

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-

“MAYRA GUTIÉRREZ”

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central shield with a figure on horseback, a crown above, and various symbols including a lion and a castle. The shield is flanked by two pillars with banners that read 'PLUS' and 'ULTRA'. The outer ring of the seal contains the Latin text 'ALIAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER'.

**“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN BOMBEROS 50 CIA
ESTUDIO REALIZADO EN 50 CIA ZONA 18”**

VÁLERY KAROLINA CHAMORRO AGUILAR

GUATEMALA, JUNIO 2023

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN BOMBEROS 50 CIA
ESTUDIO REALIZADO EN 50 CIA ZONA 18”

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR
VÁLERY KAROLINA CHAMORRO AGUILAR

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, JUNIO 2023

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Orizábal de León

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

M. Sc. José Mariano González Barrios

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Viviana Raquel Ujpán Ordóñez

Nery Rafael Ocox Top

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. Olivia Marlene Alvarado Ruiz

REPRESENTANTE DE EGRESADOS



Cc. Archivo

CIEPS. 047-2022

Reg. 036-2022

CODIPs. 891-2023

ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

11 de mayo de 2023

Estudiante

Válery Karolina Chamorro Aguilar

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante **Chamorro Aguilar:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el **Punto VIGÉSIMO (20°)** del **Acta DIECINUEVE - DOS MIL VEINTITRÉS (19-2023)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 28 de abril 2023, que copiado literalmente dice:

“VIGÉSIMO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN BOMBEROS 50 CIA. ESTUDIO REALIZADO EN 50 CIA ZONA 18”** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Válery Karolina Chamorro Aguilar

Registro Académico 2015-12328

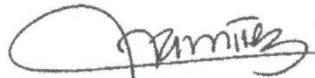
CUI: 3019-35173-0101

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la **Licenciada Ninoshka Michelle González Hall** y revisado por la **Licenciada Suhelen Patricia Jiménez Pérez**.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de Graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis con fines de Graduación Profesional”.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal de León
SECRETARIA



/Bky

UGE-50-2023

Guatemala, 24 de abril del 2023

Señores

Miembros del Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

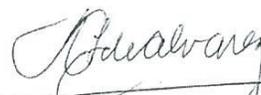
Señores Miembros:

Deseándoles éxito al frente de sus labores, por este medio me permito informarles que de acuerdo al Punto Tercero (3º.) de Acta 38-2014 de sesión ordinaria, celebrada por el Consejo Directivo de esta Unidad Académica el 9 de septiembre de 2014, la estudiante, **VÁLERY KAROLINA CHAMORRO AGUILAR, CARNÉ NO. 3019-35173-0101, REGISTRO ACADÉMICO No. 2015-12328 y Expediente de Graduación No. L-26-2020-C**, ha completado los siguientes Créditos Académicos de Graduación:

- 10 créditos académicos del Área de Desarrollo profesional
- 10 créditos académicos por trabajo de graduación
- 15 créditos académicos por Examen Técnico Profesional Privado

Por lo antes expuesto, en base al **Artículo 53 del Normativo General de Graduación**, solicito sea extendida la **ORDEN DE IMPRESIÓN** del Informe Final de Investigación **“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN BOMBEROS 50 CIA ESTUDIO REALIZADO EN 50 CIA ZONA 18”**, mismo que fue aprobado por la Coordinación del Centro de investigaciones en Psicología –CIEPs- “Mayra Gutiérrez” el 23 de MARZO del año 2022.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.A. MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINACIÓN
UNIDAD DE GRADUACIÓN
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Lucia, G.

CC. Archivo

Adjunto: Expediente completo e Informe Final de Investigación digital y físico.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas



CIEPs. 047-2022
REG. 036-2022

INFORME FINAL

Guatemala, 31 de agosto de 2022

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Suhelen Patricia Jiménez** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN BOMBEROS 50 CIA.
ESTUDIO REALIZADO EN 50 CÍA ZONA 18”.**

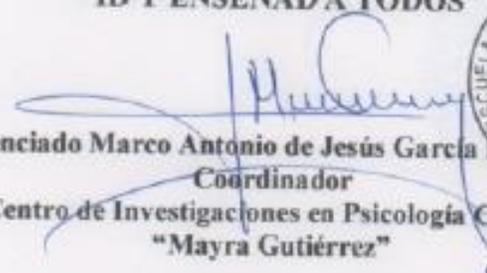
ESTUDIANTE:
Válery Karolina Chamorro Aguilar

DPI. No.
3019351730101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 23 de marzo de 2022 por el Coordinador del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs-. Se recibieron documentos originales completos el 29 de agosto de 2022, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes.

“ID Y ENSEÑADA A TODOS”


Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”

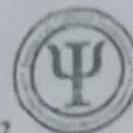


c. archivo



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas

CIEPs. 047-2022
REG. 036-2022



Guatemala, 31 de agosto de 2022

Licenciado Marco Antonio de Jesús García Enriquez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN BOMBEROS 50 CIA. ESTUDIO REALIZADO EN 50 CIA ZONA 18".

ESTUDIANTE:
Válery Karolina Chamorro Aguilar

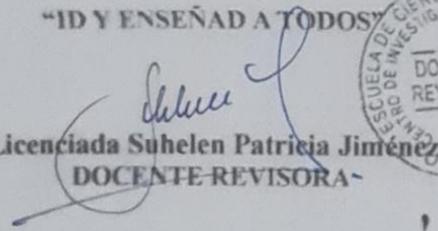
DPI. No.
3019351730101

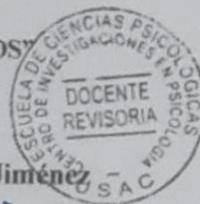
CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 23 de marzo de 2022, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Suhelen Patricia Jiménez
DOCENTE-REVISORA



c. archivo

Guatemala, 9 de octubre de 2021

Licenciado

Marco Antonio de Jesús García Enríquez

Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)

“Mayra Gutiérrez”

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que la estudiante Válerly Karolina Chamorro Aguilar, CUI 3019351730101 realizó en esta institución 28 entrevistas a bomberos voluntarios como parte del trabajo de Investigación titulado “Estrés postraumático en bomberos 50 CIA” en 2 modalidades de forma virtual del 11 de septiembre al 25 de septiembre del presente año los días sábados en horario de 7:00 p.m. a 8:30 p.m. y en modalidad presencial del 2 de octubre al 9 de octubre del presente año los días sábados, en horario de 7:00 a.m. a 12:00 p.m.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo,



Héctor Escobar

Director Bomberos Voluntarios 50 CIA

Teléfono: 40145512



Guatemala, 5 de noviembre de 2021

Licenciado

Marco Antonio de Jesús García Enríquez Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología (CIEPs)

“Mayra Gutiérrez”

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe de investigación titulado “Estrés postraumático en bomberos 50 CIA” realizado por la estudiante Válerly Karolina Chamorro Aguilar, CUI 3019351730101.

El trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación del correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente,



Licenciada Ninoshka Michelle González Hall

Psicóloga

Colegiado No.6,759

Asesora de contenido

MADRINA DE GRADUACIÓN

Licda. Ninoshka Michelle González Hall

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Colegiado No. 6,759

Dedicatoria

A:

Mi hija Melanie

Por acompañarme durante todo el camino.

Mi mamá

Por motivarme a alcanzar todas las metas que me propongo y apoyarme en todo lo que le ha sido posible.

Mi papá

Por motivarme a ser profesional.

Ninoshka González

Por enseñarme todo lo que sé, apoyarme en todas las áreas que le ha sido posible, por ser la persona que es, la mejor docente que pude conocer.

Agradecimientos

A:

Ninoshka González	Por acompañarme durante este proceso, por enseñarme todo lo que sé, por su valioso tiempo y su asesoría que hicieron posible este proyecto.
La estación 50 CIA y su director	Por brindarme el espacio para poder llevar a cabo este proyecto.

Tabla de Contenido

Resumen	1
Prólogo	2
Capítulo I	1
1.Planteamiento del problema y marco teórico	4
1.01 Planteamiento del problema.	4
1.02 Objetivos.....	6
1.02.01 Objetivo general.....	6
1.02.02 Objetivos específicos	6
1.03 Marco teórico.....	7
1.03.01 Antecedentes	7
1.03.02 Historia y condiciones de los bomberos voluntarios	8
1.03.03 Violencia	8
1.03.03.01 Causas de la violencia.	9
1.03.03.02 Efectos y costos de la violencia.....	9
1.03.04 Trastorno de estrés postraumático (TEPT).	10
1.03.04.01 Breve historia.	10
1.03.04.02 Definición del TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático).....	13
1.03.04.03 Síntomas de estrés postraumático.	15

1.03.04.04 Factores que predisponen al TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático)....	19
1.03.05 Mecanismos de afrontamiento	21
1.03.06 Esferas de la vida	22
1.03.06.01 Relación con el trabajo.....	22
1.03.06.02 Relación consigo mismo.	22
1.03.06.03 Relación con los demás.	22
1.03.07 Modelos de abordaje del TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático).....	22
1.03..07.01 Terapia de aceptación y compromiso.....	23
1.03.07.02 Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares (EMDR por sus siglas en inglés Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ..	23
1.03.07.03 Debriefing	24
1.03.08 Instrumentos de evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	25
1.03.09 Consideraciones éticas	27
1.03.09.01 Confidencialidad.	27
1.03.09.02 Riesgo-Beneficio.....	27
1.03.09.03 Resguardo de la información.....	27
1.03.09.04 Consentimiento informado.....	28
Capítulo II.....	29
2. Técnicas e instrumentos	29
2.01 Enfoque y modelo de investigación.....	29

2.02 Técnicas	29
2.02.01 Técnica de muestreo.....	29
2.02.02 Técnica de recolección de datos.....	30
2.02.03 Técnica de análisis de datos.	31
2.03 Instrumentos.....	31
2.04 Operacionalización de objetivos, categoría/variable.	35
Capítulo III	48
3. Presentación, interpretación y análisis de resultados.....	48
3.01 Características del lugar y de la muestra.....	48
3.01.01 Características del lugar.	48
3.01.02 Características de la muestra.....	49
3.02 Presentación de resultados e interpretación de resultados	50
3.03 TEPT en bomberos voluntarios	53
3.04 Criterios diagnóstico del TEPT.....	54
3.04.01 Exposición a un evento traumático.	56
3.04.02 Presencia de síntomas de reexperimentación e intrusión.	57
3.04.03 Evitación de estímulos asociados al evento traumático.	57
3.04.04 Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo asociadas al evento traumático.	57
3.04.05 Alteración importante de la alerta y reactividad.	58

3.04.06 Duración superior a un mes.....	58
3.04.07 Malestar clínicamente significativo o deterioro en esferas de la vida.....	58
3.05 Esferas afectadas.....	59
3.06 Mecanismos de afrontamiento disfuncional	60
3.07 Síntomas emocionales y físicos	61
3.08 Análisis general.....	63
Capítulo IV	66
4. Conclusiones y recomendaciones.....	66
4.01 Conclusiones.....	66
4.02 Recomendaciones	68
Referencias	69
Anexo 1	73
Anexo 2	75
Anexo 3	76
Anexo 4	82
Anexo 5	85

Resumen

“Trastorno de Estrés Postraumático en Bomberos 50 CIA”

Autora: Válerly Karolina Chamorro Aguilar

Carné: 201512328

El trastorno de estrés postraumático es un problema de salud pública debido a que hay un sector en la población que presenta los síntomas, sin embargo, la complejidad del trastorno dificulta la búsqueda de evaluación y tratamiento. Hay personas que están mayormente expuestas a desarrollar dicho trastorno por su profesión, por ejemplo, los bomberos. El cuerpo de bomberos de la estación 50 CIA fue seleccionada como la población meta. Los participantes presentan sintomatología como: insomnio, irritabilidad y síntomas de reexperimentación. Se buscó identificar si dicha población cumple los criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático, con esto también se logró identificar síntomas presentes, esferas afectadas y mecanismos de afrontamiento utilizados. Se utilizó el paradigma de investigación positivista que se califica de cuantitativo y acepta conocimientos que procedan de la experiencia. La evaluación, intervención se llevó a cabo en un tiempo de dos meses, el enfoque de investigación y análisis de datos es cuantitativo, la recolección de datos se dio, mediante el uso de entrevistas y otras pruebas.

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático, evaluación, tratamiento, sintomatología, diagnóstico, mecanismos, afrontamiento, esferas, trauma.

Prólogo

Desde años atrás se ha visto presente el trastorno de estrés postraumático (TEPT), se han realizado diferentes investigaciones las cuales indican que según la profesión es más propensa una población a padecer este trastorno, entre las profesiones propensas se encuentran los bomberos. Por lo que se pensó en trabajar con esta población y conocer un poco más acerca de si en ellos está presente el TEPT ya que día con día en su labor arriesgan su vida por la población guatemalteca. Al hablar con el director de la estación 50 CIA ubicada en zona 18 él comenta que por la zona en la que se encuentran ven escenas “fuertes” como personas desmembradas, suceso que antes no ocurría, pero ahora quienes cometen estos delitos muestran a sus víctimas de esta manera como queriendo demostrar su fuerza y poder, según comenta el director de la estación. Además de esto, ven niños muertos, evento que cuando lo atienden se quedan con las imágenes por un “buen tiempo”. Empiezan a manifestar síntomas como insomnio y ansiedad.

Debido a lo anterior para el presente estudio se evaluó la existencia del TEPT en la población meta, la presencia de criterios diagnósticos del TEPT, se describieron las esferas afectadas, se identificaron los mecanismos de afrontamiento disfuncional utilizados y se conocieron los síntomas emocionales y físicos recurrentes.

Durante el proceso se encontró la sintomatología presente la cual es sintomatología del TEPT, se logró que muchos validaran la sintomatología, y que al inicio no lo hacían, la población mencionó que les fue de ayuda identificar los síntomas. Sin embargo, se notó resistencia a la atención psicológica y poca participación, que se atribuyen a que cuando acuden al curso para ser bomberos les dicen que deben ser fuertes y no tener miedo.

Se agradece al director de la estación, quien fue parte fundamental del proceso, y a las personas que participaron en la investigación.

