

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Estrategias de afrontamiento de los policías con
trastorno de estrés postraumático que actuaron como
rescatistas en terremoto de la Costa Ecuatoriana del
2016**

Proyecto de investigación

Pablo Sebastián Andrade Espinoza

Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Licenciado en Psicología

Quito, 15 de mayo de 2017

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Estrategias de afrontamiento de los policías con trastorno de estrés
postraumático que actuaron como rescatistas en terremoto de Costa Ecuatoriana
del 2016

Pablo Sebastián Andrade Espinoza

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

María Cristina Crespo Andrade,
Master en Docencia

Firma del profesor

Quito, 15 de mayo de 2017

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Pablo Sebastián Andrade Espinoza

Código: 00116984

Cédula de Identidad: 1716456171

Lugar y fecha: Quito, 15 de mayo de 2017

RESUMEN

Una de las consecuencias psicológicas tras los desastres naturales, es el trastorno de estrés postraumático que no solamente llega a afectar a las víctimas directas de las catástrofes, sino que también repercute en la salud mental de rescatistas ya que al estar expuestos a situaciones con alto grado traumático, aumenta el riesgo de que desarrollen este trastorno. Frente a ello, las personas con dicho trastorno utilizan diferentes estrategias de afrontamiento para sobrellevar las situaciones de la vida cotidiana. El presente estudio tiene como objetivo comprender a profundidad las diferentes estrategias de afrontamiento que utilizan los agentes de la policía metropolitana de Quito con trastorno de estrés postraumático que actuaron como rescatistas en el terremoto de la Costa Ecuatoriana del 16 de abril del 2016. Se esperaría encontrar que los hombres presenten mayor puntaje en conductas de retirada social y evitación de problemas, mientras que las mujeres busquen de apoyo social y familiar. Es por ello que se determina que existen estrategias específicas de afrontamiento para conllevar el padecimiento de trastorno de estrés postraumático.

Palabras claves: desastres naturales, trastorno de estrés postraumático, rescatistas, estrategias de afrontamiento, terremoto.

ABSTRACT

One of the psychological consequences of natural disasters is the post-traumatic stress disorder that not only affects the direct victims of catastrophes, it also affects the mental health of rescuers as they are exposed to situations that have high traumatic level, increasing the risk of developing this disorder. According to this, people with this disorder use different coping strategies to get by with daily life situations. The present study aims to understand in depth the different coping strategies used by agents of the metropolitan police of Quito with post-traumatic stress disorder who acted as rescuers in the earthquake of the Ecuadorian Coast on April 16, 2016. It would be expected to find that men have higher scores on social withdrawal and trouble avoidance, while women seek social and family support. It is therefore determined that there are specific coping strategies to handle with post-traumatic stress disorder.

Keywords: natural disasters, post-traumatic stress disorder, rescuers, coping strategies, earthquake.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	10
Antecedentes	11
La historia del trastorno de estrés postraumático: una breve reseña	11
El problema	13
Pregunta de investigación	15
El significado del estudio	15
Resumen	15
REVISIÓN DE LA LITERATURA	17
Fuentes	17
Formato de la revisión de la literatura	17
Introducción a revisión literaria	17
Trastorno de estrés postraumático	18
Rescatistas	33
Estrategias de afrontamiento	35
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	40
Justificación de la metodología seleccionada	41
Herramientas de la investigación utilizada	42
Descripción de participantes	43
Reclutamiento de participantes	43
Consideraciones éticas	44
RESULTADOS ESPERADOS	45
Discusión	47
Limitaciones de estudio	51
Recomendaciones para futuros estudios	52
REFERENCIAS	53
ANEXO A: Carta para el reclutamiento de participantes	60
ANEXO B: Solicitud para aprobación de un estudio de investigación	61
ANEXO C: Formulario de consentimiento informado	66
ANEXO D: Inventario de estrategias de afrontamiento	69
ANEXO E: Entrevista a profundidad	72
ANEXO F: Factores de estrategias de afrontamiento	73

