físicos y de comportamiento.

Los trabajadores (enfermeras, secretarias, profesores, gerentes) perciben que las situaciones y los acontecimientos estresantes influyen sobre sus emociones. Se argumenta que la IE desempeña una función importante en el manejo del estrés. Los profesionales que poseen una alta habilidad de IE, son capaces de afrontar al estrés de forma efectiva, buscando el apoyo a través de su entorno, es decir, de las relaciones personales que le rodean (Osipow y Spokane, 1987; Oginska-Bulik, 2005). Oginska-Bulik (2005), encontraron altos niveles de IE en oficinistas y entrenadores, acompañados de la presencia de síntomas de ansiedad, insomnio y síntomas de depresión. Esto posiblemente genere una relación entre los pensamientos intrusivos y los recuerdos mal elaborados sobre el evento que experimentaron; o sobre los pensamientos recurrentes de la situación traumática en momentos de la vida cotidiana de la persona lejos de ese suceso.

El usar correctamente la IE se permite controlar, integrar y asimilar las emociones que se generen en la situación y es posible que las intrusiones del acontecimiento estresante desaparezcan (Fernández y Ramos, 1999). Es por esta razón que en algunas profesiones donde el cuidado y atención a otras personas sea una relación constante y frecuente, se debe tener presente la IE ya que permitirá que las interacciones entre el profesional y el paciente sean adecuadas para obtener buenos resultados en el trabajo de intervención o de tratamiento de alguna enfermedad. Sin embargo, debe conocerse como este conjunto de habilidades podrá facilitar las relaciones en el trabajo para evitar que a su vez se conviertan en factores de predisposición para adquirir algún tipo de trastorno, como lo es el TETS, como se ha visto en la empatía donde altos niveles de esta habilidad puede ser un factor de predisposición para adquirir dicho trastorno.

Por lo anterior, el objetivo del presente escrito es describir y comparar el perfil de Inteligencia Emocional en personal de emergencias con TETS (bajo, medio o alto).

Método

Es un estudio no experimental, transversal, descriptivo, muestreo por conveniencia (Sampieri, et al., 2010).

Participantes

Participaron 44 profesionistas de emergencias (entre los que se encuentran bomberos, paramédicos, rescatistas, protección civil, binomios) de varias sedes de la Ciudad de México. Con un rango de edad de entre 20 a 53 ($X = 38.93$ años de edad y D.E. = de 8.62), con un nivel medio y alto de escolaridad (preparatoria y universidad) ($X = 13.55$ años de escolaridad y D.E. = 2.81).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: dedicarse a atender emergencias, tener profesión de emergencias como bomberos, paramédicos, protección civil, rescatistas, binomios, y que contaran con 3 meses o más tiempo de experiencia. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: que presentaran problemas de audición o vista no corregidos, que abandonaran la etapa de evaluación, que los participantes dejarán sin contestar algunos de los cuestionarios, y que durante la evaluación tuvieran que realizar salidas a servicios de emergencia.

Instrumentos

Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (Meda, et al., 2011):

Validado en una muestra mexicana de profesionales de emergencias médicas y bomberos. Consta de cuatro escalas: Antecedentes, Síndrome (Estrés Traumático Secundario), Personalidad y Consecuencias. Se responde con escala tipo Likert que va desde 1=totalmente en desacuerdo hasta 4= totalmente de acuerdo.

La escala de Antecedentes consta de veinte reactivos, agrupados en cuatro factores: a) carga laboral/temporal (5 reactivos), b) presión social (5 reactivos), c) tipo de tarea (5 reactivos) y d) satisfacción por ayudar (5 reactivos). La escala del síndrome consta de catorce reactivos, agrupados en tres factores: a) Fatiga por compasión (4 reactivos), b) síntomas postraumáticos (6 reactivos) y c) sacudida de creencias (4 reactivos). La escala

de Personalidad consta de 18 reactivos, agrupados en 4 factores: a) Empatía (4 reactivos), b) comprensibilidad (5 reactivos), c) reto (5 reactivos) y d) sentido del humor (4 reactivos). La escala de consecuencias consta de once reactivos, agrupados en tres factores: a) Consecuencias individuales (3 reactivos), b) consecuencias sociales (4 reactivos) y c) consecuencias organizacionales (4 reactivos).

Presenta una confiabilidad de un coeficiente alfa de Cronbach de .78 y una validez de .70.

El Perfil de Inteligencia Emocional (Cortés, et. al., 2002):

Es un inventario, con un total de 161 ítems; divididos en ocho factores. Cada uno forma un enunciado que representa una característica del comportamiento en relación a la Inteligencia Emocional, con opciones de respuesta cierto y falso. Formado por escalas independientes, las cuales en conjunto constituyen el perfil, las cuales se describen a continuación:

Inhibición de impulsos: 25 reactivos que reflejan la manera en que una persona ejerce control sobre sus propios impulsos, o las dificultades que enfrenta para controlar sus emociones al experimentar situaciones adversas o frustración en la realización de tareas.

Empatía: 17 reactivos que reflejan la capacidad de respuesta de los sujetos, para sentir, comprender e identificar las vivencias o experiencias emocionales de los otros. Es importante esta habilidad porque permite el fortalecimiento de relaciones interpersonales adecuadas.

Optimismo: 28 reactivos, presenta el estilo emocional optimista de los sujetos para contender con la realidad. Una puntuación alta (puntuación estándar entre 11-13), muestra a una persona con capacidad para resolver los retos que enfrenta en su vida, con habilidades mayores para las relaciones interpersonales y con una actitud positiva ante las exigencias de la vida cotidiana.

Habilidad social: 16 reactivos, que muestran la capacidad del sujeto para relacionarse con los otros en un medio convencional favoreciendo su interacción en diversos contextos, familiares, laborales o sociales.

Expresión emocional: 14 reactivos que reflejan la capacidad del sujeto para expresar sus emociones, afectos y sentimientos ante las situaciones cotidianas, lo que equivale a tener

habilidad personal para poner los sentimientos en palabras a fin de lograr ser comprendido.