Capítulo I

1.Planteamiento del problema y marco teórico

1.01 Planteamiento del problema.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se ha visto presente desde hace mucho tiempo, antes de ser conocido con el nombre que hoy lo conocemos, un ejemplo de ello es en 1917 cuando Freud en sus Conferencias Introdutorias sobre el Psicoanálisis llegó a identificar y describir las principales manifestaciones de lo que hoy conocemos como Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), es en 1941 cuando Kardiner describió con detalle una condición clínica a la que denominó “Fisioneurosis” para destacar el estado psicológico y fisiológico alterado en el que se encontraban algunos veteranos de la Primera Guerra Mundial. A partir de este momento se empieza a denominar de diferentes maneras la sintomatología del dicho trastorno, ya que es en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) donde se denomina como hoy lo conocemos.

En Latinoamérica según el Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) la prevalencia del TEPT está entre el 0.5% al 1%, aunque según la profesión este porcentaje puede ser mayor, es decir, en personas que su profesión está mayormente expuesta a condiciones traumáticas es más probable que desarrollen dicho trastorno, por ejemplo, los bomberos.

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es el único que tiene un origen definido, haber presenciado ya sea directa o indirectamente una experiencia traumática. Los bomberos por su ocupación diariamente están expuestos a eventos traumáticos, siendo población vulnerable a desarrollar el Trastorno de Estrés Postraumático.

“El trastorno por estrés postraumático (TEPT) implica un problema de salud pública debido a los costos de atención médica, capacitación, tratamiento farmacológico, así como a las implicaciones sociales, laborales y familiares que conlleva” (Angélica Vargas, 2017, pág. 7)

Para fines de la presente investigación se buscó conocer si los bomberos voluntarios de 50 CIA cumplen los criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ya que en una conversación con el director de dicha estación comentó que con el tiempo debido a que diariamente ven personas desmembradas, accidentes de tránsito, personas heridas, bebés abandonados y otros acontecimientos empiezan a manifestar síntomas tales como: insomnio, ansiedad, cambios de humor, triglicéridos altos, diabetes, entre otros; por lo que consultan al psiquiatra y muchos de ellos se encuentran consumiendo medicamentos.

Por lo anteriormente descrito se plantearon las siguientes preguntas de investigación: ¿Los bomberos voluntarios de la estación 50 CIA cumplen con los criterios diagnósticos para el TEPT? ¿Cuáles son los síntomas presentes del TEPT en los bomberos voluntarios de 50 CIA? ¿De qué manera se encuentran afectadas las diferentes esferas de la vida? ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento utilizados por los bomberos voluntarios de 50 CIA?

1.02 Objetivos.

1.02.01 Objetivo general

- Evaluar la existencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en los bomberos voluntarios de 50 CIA.

1.02.02 Objetivos específicos

- Evaluar la presencia de los criterios para el diagnóstico del TEPT en los bomberos voluntarios de 50 CIA.
- Describir las esferas social, familiar, laboral y personal de los bomberos voluntarios de 50 CIA.
- Identificar los mecanismos de afrontamiento disfuncional utilizados por los bomberos voluntarios de 50 CIA.
- Conocer los síntomas emocionales y físicos recurrentes en los bomberos voluntarios de 50 CIA.

1.03 Marco teórico.

1.03.01 Antecedentes

En el año 2012 Jéssika Canel y Patricia González realizaron la investigación con nombre “técnicas psicológicas para el manejo del estrés en bomberos voluntarios” “con la cual pretendían brindar herramientas que les permitieran sobrellevar saludablemente su labor” (Canel & González, 2012).

Otra investigación en el 2013 por María Teresa Saravia Menendez con el nombre “Consecuencias psicológicas que se generan en los bomberos de la ciudad de Guatemala, por atender emergencias” con la cual buscaba como su nombre lo indica identificar las consecuencias psicológicas que experimentan los bomberos, encontraron miedo, recuerdos recurrentes de los eventos traumáticos, dificultad para dormir, irritabilidad, pérdida o aumento de peso, evitación en lugares o situaciones específicas.

Walter Paniagua y Daniel Sojuel en el 2017 realizaron dos investigaciones profesionales sobre el trastorno de estrés postraumático (TEPT), una con el título “Prevalencia puntual del trastorno de estrés postraumático y su relación con indicadores altos de burnout en personas del sector justicia de Guatemala” buscó determinar la prevalencia puntual del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en una institución del sector justicia en Guatemala. La otra investigación titulada “Relación entre estrategias de afrontamiento y e trastorno de estrés postraumático en personas del sector justicia Guatemala” la cual buscó la relación entre estrategias de afrontamiento a problemas que se dan en la atención a víctimas de delitos y la prevalencia puntual del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en profesionales de una institución del sector justicia de Guatemala.

1.03.02 Historia y condiciones de los bomberos voluntarios

Según el portal oficial del benemérito cuerpo de bomberos voluntarios (Benemérito Cuerpo de Bomberos Voluntarios, 2021) en abril de 1944, el Club Rotario de Guatemala, obsequió la primera unidad para combatir incendios, que constaba de una plataforma sobre resortes y cuatro ruedas de hierro a la que se le adaptó un motor y una bomba estacionaria, era jalada por otro vehículo.

En la actualidad cuentan con más de 250 vehículos que se utilizan cómo ambulancias y más de 100 vehículos para el control y extinción e incendios, cuentan con 134 compañías en todo el país. Diariamente atienden desastres tanto naturales como provocados.

1.03.03 Violencia

Se entiende por violencia todo acto que atente contra la vida e integridad de una persona, así como también contra sus pertenencias. La violencia en Guatemala está relacionada con: la exclusión social y la falta de aplicación de la ley. Además, es importante recalcar que dentro de la exclusión social se toman en cuenta los altos índices de pobreza, que afectan negativamente a la sociedad y a los jóvenes que cada año se unen a la población económicamente activa.

La violencia genera graves obstáculos para el desarrollo de un país, en Guatemala genera costos por las muertes producidas, heridas, desmembramientos, invalidez producida, pérdida de activos, costos directos en cuanto a seguridad, entre otros.

“Los recursos del presupuesto nacional son desviados desde la inversión social o productiva hacia el financiamiento de las instituciones encargadas de la seguridad pública

que se ven sobrecargadas en las exigencias que el contexto les impone” (PNUD, 2007, pág. 11).

1.03.03.01 Causas de la violencia. En términos generales se puede hablar de dos grandes causas de violencia en Guatemala, “la exclusión social y la falta de aplicación de la ley” (Matute Rodríguez & García Santiago, 2007, pág. 10).

La exclusión social se refiere a la desigualdad económica que en Guatemala se maneja, esto combinado con los altos índices de pobreza genera un alto nivel de tensión social, en la que miles de jóvenes cada año se integran a la población trabajadora guatemalteca sin éxito, pero aún así con la necesidad enorme de cubrir los gastos básicos que tienen de alimentación, servicios de agua, luz, entre otros, vestimenta y medicina.

Por otra parte algunas personas se ven en la necesidad de buscar trabajo de manera informal, muchos en negocios ilícitos como secuestros, tráfico de armas y narcóticos. Esta economía tiene sus orígenes en la economía política de la violencia creada durante el conflicto armado interno. “Los altos niveles de impunidad prevalecientes y la debilidad de las instituciones estatales encargadas de la justicia y la seguridad pública son fomentados por estas redes de acción criminal por medio de acciones corruptivas y coercitivas” (Matute Rodríguez & García Santiago, 2007, pág. 11).

1.03.03.02 Efectos y costos de la violencia. La inseguridad en la que se encuentra el país debido a la violencia que se vive diariamente es un obstáculo para el desarrollo de la democracia ya que denota la incapacidad de gobernar el país a través de las instituciones democráticas.

La violencia genera costos al desarrollo del país, uno de ellos es el costo humano producido por la muerte, heridas, desmembramientos e invalidez; costos en seguridad que

las empresas, hogares y seguros a los que las personas acuden debido a la inseguridad en la que se vive por la violencia.

Otro costo es en salud, este es un gasto de salud pública ya que diariamente se reciben en los hospitales tanto públicos como privados personas heridas por algún tipo de arma, accidente y lesiones por todo tipo de violencia.

Una de las instituciones que absorbe este costo en salud es la de los bomberos, ya que son ellos quienes atienden emergencias de todo tipo diariamente, emergencias como: personas heridas por armas, heridas en algún medio de transporte, personas desmembradas, violencia doméstica, rescatan personas de incendios, abandonadas en la calle principalmente bebés, niños y personas de la tercera edad, homicidios, violaciones; existen muchas más emergencias que atienden diariamente por los altos índices de violencia que existen y esto genera un costo en mantenimiento de los vehículos que utilizan, insumos consumibles, entre otros.

Además, podría hablarse de un costo en atención emocional, es decir, todas las personas que buscan ayuda psicológica ya sea en algún hospital público, centro universitario o en clínica particular como medio de afrontamiento ante los niveles de violencia.

1.03.04 Trastorno de estrés postraumático (TEPT).

1.03.04.01 Breve historia. El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se ha manifestado desde tiempos atrás, únicamente que no había sido clasificado con el nombre que hoy conocemos.

Las observaciones realizadas en las dos Guerras Mundiales dieron lugar a abundantes descripciones de las reacciones manifestadas por los combatientes como: Irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, pesadillas, problemas de concentración, reacción de sobresalto, preocupación con las experiencias del combate, temor e hiperactividad simpática, acuñándose términos como los de “Neurosis de guerra”, “Shock del bombardeo” o “Fatiga de combate” para designarlas. (Carmen Sosa, 2005, pág. 15) Es aquí donde se empieza a dar nombres ante la reacción de las personas tras un evento de impacto fuerte.

En 1917 Freud en sus Conferencias Introdutorias sobre el Psicoanálisis llegó a identificar y describir las principales manifestaciones de lo que hoy conocemos como TEP (Trastorno de Estrés Postraumático). En 1941 Kardiner describió con detalle una condición clínica a la que denominó “Fisioneurosis” para destacar el estado psicológico y fisiológico alterado en el que se encontraban algunos veteranos de la Primera Guerra Mundial.

“El psicólogo británico Charles Myers, que examinó alguno de los primeros casos, atribuyó sus síntomas a la conmoción causada por los efectos de las bombas y llamó a este desorden nervioso como trauma de bomba” (Herman, 2004, pág. 44). Sin embargo, tras aparecer más casos, los psiquiatras de guerra, ven la necesidad de reconocer un trauma psicológico, y ven que al estar expuestos a un estrés emocional de manera prolongada y presenciar las muertes de otros soldados, esto parecía una histeria del hombre. Fue difícil aceptar que fuera un trauma psicológico y fue difícil para los soldados que lo padecían ya que un soldado no debería involucrar emociones para poder ser fuerte.

Fue en los años cincuenta y sesenta del siglo pasado cuando se intensificó la investigación sobre los efectos de otro tipo de catástrofes, naturales o industriales, en

población civil. En la década de los setenta se utiliza el término “síndrome del trauma de violación” para caracterizar las respuestas postraumáticas de las mujeres víctimas de violación.

En el DSM I el TEPT era clasificado como “gran reacción al estrés”, posteriormente en el DSM II era llamado como “perturbación situacional transitoria”. También paralelamente la CIE-9 incluyó una categoría equiparable a la del TEP (Trastorno de Estrés Postraumático) bajo la denominación de “reacción aguda ante una gran tensión” (Carmen Sosa, 2005, pág. 15).

En 1980 la Asociación Psiquiátrica Americana publica la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIII). Es en esta edición cuando se incluye una categoría diagnóstica nueva denominada Trastorno por estrés postraumático para designar las manifestaciones clínicas que pueden presentarse después de la experimentación de un acontecimiento de naturaleza traumática. (Carmen Sosa, 2005, pág. 15)

A partir de la publicación del DSM III y de esta nueva denominación para un fenómeno que ya desde antes se venía manifestando en diferente población, empiezan a surgir investigaciones acerca del TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático).

1.03.04.02 Definición del TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) ha sido investigado y definido a lo largo de los años por diferentes autores, algunos lo han llamado tal cual TEPT (Trastorno de estrés postraumático) y otros en cambio lo han llamado trauma, trauma complejo o trauma psicológico. A pesar de las diferentes definiciones coinciden en que surge tras la exposición a un evento traumático, por lo que es necesario conocer éstas definiciones y además para tener conocimiento amplio acerca del tema.

La APA define el TEPT (trastorno de estrés postraumático) en el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición) como “el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos” (APA, 2014, pág. 274).

Un evento traumático puede ser: desastre natural (inundaciones, huracanes, tornados, terremotos, tormentas...), accidentes en medios de transporte (carro, avión, barco), accidentes de otro tipo (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio), combate o exposición a zonas de guerra, violación, abuso o ataque sexual, acoso (sexual, laboral, en antiguas relaciones) o maltrato psicológico, violencia física (ataques, asaltos, maltrato), actos terroristas o tortura, encarcelamiento, detención o cautividad forzosa, enfermedad, tensión o intervenciones médicas que suponen una amenaza a la vida o la integridad física (propia o de una persona cercana), muerte de una persona cercana o de un ser querido (María Crespo, 2012, pág. 48) , por mencionar algunos eventos.

Según el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición) es necesario para que un evento sea traumático, estar expuesto directa o indirectamente al evento en donde la vida o integridad propia o de alguien más esté en riesgo, y que la reacción ante tal situación sea de temor, horror o desesperanza.

Es importante que exista un evento traumático capaz de desarrollar síntomas que perturben a la persona luego de su exposición para poder hacer el diagnóstico del TEPT (trastorno de estrés postraumático) y encontrar la etiología de éste, es el único trastorno que cuenta con un origen definido claramente; que es un evento traumático.

Además de esta definición, en 2015 Herman define el trauma complejo como:

La victimización interpersonal, que comúnmente se ha presentado desde la infancia, de manera crónica, hasta la edad adulta y en medios negligentes donde la constante victimización genera perturbaciones en la regulación del afecto y los impulsos, atención o consciencia, autopercepción, relaciones con los demás, somatización y sistemas de significado (Angélica Vargas, 2017, pág. 3)

También indica que “el trauma psicológico es la aflicción de los que no tienen poder. En el momento del trauma la víctima se ve indefensa ante una fuerza abrumadora” (Herman, 2004, pág. 63), lo cual destroza los sistemas de protección que una persona tiene, al sentirse vulnerable ante esa fuerza que puede provenir de la naturaleza u otra persona.