INTRODUCCIÓN

Introducción general

Uno de los trastornos que puede desarrollarse tras un acontecimiento traumático es el trastorno de estrés postraumático (TEPT). La causa de este desorden es la exposición a un evento que significa una amenaza inmediata a la vida propia o de otra persona; la violación de la integridad física, moral de uno mismo o de otro individuo. A nivel mundial un 30% de la población está expuesta a eventos traumáticos y el 10- 20% de estos desarrollan TEPT; las mujeres tienen un riesgo de padecer este trastorno 5 veces más que los hombres y el 85% del género femenino con TEPT, presentaban síntomas persistentes por más de un año (Rojas, 2016). Las personas que son diagnosticadas con Trastornos de estrés postraumático tienden a tener dificultades para funcionar de forma adecuada en su vida diaria presentándose problemas en su adaptabilidad (Albeldaño, Fernández, Estario, Enders y de Neira, 2014).

Se ha considerado la existencia de múltiples factores causales para el padecimiento de dicho trastorno. Los fenómenos naturales como terremotos, huracanes, tsunamis, temblores, etc., son eventos que llegan a ser traumáticos, y debido a su intensidad e impacto no deja solamente secuelas físicas, sino también emocionales en la vida de las personas, llevando a que se produzca traumas y por ende puede llevar al padecimiento de determinado desorden. Estos afectan no solamente a la población damnificada, sino también a las personas que presencian de forma indirecta las repercusiones de este tipo de situaciones. Profesionales como los policías son un claro ejemplo de cómo su salud psicológica es vulnerable ya que al estar frente a eventos potencialmente traumáticos, están expuestos a una gran cantidad de factores estresores (Vallejo, 2011).

El presente trabajo de titulación tiene como finalidad comprender las estrategias de afrontamiento de los policías rescatistas que sufren de estrés post traumático luego de experimentar de forma indirecta las consecuencias del terremoto del 16 de Abril del 2016 en

la costa ecuatoriana, debido a que no hay investigaciones en el Ecuador que detallen acerca de la salud psicológica de los cuerpos de rescate tras este suceso. Por lo tanto, esta investigación busca comprender las experiencias de afrontamiento del personal de la policía tras ser diagnosticados con trastorno de estrés postraumático y cómo ellos han enfrentado las repercusiones del TEPT en los ámbitos social, laboral, y familiar.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Los fenómenos naturales como terremotos causan daños a nivel económico, social, emocional y psicológico. La destrucción de infraestructuras, personas fallecidas y accidentadas, y enfermedades de origen sanitarias son unos de los factores estresores que conllevan a que las personas afectadas directamente sean más vulnerables a tener traumas psicológicos y por ello a padecer diversos trastornos como de ansiedad, depresión, estrés postraumático, etc. (Jiménez y Cubillos, 2010). El trastorno de estrés postraumático es uno de los principales desórdenes caracterizados por aparecer después de experiencias de índole catastrófica teniendo un efecto negativo en las vidas de las seres humanos y su funcionamiento.

Frente a estos sucesos, el cuerpo de bomberos, policías, médicos y voluntarios actúan de forma inmediata para hallar sobrevivientes y víctimas así como para ofrecer sus servicios de salud y de apoyo psicológico. A pesar de que gran parte de los rescatistas están preparados para enfrentar y actuar de la forma más eficiente frente a estos fenómenos, son parte de las profesiones que más riesgo tienen de padecer trastorno de estrés postraumático en comparación a otras ocupaciones, ya que a diario confrontan con factores estresantes traumáticos (Haugen, Evces y Weiss, 2012). El personal de la Policía Metropolitana de Quito estuvo asignado para actuar frente al terremoto ocurrido en la zona de la costa ecuatoriana del 16 de abril del 2016 con varias funciones, como ayudar a los afectados y recoger cuerpos de gente fallecida; al estar varios días en estos labores, estuvieron en gran parte frente a escenas traumáticas que les pudo llevar a tener trastorno de estrés postraumático.