Reconocimiento de logros: 24 reactivos, que proporcionan información sobre la capacidad de los sujetos para reconocer los logros obtenidos a lo largo de la vida familiar, laboral y social; la capacidad de reflexión y de autocritica constructivista, así como de identificar y valorar las experiencias de su acontecer cotidiano.

Autoestima: 27 reactivos que reflejan la capacidad que se tiene para predecirse a sí mismo, y a la vez, de reconocer su competencia y autoeficacia.

Una puntuación alta (puntuación estándar entre 11-13), refleja autoestima sobrevalorada con tendencias al narcisismo.

Nobleza: 11 reactivos que reflejan rasgos benévolos y propositivos en sus relaciones interpersonales, sin interés por dominar a los demás.

Se validó en una muestra mexicana con un rango de edad de entre 16 a 80 años. El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach alcanzó un valor de 0.958, siendo que es un instrumento válido y confiable para poder ser utilizado (Cortés, et. al., 2002). Para cada escala los coeficientes de consistencia interna fueron los siguientes: 1ª en inhibición de impulsos el valor es de .848; en empatía de .785; en optimismo de .857; en habilidad social de .768; en expresión emocional de .673; en reconocimiento de logro de .841; en autoestima de .834, y en nobleza de .612.

Procedimiento

La invitación para participar en el estudio se llevó a cabo acudiendo a cada una de las principales sedes de atención de emergencia de la Ciudad de México, entre las que estaban estaciones de bomberos, escuelas de protección civil, sedes de entrenamiento de binomios, rescatistas y paramédicos, y poder solicitar la autorización de directores generales de estas instituciones. También se hizo la invitación desde redes sociales para que los voluntarios que estuvieran interesados en participar acudieran a la Facultad de Psicología, en Ciudad Universitaria para realizar la evaluación. Una vez conseguida la autorización por parte de directores generales, se les dio a conocer, de manera individual a cada profesional, de qué se trataba la investigación aclarando todas las dudas que pudieran surgir antes de iniciar la evaluación; quiénes decidieron participar, firmaron una

Carta de consentimiento informado. Se evaluó en su lugar de trabajo y en la Facultad de Psicología (para aquellos que vieron la invitación desde redes sociales), asignando citas dependiendo de la guardia en la que se encontraría el personal y sólo en caso de que en una evaluación no se terminaran de responder los instrumentos. Las sesiones duraron aproximadamente dos horas con cada participante, o dos días una hora por cada sesión, donde se explicó el proyecto de investigación, así como los instrumentos que se iban a aplicar, se aclararon dudas y se firmó la carta de consentimiento informado para proceder con la entrevista y recabar datos sociodemográficos. Posteriormente se aplicaron los instrumentos

Una vez recabados todos los datos se calificaron las pruebas y se analizaron los resultados. Posteriormente a cada uno de los participantes se le entregaron los resultados de sus evaluaciones.

Análisis Estadístico

Los resultados obtenidos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 21.

Se obtuvo información mediante análisis estadísticos descriptivos, Kruskal-Wallis, para determinar las comparaciones entre los tres grupos de Estrés Traumático Secundario y en el perfil de inteligencia emocional, .Los datos que fueron considerados significativos fue a una $p < .05$ (Sampieri, 2010).

Resultados

Evaluando con el Cuestionario de Estrés Traumático Secundario se dividió a la muestra en tres grupos dependiendo del nivel de estrés que padecían: bajo, medio y alto. En el nivel bajo se encontraron 3 participantes, en nivel medio 22 y en nivel alto 19. En la tabla 1 observan los promedios y desviación estándar de edad y de escolaridad de los grupos. Respecto a los años de experiencia se encontró que el grupo de bajo TETS tiene una $X=18$ años y $DE=14$, el grupo de nivel medio la $X=12.23$ años y $DE=9.38$, y en el grupo alto la $X=11.75$ con $DE=9.05$. El primer grupo posee mayores años de experiencia laboral en el sector de emergencias en comparación a los dos grupos restantes.

| | Bajo TETS X/DE n=3 | Medio TETS X/DE n=22 | Alto TETS X/DE n=19 |
|-------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Edad | 44.67/10.69 | 38.41/9.76 | 38.63/6.91 |
| Escolaridad | 17.67/2.88 | 12.86/2.35 | 13.68/2.84 |

Tabla 1. Edad y escolaridad divididas por los grupos de TETS.

En la tabla 2 se presentan los resultados obtenidos de las escalas del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario la comparación entre los grupos de TETS.

| | Bajo n = 3 | Medio n = 22 | Alto n = 19 | Total n = 44 | Valor de K/P |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|----------------|-----------------|--------------|
| | Ī/DE | Ī/DE | Ī/DE | Ī/DE | |
| Carga laboral | 2.26/1.1 | 2.63/.33 | 2.92/.50 | 2.73/.50 | 4.08/.130 |
| Presión social | 1.53/.46 | 2.21/.57 | 2.08/.56 | 2.11/.57 | 4.25/.119 |
| Tipo de tarea | 1.60/.72 | 2.45/.43 | 2.21/.79 | 2.29/.65 | 4.90/.086 |
| Satisfacción ayudar | por 4/.000 | 3.54/.41 | 3.82/.34 | 3.69/.39 | 8.36/.015 |
| Fatiga compasión | por 1.44 /.64 | 1.82 /.48 | 1.49/.48 | 1.65/.51 | 4.70/.095 |
| Sacudida creencias | de 1.75/.75 | 2.24/.45 | 2.62/.70 | 2.37/.63 | 5.74/.057 |
| Empatía | 1.08/.14 | 2.12/.53 | 2.50/.90 | 2.21/.78 | 7.72/.021 |
| Comprensibilidad | 1.26/.23 | 1.92/.49 | 1.96/.59 | 1.90/.55 | 4.43/.109 |
| Reto | 3.33/.11 | 2.95/.37 | 3.65/.42 | 3.28/.50 | 18.75/.000 |
| Sentido del humor | 2.83/.52 | 2.67/.47 | 3.31/.63 | 2.96/.62 | 13.28/.001 |
| Consecuencias individuales | 1/.000 | 1.64/.57 | 1.38/.57 | 1.48//.5 | 4.195/.123 |
| Consecuencias sociales | 1.33/.57 | 1.79/.63 | 1.71/.83 | 1.72/.71 | 1.97/.373 |
| Consecuencias organizacionales | 1.08/.14 | 1.34/.45 | 1.14/.29 | 1.23/.38 | 1.82/.401 |

Tabla 2. Subescalas del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario

Los puntos de corte que se establecen en el Cuestionario de Estrés traumático Secundario indican que para cualquier escala con una puntuación total de 1-1.9 señala un nivel bajo, de 2-2.9 un nivel medio y de 3-4 un nivel alto.