En el 2016 Peter Levine habla de lo que se conoce como TEPT (Trastorno de estrés postrumático) llamándolo trauma y dice que “sucede cuando cualquier experiencia nos pasma de manera completamente imprevista; abruma y deja al individuo alterado y desconectado de su cuerpo. Cualquier mecanismo de afrontamiento que se pueda haber tenido se debilita y genera una que el individuo se sienta indefenso y sin esperanza” (A. Levine Peter y Kline, 2016, pág. 24)

Al haber hecho revisión de algunas definiciones dadas por diferentes autores se concluye que para fines de la presente investigación se utilizará la definición dada por la APA.

1.03.04.03 Síntomas de estrés postraumático. Tras un evento traumático la persona que lo experimenta puede experimentar diferentes síntomas, “el TEPT se caracteriza por síntomas intrusivos como recuerdos recurrentes, sueños angustiosos sobre el evento o su contenido, y en algunos casos se observa la presencia de reacciones disociativas o despersonalización” (Angélica Vargas, 2017)

Tras un evento traumático los síntomas que pueden desarrollarse inmediatamente son: “la hiperactivación, la opresión, la disociación y la negación” (A. Levine P. , 2012, pág. 28). La hiperactivación consiste en síntomas físicos y síntomas mentales, físicos como sudoración y aumento del pulso cardíaco; los síntomas mentales pueden ser pensamientos repetitivos y preocupación. La opresión es la sensación de estar paralizados o bloqueados que nos prepara para poder entrar en el estado de alerta común de la hiperactivación. La disociación ocurre cuando no somos conscientes de lo que sucede a nuestro alrededor, ocurre cuando nos sentimos abrumados, aterrorizados, sentimos dolor, o simplemente la situación es impactante, tanto que la mente encuentra la forma de protegerse. La negación surge luego de la disociación, debido a que no somos del todo conscientes de eso que nos ocurrió, de aquella experiencia abrumadora, o que simplemente fue demasiado fuerte para tolerarla; ocurre que como no estuvimos conscientes plenamente por lo tanto no somos capaces de creer que nos haya ocurrido, a esto se le conoce como negación.

Según el DSM V (APA, DSM V, 2014, pág. 271) se dice que una persona padece el trastorno por estrés postraumático si cumple con los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Estar expuesto a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
 - 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) **Nota:** En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").

3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

1.03.04.04 Factores que predisponen al TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático).

Existen diferentes factores que intervienen y que hacen que una persona sea propensa a desarrollar el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), según Carmen D. Sosa y Juan Capafóns se pueden dividir de la siguiente manera: factores pre trauma, factores relacionados con el trauma, reacciones peri traumáticas, y factores pos trauma.

Los factores pre trauma son características que la persona posee antes de experimentar un evento traumático, entre los cuales están: personalidad con características como pesimismo, reacciones negativas a los eventos estresantes o con alto neuroticismo, depresión, ansiedad, historia anterior de adversidad y exposición a eventos traumáticos, factores biológicos, factores genéticos, nivel educativo bajo, edad, género, problemas de conducta e historia familiar de trastornos mentales. Los factores relacionados con el trauma pueden ser el tipo y magnitud de la exposición, el grado percibido de amenaza a la vida, la predictibilidad y controlabilidad percibida, la duración, frecuencia y los eventos causados por la malevolencia humana. Otro factor que predispone al trauma son las reacciones a este, como el nivel de activación fisiológica, si existe disociación (sensación de irrealidad y sensación de embotamiento), severidad de la reacción inicial y presentación dual: elevada activación o disociación. Entre los factores después del evento traumático que predisponen a desarrollar un estrés postraumático están: nivel de apoyo social y emocional, validación de la experiencia, oportunidad de “procesar” el trauma, presencia de otros estresores.

Otros autores como Mario C. Salvador hablan sobre que existe una predisposición al trauma desde el periodo fetal, e indica que “los niños cuyas madres sufrieron TEPT como resultado del Holocausto son más propensos a padecer TEPT, aunque no hayan vivido directamente el Holocausto; no hay tal correlación en los niños cuyos padres (varones) sufrieron de TEPT a consecuencia del Holocausto” (C. Salvador, 2016, pág. 18). Esto se debe a que niveles de cortisol mayores pasan al bebé a través de la placenta, lo cual indica que el periodo fetal es importante para la predisposición al TEPT.

Es importante considerar que todas las personas en algún momento de la vida han experimentado de alguna forma experiencias que no son del todo agradables, por ejemplo, una caída o un accidente, por lo que hay que considerar que “existen factores involucrados en el amplio rango de respuestas ante la amenaza. Dichas respuestas dependen de la constitución genética del individuo, de la historia de traumas sufridos que tenga e incluso de su dinámica familiar” (A. Levine P. , 2012, pág. 17). Es decir, estos factores expuestos, son factores que si existen nos predisponen a desarrollar un TEPT cuando ocurra un evento traumático.

Otro factor que predispone a una persona a poder desarrollar TEPT al momento de vivir una experiencia traumática es “el grado de afectación que sufriremos dependerá de la vulnerabilidad que cada uno presente y de la reiteración de situaciones de hostilidad del medio que nos rodea” (Dresel, 2009, pág. 180); es decir entonces que la vulnerabilidad también es un factor que predispone al TEPT.

Algunos eventos que pueden provocar reacciones traumáticas años después, son: “trauma fetal, trauma natal, pérdida de uno de los padres o familiar cercano, enfermedades, lesiones físicas, caídas, accidentes, maltrato físico, abuso sexual y emocional, ser testigo de

actos violentos, desastres naturales, cirugías y hospitalización” (A. Levine P. y., 1999, pág. 65). Algunos de estos eventos no desarrollan síntomas postraumáticos al nada más ocurrir, pero años más tarde pueden provocar dichos síntomas, o bien se vuelven factores que predisponen a una persona a desarrollar TEPT.

1.03.05 Mecanismos de afrontamiento

Según Halstead “el afrontamiento es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés” (Solis Manrique & Vidal Miranda, 2006, pág. 33). El afrontamiento ayuda a sobrellevar una situación, de este va a depender el uso de las estrategias de afrontamiento.

“El afrontamiento es un conjunto de procesos de adaptación básicos que se reorganizan con la edad; un proceso adaptativo funcional que tiene un valor de evolución que permite a las personas detectar, manejar y aprender potencialmente de los desafíos a los que nos enfrentamos” (Melanie J. Zimmer-Gembeck, 2016).

“El afrontamiento disfuncional se define como aquellas estrategias que no disminuyen el nivel de amenaza percibido por el individuo, tales como evitación cognitiva, parálisis y descontrol emocional” (Richard, 2006, págs. 193-201).

Es importante recordar que se considera una estrategia funcional aquella que resuelve el problema y disminuye el nivel de amenaza percibido por el individuo, tales como el análisis lógico, la reestructuración cognitiva y la búsqueda de apoyo.

“No hay estrategias definitivamente funcionales o disfuncionales, ya que algunas pueden ser efectivas en un contexto determinado y no ser apropiadas en otro” (Eisenberg, 1997, págs. 41-70).

1.03.06 Esferas de la vida

Las esferas relacionadas con el área de contacto son: relación con el trabajo, relación consigo mismo, relación con el mundo.

1.03.06.01 Relación con el trabajo. Comúnmente conocida como esfera laboral, esta “dignifica y permite al ser humano el desarrollo de todas sus facultades humanas, además de ser una fuente directa de realización personal” (Martínez, 2017).

1.03.06.02 Relación consigo mismo. Esta es la esfera personal que “constituye la relación íntima consigo mismo para conocerse y amarse” (Martínez, 2017). Dentro de esta esfera está incluida la parte emocional.

1.03.06.03 Relación con los demás. En este apartado se incluye la esfera familiar, social y de pareja. La esfera familiar representa el núcleo principal con quienes la persona vive. La esfera social contiene las relaciones con los amigos cercanos, así como también habilidades sociales. La esfera de sexualidad y de pareja es una de las relaciones más importante que la persona forma, con la cual debe aprender a convivir.

1.03.07 Modelos de abordaje del TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático)

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) puede explicarse desde varias teorías o modelos. A lo largo de la historia diferentes autores han propuesto varias formas de abordarlo, sin embargo, para fines de la presente investigación se tomarán en cuenta las más recientes.

1.03..07.01 Terapia de aceptación y compromiso. La terapia de aceptación y compromiso es también llamada ACT por sus siglas en inglés se sustenta en la teoría de los marcos relacionales propuesta por Hayes y Barnes-Holmes en 2001.

La terapia de aceptación y compromiso refiere que el cambio terapéutico se establece a partir de tres mecanismos: la apertura a la experiencia interna sin juzgarla ni evitarla, la aceptación del dolor como parte inherente a la vida de los individuos y la acción comprometida con los valores de la persona (Angélica Vargas, 2017, pág. 47). Esto se lleva a cabo a partir de los procesos de: aceptación, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, self como contexto, acción comprometida y valores.

La aceptación psicológica es experimentar plenamente y sin filtros la experiencia propia, con lo que se logrará fomentar la flexibilidad psicológica, en este proceso es importante tomar en cuenta el contexto para cambiar o persistir con la conducta.

La defusión cognitiva busca desconectar a la persona del control de estímulos verbales, reduciendo así las funciones que se producen tras el estímulo en situaciones verbales.

El contacto en el momento presente se refiere a la consciencia plena para entrar en contacto con la realidad que se vive en el momento.

El self como contexto busca ver el evento traumático aparte de su contenido psicológico.

La acción comprometida y valores se refiere a ayudar a que la persona realice acciones que le lleven a una vida con valor.

1.03.07.02 Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares (EMDR por sus siglas en inglés Eye Movement Desensitization

and Reprocessing). El modelo EMDR fue propuesto por Francine Shapiro (Pérez Sales, 2006, pág. 519). Este modelo es integrativo de otros modelos, ya que utiliza elementos de los modelos psicodinámicos, cognitivo, conductual, experiencial y orientaciones corporales. Esta técnica no solicita contar la experiencia traumática, la forma de trabajar es integrando rápido y eficazmente las secuelas del TEPT mediante la atención en las emociones, sensaciones y significado que la persona le atribuye a la experiencia traumática. Para explicar los efectos terapéuticos del EMDR se desarrolló el modelo de procesamiento de la información adaptativo (AIP). “El modelo AIP describe el proceso de aprendizaje que ocurre de forma natural, en el que nuevas experiencias se agregan a información similar almacenada, para alcanzar una solución adaptativa” (Pérez Sales, 2006, pág. 522).

1.03.07.03 Debriefing. Inicialmente fue propuesto en 1983 por Jeffrey Mitchell, aunque luego Dyregrov profundiza en este modelo de abordaje y le da el nombre de debriefing psicológico.

Es una intervención breve que se realiza en los primeros 3 días luego del evento traumático; generalmente es una sesión grupal de más o menos tres o cuatro horas de duración, en la que los afectados por exposición a esta situación traumática hacen una especie de catarsis, contando sus sentimientos y reacciones frente al evento (Escudero, 2008, pág. 199).

Esta intervención se lleva a cabo mediante siete fases la primera es la introducción en la que se debe dejar claro que no es una psicoterapia sino una forma de intervención en crisis que busca aliviar parte de los síntomas presentes después de una exposición traumática. Luego se pasa a la fase de los hechos donde se le da la palabra a cada uno de los participantes para que describa la situación vivida. Después viene la fase de pensamiento en

la que se le pide a cada uno de los participantes que describa sus pensamientos a lo largo de todo el desarrollo del evento. Sigue la fase de los sentimientos, en donde se promueve la elaboración de éstos teniendo en cuenta el suceso, basándose en la teoría de que cada uno tiene sentimientos que valen la pena ser contados y admitidos. Llega a la fase de reacción en donde se les pide a las personas que expresen, si lo desean, alguna reacción física o psicológica. Seguido de esto llega a la fase de estrategia la cual pretende reunir las reacciones y respuestas relatadas y se califican como no patológicas frente a una situación de tales características. Por último, se pasa a la fase de reentrada en donde se hace un gran resumen de lo ocurrido en la sesión, y se valora la posibilidad de que alguno de los participantes requiera una intervención futura.

1.03.08 Instrumentos de evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Existen diferentes formas de evaluar el Trastorno de Estrés Postraumático actualmente, años atrás cuando empezaron a aparecer pacientes con la sintomatología no había una escala o cuestionario específico para evaluar. Algunas de los instrumentos para evaluar el TEPT se enlistan a continuación.

- Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP), “es un autoinforme que permite obtener historia de acontecimientos traumáticos, gravedad de los síntomas postraumáticos, diagnóstico del TEPT y especificación del trastorno” (Crespo M. y., 2012, pág. 39).
- Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT), “es un instrumento autoaplicado que permite la evaluación de la sintomatología postraumática, la sintomatología general, la alteración de las creencias y el deterioro en el funcionamiento experimentados a raíz de la vivencia directa o indirecta, de cualquier tipo de acontecimientos

traumáticos” (Crespo, González-Ordi, Gómez-Gutiérrez, & Santamaría, 2020, pág. 19).

- Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático, es una entrevista estructurada, consta de 21 ítems, basada en los criterios diagnósticos del DSM-5, permite evaluar la gravedad de los síntomas de dicho trastorno.

1.03.09 Consideraciones éticas

1.03.09.01 Confidencialidad. Durante todo el proceso de investigación, desde el inicio hasta el final se recalcaron las medidas para proteger la confidencialidad de cada participante. Se les explicó de manera clara que se garantiza el derecho a la confidencialidad y que la información proporcionada será publicada en el presente trabajo tomando en cuenta todo lo anterior.

1.03.09.02 Riesgo-Beneficio. Se informó a cada participante acerca de los posibles riesgos y beneficios que obtendrían de la investigación. Ya que al momento de evaluar era posible que reexperimentaran sintomatología, para lo que se contó con las herramientas necesarias para estabilizar a cada participante.

1.03.09.03 Resguardo de la información. Todos los participantes tienen conocimiento acerca del resguardo y publicación de la información obtenida durante la investigación, tomando en cuenta el derecho a la confidencialidad.

1.03.09.04 Consentimiento informado. La realización del consentimiento informado para esta investigación tomó en cuenta el principio I del código de ética del psicólogo; se reconoció que solicitar el consentimiento de las personas involucradas es una forma de mostrar respeto por cada una de ellas, así como la libertad de todos los involucrados al dar su consentimiento para participar o dejar de hacerlo, brindar un ambiente de seguridad e información plena sobre el objetivo, responsabilidades mutuas, confidencialidad, probables beneficios y riesgos, sobre qué periodo de tiempo se aplica el consentimiento, para asegurarse que todos los involucrados entienden el proceso y desean participar libremente. El momento en el que se dio a conocer el consentimiento fue después del primer contacto, el proceso fue en dos modalidades virtual y presencial para dar oportunidad de participación según la circunstancia de cada uno.