Antecedentes

La historia del trastorno de estrés postraumático: una breve reseña.

Varios personajes a lo largo de la historia han intentado explicar lo que ahora es el trastorno de estrés postraumático en base a los síntomas que padecieron una gran cantidad de individuos en sus épocas. En Francia, tras la Revolución Francesa, se dio el origen de la psiquiatría moderna y uno de los precursores de esta rama de la medicina fue Philippe Pinel, quien se dedicó al estudio de los síntomas psicológicos provenientes de sucesos traumáticos. Él denominó a los estados postraumáticos como “idiotismo”. Luego, a finales del siglo XIX, Pierre Janet, trató a casi 300 pacientes que presentaban traumas y él acuñó el término de “emociones vehementes” a aquellas emociones que tenían los pacientes durante el acontecimiento traumático y que impedían la asimilación de la experiencia devastadora pasando a ser una memoria traumática disociada a la conciencia. Esta explicación fue trascendental para investigaciones posteriores sobre psicoterapia como tratamiento para el TEPT (Carvajal, 2002).

Sigmund Freud consideró que el origen de las neurosis se debe a experiencias traumáticas del pasado que se guardaban en el inconsciente y se mantenía a lo largo del tiempo afectando a la persona en su totalidad. En la I Guerra Mundial, Abram Kardiner opta por demostrar que la neurosis de los veteranos de guerra era consecuencia de una fisioneurosis en la que síntomas somáticos y psicológicos precedían del trauma. Su aporte sirvió para que se realicen sistemas de detección de probable psicopatología en los soldados que participaron en la II Guerra Mundial (Carvajal, 2002).

El TEPT no fue determinado como un trastorno psiquiátrico hasta 1980 en la revisión de la Asociación Americana de Psiquiatría. De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el trastorno de estrés postraumático se caracteriza por síntomas que se presentan luego de la experiencia directa, observación o conocimiento de sucesos

traumáticos (Bados, 2015). En la actualidad su prevalencia recae sobre el 3,7% de la población y específicamente las personas más vulnerables a tener TEPT son mujeres, niños, adolescentes, jóvenes y adultos de mediana edad. Una de las razones principales para que se produzca este trastorno, es la presencia de un factor estresante traumático, aunque varias investigaciones han demostrado que depende también de ciertas características de las personas de índole psicológicas y biológicas para hacer que se desarrolle este desorden. Estos rasgos son la respuesta del cuerpo ante el estrés, regulación emocional a nivel neurológico y adaptaciones de autoprotección (Rojas, 2016).

Para el diagnóstico de este desorden se debe cumplir ciertos criterios propuestos en el DSM- V y el CIE 10, en el que consisten en que debe haber situaciones que desencadenaron el TEPT y que produzca un malestar clínicamente significativo y/o un deterioro en diversas áreas de funcionamiento como laboral, social o familiar, etc. (Vicente- Herrero et al., 2012). La parte sintomatológica de aquellas personas varía de acuerdo al nivel de gravedad del trastorno y estos pueden ser: deterioro de la parte afectiva, pérdida de creencias, sensación constante de amenaza, inseguridad, hostilidad, ira. Entre los criterios que se mencionan dentro de los manuales son: *re experimentación* o también considerado como *flashbacks*, son recuerdos que en algunas ocasiones pueden ser considerados como vívidos y ser ocasionados por estímulos sensoriales que estuvieron en el evento del trauma (Pieschacón, 2011).

Otro criterio a señalar es la evitación persistente de los objetos o estímulos que se asociaron con el trauma viéndose la importancia y la relación del condicionamiento clásico frente a las fobias y miedos que se pueden ser generalizados. Resick y Schnicke (1992), detallan que la evitación es un mecanismo de defensa frente a los estímulos que se condicionaron a recuerdos traumáticos, debido a que reduce las emociones intensas y dolorosas que se experimentan al estar frente a ellos (Pieschacón, 2011).