Es importante mencionar que los tres factores que componen el Trastorno de Estrés Traumático Secundario son Síndrome, Fatiga por compasión y Sacudida de Creencias, no se observaron diferencias significativas entre grupos. En el factor fatiga por compasión se encuentran niveles bajos en los tres grupos, mientras en el factor sacudida de creencias el grupo bajo de TETS se encuentra en un nivel bajo de fatiga por compasión ($\bar{X}=1.75$), en el grupo medio ($\bar{X}=2.24$) y alto ($\bar{X}=2.62$) las puntuaciones indican un nivel medio. No se encontraron diferencias en Carga Laboral, Presión Social, Tipo de Tarea, Comprensibilidad, Consecuencias individuales, organizacionales y sociales. Se observaron diferencias significativas entre los tres grupos de TETS en las escalas: Satisfacción por ayudar ($p=.015$), Empatía ($p=.021$), Reto ($p=.000$) y Sentido del Humor ($p=.001$).

Para tener un análisis más detallado de las muestras en la escala de Inteligencia Emocional se realizó de acuerdo con los rangos de edad y el nivel de TETS que padecen los participantes. Se tomaron en cuenta los puntos de corte del Perfil de IE (Cortés, et al., 2000).

Como puede observarse en las tablas 3 y 4, los niveles más bajos de cada factor del perfil se encuentran en el grupo medio de TETS en el rango de 18-25 años. Los rangos de 26-35, 36-45 y 46-55 años en referencia a los tres niveles de TETS se observan como factores altos: inhibición de impulsos, optimismo, expresión emocional, autoestima y nobleza; y como factores medios: empatía, habilidad social y reconocimiento de logro, estos dos últimos fluctuaron de medios a alto.

En cuanto al Coeficiente total de IE es bajo en el rango de 18-25 años con nivel medio de estrés ($X=83$, $DE=4$). Los puntajes totales altos del Coeficiente se encontraron en los rangos de 26-35 años en el grupo bajo de estrés ($X=119$, $DE=.000$), en el grupo medio de estrés ($X=121.4$, $DE=16.36$), en el grupo alto de estrés ($X=110$, $DE=14.24$); de 36-45 años en grupo medio de estrés ($X=108.29$, $DE=18.32$), en grupo alto de estrés

($X=113.90$, $DE=8.55$); de 46-55 años en el grupo bajo de estrés ($X=128.5$, $DE=4.95$), en grupo medio de estrés ($X=112.14$, $DE=12.29$), y en grupo alto de estrés ($X=123.67$, $DE=18.90$). Se encontró en el factor de inhibición de impulsos que niveles bajos estaban en el rango de 18-25 años con nivel medio de estrés ($X=6.67$, $DE=5.03$). Mientras que los niveles altos se encontraron en el rango de 26-35 años con nivel bajo de estrés ($X=21$, $DE=.000$); en nivel medio de estrés ($X=19.20$, $DE=4.32$) y en nivel alto de estrés ($X=15.5$, $DE=7.23$); y en el rango de 36-45 años con nivel medio de estrés ($X=17.43$, $DE=4.61$), y con nivel alto de estrés ($X=18.40$, $DE=5.21$).

| Rango Edad | Factores de IE | Pt máximo | Bajo | Medio | Alto |
|------------|------------------|-----------|----------|-------------|------------|
| | | | n= 3 | n= 21 | n=20 |
| | | | X/DE | X/DE | X/DE |
| 18-25 | Inhibición | 25 | - | 6.67/5.03 | - |
| | impulsos | 17 | - | 12/4 | - |
| | Empatía | 28 | - | 13.67/6.42 | - |
| | Optimismo | 16 | - | 5.67/4.72 | - |
| | Habilidad social | 14 | - | 4.33/.577 | - |
| | Expresión | 24 | - | 17.33/1.15 | - |
| | emocional | 26 | - | 9.33/1.52 | - |
| | Reconocimiento | 11 | - | 4.33/1.52 | - |
| | logro | 130 | - | 83/4 | - |
| | Autoestima | | | | |
| | Nobleza | | | | |
| | Coficiente IE | | | | |
| 26-35 | Inhibición | 25 | 21/.000 | 19.20/4.32 | 15.5/7.23 |
| | impulsos | 17 | 13/.000 | 14/1.22 | 13.83/2.40 |
| | Empatía | 28 | 26/.000 | 23.4/1.34 | 21.33/4.54 |
| | Optimismo | 16 | 13/.000 | 10.6/5.12 | 12.17/3.25 |
| | Habilidad social | 14 | 12/.000 | 12.2/1.48 | 9.50/2.58 |
| | Expresión | 24 | 21/.000 | 20.4/2.70 | 20.83/2.40 |
| | emocional | 26 | 23/.000 | 21.40/2.70 | 20.33/5.39 |
| | Reconocimiento | 11 | 9/.000 | 8/1.22 | 8.17/1.16 |
| | logro | 130 | 119/.000 | 121.4/16.36 | 110/14.24 |
| | Autoestima | | | | |
| | Nobleza | | | | |

Coeficiente IE

Tabla 3. Media de las puntuaciones totales de cada factor del Perfil de IE divididos en función del nivel de TETS y por rangos de edad de 18 a 25 y de 26 a 35 años.