Capítulo II

2. Técnicas e instrumentos

2.01 Enfoque y modelo de investigación

El enfoque de investigación que se pretendió realizar es cuantitativo de acuerdo a Roberto Sampieri se selecciona este tipo de enfoque cuando “únicamente se pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a los que se refieren” (Roberto Hernández Sampieri, 2014, pág. 92). Es por ello que este enfoque se adaptó a las necesidades de este estudio, donde se buscó conocer mediante varios instrumentos si los bomberos voluntarios de 50 CIA cumplen los criterios diagnósticos.

Se buscó describir si se cumplen los criterios para el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático. Para recolectar dicha información se utilizaron diferentes instrumentos que permitieron corroborar adecuadamente la existencia de un conjunto de signos y síntomas que arrojen criterios para el TEPT.

2.02 Técnicas

2.02.01 Técnica de muestreo. Para fines de la presente investigación se eligió la técnica de muestreo por conveniencia, tomando la definición de Roberto Sampieri el cual indica que “estas muestras están formadas por los casos a los cuales tenemos acceso” (Hernandez Samipieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 390). Al inicio se tenía el conocimiento de que eran 120 bomberos, al llegar a las instalaciones varias veces y al tener reuniones de forma virtual se logró contar con la participación de 28 bomberos. Se

aplicó una entrevista diagnóstica a los bomberos participantes de la estación 50 CIA, seguido de esto se evaluó con el EGEP y el CIT.

Según la Organización Panamericana de la Salud y el Consejo Internacional de las Ciencias Médicas no se debe vulnerabilizar un grupo en su totalidad, sin embargo, evidencian que hay circunstancias que al realizar una investigación deben tomarse en cuenta ya que son factores que pueden volver vulnerable a un grupo, estos son “países o comunidades de recursos limitados, la falta de acceso a la atención médica, y la pertenencia a minorías étnicas y raciales o a otros grupos desfavorecidos o marginados” (CIOMS, 2016, pág. 65). Se tomó en cuenta este dato y con el tipo de muestreo por conveniencia se toma en cuenta a toda la población disponible y se pretendió estudiar todos los casos disponibles que pudieron ofrecer resultados beneficiosos no solo para el grupo de estudio sino también para bomberos de otras estaciones.

2.02.02 Técnica de recolección de datos. Las técnicas de recolección de datos sirven para “obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, situaciones o procesos en profundidad; en las propias “formas de expresión” de cada uno; se recolectan con la finalidad de analizarlos, comprenderlos y así responder a las preguntas de investigación para generar conocimiento” (Hernandez Samipieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 396). Se definen según Roberto Sampiere como “acopio de datos en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis” (Hernandez Samipieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 397). En el proceso se pasó una ficha sociodemográfica, una entrevista diagnóstica a todos los bomberos de la estación 50 CIA que desearon participar, después se aplicó el EGEP (Evaluación global de estrés postraumático) y el CIT (Cuestionario de impacto del

trauma). Para esta investigación las técnicas de recolección de datos que se utilizaron son: observar, entrevistar, escucha activa.

- Observación: se observó todo el proceso con el objetivo de identificar indicadores que fueran de apoyo a la obtención de resultados confiables de este estudio;
- Entrevista: durante todo el proceso se utilizó la entrevista, en la cual se buscó desarrollar un ambiente con las condiciones óptimas en atención, espacio, lenguaje adecuado, para que los participantes pudieran expresarse libremente;
- Escucha activa: fue importante a lo largo de la investigación prestar toda la atención y escucha a los participantes para obtener la información de forma adecuada y no dejar pasar ningún aspecto importante.

2.02.03 Técnica de análisis de datos. El análisis de datos cuantitativos que se llevó a cabo en este estudio fue la codificación de la población meta, mediante tablas y gráficas. Para el análisis de datos de los instrumentos utilizados se trabajó distribución de frecuencias de igual manera con tablas y gráficas.

2.03 Instrumentos

- Entrevista diagnóstica del trastorno de estrés postraumático: es un protocolo de entrevista del trastorno de estrés postraumático basado en el DSM V, elaborado por la investigadora, busca identificar a la población que cumpla criterios del trastorno de estrés postraumático.

Ficha técnica Entrevista Diagnóstica TEPT

Nombre: Entrevista Diagnóstica TEPT.

Autora: Válerly Karolina Chamorro Aguilar.

Procedencia: 2021.

Aplicación: Individual o colectiva.

Ámbito de aplicación: Adultos a partir de los 18 años.

Duración: 15 minutos aproximadamente.

Finalidad: Evaluación de la sintomatología postraumática y diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en víctimas adultas de distintos acontecimientos traumáticos.

Baremación: Puntuaciones criterioles basadas en el cumplimiento de los criterios diagnósticos DSM5.

Materiales: Ejemplar y DSM5.

Nota. Archivo Aplicaciones Válerly (2021).

- Ficha sociodemográfica: busca recolectar información de los participantes para conocer su contexto a profundidad.

Ficha técnica Ficha sociodemográfica

Nombre: Ficha sociodemográfica

Autora: Válerly Karolina Chamorro Aguilar.

Procedencia: 2021.

Aplicación: Individual o colectiva.

Ámbito de aplicación: Adultos a partir de los 18 años.

Duración: 5 minutos aproximadamente.

Finalidad: Conocer a la población.

Baremación: N/A

Materiales: Ejemplar.

Nota. Archivo Aplicaciones Válerly (2021).

- Evaluación Global del Estrés Postraumático (EGEP), “es un autoinforme que permite obtener historia de acontecimientos traumáticos, gravedad de los síntomas postraumáticos, diagnóstico del TEPT y especificación del trastorno” (Crespo M. y., 2012, pág. 39).

Ficha técnica EGEP

Nombre: EGEP Evaluación Global de Estrés Postraumático.

Autoras: María Crespo y María del Mar Gómez

Procedencia: TEA Ediciones (2012).

Aplicación: Preferentemente individual.

Ámbito de aplicación: Adultos a partir de los 18 años.

Duración: 30 minutos aproximadamente.

Finalidad: Evaluación de la sintomatología postraumática y diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en víctimas adultas de distintos acontecimientos traumáticos.

Baremación: Puntuaciones criterioles basadas en el cumplimiento de los criterios diagnósticos DSM y normativas, en percentiles, elaboradas a partir de una muestra clínica de personas expuestas a distintos tipos de acontecimientos traumáticos.

Materiales: Manual, ejemplar y hoja de corrección.

Nota. Manual EGEP, Pág. 11

- Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT), “es un instrumento autoaplicado que permite la evaluación de la sintomatología postraumática, la sintomatología general, la alteración de las creencias y el deterioro en el funcionamiento experimentados a

raíz de la vivencia directa o indirecta, de cualquier tipo de acontecimientos traumáticos” (Crespo, González-Ordi, Gómez-Gutiérrez, & Santamaría, 2020, pág. 19)

Ficha técnica CIT

Nombre: CIT. Cuestionario de Impacto del Trauma.

Autores: María Crespo, Hector González-Ordi, Mar Gómez-Gutiérrez y Pablo Santamaría.

Procedencia: TEA Ediciones 2020.

Aplicación: Individual o colectiva.

Ámbito de aplicación: Adultos a partir de los 18 años.

Duración: Variable, 45 minutos aproximadamente.

Finalidad: Evaluación las secuelas y del impacto psicológico de acontecimientos traumáticos en personas adultas, proporcionando una panorámica general y amplia del impacto del trauma en la vida de la persona, siendo aplicable a todo tipo de acontecimientos traumáticos y en contextos forenses, clínicos, de aseguradoras, mutuas o de investigación.

Baremación: Baremos en puntuaciones T a partir de una amplia muestra de población general. Validación en muestras forenses y clínicas para el establecimiento de puntos de corte y su interpretación.

Materiales: Manual, cuadernillo, hoja de respuestas y clave de acceso (PIN) para la corrección por Internet.

Formato de aplicación: papel y online (a elegir por el profesional)

Modo de corrección: Online.

Informe interpretativo automatizado: Disponible.

Lenguas disponibles: Español y catalán.

Nota: Manual CIT, pág. 17.

2.04 Operacionalización de objetivos, categoría/variable.

Tabla 1 Operacionalización de objetivos

Objetivos/ hipótesis	Definición conceptual categoría/ variable	Definición operacional categorías/ variables	Técnicas e instrumentos
<p>Evaluar la existencia del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) en los bomberos voluntarios de 50 CIA.</p>	<p>Trastorno de estrés posttraumático: es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. (APA A. P., 2014)</p>	<p>A. Estar expuesto a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un 	<p>Entrevista diagnóstica del trastorno de estrés posttraumático. Sección A, B, C, D, E, F, G, H.</p> <p>Escala Global de Estrés Postraumático (EGEP) Sección I, ítem 1 al 12, 15, 16. Sección 2, ítem 28 al 57. Sección 3, ítem 58 al 64.</p>
<p>Evaluar la presencia de los criterios para el diagnóstico del TEPT en los bomberos voluntarios de 50 CIA.</p>	<p>Diagnóstico: “El diagnóstico es un proceso de construcción del conocimiento acerca de algo</p>	<p>3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un</p>	<p>Sección I, ítem 1 al 12, 15, 16. Sección 2, ítem 28 al 57. Sección 3, ítem 58 al 64.</p>

sobre lo que se
va a intervenir o
a actuar” (Arias
Beatón, pág. 2)

amigo íntimo.
En los casos de
amenaza o
realidad de
muerte de un
familiar o
amigo, el
suceso(s) ha de
haber sido
violento o
accidental.

4. Exposición
repetida o
extrema a
detalles
repulsivos del
suceso(s)
traumático(s) (p.
ej., socorristas
que recogen
restos humanos;
policías
repetidamente
expuestos a
detalles del
maltrato
infantil).

B. Presencia de uno (o
más) de los síntomas de
intrusión siguientes
asociados al suceso(s)

traumático(s), que
comienza después del
suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos
angustiosos
recurrentes,
involuntarios e
intrusivos del
suceso(s)
traumático(s).

Nota: En los
niños mayores
de 6 años, se
pueden producir
juegos
repetitivos en
los que se
expresen temas
o aspectos del
suceso(s)
traumático(s).

2. Sueños
angustiosos
recurrentes en
los que el
contenido y/o el
afecto del sueño
está relacionado
con el suceso(s)
traumático(s).

Nota: En los

niños, pueden
existir sueños
aterradores sin
contenido
reconocible.

3. Reacciones
disociativas (p.
ej., escenas
retrospectivas)
en las que el
sujeto siente o
actúa como si se
repitiera el
suceso(s)
traumático(s).

(Estas
reacciones se
pueden producir
de forma
continua, y la
expresión más
extrema es una
pérdida
completa de
conciencia del
entorno
presente.) **Nota:**

En los niños, la
representación
específica del
trauma puede

tener lugar en el
juego.

4. Malestar

psicológico
intenso o
prolongado al
exponerse a
factores internos
o externos que
simbolizan o se
parecen a un
aspecto del
suceso(s)
traumático(s).

5. Reacciones

fisiológicas
intensas a
factores internos
o externos que
simbolizan o se
parecen a un
aspecto del
suceso(s)
traumático(s).

C. Evitación persistente de

estímulos asociados al
suceso(s) traumático(s),
que comienza tras el
suceso(s) traumático(s),
como se pone de
manifiesto por una o las

dos características

siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente

asociados al
suceso(s)
traumático(s).

D. Alteraciones negativas
cognitivas y del estado
de ánimo asociadas al
suceso(s) traumático(s),
que comienzan o
empeoran después del
suceso(s) traumático(s),
como se pone de
manifiesto por dos (o
más) de las
características
siguientes:

1. Incapacidad de
recordar un
aspecto
importante del
suceso(s)
traumático(s)
(debido
típicamente a
amnesia
disociativa y no
a otros factores
como una lesión
cerebral, alcohol
o drogas).
2. Creencias o
expectativas

negativas
persistentes y
exageradas
sobre uno
mismo, los
demás el mundo
(p. ej., "Estoy
mal", "No puedo
confiar en
nadie", "El
mundo es muy
peligroso",
"Tengo los
nervios
destrozados").

3. Percepción
distorsionada
persistente de la
causa o las
consecuencias
del suceso(s)
traumático(s)
que hace que el
individuo se
acuse a sí
mismo o a los
demás.

4. Estado
emocional
negativo
persistente (p.

ej., miedo,
terror, enfado,
culpa o
vergüenza).

5. Disminución
importante del
interés o la
participación en
actividades
significativas.

6. Sentimiento de
desapego o
extrañamiento
de los demás.

7. Incapacidad
persistente de
experimentar
emociones
positivas (p. ej.,
felicidad,
satisfacción o
sentimientos
amorosos).

E. Alteración importante
de la alerta y
reactividad asociada al
suceso(s) traumático(s),
que comienza o
empeora después del
suceso(s) traumático(s),
como se pone de

manifiesto por dos (o
más) de las
características
siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el

sueño, o sueño
inquieto).

F. La duración de la
alteración (Criterios B,
C, D y E) es superior a
un mes.

G. La alteración causa
malestar clínicamente
significativo o deterioro
en lo social, laboral u
otras áreas importantes
del funcionamiento.

H. La alteración no se
puede atribuir a los
efectos fisiológicos de
una sustancia (p. ej.,
medicamento, alcohol)
o a otra afección
médica.