A pesar de que los traumas pueden ser originados por el hombre como guerras, abusos sexuales, violaciones, también pueden ser causados por el ambiente como desastres naturales. Diferentes estudios han tratado de demostrar el impacto del trastorno de estrés postraumático en diferentes áreas personales de la vida del individuo tras haber actuado frente a un fenómeno natural y por ello se relaciona estas investigaciones con los rescatistas, por haber presenciado escenas con un alto nivel traumático (Velásquez, 2008). Una investigación realizada con 347 policías y militares con trastorno de estrés postraumático mostró que presentaban dificultades y tenían problemas en el ámbito familiar, laboral, emocional y conductual. 70% de ellos se divorciaban, 55% presentaban problemas con sus parejas y sus padres, 42% eran inestables laboralmente, 40% mostraban problemas de violencia y 39% tenían problemas con la justicia (Vallejo, 2011).

Estudios realizados con los veteranos de guerra mostraron que ellos, exhibían problemas con la autoridad por falta de reconocimiento sobre el trabajo hecho, y por sensación de desigualdad al verse expuestos a traumas mientras que sus compañeros no. En cuando regresaron a casa, surgieron emociones y sentimientos de abandono, desesperación y culpa por no encajar de nuevo en sus vidas y por la pérdida de importancia y significado que tenían acerca de sus vidas antes de ir a la guerra (Vallejo y Terranova, 2009).

El problema

Debido a la geografía, varios países se ven propensos a riesgos naturales como tsunamis, terremotos, huracanes, sismos, entre otros. Ecuador, es uno de los países con probabilidad de tener una catástrofe natural, en especial la costa ecuatoriana. Los desastres no solo dejan huellas físicas, sino también emocionales en las personas debido a las devastaciones y pérdidas. A raíz de esto algunos seres humanos presentan trastornos

psicológicos como ansiedad, depresión, estrés postraumático entre otros; y por ello para poder enfrentar las cosas y tener un mejor funcionamiento adaptativo, buscan ser tratados con terapia o psicofármacos (García et al, 2014). Tras algún tipo de catástrofe, se realizan varios estudios para determinar la salud mental de las personas que estuvieron perjudicadas por la pérdida de hogares, familiares y por presenciar escenarios desastrosos y determinar la existencia de padecimiento de algún tipo de trastorno mental tras los eventos ocurridos.

Por otro lado las personas que son partes de las brigadas rescatistas, como la policía, bomberos, militares, guardias de seguridad, periodistas de guerras, etc., que además de salvar vidas, brindan soporte y apoyo a la personas afectadas por desastres, deben ofrecer un ambiente óptimo y seguro con el propósito de reducir el impacto traumático de lo que presenciaron directamente la devastación. Sin la preparación adecuada, el aspecto físico y psicológico de los rescatistas se ve expuestos a diferentes factores dañinos que son perjudiciales para la salud (Velásquez, 2008).

Se debe destacar que existe una deficiencia de investigaciones relacionadas entre el trastorno de estrés postraumático y los rescatistas en el país y las estrategias de afrontamiento que utilizan para poder manejar los problemas psicológicos y emocionales por el padecimiento de TEPT; también hay una falta de descripciones de la experiencia de las técnicas de afrontamiento de los brigadistas para poder convivir con los síntomas del trastorno de estrés postraumático ya que generalmente el enfoque tras algún fenómeno natural es en los grupos humanos que han sido afectados de forma directa por ello.

Al igual no se han encontrado trabajos acerca de las repercusiones de los rescatistas que padecen TEPT en diferentes áreas de funcionamiento como familiar, social y laboral. En Ecuador no se ha mostrado estudios cuantitativos y cualitativos en referencia a las entidades que colaboraron tras el terremoto como policías, bomberos, militares y voluntarios. Mediante este trabajo, se pretende analizar las vivencias de los policías, debido a que son más

susceptibles a tener trastornos de estrés postraumático por una indebida preparación frente a catástrofes naturales (Velásquez, 2008).