Nota: En la columna izquierda “Pt máximo” se coloca las puntuaciones máximas que se podían obtener dependiendo de cada factor.

| Rango Edad | Factores de IE | Pt máximo | Bajo | Medio | Alto |
|------------|------------------|------------|------|--------------|-------------|
| | | | n= 3 | n= 21 | n=20 |
| | | | X/DE | X/DE | X/DE |
| 36-45 | Inhibición | 25 | - | 17.43/4.61 | 18.40/5.21 |
| | impulsos | 17 | - | 14.57/2.37 | 15.20/1.39 |
| | Empatía | 28 | - | 20.14/4.52 | 21.70/4.90 |
| | Optimismo | 16 | - | 10.86/4.10 | 12.30/3.26 |
| | Habilidad social | 14 | - | 9.86/3.625 | 9.90/3.34 |
| | Expresión | 24 | - | 18.43/6.47 | 21/1.88 |
| | emocional | 26 | - | 18.86/4.67 | 20.90/3.81 |
| | Reconocimiento | 11 | - | 8/2.44 | 9.10/1.44 |
| | logro | 130 | - | 108.29/18.32 | 113.90/8.55 |
| | | Autoestima | | | |
| | Nobleza | | | | |
| | Coeficiente IE | | | | |

| | | | | | |
|-------|---------------------|-----|------------|--------------|--------------|
| 46-55 | Inhibición | 25 | 20/2.82 | 17.86/6.54 | 17.67/4.04 |
| | impulsos | 17 | 15/1.41 | 15.29/1.79 | 15.33/.577 |
| | Empatía | 28 | 24.5/3.53 | 22.29/4.91 | 24/3.60 |
| | Optimismo | 16 | 14/2.82 | 11.86/4.48 | 12.67/2.08 |
| | Habilidad social | 14 | 12/.707 | 9.7/2.62 | 11.33/3.78 |
| | Expresión emocional | 24 | 21.5/2.12 | 18.29/6.65 | 22.33/.577 |
| | Reconocimiento | 26 | 22/1.41 | 20.43/3.45 | 22.33/.577 |
| | logro | 11 | 10/.000 | 8.86/1.95 | 8.67/2.30 |
| | Autoestima | 130 | 128.5/4.95 | 112.14/12.29 | 123.67/18.90 |
| | Nobleza | | | | |
| | Coeficiente IE | | | | |

Tabla 4. Media de las puntuaciones totales de cada factor del Perfil de IE divididos en función del nivel de TETS y por rangos de edad de 36 a 45 y de 46 a 55 años.

Nota: En la columna izquierda "Pt máximo" se coloca las puntuaciones máximas que se podían obtener dependiendo de cada factor.

En el factor de empatía relacionado con el nivel medio de TETS en el rango de 18-25 años se encontró un nivel medio de empatía ($X=12$, $DE=4$). Los niveles altos de empatía se observaron en los grupos de 26-35 años con nivel bajo de estrés ($X=13$, $DE=.000$), con nivel medio de estrés ($X=14$, $DE=1.22$), en el nivel alto de estrés ($X=13.83$, $DE=2.40$); de 36-45 años con nivel medio de estrés ($X=14.57$, $DE=2.37$), con nivel alto de estrés ($X=15.20$, $DE=1.39$); y de 46-55 con nivel bajo de estrés ($X=15$, $DE=1.41$), con nivel medio de estrés ($X=15.29$, $DE=1.79$), y con nivel alto de estrés ($X=15.33$, $DE=.577$).

En el factor de optimismo los niveles medios se encontraron en el rango de 18-25 años con nivel medio de estrés ($X=13.67$, $DE=6.42$). Los niveles altos de optimismo se encontraron en los rangos de 26-35 años en el grupo bajo de estrés ($X=26$, $DE=.000$), en el grupo medio de estrés ($X=23.4$, $DE=1.34$), en el grupo alto de estrés ($X=21.33$, $DE=4.54$); de 36-45 años en el grupo medio de estrés ($X=20.14$, $DE=4.52$), en el grupo alto de estrés ($X=21.70$, $DE=4.90$); de 46-55 años en el grupo bajo de estrés ($X=24.5$, $DE=3.53$), en el grupo medio de estrés ($X=22.29$, $DE=4.91$), y en el grupo alto de estrés ($X=24$, $DE=3.60$).

En el factor de habilidad social existe niveles bajos en el rango de 18-25 años con nivel medio de estrés ($X=5.67$, $DE=4.72$). Los niveles medios fueron en los rangos de 26-35

años con nivel medio de estrés ($X=10.6$, $DE=5.12$), de 36-45 años de edad con nivel medio de estrés ($X=10.86$, $DE=4.10$). Los niveles altos del factor se encuentran en los rangos de 26-35 años en nivel bajo de estrés ($X=13$, $DE=.000$), con nivel alto de estrés ($X=12.17$, $DE=3.25$), de 36-45 años con nivel alto de estrés ($X=12.30$, $DE=3.26$); de 46-55 años con nivel bajo de TETS ($X=14$, $DE=2.82$), en nivel medio de estrés ($X=17.86$, $DE=4.48$) y en nivel alto de estrés ($X=12.67$, $DE=2.08$).

En el factor expresión emocional las puntuaciones bajas se encuentran en el rango de 18-25 años con nivel medio de estrés ($X=4.33$, $DE=.577$). Los niveles altos del factor se encuentran en los rangos de

26-35 años con nivel bajo de estrés ($X=12$, $DE=.000$); con nivel medio de estrés ($X=12.2$, $DE=1.48$), y con nivel alto de estrés ($X=9.50$, $DE=2.58$); de 36-45 años de edad en el grupo medio de estrés ($X=9.86$, $DE=3.625$), en el grupo alto de estrés ($X=9.90$, $DE=3.34$); y de 46-55 años en el grupo bajo de estrés ($X=12$, $DE=.707$), en grupo medio de estrés ($X=9.7$, $DE=2.62$), y en grupo alto de estrés ($X=11.33$, $DE=3.78$).

En el factor de reconocimiento de logro las puntuaciones se encuentran en niveles medios en el rango de 18-25 años con nivel medio de estrés ($X=17.33$, $DE=1.15$), de 36-45 años en el grupo medio de estrés ($X=18.43$, $DE=6.47$); de 46-55 años en el grupo de nivel medio de estrés ($X=18.29$, $DE=6.65$). Los niveles altos del factor se encuentran en los rangos de 26-35 años de edad con nivel bajo de estrés ($X=21$, $DE=.000$), en el grupo medio de estrés ($X=20.4$, $DE=2.70$), en el grupo alto de estrés ($X=20.83$, $DE=2.40$); de 36-45 años en el grupo alto de estrés ($X=21$, $DE=1.88$); de 46-55 años en grupo bajo de estrés ($X=21.5$, $DE=2.12$), en el grupo alto de estrés ($X=22.33$, $DE=.577$).