		Esfera laboral o académica	
		Esfera social	Cuestionario de
Describir las		Esfera familiar	Impacto del
esferas social,	Esferas de la	Esfera personal	Trauma (CIT)
laboral, familiar	vida: laboral y/o		Ítem 16,17, 30,
y personal de	académica,		35, 45, 46, 74,
los bomberos	social, familiar y		79, 114.
voluntarios de	personal (Crespo		Evaluación
50 CIA.	M. y., 2012)		global del estrés
			postraumático
			(EGEP)

			Sección 3: 61, 62, 63, 64.
		Evitación	
		Descontrol emocional	Cuestionario de
		Parálisis	impacto del
Identificar los mecanismos de afrontamiento disfuncional utilizados por los bomberos voluntarios de 50 CIA.	“El afrontamiento disfuncional se define como aquellas estrategias que no disminuyen el nivel de amenaza percibido por el individuo, tales como evitación cognitiva, parálisis y descontrol emocional” (Richard, 2006, págs. 193-201).		trauma (CIT) Ítem 5, 6, 7, 8, 10, 15, 17, 25, 27, 33, 34, 36, 39, 48, 51, 63, 65, 69, 71, 72, 73, 75, 89, 100, 127, 139, 170, 176, 179.
			Evaluación global del estrés postraumático (EGEP)
			Sección 2: 33, 34, 38, 43, 54.
		Dificultad para dormir	
		Irritabilidad	
Conocer los síntomas emocionales y físicos recurrentes en los bomberos voluntarios de 50 CIA.	Síntomas físicos: Manifestación de una alteración orgánica o funcional		Cuestionario de impacto del trauma (CIT) Ítem 1, 2, 7, 8, 11, 12, 18, 25, 28, 29, 32, 41, 51, 55, 59, 68, 70, 72, 78, 81, 84, 121, 141,

apreciable	142, 147, 153,
solamente por el	154, 156, 157,
paciente.	159, 162, 163,
(Ceraldi, 2015)	165, 166, 175,
Síntomas	177, 180.
emocionales:	
según Aristóteles	
son las	
afecciones del	
alma que se	
manifiestan en el	
cuerpo.	
(Aristoteles).	

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de resultados

3.01 Características del lugar y de la muestra

3.01.01 Características del lugar. La estación 50 CIA se encuentra ubicada en la zona 18, es un edificio de 2 niveles pintado de color rojo, en el primer nivel cuenta con parqueo para vehículos de los elementos de la compañía y también para las ambulancias, en este nivel hay una cabina y una pequeña sala. En el segundo nivel cuentan con sanitarios, dormitorios, una sala, comedor y la cocina. La estación cuenta con dos tipos de población, los bomberos voluntarios permanentes y los bomberos voluntarios que asisten cuando desean y pueden. Los elementos permanentes son 12 personas, que reciben una remuneración por prestar servicios, cuentan con horario laboral. También, aproximadamente 108 personas que se han formado para ser bomberos voluntarios quienes acuden a prestar servicio cuando pueden hacerlo, muchos de ellos lo hacen en su tiempo libre o algún descanso que tienen, por lo que hay quienes acuden 1 vez al año, cada 6 meses, 1 vez por mes, o según sus posibilidades, estas personas cuentan con un trabajo fuera de la estación el cual les permite sustentar sus gastos y prestar el servicio como bomberos lo hacen como pasatiempo ya que muchos mencionan que les hace sentir bien saber que pueden ayudar a otras personas.

Dentro de la estación gracias al apoyo y esfuerzo del director se cuenta con un ambiente agradable, en ocasiones preparan comida para los elementos logrando así una convivencia que permite fortalecer los vínculos de todos ellos. La estación acude al llamado de la población guatemalteca, generalmente zona 18 aunque en ocasiones también van a

zonas aledañas, apagan incendios, rescatan personas heridas, atienden accidentes de tránsito, emergencias por desastres naturales, también cuando acuden personas a la estación buscando ayuda actualmente por sintomatología de COVID les prestan atención y los trasladan a algún hospital, pero también en años anteriores han creado una brigada de niños de diferentes edades a los cuales les enseñan lo que hacen y los preparan para que sean futuros bomberos, ya que consideran que es importante que más personas se formen como bomberos para cuando ellos ya no estén.

3.01.02 Características de la muestra. Los participantes del estudio fueron en su totalidad de sexo masculino, comprendidos en edades de 22 a 70 años, al inicio se contó con la participación de 28 personas pero al final el total de participantes fueron 15 personas, debido a que no acuden todos de forma seguida esto representó un obstáculo que no se esperaba, a pesar de haber contado con modalidad presencial y virtual, varios de los que no continuaron manifestaron que no les interesaba, otras personas indicaron que no tenían tiempo.

La población en su mayoría reside en los alrededores de zona 18, pero también hay algunos que viven en departamentos, algunos cuentan con estudios hasta diversificado y otros con estudios universitarios. El 75% de la población tiene esposa e hijos, y el 25% son solteros. Comentan que muchas veces ser bomberos ha generado preocupación para sus familias porque temen que les pueda pasar algo y les dicen que ya no continúen.

3.02 Presentación de resultados e interpretación de resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del estudio “Trastorno de estrés postraumático en bomberos 50 CIA”.

Se ha asignado un código a cada participante de la siguiente manera:

Tabla 2. Codificación de participantes

No.	Sexo	Edad	Código
1	M	22	V01
2	M	25	V02
3	M	24	V03
4	M	35	V04
5	M	64	V05
6	M	29	V06
7	M	31	V07
8	M	45	V08
9	M	54	V09
10	M	34	V10
11	M	69	V11
12	M	51	V12
13	M	37	V13
14	M	37	V14
15	M	34	V15
16	M	53	V16

17	M	42	V17
18	M	70	V18
19	M	57	V19
20	M	43	V20
21	M	35	V21
22	M	75	V22
23	M	39	V23
24	M	25	V24
25	M	22	V25
26	M	48	V26
27	M	31	V27
28	M	27	V28

Fuente. Archivo Aplicaciones Válerly (2021).

Tabla 3. Participantes por sexo.

Sexo	f (%)
Hombre	28 (100)
Mujer	0 (0)
Total	28 (100%)

Fuente: Elaboración propia, se presentan resultados de columna.

Todos los entrevistados del estudio fueron hombres, no se evaluó a ninguna mujer.

Tabla 4. Personas que culminaron todo el proceso de evaluación

Culminación del proceso de evaluación	f (%)
No culminó el proceso de evaluación	13 (46%)
Sí culminó el proceso de evaluación	15 (54%)
Total	28 (100%)

Fuente: Elaboración propia, se presentan resultados de columna.

La población no acude en los mismos horarios a la estación y a pesar de brindar la modalidad virtual no fue posible que todos los participantes que iniciaron el proceso lo culminaran.

Tabla 5. Participantes por edad

Edad	f (%)
22-30	8 (29%)
31-40	10 (36%)
41-50	4 (14%)
51-60	4 (14%)
61-70	2 (7%)
Total	28 (100%)

Fuente: Elaboración propia, se presentan resultados obtenidos de ficha sociodemográfica.

La estación 50 CIA cuenta con población de diferentes edades, en su mayoría son de 31 a 40 años, pero también hay población mayor.

3.03 TEPT en bomberos voluntarios

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se define como “el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos”. (APA A. P., 2014)

En el presente estudio se logró evaluar a 28 bomberos con la entrevista diagnóstica y el EGEP, para evaluar la existencia del TEPT. Tras evaluarlos, se encuentra que 4 bomberos cumplen con todos los criterios diagnósticos para el TEPT, las demás personas evaluadas no cumplen todos los criterios, pero si evidencian sintomatología, por lo que en un futuro podrían cumplir todos los criterios diagnósticos para el TEPT, especialmente si continúan prestando servicios ya que esto es un factor de riesgo para el desarrollo del TEPT.

Las personas que si cumplen los criterios del TEPT, en su mayoría ven repercusiones en el área familiar, ya que debido a la sintomatología presente se aíslan de su familia, ellos indican que lo hacen para no afectarlos a ellos también. Se mantienen en estado de alerta constante, a lo que ellos llaman ansiedad y para manejarla consumen alcohol o fuman.

Tabla 6. Evaluación de TEPT en bomberos voluntarios.

Resultados	Total f (%)
No presenta sintomatología de Trastorno de estrés postraumático	4 (14%)
Presenta alguna sintomatología de Trastorno de estrés postraumático	20 (72%)
Cumple con los criterios para el diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático.	4 (14%)
Total	28 (100%)

Fuente: Elaboración propia, se presentan porcentajes de columna.

Al evaluar con la entrevista diagnóstica a los participantes se evidencia que el 14% de la población cumple con todos los criterios para el diagnóstico del TEPT, además se identifica que el 72% de la población aunque no cumple con todos los criterios si presenta sintomatología del TEPT y continuar prestando servicio representa un factor de riesgo para desarrollar TEPT.

3.04 Criterios diagnóstico del TEPT

Un diagnóstico “es un proceso de construcción del conocimiento acerca de algo sobre lo que se va a intervenir o a actuar” (Arias Beatón, pág. 2).

Para identificar los criterios diagnósticos que cumplen los participantes de la estación 50 CIA, se aplicó la entrevista diagnóstica y el EGEP, con base en los criterios diagnósticos del DSM – 5.

Tabla 7. Resultados entrevista diagnóstica para cumplimiento de criterios diagnósticos.

	Si cumple el criterio	No cumple el criterio	Total
Resultados	f (%)	f (%)	f (%)
No cumple con ningún criterio	1 (4%)	27 (96%)	28 (100%)
Cumple con criterio A: Evento traumático	27 (96%)	1 (4%)	28 (100%)
Cumple con criterio B: Sintomatología de intrusión	16 (57%)	12 (43%)	28 (100%)
Cumple con criterio C: Evitación	12 (43%)	16 (57%)	28 (100%)
Cumple con criterio D: Alteración cognitiva y del estado de ánimo	15 (54%)	13 (46%)	28 (100%)
Cumple con criterio E: Alteración de la alerta	18 (64%)	10 (36%)	28 (100%)
Cumple con criterio F: Duración superior a un mes	15 (54%)	13 (46%)	28 (100%)
Cumple con criterio G: Malestar clínicamente significativo	7 (25%)	21 (75%)	28 (100%)
Cumple con criterio H: No se atribuye a ningún otro trastorno	22 (79%)	6 (21%)	28 (100%)

Fuente: Elaboración propia, se presentan porcentajes de columna.

Al aplicar la entrevista diagnóstica se identifica que la sintomatología de intrusión, evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, alteración de la alerta son los criterios que más se cumplen, lo que evidencia que los participantes presentan sintomatología del TEPT y en medida que sigan ejerciendo la profesión se verán afectados con este trastorno.

Al evaluar con la entrevista diagnóstica se encuentra que de 28 participantes, 4 presentan TEPT, para corroborar este resultado se aplica la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). Se vuelve a encontrar que 4 personas cumplen todos los criterios del TEPT.

También se identifica que más del 50% de la población evaluada presenta sintomatología del TEPT, por lo que esta es población en riesgo de desarrollar este trastorno. Debido a que con frecuencia presencian eventos como accidentes, ven personas desmembradas o lastimadas, y otros eventos traumáticos mantienen la sintomatología propia del TEPT.

3.04.01 Exposición a un evento traumático. El 96% de la población indicó haber presenciado al menos un evento traumático a lo largo de su ejercicio profesional, comentan que algunos de los participantes no tienen mucho tiempo en el cuerpo de bomberos y se sienten entusiasmados por atender emergencias, el director de la estación menciona que cuando inician incluso sienten curiosidad hasta que en algún momento un evento les causa un impacto fuerte que si les llega a afectar. La mayoría de los participantes reconocen que dentro de su labor ven continuamente eventos riesgosos pero que no todos

les causan impacto, generalmente es cuando ven niños lastimados o muertos, que se quedan incluso soñando con este evento varios días hasta que logran evitarlo.

3.04.02 Presencia de síntomas de reexperimentación e intrusión. Según los resultados en la entrevista diagnóstica el 57% de la población evaluada a presentado sintomatología de reexperimentación e intrusión. Los participantes que manifiestan haber presentado algún síntoma de intrusión mencionan que en su mayoría son recuerdos del acontecimiento o sueños, y esto les genera malestar como ansiedad, estado de alerta alterado, dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo. Los casos más graves consumen medicamentos y varios recurren a bebidas alcohólicas.

Es normal que en pacientes con TEPT los síntomas de reexperimentación generen malestar psicológico o fisiológico. Debido a esto los participantes recurren al consumo de alcohol y muy pocos a conductas autolesivas.

3.04.03 Evitación de estímulos asociados al evento traumático. Durante la evaluación se identificaron 43% de la población evaluada presenta síntomas de evitación. Al evaluar mediante el diálogo se identifica que los participantes que indican no tener manifestaciones de evitación, presentan embotamiento afectivo, presentando disminución del interés por actividades que antes resultaban gratificantes.

3.04.04 Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo asociadas al evento traumático. Al evaluar se identifica que el 54% de la población evaluada presenta alteraciones cognitivas y del estado del ánimo, se notó al evaluar con diálogo que algunas personas no reconocen estas alteraciones que presentan, por ejemplo, con los síntomas de

depresión indican que les han enseñado a ser fuertes y es por ello que no le ponen atención a esto que sienten, por lo que se notó que no todos los participantes reconocen adecuadamente este tipo de alteraciones como afección por el TEPT.

3.04.05 Alteración importante de la alerta y reactividad. Según los resultados obtenidos el 64% de la población identifica alteraciones de la alerta, se notó al evaluar con diálogo que a pesar de presentar manifestaciones de ansiedad muchos de ellos le llaman a eso, un estado normal de adrenalina al atender una emergencia. Se mantienen en alerta constante, lo explican como que están atentos por si tienen que salir, algunos presentan sintomatología de depresión y ansiedad, pero evitan sentirlo, y cuando es complicado recurren a medicamentos o consumo de bebidas alcohólicas.

3.04.06 Duración superior a un mes. Al evaluar, el 54% de la población indicó presentar esta sintomatología hace más de un mes, esta parte de la evaluación el 46% de la población indicó no experimentar esta sintomatología por un tiempo mayor a un mes, se consideran población en riesgo de desarrollar TEPT ya que si cumplen con los demás criterios y a algunos el único que les hizo falta fue el criterio de temporalidad.

3.04.07 Malestar clínicamente significativo o deterioro en esferas de la vida. En esta parte de la evaluación el 25% de los participantes indicaron que la sintomatología afecta al menos una esfera de su vida, generalmente la esfera que más se ve afectada es la personal y la familiar, evitando hablar con sus familiares para no preocuparlos por los eventos a los que ellos se encuentran expuestos; indican que esto los ha distanciado.

También la esfera personal debido al malestar que en ocasiones sienten, sin embargo, buscan olvidar estos malestares.