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de los policías que están experimentando trastorno de estrés postraumático y que actuaron como rescatistas en el terremoto de la Costa Ecuatoriana del 16 de abril del 2016?

El significado del estudio.

La importancia de este estudio radica en que se ha realizado investigaciones del trastorno de estrés postraumático solamente en personas que han sido víctimas del terremoto o de actos como violencia y abusos. No se han encontrado investigaciones que traten acerca de los individuos que son parte de las brigadas rescatistas; a pesar de que ellos están preparados psicológicamente para estos eventos, aun hay cierto número de personas que llegan a desarrollar TEPT al ser más vulnerables a escenas de índole traumática. Tras esto, tienen un deterioro en su funcionamiento, en especial en la parte social, laboral y familiar ya que su desenvolvimiento en la vida diaria se ven reducidos notablemente e incide en varias parte de su vida personal. En Ecuador, tras el terremoto del 16 de abril del 2016, no se han hecho estudios a profundidad acerca de los trastornos psicológicos que se originaron después de la catástrofe ya sea con las personas damnificadas y los rescatistas.

Resumen:

Teniendo en cuenta el significado de realizar investigaciones que consoliden información acerca de cómo es la salud mental de los policías al estar en situaciones de alto valor traumático, se enfatiza la importancia de comprender como el trastorno de estrés

postraumático repercute en la parte social, laboral y familiar de los policías que actuaron como rescatistas en el terremoto que hubo en Ecuador y qué medidas estratégicas toman para poder enfrentar su situación psicológica. A través de esta investigación, se propone entender a profundidad la relación del trastorno de estrés postraumático y técnicas de afrontamiento, así como poder verificar si existe la necesidad de implementar nuevas medidas para reducir el riesgo de desarrollar TEPT especialmente en las entidades rescaticas, para que tengan una adecuada preparación para casos de esta naturaleza.

A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura donde se detallará acerca de trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés postraumático y desastres naturales, trastorno de estrés postraumático y rescatistas, estrategias de afrontamiento y estrategias de afrontamiento de personas con trastorno de estrés postraumático, seguido de la explicación de la metodología que se propone, los resultados esperados, conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes.

La información de la presente revisión de la literatura proviene de libros, artículos académicos, journals que tratan sobre el trastorno de estrés postraumático y estrategias de afrontamiento. Para la búsqueda de información acerca de los temas, se utilizó recursos electrónicos de la biblioteca virtual de la Universidad San Francisco de Quito como EBSCO, UNIVERSIA, ProQuest; al igual que artículos de Google Académico. La búsqueda se basó en palabras claves como: trastorno de estrés postraumático, desastres naturales, síntomas del TEPT, tratamiento del TEPT, estrategias de afrontamiento. Se consiguió obtener información de los diferentes temas tratados mediante la relación de estos mismos.

Formato de la revisión de la literatura

La revisión de la literatura será presentada en los siguientes temas: trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés postraumático y desastres naturales, trastorno de estrés postraumático y rescatistas, estrategias de afrontamiento y estrategias de afrontamiento de personas con trastorno de estrés postraumático.

Introducción a revisión literaria

El 16 de abril del 2016, un terremoto con una magnitud de 7, 8 con una profundidad de 20 km y duración de 42 segundos sacudió la costa Ecuatoriana. Su epicentro fue en Pedernales que se encuentra en la región de Manabí. Estadísticamente hablando, hubo 673 muertos, 9 personas desaparecidas, 6.274 heridos, 28. 775 personas en albergues y 6.998 construcciones destruidas. A raíz de ello, el Cuerpo de Bomberos, policías y militares entraron en acción con el fin de tomar medidas de rescate y de seguridad para las personas que fueron perjudicadas (El Universo, 2016). Al igual que las víctimas, los rescatistas debido

a que estuvieron expuestos a situaciones de peligro y de contenido traumático, han tenido afectaciones en su salud física y psicológica, teniendo como consecuencia el desarrollo enfermedades físicas y trastornos psicológicos de ansiedad o estrés postraumático (Miguel-Tobal, Cano- Vindel, Iruarrizaga, Gonzáles y Galea, 2004).