En el factor de autoestima los niveles bajos se encontraron en el rango de 18-25 años en nivel medio de estrés ($X=9.33$, $DE=1.52$). Los niveles altos del factor están en los rangos de 26-35 años en el grupo de bajo estrés ($X=23$, $DE=.000$), en grupo medio de estrés ($X=21.40$, $DE=2.70$), en grupo alto de estrés ($X=20.33$, $DE=5.39$); de 36-45 años en grupo medio de estrés ($X=18.86$, $DE=4.67$), en grupo alto de estrés ($X=20.90$, $DE=3.81$); de 46-55 años en grupo de nivel bajo de estrés ($X=22$, $DE=1.41$), en grupo medio de estrés ($X=20.43$, $DE=3.45$), y en el grupo alto de estrés ($X=22.33$, $DE=.577$).

En el factor de nobleza el nivel bajo del factor se encuentra en el rango de 18-25 años del grupo medio de estrés ($X=4.33$, $DE=1.52$). Los niveles altos del factor se encuentran

en los rangos de 26-35 años en el grupo bajo de estrés ($X=9$, $DE=.000$), en el grupo medio de estrés ($X=8$, $DE=1.22$), en el grupo alto de estrés ($X=8.17$, $DE=1.16$); de 36-45 años en el grupo medio de estrés ($X=8$, $DE=2.44$), en el grupo alto de estrés ($X=9.10$, $DE=1.44$); de 46-55 años del grupo bajo de estrés ($X=10$, $DE=.000$), en el grupo medio de estrés ($X=8.86$, $DE=1.95$), y en el grupo alto de estrés ($X=8.67$, $DE=2.30$).

Discusión

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio, en los participantes de la muestra se predomina el padecimiento de un TETS medio independientemente de la profesión de emergencia a la que se dediquen (bomberos, paramédicos, binomios, rescatistas o personal de protección civil). El conocer cuáles son las afectaciones de esta población favorece la promoción de programas e intervención, los cuales no son atendidos hasta el momento a nivel nacional. Los hallazgos encontrados para trastorno de estrés traumático secundario, en las escalas del Cuestionario: Empatía, Reto y Sentido del Humor, indicaron una puntuación alta en el grupo de nivel de TETS, esto es significativo ya que al poseer niveles altos de empatía son propensos a poseer un nivel alto de estrés, además de que son personas bastante competitivas al momento de realizar sus tareas laborales, y cuando los síntomas no pueden mediarse o controlarse hacen uso del sentido del humor para mitigar el sufrimiento entre el grupo.

Respecto a los factores que componen al TETS, se encontró que los tres grupos tienen una sintomatología leve en fatiga por compasión, es decir que el grado de padecer de un desgaste físico y emocional debido al tipo de experiencias traumáticas que vive el profesional o debido a la manera en cómo las afronta, es mínimo. Sin embargo, conforme avanza el tiempo y sin una atención adecuada el nivel del padecimiento podrá aumentar ya que se ha descrito que la forma en que la persona evalúe estos tipos de eventos y el tipo de estrategia de afrontamiento que utilice determinará la gravedad del mismo (APA, 2013; Bride, Radey y Frigley, 2007; Caringi, Hardiman, Weldon, Fletcher, Devlin y Stanick, 2017; Lazarus, 2000; Sprang, Ross, Millers, Blackshear y Ascienzo, 2016; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez, 2004).

En cuanto al grupo bajo de TETS presentaron un nivel bajo en el factor de sacudida de creencias, en el grupo medio y alto de TETS es medio. Estos dos grupos al tener nivel

de estrés medio y alto son más vulnerables a manifestar pensamientos y percepciones estresantes similares a las de las personas que atienden durante una emergencia, cuyo sentido de la vida y de la seguridad han sido gravemente dañados. También poseen mayores índices de síntomas de agotamiento, hipervigilancia, evitación e insensibilidad, tensión y preocupación (Baird y Kracen, 2006; Bride, et al., 2007; Morales, et al., 2008), como en el estudio realizado con bomberos y paramédicos donde se encontró que existía una mayor vulnerabilidad al cambio de pensamientos y percepciones (Meda, et al., 2012).

Si el personal de emergencia cree en algún tipo de religión es más probable que los cambios de creencias sean más notorios, y como lo refiere la literatura principalmente en cuestiones de percepción del mundo, siendo los aspectos negativos los que comienzan a tener mayor influencia en sus pensamientos (por ejemplo el hecho de comenzar a preguntarse porque la vida es injusta para quien no lo merece) (Blum, Frewen, Coupland, Densmore, Schore y Lanius, 2012; Caringi, et. al., 2017; Mansoor, et. al., 2017).

En los grupos de nivel medio y alto de estrés, los participantes pueden tener cambios funcionales en el cerebro principalmente en hipocampo, amígdala y CPF generada por la sintomatología postraumática que padecen, manifestándose clínicamente en el factor sacudida de creencias, ya que se ha encontrado que una alteración en amígdala y sus conexiones con CPF e hipocampo genera cambios en la memoria en cuanto a la percepción de estímulos emocionales aumentando en los pensamientos, miedo, sentimientos de tristeza y desesperanza (Southwick, Rasmusson, Barron y Arnsten; Vasterling y Brewin, 2005).

Es importante mencionar que este factor es fundamental para la determinación de un padecimiento de estrés postraumático, por lo cual describirlo y presentar sus resultados es necesario para sobrellevar las situaciones traumáticas que experimentan.