3.05 Esferas afectadas

Se identifican la esfera laboral, esfera social, esfera familiar y esfera personal; para describir cuales se encuentran afectadas se aplica el EGEP, en donde se encuentra que el 25% de la población indica tener al menos una esfera afectada, muchos de los participantes prefieren evadir la sintomatología que presentan, esto genera dificultad para identificar la forma en que les afecta.

La esfera personal es la más afectada, de las personas que indican esto, la mayoría tiene todas las esferas afectadas, ya que indican que al no poder expresar lo que les ocurre, no rinden adecuadamente en su trabajo, se aíslan tanto de amigos como familiares, y de forma personal se destruyen al consumir alcohol. El 25% de la población identifica como les afecta la sintomatología que presentan y le atribuyen esto a presenciar constantemente eventos traumáticos.

Tabla 08. Esferas afectadas.

Esferas	Si está afectada	No está afectada	Total
	f (%)	f (%)	f (%)
Esfera personal	7 (25%)	21 (75%)	28 (100%)
Esfera familiar	6 (21%)	22 (79%)	28 (100%)
Esfera laboral	5 (18%)	23 (82%)	28 (100%)
Esfera social	5 (18%)	23 (82%)	28 (100%)

Fuente: Elaboración propia, se presentan porcentajes de columna.

Se encontró que la esfera más afectada en la población evaluada es la esfera personal y familiar, este aspecto va de la mano, ya que con la diferente sintomatología que experimentan la esfera personal se ve afectada y para no afectar a sus familias deciden no contarles nada, provocando distanciamiento.

3.06 Mecanismos de afrontamiento disfuncional

“El afrontamiento disfuncional se define como aquellas estrategias que no disminuyen el nivel de amenaza percibido por el individuo, tales como evitación cognitiva, parálisis y descontrol emocional” (Richard, 2006, págs. 193-201).

Se contó con la participación de 15 personas al momento de evaluar con el cuestionario de impacto del trauma (CIT), se encuentra que los participantes que si cumplen criterios para el TEPT en la entrevista inicial, EGEP, y CIT presentan disociación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, depresión, desconexión social, distorsión cognitiva y evitación. En la tabla 5 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 09. Mecanismos de afrontamiento disfuncional.

Mecanismos	Presenta	Presenta riesgo	No presenta	Total
	mecanismo de	a desarrollar el	mecanismo de	
	afrontamiento	mecanismo de	afrontamiento	
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Disociación	1 (7%)	1 (7%)	13 (86%)	15 (100%)
Alteración cognitiva y del estado del ánimo	0 (0%)	1 (7%)	14 (93%)	15 (100%)
Desregulación	0 (0%)	2 (13%)	13 (87%)	15 (100%)
Dependencia emocional	0 (0%)	1 (7%)	14 (93%)	15 (100%)
Depresión	1 (7%)	0 (0%)	14 (93%)	15 (100%)
Desconexión social	0 (0%)	2 (13%)	13 (87%)	15 (100%)
Distorsión negativa	1 (7%)	2 (13%)	12 (80%)	15 (100%)
Evitación	1 (7%)	1 (7%)	13 (86%)	15 (100%)

Fuente: Elaboración propia, se presentan porcentajes de columna.

Se encuentra que el 7% de la población presenta mecanismos de afrontamiento, el 13% de la población se encuentra en riesgo de presentar estos mecanismos de afrontamiento; se considera que esto se debe a que hace falta psicoeducar a la población para que puedan reconocer de forma adecuada la sintomatología que presentan.

3.07 Síntomas emocionales y físicos

Un síntoma físico es la “manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente”. (Ceraldi, 2015) Mientras que los síntomas

emocionales: según Aristóteles son las afecciones del alma que se manifiestan en el cuerpo. (Aristoteles).

Con la ayuda del CIT se identifican los principales síntomas emocionales y físicos recurrentes, en la tabla 6 se muestra el 27% de la población presenta abuso de sustancias, el 13% problemas somáticos y alteraciones del sueño, y el 7% ansiedad y autolesiones. Se identifica también población en riesgo de desarrollar estos síntomas.

Cuando una persona experimenta un evento traumático, en las condiciones que los bomberos lo hacen, que es de forma recurrente, es posible que desarrollen este tipo de sintomatología, la ansiedad se presenta por el estado constante de alerta en que la persona se encuentra, derivado de esto se presenta la alteración del sueño, dependiendo del tipo de evento también se presenta malestar sexual debido a los síntomas de reexperimentación que se manifiestan, el abuso de sustancias y las autolesiones se presentan como forma de evitación.

En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos en el CIT, evaluando a 15 participantes.

Tabla 10. Síntomas emocionales y físicos recurrentes.

	Presenta el síntoma	Presenta riesgo de desarrollar el síntoma	No presenta el síntoma	Total
Síntomas emocionales y físicos	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Problemas somáticos	2 (13%)	1 (7%)	12 (80%)	15 (100%)
Alteraciones del sueño	2 (13%)	1 (7%)	12 (80%)	15 (100%)
Ansiedad	1 (7%)	0 (0%)	14 (93%)	15 (100%)
Malestar sexual	0 (0%)	2 (13%)	13 (87%)	15 (100%)
Abuso de sustancias	4 (27%)	1 (7%)	10 (66%)	15 (100%)
Autolesiones	1 (7%)	2 (13%)	12 (80%)	15 (100%)

Fuente: Elaboración propia, se presentan porcentajes de columna.

Dentro de los síntomas físicos más recurrentes presentes en la población se encuentra el abuso de sustancias; en diferentes ocasiones mencionaron varios participantes que es el medio que utilizan para poder “liberar estrés” después de un servicio.

3.08 Análisis general

El trastorno de estrés postraumático es un problema que hoy en día muchas personas presentan, pero al no contar con la información adecuada y necesaria no saben de su existencia, dado que afecta a quienes han experimentado un evento traumático y ya que en Guatemala diariamente se viven este tipo de eventos; se encuentra que los bomberos son quienes atienden muchas emergencias, es por ello que se estableció la evaluación a la población de bomberos voluntarios de la 50 CIA, por su labor es posible que diariamente

experimenten eventos traumáticos. Además, por la ubicación en la que se encuentra los crímenes y emergencias que presencias son eventos que ellos califican como “fuertes”. Tras el primer contacto y las diferentes sesiones llevadas a cabo tanto virtuales como presenciales en diferentes horarios, se logró evaluar a 28 personas, después se quedaron 19 participantes y se finalizó con 15 participantes.

El trastorno de estrés postraumático cuenta con diferentes criterios diagnósticos, y en los bomberos de la estación 50 CIA se encuentra que cumplen con exposición a un evento traumático, reexperimentación e hiperactivación; esta es la sintomatología que más se repite en esta población. Manifiestan la sintomatología para cumplir el diagnóstico del TEPT, sin embargo, a pesar de la sintomatología presente hay otros criterios que no se cumplen. Algunos bomberos no cumplen con temporalidad y otros si, pero al no cumplir con el criterio de funcionamiento no es posible hacer un diagnóstico de TEPT.

Al hablar con la población muchos hablaron sobre la sintomatología que tienen y como recurren al alcohol y hábitos como fumar para poder sentirse mejor, se les explico a qué se debe la sintomatología y a pesar de identificar que la población necesita atención clínica al ofrecerles la atención muchos se negaron, algunos iniciaron el proceso y después no continuaron, por lo que se identificó falta de interés en la atención psicológica a pesar de ellos indicar que si la necesitan. Comentaron que cuando reciben el curso para poder ser bomberos les dicen que no tienen que tener miedo, que tienen que ser fuertes y eso es lo que ellos hacen. A esto se le atribuye gran parte de la negación a expresar la sintomatología que presentan, ya que creen que podrían verse vulnerables.

Se identificó que muchos de los participantes prefieren no expresar lo que sienten por temor a ser juzgados. Además existen otros factores de riesgo, como la pérdida de familiares para uno de ellos a causa de la violencia, algunos no cuentan con una red de apoyo establecida, también viven problemas de su cotidianidad que no les ayuda para poder mejorar.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

Al aplicar la entrevista diagnóstica y el EGEP se encuentra que cuatro personas de la población cumplen los criterios para el diagnóstico del TEPT y los demás que no cumplen todos los criterios, si presentan sintomatología del TEPT, por lo que se puede decir que los bomberos de la estación 50 CIA si presentan TEPT, son población que viven diariamente con sintomatología del TEPT a causa de sus servicios prestados.

Tras aplicar la entrevista diagnóstica se encontró que el 21% de la población cumplen con los criterios para el TEPT, el 26% de la población no cumple criterios y no presenta sintomatología y 53% de la población presenta sintomatología del TEPT, por lo que son población vulnerable para desarrollar este trastorno en un futuro. Según los resultados obtenidos en el EGEP el 14% de la población si cumple criterios para el diagnóstico del TEPT, 14% de la población no cumple criterios y no presenta sintomatología y 72% de la población presenta sintomatología del TEPT.

Se identificó que el 25% de la población indica tener al menos una esfera afectada, principalmente la esfera familiar, y el 75% indican no tener ninguna esfera afectada a pesar de vivir con sintomatología del TEPT.

Al evaluar con el CIT se encontró que el 7% de la población evaluada presenta al menos un de afrontamiento disfuncional y el 13% de la población evaluación se encuentra en riesgo de desarrollar algún mecanismo de afrontamiento disfuncional.

Los resultados del CIT también evidencian que el 27% de la población evaluada presenta abuso de alcohol, el 13% problemas somáticos y alteraciones del sueño, el 7% ansiedad y autolesiones. Además, 13% de la población presenta riesgo de desarrollar estos síntomas.

4.02 Recomendaciones

A la estación 50 CIA creación de talleres donde se generen estrategias de ventilación emocional, con la ayuda de un profesional capacitado y la participación de cada uno de los elementos.

Para futuras investigaciones reevaluar, ya que un porcentaje alto de la población presenta sintomatología del TEPT y es probable que en un futuro puedan desarrollar este trastorno.

A la población evaluada conocer acerca del impacto que la sintomatología del TEPT puede tener en las esferas de su vida, para poder identificar si les afecta realmente o no y de qué manera; utilizar ejercicios para el manejo de emociones y técnicas para el manejo de ansiedad principalmente, para poder disminuir la presencia de mecanismos de afrontamiento disfuncional.

A la población evaluada, realizar una evaluación médica y así poder confirmar, descartar o tratar, según sea el caso, la sintomatología física presente.

Referencias

- Angélica Vargas, K. L. (2017). *Estrés postraumático tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso*. México: Manual moderno.
- Canel, J., & González, P. (2012). *Técnicas psicológicas para el manejo del estrés en Bomberos Voluntarios*. Guatemala.
- Benemérito Cuerpo de Bomberos Voluntarios. (2021). *Bomberos Voluntarios*. Obtenido de <http://bomberosvoluntarios.org.gt/>
- PNUD. (2007). *Informe estadístico de la violencia en Guatemala*. Guatemala: PNUD.
- Matute Rodríguez, A., & García Santiago, I. (2007). *Informe estadístico de la violencia en Guatemala*. Obtenido de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/national_activities/informe_estadistico_violencia_guatemala.pdf
- Carmen Sosa, J. C. (2005). *Estrés Postraumático*. Madrid: Síntesis S.A.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación*. España: Espasa Culpe S.A.
- APA. (2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES*. MEDICA PANAMERICANA.
- María Crespo, M. d. (2012). *EGEP. Evaluación Global de Estrés Postraumático*. Madrid, España: Tea Ediciones.
- A. Levine Peter y Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños*. Barcelona, España: Eleftheria, S.L.
- A. Levine, P. (2012). *Sanar el trauma*. Madrid, España: Neo Person Ediciones.

- APA. (2014). *DSM V*. Editorial Médica Panamericana.
- C. Salvador, M. (2016). *Más allá del yo: encontrar nuestra esencia en la curación del trauma*. Barcelona, España: Eleftheria, S.L.
- Dresel, W. (2009). *El lado profundo de la vida: Cómo enfrentar y superar las crisis personales*. Bogotá, Colombia: Norma S.A.
- A. Levine, P. y. (1999). *Curar el trauma*. Barcelona: Ediciones Urano.
- Solis Manrique, C., & Vidal Miranda, A. (2006). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. Obtenido de https://www.mdp.edu.ar/cssalud/deptoterapia/archivos/Psicologia_General_SEMINARIO/ESTILOS_Y ESTRATEGIAS_DE_AFRONTAMIENTO_en_adolescencia.pdf
- Melanie J. Zimmer-Gembeck, E. A. (10 de Febrero de 2016). *The Development of Coping: Implications for Psychopathology and Resilience*. Obtenido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119125556.devpsy410>
- Richard. (2006). *Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años*. Obtenido de Revista mexicana de psicología: <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-avance-resumen-relacion-entre-tipos-afrontamiento-el-S1134793720300026>
- Eisenberg. (1997). *Handbook of Children's Coping: Linking Theory and Intervention*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-avance-resumen-relacion-entre-tipos-afrontamiento-el-S1134793720300026>

- Martínez, G. G. (2017). *Universidad Autónoma del Estado de México*. Obtenido de http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/79696/secme-2842_1.pdf;jsessionid=BFBE872662AC5FA203AA5BF7712A56DF?sequence=1
- Pérez Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo*. España: Desclée de Brouwer S.A.
- Escudero, J. M. (2008). *Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT(Trastorno de Estrés Postraumático)*. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría.
- Crespo, M. y. (2012). *Evaluación Global de Estrés Postrumático (EGEP)*. Mdríd: Tea Ediciones.
- Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M., & Santamaría, P. (2020). *MANUAL Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT)*. Madrid, España: Tea Ediciones.
- Roberto Hernandez Sampieri, C. F. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw Hill.
- CIOMS, O. Y. (2016). *PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN RELACIONADA CON LA SALUD CON SERES HUMANOS*. GINEBRA: CIOMS.
- APA, A. P. (2014). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES*. MEDICA PANAMERICANA.
- Arias Beatón, G. (s.f.). *El diagnóstico en la psicología*. Habana.
- Ceraldi, N. R. (2015). *Estudio comparativo de la noción de síntoma en la obra de Sigmund Freud y en la perspectiva médica y psiquiátrica actual*. Madrid.

Aristoteles. (s.f.). *Tratado del alma*.