Trastorno de estrés postraumático.

La palabra trauma tuvo varios significados con el tiempo. Su origen se remota en la antigua Grecia, donde significaba heridas físicas y se la usaba para referirse a las lesiones de los soldados que presentaban en sus cuerpos o por perforaciones de lanzas en sus armaduras. Tras esto en la literatura de medicina y psiquiatría se consideró a trauma como heridas infligidas en la mente más que en el cuerpo, debido a que se vio como las personas sufrían en la parte psicológica por extremas adversidades, por las “perforaciones” causadas en las defensas mentales de los individuos (Ray, 2008).

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2017), el desorden de estrés postraumático es un trastorno psiquiátrico que ocurre en las personas que han experimentado, presenciado o les han contado acerca de un evento traumático como un desastre natural, accidente grave, acto terrorista, guerra o violación que ha amenazado su integridad física o la de los demás. El término Trastorno de Estrés Postraumático fue recién acuñado en el DSM-III en el año de 1980, aunque se describe las características del TEPT en escritos como la Odisea de Homero en la cual los soldados griegos tras estar en las batallas presentaban alteraciones en su aspecto psicológico y emocional como agitación, parálisis conductual y desorientación (Casado y Castellano, 2013).

Luego de un accidente ferroviario en 1700 en Londres, Oppenheim explicó que los síntomas que experimentaban los sobrevivientes de este accidente como el susto, temor y estar en un estado constante de alarma se debía a una *neurosis traumática* porque

alteraba los estados mentales. La palabra trauma hasta ese entonces era únicamente utilizada en cirugía, y desde entonces fue por primera vez que formó parte de la historia de la psiquiatría (Ray, 2008).

A partir del año 1895, Sigmund Freud comenzó a realizar estudios con víctimas de trauma que tenían experiencias de abuso infantil para determinar los mecanismos de defensa que utilizaban las personas que fueron abusadas como negación, proyección, represión, disociación, racionalización, desplazamiento y forma reactiva. Estos mecanismos fueron la base de las investigaciones de Sigmund Freud para explicar las razones de las conductas y de la neurosis de los afectados debido a los traumas guardados en el inconsciente (Monson, Friedman y La Bash, 2007).

En la Primera Guerra Mundial los soldados experimentaban diversas reacciones llamadas “*shell shock*”, término que fue inventado por Mott en 1919 y decía que provocaba mutismo, sordera, incapacidad para caminar o mantenerse de pie y temblor generalizado debido a los estallidos de las minas y de las granadas al igual que por cambios en la presión atmosférica y por monóxido de carbón (Figley, 1985). El psicoanalista Abraham Kardiner durante este periodo de guerra dio a conocer el término “neurosis traumática” que presentaban los pacientes de batallas y la importancia de un tratamiento rápido para la prevención de la neurosis crónica (Monson, Friedman y La Bash, 2007).

En 1925, Pierre Janet, creó el término de “emociones vehementes” luego de tratar a 300 pacientes que presentaban traumas explicando que esto es un proceso en el cual se dificultaba asimilar la experiencia y que pasaba a ser parte de lo que él llamaba memoria traumática disociada a la conciencia (Carvajal, 2002). Luego aparecieron similares denominaciones a “neurosis traumática” como “neurosis de guerra, corazón de soldado, corazón irritable, shock por bombardeo” (Casado y Castellano, 2013).

El origen clínico del Trastorno de Estrés Postraumático se estableció por los estudios realizados con los veteranos de guerra de Vietnam que generó un problema social en los Estados Unidos y por ello en se lo consideró en el DSM-III como un trastorno de ansiedad. La inclusión de este trastorno en el DSM- III fue trascendente para el reconocimiento de los efectos del trauma como parte de la perspectiva de la salud mental por parte de la comunidad psiquiátrica (Lyons, Zink y Koenen, 2012).