Los perfiles de IE obtenidos con la prueba estadística de Kruskal-Wallis, no presentan una diferencia significativa entre los tres grupos clasificados en función de la medida de estrés, es probable que la ausencia de diferencias se deba a que independientemente del nivel de estrés padecido, los tres grupos deban usar de manera similar las emociones debido a que son requeridas en el momento de la atención de la emergencia para empatizar con la víctima y así poder comprender y usar las propias emociones y la del

mismo paciente para una mejor evaluación y razonamiento de la situación, además de poder predecir y precisar las reacciones propias como la de la persona que atiende (Fernández-Berroca, Extremera, Lopes y Ruiz-Aranda, 2014; López-Fernández, 2015; Pulido-Martos, Augusto-Landa y Lopez-Zafra, 2016; Raz, Dan, Arad y Zysberg, 2013). Aunado a estos resultados, aún queda en cierta incertidumbre el saber cómo regulan estas emociones experimentadas en las emergencias que atienden, ya que como se ha visto en estudios anteriores (Gabel-Shemueli, et al., 2012; Oginska-Bulik, 2005) no siempre pueden regresar a un estado de equilibrio emocional, sino que se convierten en síntomas de depresión afectando a su salud, lo cual puede verse reflejado en algunos puntajes del perfil.

Cuando los resultados se presentan por rangos de edad y nivel de TETS, es importante destacar que en el grupo medio de estrés de 18-25 años los factores de inhibición de impulsos, empatía, optimismo, habilidad social, expresión emocional, autoestima y nobleza se encuentran en niveles medios y bajos, esto sugiere que los participantes indican un estilo emocional impulsivo y explosivo que puede tener repercusiones en las relaciones interpersonales y que dificultará la posibilidad de interactuar de manera cordial con los demás. Pueden ser personas poco tolerantes y agresivas con tendencia al abandono de tareas. No logran desarrollar una estrategia para resolver situaciones, sino que actúan de manera impulsiva. Pueden presentar dificultad para enfrentar diversas situaciones debido a los pocos recursos de afrontamiento que poseen, lo que propicia una actitud pesimista con tendencia a la depresión, además son incapaces de relacionarse con otros reflejando ser personas introvertidas, pesimistas y apáticas (Cortés, et. al., 2002).

Ahora bien, los grupos de nivel bajo (del rango 26-35 y 46-55 años), medio (a partir del rango de 26 a 55 años de edad), y el grupo alto de estrés (del rango 26 a 55 años) obtuvieron puntajes de alto a muy alto en los ocho factores que componen el perfil. En inhibición de impulsos al obtener puntajes altos se indica que los participantes, presentan dificultad para expresar sus emociones o actuar con base en su sentir; incluso ante aquellas situaciones que requieren la expresión de un sentimiento justo o convencional, pueden llegar a mostrar rasgos antisociales como falta de interés y sensibilidad por los demás (Cortés, et. al., 2002).

Es probable que esta condición se vea reflejada por alteración en áreas de la CPF, que como ya se ha visto anteriormente puede conllevar a la presencia de un daño por la disfuncionalidad de neurotransmisores y proceso de información en esta área, debido a que es una de las zonas más afectadas debido al tipo de padecimiento que presentan los participantes (Pineau, Marchand y Guay 2014). Además de que en estudios donde la IE se ve afectada por algún daño cerebral, se ha demostrado que existe una alteración en corteza prefrontal donde el manejo y control de impulsos son deficientes (Bar-On, 2003; Raz, Dan, Arad y Zysberg, 2013; Hall, Wrench, Connellan, Neira y Wilson, 2018). En cuanto al factor de expresión de emociones, se encuentra muy relacionado con esta falta de control de impulsos; los tres grupos se encuentran en niveles altos, lo cual indica que son personas capaces de expresar sus emociones y afectos, pero lo hacen de una manera agresiva y con una mayor intensidad, lo cual puede resultar perjudicial en sus relaciones interpersonales, de familia o con amigos, ya que pueden incomodarlos o expresarlos de la manera más extrema (por ejemplo desde aceptar o estar dispuesto a ser tratado de la peor o mejor manera posible, permitiendo cualquier tipo de actos). Es posible que se deba a la falta de control de impulsos esta manera excesiva y extrema de expresar emociones tanto negativas como positivas (alegría, tristeza, vergüenza, enojo, miedo) así como lo reflejan los estudios citados anteriormente, alteraciones en la CPF podrían resultar en esta falta de manejo y control de expresión emocional, y si desde el desempeño cognitivo se vienen manifestando pequeñas deficiencias, es más probable la existencia de anormalidades en CPF que afecten aspectos de evaluación, reconocimiento, procesamiento, manejo, control y expresión de emociones (Bar-On, 2003; Raz, Dan, Arad y Zysberg, 2013; Hall, Wrench, Connellan, Neira y Wilson, 2018). En cuanto a la empatía son capaces de entender y apoyar a la persona que se encuentra en una situación difícil, además de que son capaces de identificar las experiencias emocionales de otros. Respecto al optimismo los niveles altos encontrados en los participantes indican que son personas con la capacidad para resolver los retos que enfrentan, con habilidades mayores para las relaciones interpersonales y con una actitud positiva ante las exigencias de las actividades cotidianas. En autoestima los niveles altos, indican una autoestima sobrevalorada casi llegando a tendencias narcisistas, lo cual se observó en el comportamiento de algunos participantes, al querer mostrarse como

personas interesantes, atractivas e inteligentes al intentar platicar de otros temas al momento de la evaluación.

En nobleza las puntuaciones altas indican que son personas con rasgos y actitudes propositivas en su relación con otros y que no buscan interactuar con éstos con el fin de obtener beneficios propios además de que muestran sensibilidad, interés y actitudes humanitarias (Cortés, et. al., 2002).

Puede observarse que empatía, optimismo y nobleza, son factores que pueden encontrarse muy relacionados entre sí debido al tipo de profesión que realizan los participantes, ya que son capacidades que deben usarse con mayor frecuencia para atender las solicitudes de la víctima lo mejor posible para poder crear un ambiente de menor hostilidad y mayor confianza para una cooperación más accesible entre ambos (el agente de ayuda y la víctima), sin embargo como ya se mencionó anteriormente son factores determinantes para una adquisición a este tipo de trastorno, además de que no son herramientas suficientes para afrontar la sintomatología postraumática (Meda, et al., 2012; Meda, et al., 2011; Moreno-Jiménez, et al., 2004; Montero, 2014).