Anexo 1

Consentimiento informado

Me gustaría invitarle a participar en el estudio trastorno de estrés postraumático en bomberos de 50 CIA, elaborado por la estudiante Válerly Karolina Chamorro Aguilar avalado por la Escuela de Ciencias Psicológicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El objetivo del estudio es identificar la sintomatología presente tras su labor diaria, mediante el uso de varios instrumentos, los cuales son una entrevista diagnóstica, el Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) y la Evaluación Global e Estrés Postraumático (EGEP).

Participar en esta investigación es completamente voluntario, en ningún momento se le obliga ni obligará a estar o continuar en el presente estudio, lo que significa que se puede retirar en el momento que lo desee sin dar explicaciones.

Al participar en el presente estudio, ya que se evaluará diferente sintomatología, es posible que pueda sentir malestar; para lo que la investigadora se encuentra preparada con los recursos necesarios para atenderle y poder estabilizarle.

La información proporcionada por su persona es voluntaria y se tratará con profesionalismo y confidencialidad, los resultados del estudio serán publicados en el trabajo final de tesis de la investigadora, las copias impresas y digitales estarán en la biblioteca de la Escuela de Ciencias Psicológicas y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Yo

- He leído la hoja de información al paciente en relación al estudio arriba citado.
- He tenido la oportunidad de comentar los detalles del mismo con la investigadora Válerly Karolina Chamorro Aguilar.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He entendido por completo el propósito del estudio.
- Estoy de acuerdo en tomar parte en esta investigación tal y como se me ha explicado, y entiendo que puedo retirarme del mismo:
 - En el momento que lo desee,
 - Sin tener que dar explicaciones.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante _____

Fecha _____

Confirmando que he explicado la naturaleza de este estudio al participante arriba cita.

Firma del profesional _____

Fecha _____

Anexo 2

Ficha sociodemográfica

A. Datos personales

1. Nombre: _____
2. Sexo: Masculino ____ Femenino ____
3. Fecha de nacimiento: _____
4. Estado civil: _____

B. Residencia y forma de transporte

5. Dirección de residencia: _____
6. Vivienda: Propia _____ Alquilada: _____
7. Medio de transporte: _____

C. Escolaridad

8. Último nivel de escolaridad cursado: _____
9. Estudia actualmente: Si ____ No: ____

D. Composición de la familia

10. Número de personas que viven con Usted: _____
11. Cuántas personas dependen económicamente de Usted: _____
12. Número de hijos: _____

E. Datos del área de trabajo

13. Tiempo en bomberos voluntarios: ____ años
14. Puesto que desempeña: _____

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 3



Entrevista diagnóstica del trastorno de estrés postraumático



Nombre del paciente: _____

Fecha de aplicación: _____

Instrucciones:

Al vivir o presenciar un evento en el que su vida o la de alguien más este en riesgo, algunas personas experimentan malestar, las siguientes preguntas permiten conocer cómo se encuentra.

A.	Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual , ya sea real o amenaza en una (o más) de las formas siguientes:	SI	NO
1.	¿Ha vivido alguna experiencia en la que su vida estuviera en riesgo o que Usted pensara que estuviera en riesgo?		
2.	¿Ha visto algún suceso en el que la vida de alguien más estuviera en riesgo?		
3.	¿Tiene conocimiento de que a algún familiar próximo o amigo le haya ocurrido un experiencia en la que su vida estuviera en riesgo?		
4.	¿Ha estado expuesto repetidamente a algún suceso en la que su vida o la de alguien más estuviera en riesgo?		
Describa brevemente el suceso marcado con anterioridad.			

B.	Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):	SI	NO
1.	¿Ha tenido recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático?		
2.	¿Ha tenido sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático?		
3.	¿Ha sentido o actuado como si se repitiera el suceso traumático? (Imágenes que le hagan sentir como si estuviera volviendo a vivir el suceso traumático)		
4.	Cuando recuerda el suceso traumático, ¿ha sentido malestar?		
¿Qué malestar ha sentido y cómo le afecta?			
5.	¿Siente algún malestar fisiológico cuando hay algo que le recuerda algún aspecto del suceso traumático? (Sudoración no producida por la temperatura ambiental, taquicardia, respiración agitada)		
¿Cuáles son los síntomas que ha tenido y cómo le afectan?			

C.	Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:	SI	NO
1.	¿Intenta evitar o se esfuerza para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático?		
2.	¿Intenta evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático?		
D.	Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:	SI	NO
1.	¿Le es difícil recordar un aspecto importante del suceso traumático? (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).		
2.	¿Tiene creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre Usted mismo, los demás o el mundo? (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").		
3.	¿Se siente culpable de haber provocado el suceso traumático?		

4.	¿Ha tenido un estado emocional negativo persistente? (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).		
5.	¿Ha disminuido de manera importante el interés o la participación en actividades significativas?		
6.	¿Siente como que no es parte del grupo o como que su cuerpo está presente pero su mente no?		
7.	¿Ha sentido incapacidad persistente de experimentar emociones positivas? (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).		
E.	Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:	SI	NO
1.	¿Ha tenido comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos?		
2.	¿Ha tenido comportamiento imprudente o autodestructivo?		
3.	¿Se ha sentido en estado de alerta excesivo como si algo pudiera pasarle?		
4.	¿Se sobresalta con facilidad?		
5.	¿Tiene problemas de concentración?		
6.	¿Ha tenido alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto)?		

F.	La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.	SI	NO
<p>¿Hace cuánto tiempo experimenta estos síntomas?</p> <p>Hace 1 mes</p> <p>Hace 3 meses</p> <p>Hace 6 meses</p>			
G.	La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	SI	NO
<p>¿Los síntomas anteriores le han afectado de alguna manera en el área social, laboral o familiar? ¿De qué manera le han afectado?</p>			
H.	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medica-mento, alcohol) o a otra afección médica.	SI	NO
<p>¿Ha buscado ayuda médica por estos problemas?</p>			

Especificadores:

Con síntomas disociativos	SI	NO
<p>Despersonalización:</p> <p>¿Ha tenido la experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego, y como si uno mismo fuera un observador externo del propio</p>		

proceso mental o corporal? (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio)		
Desrealización: ¿Ha tenido la experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno? (p. ej., el mundo alrededor de Usted se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).		
Con expresión retardada	SI	NO
Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos). ¿Todos los síntomas anteriores inician inmediatamente después del acontecimiento traumático? ¿Todos los síntomas anteriores inician 1 mes después del acontecimiento traumático? ¿Todos los síntomas anteriores inician 6 meses o más después del acontecimiento traumático?		

Responsable de la aplicación: _____

Firma: _____

Anexo 4

EGEP

EJEMPLAR

Nombre y apellidos

Edad

Sexo

V

M

Fecha

/

/

Centro

Este ejemplar contiene tres secciones. Por favor, lea las instrucciones que aparecen al comienzo de cada una de ellas. Si tiene alguna duda puede indicárselo al evaluador.

Por favor, conteste a todas las preguntas que se le formulan, procurando no dejar ninguna en blanco, marcando sus respuestas en el propio ejemplar.

No hay un límite de tiempo para responder, así que tómese el que considere necesario.

SECCIÓN 1: ACONTECIMIENTOS

A continuación se incluye un listado de situaciones difíciles o estresantes que a veces ocurren a las personas, y que ayuda a conocer todos los acontecimientos traumáticos que usted ha presenciado directamente o ha experimentado a lo largo de su vida. En cada uno de los siguientes acontecimientos indique si lo ha sufrido, si lo ha presenciado directamente en alguna ocasión o si tuvo conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted, haciendo una marca (✓) en la casilla correspondiente. En caso de haber sufrido varios acontecimientos de una misma categoría, conteste teniendo en mente aquel que haya tenido una mayor relevancia o significación en su vida. En cada acontecimiento puede marcar una o varias de las tres columnas.		No sucedió	Lo presencié directamente pero no me sucedió	Lo sucedió a alguien cercano
1	Desastres naturales (inundaciones, huracanes, tornados, terremotos...).			
2	Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco...).			
3	Otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio...).		✓	
4	Combate o exposición a zona de guerra (en el ejército o como civil).			
5	Violación, abuso o ataque sexual.			
6	Acoso (sexual, en el trabajo, en antiguas relaciones...) o maltrato psicológico.			
7	Violencia física (ataques, asaltos, maltrato...).			
8	Actos terroristas o tortura.			
9	Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa.			
10	Enfermedad, lesión o intervenciones médicas que suponen una amenaza a la vida o la integridad física (propia o de una persona cercana).			
11	Muerte de una persona cercana o de un ser querido.			
12	Cualquier otro acontecimiento o experiencia estresante. Describalo brevemente:			

Por favor, indique cuál de los acontecimientos de los que ha marcado es el que le ha causado o le causa en la actualidad más molestias o malestar. Señale solo uno rodeando con un círculo la marca correspondiente (○).

13 Describa brevemente el acontecimiento que acaba de indicar:



Autoras: María Crespo López y M.ª Mar Gómez Cullérrez - Copyright © 2012 by TEA Ediciones, S.A. - Edita TEA Ediciones, S.A.U. - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si se presenta un ejemplar en una sola tinta es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE. Prohibida la reproducción parcial o total. Todos los derechos reservados - Printed in Spain, Impreso en España.

CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN RELACIÓN CON EL ACONTECIMIENTO QUE HA DESCRITO ANTERIORMENTE.

14. Valore la gravedad del acontecimiento en la siguiente escala:

- Leve Moderada Grave Extrema

15. ¿Cuándo sufrió ese acontecimiento por primera vez?

- En la infancia o en la adolescencia. Hace más de 3 meses.
 Hace más de 1 mes pero menos de 3 meses. En el último mes.

16. Ese acontecimiento ocurrió...

- en una única ocasión. en varias ocasiones. de forma repetida o reiterada.

Durante ese acontecimiento, usted se sintió...

17. con miedo Sí NO
 18. indefenso Sí NO
 19. horrorizado Sí NO

Ese acontecimiento supuso...

20. lesión grave. Sí NO
 21. lesión grave o muerte de otras personas. Sí NO
 22. amenaza para su integridad física. Sí NO
 23. amenaza para la integridad física de otras personas. Sí NO
 24. amenaza para su vida. Sí NO
 25. amenaza para la vida de otras personas. Sí NO
 26. escenas desagradables. Sí NO
 27. amenazas para la dignidad personal, el honor... Sí NO

SECCIÓN 2: SÍNTOMAS

	SÍ	NO	GRADO DE MOLESTIA				
			Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema
A continuación se presenta un listado de síntomas o problemas que algunas personas experimentan después de sufrir este tipo de acontecimientos. Por favor, lea atentamente cada una de las frases e indique (marcando el Sí o el No) si ha experimentado cada uno de ellos durante el ULTIMO MES en relación con el acontecimiento que acaba de describir. En caso afirmativo, indique el grado de molestia que le han producido utilizando una escala de 0 a 4, en la que 0 es Ninguna y 4 es Extrema. Por favor, responda a todas las frases.							
28			0	1	2	3	4
Tiene recuerdos desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento (imágenes o pensamientos).							
29			0	1	2	3	4
Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el acontecimiento.							
30			0	1	2	3	4
Hay momentos en los que actúa o se siente como si estuviera viviendo de nuevo el acontecimiento.							
31			0	1	2	3	4
Siente malestar (nerviosismo, inquietud...) cuando algo le recuerda el acontecimiento.							
32			0	1	2	3	4
Los recuerdos sobre el acontecimiento hacen que tiemble, sude, se le acelere el corazón...							
33			0	1	2	3	4
Intenta evitar o ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el acontecimiento.							
34			0	1	2	3	4
Intenta evitar actividades, lugares o personas que le recuerdan el acontecimiento.							
35			0	1	2	3	4
Tiene dificultades para recordar algunos aspectos importantes del acontecimiento.							
36			0	1	2	3	4
Ha disminuido su interés o el placer en cosas con las que solía disfrutar.							
37			0	1	2	3	4
Tiene sensación de distancia o alejamiento de los demás (como si no encajase).							
38			0	1	2	3	4
Tiene dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, felicidad, ternura, deseo sexual...).							
39			0	1	2	3	4
Siente que no va a cumplir ciertas metas en el futuro (no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia...).							

	SÍ	NO	GRADO DE MOLESTIA				
			Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Extrema
40			0	1	2	3	4
41			0	1	2	3	4
42			0	1	2	3	4
43			0	1	2	3	4
44			0	1	2	3	4
45			0	1	2	3	4
46			0	1	2	3	4
47			0	1	2	3	4
48			0	1	2	3	4
49			0	1	2	3	4
50			0	1	2	3	4
51			0	1	2	3	4
52			0	1	2	3	4
53			0	1	2	3	4
54			0	1	2	3	4
55			0	1	2	3	4

56. ¿Desde cuándo experimenta estos problemas?

- Desde hace menos de 1 mes.
- Desde hace más de 1 mes y menos de 3 meses.
- Desde hace más de 3 meses.

57. ¿Cuánto tiempo tardaron en aparecer estos problemas tras el acontecimiento?

- Nada más ocurrir el acontecimiento.
- Durante los 6 primeros meses después del acontecimiento.
- 6 meses o más después del acontecimiento.

SECCIÓN 3: FUNCIONAMIENTO

Conteste SÍ o NO a las siguientes preguntas en relación con los síntomas que acaba de describir. Indique SÍ durante el ÚLTIMO MES...		SÍ	NO
58	ha consultado al médico o a algún otro profesional de la salud (enfermeros, psicólogos...) por estos problemas.		
59	ha tomado medicación más de una vez por semana por estos problemas.		
60	ha tomado alcohol o drogas a causa de estos problemas.		
61	han afectado negativamente estos problemas a su vida laboral o académica.		
62	han afectado negativamente estos problemas a sus relaciones sociales.		
63	han afectado negativamente estos problemas a sus relaciones familiares o de pareja.		
64	han afectado negativamente estos problemas a algún otro aspecto importante de su vida.		

FIN DE LA PRUEBA. MUCHAS GRACIAS.

Cuadernillo

Responda previamente a los datos que se le solicitan en la Hoja de respuestas.

A continuación se presenta un listado de síntomas o problemas que algunas personas pueden experimentar después de sufrir acontecimientos como el que ha descrito. Por favor, lea atentamente cada una de las frases e indique la frecuencia con que ha experimentado cada una de ellas durante el **ÚLTIMO MES**. Para ello deberá indicar si el síntoma o problema lo ha experimentado:



Observe los siguientes ejemplos:

- E1 Me duelen los brazos.
- E2 Tengo pesadillas.