Evolución del trastorno de estrés postraumático en el DSM

Tras varios intentos de explicar y denominar a todos los síntomas característicos del TEPT, la Asociación Americana de Psiquiatría en la primera edición del Diagnóstico y Manual Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) consideró a lo que hoy se conoce como TEPT, como el “Síndrome de Respuesta al Estrés”. En el DSM- I, este síndrome se caracterizaba por ser causado por una reacción de estrés brutal bajo la categoría de un desorden de la personalidad; también se especificaba que las reacciones eran reversibles y que el ego volvía a la normalidad después de un periodo de tratamiento. Esta visión freudiana no se mantuvo en el DSM- II debido a los estudios realizados después de la Segunda Guerra Mundial y por la información proveniente de las víctimas de los campos de concentración (Ray, 2008).

En base a los estudios realizados a los veteranos de Vietnam y a los trabajos hechos por Horowitz, se insertó oficialmente el trastorno de estrés postraumático en el DSM- III. En este DSM se separó los factores de estrés habituales del TEPT como divorcio, fracaso, problemas financieros y rechazo y se los clasificó como Desórdenes de Ajuste; por otra parte se analizó que el criterio estresor para el TEPT deben ser todos los factores que están fuera de la experiencia humana habitual como guerra, tortura, violación o desastres naturales y que se caracterizan por causar terror, miedo intenso y desamparo (APA, 1987).

En el DSM- IV, entre los criterios de diagnóstico para el TEPT se incluyó la exposición a un evento traumático y presentar síntomas como recuerdos intrusivos, síntomas de adormecimiento y de hiperactividad. El quinto criterio estipulaba la duración de los síntomas que es más de un mes; el sexto criterio implicaba que los síntomas del TEPT debían causar un impedimento en la parte social, ocupacional o en otras áreas de funcionamiento (APA, 2000).

A pesar de que en el DSM- III y DSM- IV el trastorno de estrés postraumático se encontraba indexado en los Trastornos de ansiedad, en la última revisión del DSM- V se determinó que el TEPT no es un trastorno de ansiedad basado en el miedo y por este motivo se lo clasificó dentro de los trastornos relacionados al trauma y al estrés (Friedman, 2016). Otro cambio realizado en el DSM- V, fue la adición de un especificador que determinaba la existencia de síntomas disociativos, mientras que en los anteriores DSM- III y DSM- IV no presentaban este especificador (APA, 2014).

Epidemiología

El trastorno de estrés postraumático puede afectar a personas de diferentes edades, etnias, nacionalidades o culturas debido a que cualquier individuo puede experimentar sucesos traumáticos y desarrollar más adelante TEPT. Los grupos de personas que son más propensos a padecer TEPT, son los que se encuentran en lugares que están en guerras y conflictos, al igual que en lugares donde hay un elevado índice de violencia física y sexual; también los que por su situación geográfica tienen probabilidad de estar expuestos a catástrofes naturales (Parekh, 2017). A pesar de que no todas las personas que han vivido sucesos traumáticos desarrollen este desorden, existen varios factores que tienen una asociación débil pero positiva con este trastorno y puede predecir el desarrollo de éste como: ser de género femenino, bajo estatus socioeconómico, ser de raza minoritaria, severidad del

trauma, falta de apoyo social, niveles de estrés y/o haber sido diagnosticado con algún tipo de trastorno de estado de ánimo (Bisson, 2007).