Estos factores se encuentran más relacionados con la amígdala, la cual va a permitir la realización de una percepción adecuada de las emociones y sensaciones expresadas por el paciente en el momento de la emergencia (Hildebrant, Sommer, Schacht y Wilhelm, 2015). Esta área es importante para el sustento de la IE, ya que ésta se propone como una red que interactúa con aspectos de procesamiento de información emocional, la regulación de emoción y las respuestas conductuales con base a esos estímulos emocionales (Kemper, 1999; Raz, Dan, Arad y Zysberg, 2013). Además de considerarse como el centro del cerebro para la memoria emocional, para la reactividad emocional, y la cual tiene la función de proveer al individuo la habilidad para escanear qué es lo que sucede de un momento a otro y ver si estas percepciones son un riesgo (Kemper, 1999). En reconocimiento de logro y habilidad social, los puntajes se encuentran en un nivel medio en el grupo medio de estrés, esto indica que los participantes tienen capacidad de reconocer sus propios logros y valorar lo acontecido a lo largo de su vida, delimitando a la vez sus alcances, por medio de una clara visión de sus propias capacidades. Esto equivale a tener una actitud positiva ante la vida y las situaciones cotidianas, buena capacidad de planeación y anticipación y buen desarrollo de estrategias para la solución

de tareas, además que poseen buenas aptitudes sociales. Los participantes son personas que continuamente evalúan cada situación de emergencia que atienden para corregir y saber qué fue lo que se hizo bien o mal para seguir aprendiendo, y saber cuáles son aquellas habilidades y fortalezas que les seguirán permitiendo obtener resultados exitosos.

El Coeficiente total de IE, indica niveles altos adecuados lo que permite al personal de emergencia determinar el potencial para aprender la práctica de habilidades, por ejemplo, el poseer una excelente comunicación puede ser el comienzo del desarrollo de una competencia emocional y una capacidad como la empatía que le permita tener una mejor comprensión y un buen servicio de orientación hacia otros y poder mejorar sus habilidades sociales.

El perfil de IE encontrado podría determinar la falta de control de impulsos y la expresión de emociones desmedidas en el personal de emergencia ocasionado por alteraciones importantes en CPF, así como la presencia de niveles altos de empatía, habilidades sociales, optimismo y nobleza, habilidades asociadas a la amígdala, y que en base a los resultados podrían verse afectadas por la presencia de la sintomatología postraumática; al ser utilizadas con frecuencia durante la atención de la emergencia pueden convertirse en factores de predisposición a padecer este tipo de trastorno.

Es importante considerar a este tipo de profesionistas, debido a que el alto impacto emocional experimentado en su trabajo ocasiona diferentes niveles de estrés manifestados en un TETS, originando consecuencias graves para su salud mental y física.

El Trastorno de Estrés Traumático Secundario es padecido principalmente por profesionistas de emergencias, como son bomberos, paramédicos, binomios, rescatistas y personal de protección civil.

a pesar de no encontrarse diferencias significativas entre los tres grupos de nivel de estrés se puede concluir que factores como la edad, años de experiencia, ocupación, rango e incluso escolaridad parecen no determinar el tipo de nivel que padecerán, es decir de cualquier manera son propensos a sufrir este tipo de trastorno por los eventos de alta carga emocional que atienden, más bien es el tipo de intensidad de experiencias que viven en cada emergencia lo que podría indicar con más certeza el nivel de estrés.

El factor de fatiga por compasión resultó ser significativo entre los tres grupos, siendo el grupo de nivel medio el de mayor posibilidad de convertirse en un síntoma de mayor gravedad, ocasionando un desgaste mayor por el contagio de emociones experimentadas por los pacientes atendidos. Es posible que, debido a este hallazgo, en el perfil de inteligencia emocional, el factor de expresión emocional resultara alarmante en cuestión de la intensidad, evaluación, procesamiento y expresión de las emociones que pueden sentir por cada persona traumatizada el momento de atender la emergencia.

Conclusión

El estudio permitió conocer que el personal de emergencias de la muestra, padece trastorno de estrés traumático secundario en diferentes niveles (bajo, medio o alto). Predomina un TETS medio en el personal de emergencia con alta empatía, fatiga por compasión y sacudida de creencias. En el perfil de IE los puntajes obtenidos en los ocho factores fueron altos en los rangos de edad 26-35, 36-45 y 46-55 en todos los niveles de estrés indicando empatía, expresión emocional intensa, optimismo, y actitud propositiva. En el rango de 18-25 años con estilo emocional impulsivo y explosivo. Esto implica que el manejo y control de emociones en los diferentes rangos de edad con distinto nivel de estrés, presentando factores como la empatía con niveles altos, lo cual hace al personal de emergencia más propenso a padecer de un TETS.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a ed. Test revision). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^a ed. Test revisión). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Augusto, J. M., López-Zafra, E., Berrios, M. P. y Aguilar-Luzón, M. C. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 888-901. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748907000995>

- Baird, K. y Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09515070600811899>
- Bar-On, R., Tranel, D., Denburg, N. L., Bechara, A. (2003). Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence. *Brain*, 126: 1790-1800. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12805102/>
- Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K. y Corneil, W. (1999). Coping Responses and Posttraumatic Stress Symptomatology in Urban Fire Service Personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2): 293-308. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1023/A%3A1024776509667>
- Blum, R. L., Frewen, P.A., Coupland, N.C., Densmore, M., Schore A.N. y Lanius, R.A. (2012). Neural correlates of self-reflection in post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 238-246. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22007877/>
- Bride, B. E., Radey, M. y Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Caringi, J. C., Hardiman, E. R., Weldon, P., Fletcher S., Devlin, M. y Stanick, C. (2017). Secondary Traumatic Stress and Licensed Clinical Social Workers, *Traumatology*, 23(2), 186-195. <https://psycnet.apa.org/record/2016-07221-001>
- Coelho, L. A. y Costa, J. M. (2010). Bases neurobiológicas del estrés-postraumático. *Anales de Psicología*, 26, 1-10. <http://revistas.um.es/analesps>
- Cortés, J. F., Barragán, C. y Vázquez, M. L. (2002). Perfil de inteligencia emocional: construcción, validez y confiabilidad. *Salud Mental*, 25: 50-60. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58252506.pdf>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Lopes, P. N., and Ruiz-Aranda, D. (2014). When to cooperate and when to compete: emotional intelligence in interpersonal decision-making. *Journal of Research and Personality*, 49, 21–24. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0092656613001505?via%3Dihub>
- Fernández, P. y Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la Inteligencia Emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5(2), 247-260. https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF16Investigaciones_empiricas.pdf
- Gabel-Shemueli, R., Peralta, V., Paiva, R. A. y Aguirre, G. (2012). Estrés laboral: relaciones con inteligencia emocional, factores demográficos y ocupacionales. *Revista Venezolana de Gerencia*, 17(58), 271-290. <https://www.redalyc.org/pdf/290/29023348005.pdf>