Como podrá ver en la hoja de respuestas, la persona que ha respondido a estos ejemplos ha afirmado que nunca o casi nunca le han dolido los brazos en el último mes, por lo que ha marcado la opción **1 (NUNCA O CASI NUNCA)**. En la segunda frase ha marcado la opción **3 (ALGUNAS VECES)** porque ha tenido pesadillas algunas veces en el último mes.

Para anotar sus contestaciones a cada frase debe marcar en la hoja de respuestas la opción que haya elegido (1, 2, 3, 4 o 5), igual que aparece en los ejemplos. Si después de responder una frase desea cambiar su respuesta, bórrela y marque la nueva opción que desee responder.

No piense demasiado cada frase ni emplee mucho tiempo en decidirse. No hay respuestas buenas o malas, ya que una conducta o emoción puede ser frecuente en unas personas y rara en otras. Igualmente, las personas tienen percepciones y emociones muy diversas. **Lo importante es que responda lo que realmente le sucede a usted.**

Es muy importante que responda sinceramente, expresando **aquellas cosas que realmente le ocurren** y la frecuencia con la que le suceden.

Cuando tenga dudas y no sepa qué responder, marque la opción que **MÁS SE AJUSTE** a usted, sin dejar ninguna frase sin responder.

Si tiene alguna duda, puede preguntar a la persona que le ha entregado este cuadernillo.

RECUERDE: Conteste a todas las frases, sin dejar ninguna en blanco.

Todas sus respuestas serán tratadas confidencialmente.



1	Me duele la zona del estómago.
2	Me siento nervioso o nerviosa.
3	Tengo la sensación de tener dos vidas, la de antes y la de después del acontecimiento que he descrito.
4	Soy incapaz de recordar aspectos importantes del acontecimiento.
5	Me cuesta entender mis emociones.
6	Me pongo a pensar sobre lo sucedido (el acontecimiento que he descrito), dándole vueltas para tratar de comprenderlo.
7	Me siento triste.
8	Me enfado o enojo con facilidad ante cualquier comentario.
9	Me siento fuera de contacto con lo que sucede, como en una nube o en un sueño.
10	Pienso que no merezco sentirme bien ni disfrutar de las cosas buenas de la vida.
11	Tengo mucho miedo a equivocarme.
12	Ciertos recuerdos del acontecimiento que he descrito hacen que me salgan manchas rojas por el cuerpo.
13	Siento una gran necesidad de agradar a los demás.
14	Las cosas me parecen extrañas, poco reales.
15	Me dejo llevar por mis emociones.
16	Lo que me sucedió (el acontecimiento que he descrito) afecta muy negativamente a mi vida sentimental o de pareja.

17	Pienso que la mayoría de las personas no son lo que parecen.
18	Me siento inferior a los demás.
19	Me divierto viendo alguna película, serie o programa de televisión.
20	Algunas personas cercanas me dicen que consumo demasiado alcohol, otras drogas o medicamentos.
21	Me vienen de repente y de forma repetida recuerdos angustiosos del acontecimiento que he descrito.
22	Me gustaría ser otra persona.
23	Me siento responsable de las cosas negativas que me han ocurrido.
24	Siento que nada ha vuelto a ser como antes del acontecimiento.
25	Tengo ataques de ira que me cuesta controlar.
26	Me siento muy mal si los demás no aprueban lo que hago.
27	Creo que algo malo me está esperando en el futuro.
28	Me siento inútil.
29	Al fijar la vista me da vueltas la cabeza.
30	Lo que me sucedió (el acontecimiento que he descrito) afecta muy negativamente a mi vida social.
31	Busco hacer cosas peligrosas que me lleven al límite.
32	Siento que no descanso lo suficiente aunque duerma las horas necesarias.
33	Siento que ya no espero nada positivo de la gente ni de la vida en general.

1

Nunca o casi nunca

2

Pocas veces

3

Algunas veces

4

Muchas veces

5

Siempre o casi siempre

34	Pienso en el acontecimiento y en cómo me ha afectado.
35	Noto que las relaciones con otras personas me importan menos ahora que antes del acontecimiento.
36	Los demás me han fallado.
37	Me siento totalmente incapaz de utilizar objetos muy afilados o puntiagudos como cuchillos, tijeras o similares.
38	Pienso demasiado en la comida.
39	Sufro tanto que siento la necesidad de hacerme daño físicamente.
40	Creo que la vida está llena de desgracias y sufrimientos.
41	Siento mucho malestar con relación al sexo.
42	Pienso que no merezco ser feliz.
43	Siento que he fallado a muchas personas.
44	Hago cosas que sé que me pueden causar daño.
45	Lo que me sucedió (el acontecimiento que he descrito) afecta muy negativamente a mi vida familiar.
46	Me siento incapaz de experimentar ciertas emociones como el amor o la felicidad.
47	Me cuesta mucho quedarme dormido o dormida.
48	Siento que no puedo confiar en nadie.
49	Tengo problemas en mi relación con la comida.

50	A raíz del acontecimiento siento que no encajo con el mundo que me rodea.
51	Me hago daño para dejar de pensar o sentir ciertas cosas.
52	Dependo de ciertos medicamentos para encontrarme bien (tranquilizantes, antidepresivos...).
53	Se me olvida incluso en qué ciudad vivo.
54	Analizo mi forma de ser para tratar de entender por qué estoy así.
55	Me duelen los brazos, las piernas y las articulaciones (rodillas, codos, etc.).
56	Mis pesadillas más traumáticas son en blanco y negro, sin nada de color.
57	Me veo como si estuviera fuera de mi cuerpo.
58	Tengo un temor intenso ante la posibilidad de perder el amor o el apoyo de un ser querido.
59	Tengo pesadillas todas las noches y varias veces durante la noche.
60	Creo que hay muy pocas personas que valgan la pena.
61	Siento la necesidad de hacer algo peligroso y dramático para calmarme.
62	Soy una carga o un estorbo para los demás.
63	Me preocupo por todo.
64	Creo que mi vida ha ido a peor desde el acontecimiento.
65	Pienso en hacer algo tan peligroso que pueda llegar a matarme.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

3

1

Nunca o casi nunca

2

Pocas veces

3

Algunas veces

4

Muchas veces

5

Siempre o casi siempre

66	Siento que nadie puede comprender por lo que he pasado tras el acontecimiento.
67	Cuando se me vienen a la mente cosas malas del acontecimiento que he descrito pierdo el equilibrio y se me olvida incluso cómo caminar.
68	Cuando estoy lejos de casa comienzo a sentir pánico.
69	Para quitarme de la cabeza ciertos pensamientos o emociones me he herido a mí mismo o a mí misma.
70	Mis recuerdos más dolorosos hacen que comience a salivar incontroladamente.
71	Las emociones me dominan.
72	Hago cosas para dañar mi cuerpo (p.ej., cortes superficiales, arañazos, quemaduras, golpes contra objetos o la pared, mordiscos...).
73	Creo que el mundo es peligroso.
74	Tengo sexo con personas desconocidas y luego me arrepiento.
75	Evito todo lo que me recuerda el acontecimiento que he descrito.
76	Hago cosas que sé que son peligrosas.
77	Siento que lo que pueda suceder en el futuro está fuera de mi control.
78	Me siento como desconectado o desconectada de mi cuerpo.
79	Lo que me sucedió (el acontecimiento que he descrito) afecta muy negativamente a mi vida laboral.

80	Cuando recuerdo el acontecimiento necesito lavarme las manos una y otra vez, sin parar.
81	Me duele la zona genital sin estar en una situación sexual íntima.
82	Lo que me sucedió (el acontecimiento que he descrito) afecta muy negativamente a mi vida sexual.
83	Me mantengo alerta por lo que pueda surgir.
84	Cuando estoy en una situación sexual íntima siento tensión y temblor en el cuerpo.
85	Siento que hay grandes huecos o vacíos en mi memoria.
86	Siento que soy capaz de hacer cualquier cosa para no perder una relación importante para mí.
87	Sueño repetidamente con el acontecimiento que he descrito.
88	Necesito beber alcohol o consumir algún tipo de sustancia para sentirme bien.
89	Me esfuerzo por evitar todas las situaciones y actividades que despierten mis recuerdos del acontecimiento.
90	He intentado suicidarme.
91	Me siento orgulloso u orgullosa de alguna cosa que he hecho, por pequeña que sea.
92	Me despierto antes de que suene el despertador y ya no puedo volver a dormir.
93	Me dan ganas de romper cosas.



94	Siento que no tengo nada que ver con nadie.
95	Me siento culpable en relación con el acontecimiento que he descrito.
96	Me refugio en la comida para sentirme bien.
97	Me dicen que me comporto de forma autodestructiva.
98	Me cuesta mucho reconocer incluso las caras de la gente a la que más quiero.
99	Pienso en vomitar para perder peso.
100	Siento que me paralizó o me quedo rígido o rígida por momentos.
101	Cierro la puerta muy fuerte o doy golpes cuando me enfado.
102	Repentinamente siento que estoy viviendo de nuevo el acontecimiento.
103	Todo me sabe igual, no diferencio ningún sabor en las comidas.
104	Duermo inquieto o inquieta toda la noche.
105	Me hago daño para castigarme o para mantenerme bajo control.
106	Vomito sin forzarlo o tengo náuseas.
107	Debido a mis "flashback" (recuerdos repentinos o imágenes de cosas desagradables y molestas del acontecimiento) soy incapaz siquiera de desayunar.
108	Me da igual lo que ocurra a mi alrededor, a los demás o al mundo.
109	Veo pruebas de haber hecho cosas que luego no recuerdo.

110	Cuando estoy en una situación sexual íntima tengo imágenes o pensamientos desagradables relacionados con el acontecimiento.
111	Quiero terminar con mi vida.
112	Me tiembla la mitad de la cara sin que pueda controlarlo.
113	Me siento culpable de algunas cosas que he hecho.
114	Lo que me sucedió (el acontecimiento que he descrito) afecta muy negativamente a mi salud física.
115	Veó mi futuro negro.
116	Soy capaz de hacer todo lo que otra persona quiera con tal de que no me abandone.
117	Me siento agobiado o agobiada por los sentimientos de culpa.
118	Tengo cambios de humor repentinos.
119	Me invade una sensación de miedo constante.
120	Me cuesta mucho controlar la cantidad de alcohol o drogas que consumo.
121	Siento mareos.
122	Hago planes para suicidarme.
123	Cedo rápidamente ante los demás en una discusión.
124	Todo lo que tiene que ver con el sexo me hace sentir muy culpable.
125	Creo que no controlo nada de lo que pasa en mi vida.
126	Siento que me voy a morir o que me voy a volver loco o loca.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.



127	Me asusto cuando mis sentimientos son muy intensos.
128	Solo con recordar algunas cosas del acontecimiento me desmayo.
129	Me meto en problemas porque actúo de forma impulsiva y sin pensar.
130	Necesito tomar algo (pastillas, infusiones, etc.) para poder dormir.
131	Me dan ganas de gritar a alguien.
132	Me asusto o sobresalto con facilidad.
133	Lo que me sucedió (el acontecimiento que he descrito) afecta muy negativamente a mi estado psicológico.
134	Mis problemas de concentración son tan graves que solo puedo prestar atención a alguien 1 minuto o menos.
135	Siento que me he convertido en otra persona a raíz del acontecimiento.
136	Creo que merezco ser castigado o castigada o que me pasen cosas malas.
137	Creo que hay personas que quieren hacerme daño.
138	Siento que me falta energía para continuar.
139	Me cuesta mucho identificar mis emociones.
140	He pensado en los detalles sobre cómo me quitaría la vida.
141	Siento presión y me duele el pecho.
142	Tengo periodos de diarrea que alternan con periodos de estreñimiento.

143	Mi consumo de alcohol o de otras sustancias me ha causado problemas.
144	Los sonidos de mi alrededor vienen y van sin razón aparente.
145	La muerte sería un alivio.
146	Me despierto agitado o agitada por la noche aunque no pueda recordar la razón.
147	Desde el acontecimiento me resulta imposible dormir ni por la noche ni por el día.
148	Me miro al espejo y soy incapaz de reconocer quién soy.
149	Siento que pierdo el control de mis movimientos, como si fueran solos, de forma automática.
150	Engaño a los demás sobre la cantidad de comida que como.
151	Tengo ganas de maldecir, de decir "palabrotas" o de utilizar un lenguaje "fuerte".
152	Me cuesta divertirme como solía hacerlo antes del acontecimiento que he descrito.
153	Siento pánico continuamente, incluso cuando estoy con personas de confianza.
154	Me duele la cabeza.
155	Me escucho como con eco y me asusta mucho.
156	Siento cansancio todo el tiempo.
157	Siento un nudo en la garganta o en la boca del estómago.
158	La compañía de mi mejor amigo o mi mejor amiga me hace sentir bien.



159	Siento dolor en los genitales cuando estoy en una situación sexual íntima.
160	Siento como si estuviera dividido o dividida por dentro.
161	Prefiero estar solo o sola y que todos me dejen en paz.
162	Tengo dificultades para mantener la atención.
163	Pierdo completamente la memoria.
164	Creo que ya no puedo ser feliz.
165	Siento nerviosismo cuando algo o alguien me recuerda el acontecimiento.
166	Tengo temblores, espasmos o calambres musculares.
167	Necesito hablar continuamente de los recuerdos más negativos y dolorosos del acontecimiento.
168	Tengo dificultades para concentrarme en una tarea a causa de tensiones o preocupaciones.
169	Hago cosas repetidamente para calmar mi angustia o ansiedad.
170	Me pongo a pensar en cómo me siento y en por qué me siento así.
171	Me dicen que me comporto agresivamente.
172	La gente dice que he cambiado mucho a partir del acontecimiento.
173	Todo me huele igual, no distingo los olores.
174	Busco el consejo de otros siempre que he de tomar una decisión.
175	Se me acelera el corazón cuando recuerdo el acontecimiento.

176	Me cuesta explicar cómo me siento.
177	Me pongo muy nervioso o nerviosa cuando tengo que ir a una reunión social o conocer gente nueva.
178	Tengo ideas o pensamientos que no consigo quitarme de la cabeza.
179	Vivo las emociones con mucha intensidad.
180	Siento tensión o nerviosismo en medio de multitudes o en lugares cerrados.

**FIN DE LA PRUEBA.
COMPRUEBE QUE
HA CONTESTADO A
TODAS LAS FRASES.**