- Hall, S. E., Wrench, J. M., Connellan, M., Neira, O. y Wilson, S. J. (2018). The role of Emotional Intelligence in Community Integration and Return to Work after Acquired Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 18, 1-17.
[https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(18\)30921-3/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(18)30921-3/fulltext)
- Hildebrandt A, Sommer W, Schacht A, Wilhelm O. (2015). Perceiving and remembering emotional facial expressions. A basic facet of emotional intelligence. *Intelligence*; 50: 52-67. <https://psycnet.apa.org/record/2015-26439-007>
- Jausovec, N. y Jausovec, K. (2005). Sex differences in brain activity related to general and emotional intelligence. *Brain and Cognition*, 59, 277-286.
<https://europepmc.org/article/med/16168545>
- Kemper, C. L. (1999). Emotional Intelligence and the Heart Take Their Rightful Place Beside IQ and the Brain. *Communication World*, 15-19.
<https://www.redalyc.org/pdf/727/72709502.pdf>
- Lazarus, R. (1999). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. (1ª edición). España: Springer.
- López-Fernández, C. (2015). Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. *Educación Médica*, 16(1), 83-92.
- Mansoor, S., Rahim, U., Islam, M., Asad, N., Razzak, J. y Pasha, O. (2017). *BioMed Central Emergency Medicine*, 17: 1-7.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28851280/>
- Meda, R. M., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Dolores, E., y Palomera, A. (2011). Validación mexicana de la escala de estrés traumático secundario. *Psicología y salud*, 21, 5-15.
<http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/581/1002>
https://www.academia.edu/3153106/Validaci%C3%B3n_mexicana_de_la_Escala_de_Estr%C3%A9s_Traum%C3%A1tico_Secundario
- Meda, R. M., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E. y Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparativo en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, 30 (2): 31-41. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art03.pdf>
- Montero, F. (2014). *Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental*. (Tesis de maestría inédita). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Morales, G., Gallego L. M. y Rotger, D. (2008). Entre crisis, traumas y "burnout". *Cuadernos de crisis*, 2 (7), 8-19.
<http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2008/Num7Vol22008.pdf>

- Kerai, S. M., Khan, U. R., Islam, M., Asad, N., Razzak, J., y Pasha, O. (2017). Post-traumatic stress disorder and its predictors in emergency medical service personnel: a cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC emergency medicine*, 17(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0140-7>
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Losada, M. M. Rodríguez, R. y Garrosa, E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22(1): 69-76. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78522108.pdf>
- Moreno, B., Morante, M., Rodríguez, R., y Rodríguez, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: el efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20, 124-130. <http://www.psicothema.com/pdf/3437.pdf>
- Oginska-Bulik, N. (2005). Emotional Intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 18(2): 167-175. <http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyzna/artykuly/pdf/full/Ogi8-02-05.pdf>
- Osipow, S. H., y Spokane, A. R. (1987). *Occupational Stress Inventory Manual (Research Vision)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Parada, E. (2008). *Psicología y Emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. España: Descleé de Brouwer, S.A.
- Pineau, H., Marchand, A. y Guay, S. (2014). Objective neuropsychological deficits in post-traumatic stress disorder and mild traumatic brain injury: what remains beyond symptom similarity? *Behavioral Sciences*, 4(4), 471-486. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287701/pdf/behavsci-04-00471.pdf>
- Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. M. y López-Zafra, E. (2016). Estudiantes de Enfermería en prácticas clínicas: el rol de la inteligencia emocional en los estresores ocupacionales y bienestar psicológico. *Index Enferm [online]*, 25(3), 215-219. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstractypid=S1132-12962016000200020
- Raz, S., Dan, O., Arad, H. y Zysberg, L. (2013). Behavioral and neural correlates of emotional intelligence: An Event-Related Potentials (ERP) study. *Brain Research*, 1526, 44-53. <https://europepmc.org/article/med/23791921>
- Romero, M. A. (2008). La Inteligencia Emocional: abordaje teórico. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 73-76. http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_4_esp_73-76.pdf
- Rojas-Quirós, F., Salas, J., y Barrantes, K. (2014). Participación en actividades físicas durante el tiempo libre y su relación con el estrés traumático secundario en bomberos. *Revista de Ciencias del Deporte*, 10, 163-176. <https://www.redalyc.org/pdf/865/86533714003.pdf>

- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, M. P. (2010). Metodología de la investigación. D,F: México: McGrawHill.
- Seijas, R. (2013). Trastorno por estrés postraumático y cerebro. Revista Asociación Española Neuropsiquiátrica, 33, 511-523.
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n119/original3.pdf>
- Sherin, J. E., Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. Dialogues in Clinical Neuroscience, 3, 263-278.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182008/pdf/DialoguesClinNeurosci-13-263.pdf>
- Sprang, G., Ross, L., Millers, B. C., Blackshear, K. y Ascienzo, S. (2016). Psychometric Properties of Secondary Traumatic Stress-Informed Organizational Assessment, Traumatology, 23, 1-7. <https://psycnet.apa.org/record/2016-60840-001>
- Southwick, S. M., Rasmusson, A., Barron, J. y Arnsten, A. Neurobiological and neurocognitive alterations in PTSD. A focus on Norepinephrine, serotonin, and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis, en: Vasterling, J. J. y Brewin, C. R. (2005). Neuropsychology de PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives. Guilford: New York, 27-58.
- Vasterling, J. J. y Brewin, C. R. (2005). Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive and Clinical Perspectives. New York: Guilford.