Estudios realizados en la población general, señalan que el 60,7% de hombres y el 51,2% de mujeres han experimentado un suceso potencialmente traumático durante su vida y generalmente es más común en adultos jóvenes ya que se encuentran expuestos a mayores situaciones precipitantes; también difiere el grado de probabilidad de ser padecido en cuanto a hombres y mujeres debido a que éste último grupo tiene el doble de probabilidad de desarrollar TEPT (Javidie y Yadollahie, 2012). Se estima que uno de cada 11 personas desarrolla este trastorno durante su vida (Parekh, 2017)

La prevalencia del TEPT varía de acuerdo a cada lugar, por ejemplo en China es de 0,3%; en Nueva Zelanda alcanza un 6,1%; Estados Unidos con 6,8% de su población. Las víctimas de delitos menores que presentan TEPT, oscilan entre el 19% a 75% y las de violación sexual reportan en un 80% de padecer dicho trastorno. Por otro lado, el 30% a 40% de víctimas de desastres naturales desarrollan TEPT, mientras que el personal rescatista como los policías tienen una prevalencia entre el 6% al 32%; bomberos con una prevalencia de 21%, el personal de búsqueda y rescate con un índice de 25% y el personal de las fuerzas armadas que han asistido en guerras, tienen mayor prevalencia de padecer depresión, ansiedad, abuso de alcohol y trastorno de estrés postraumático (Javidie y Yadollahie, 2012).

Factores de riesgo para el desarrollo de trastorno de estrés postraumático

Violaciones, guerras, accidentes y desastres naturales son los eventos principales que han experimentado las personas que padecen TEPT, debido a que estas situaciones tienen una alta carga de intensidad traumática, son inesperadas e incontrolables teniendo un efecto negativo con respuestas de temor o miedo en diferentes aspectos de la vida cotidiana (Casado y Castellano, 2012). La razón por la cual no todas las personas que experimentan de forma

directa o indirecta un suceso traumático desarrollan TEPT, es debido a varios factores pre-traumáticos, peri-traumáticos (durante el trauma) y postraumáticos (Schnurr, Lunney y Sengupta, 2004).

Elementos como la fisiología, afectación y cogniciones, así como las características del evento en sí, son factores peri-traumáticos que predicen el desarrollo del TEPT durante el trauma; además de ello, hay un fuerte correlación entre la amenaza de vida percibida y perturbación emocional con desenvolvimiento del trastorno de estrés postraumático (Keane, Marshall y Taft, 2006). Se encontraron que las cogniciones medidas poco después del trauma acerca del sí mismo, del mundo y del futuro, también conocidos como la triada cognitiva, eran negativos y aumentaban la probabilidad de ser factores de riesgo del TEPT (Dunmore, Clark y Ehlers, 2001)

Dentro de los factores de vulnerabilidad pre-traumáticos se encuentra la genética, problemas de regulación con niveles de estrés, historia psiquiátrica, adversidades en la infancia, antecedentes familiares de enfermedad mental, traumas previos, niveles bajo de educación, ser de género femenino, etnia y bajo estatus socioeconómico. Factores biológicos y ambientales son elementos que pueden llegar a predisponer al individuo a desarrollar TEPT (Brewin, Andrews y Valentine, 2000).

El apoyo social, el entorno de recuperación y acceso a tratamientos psicológicos y farmacológicos son algunos de los factores postraumático que han sido investigados en gran escala para verificar el desarrollo y mantenimiento del TEPT. Las personas que cuentan con apoyo social, ya sea de familiares, amigos o esposos, tienen menor probabilidad de desarrollar TEPT debido a que el apoyo social proporciona a la persona confirmación de identidad social, experiencia y entornos sociales positivos actuando como una herramienta eficaz para enfrentar los sucesos traumáticos (Iversen et al., 2008).

Síntomas

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático pueden comenzar tres meses después de la exposición al evento o en algunos casos aparecen después de varios años tras haber experimentado el trauma (Mayo Clinic Staff, 2014). Existen síntomas que se clasifican en cuatro categorías que indican el desarrollo de trastorno de estrés postraumático:

- a) **Síntomas de re- experimentación:** Se caracterizan por la presencia de pensamientos intrusivos, pesadillas y tener pensamientos vívidos del trauma llamados flashbacks.
- b) **Recordatorios evitativos:** Evitación de situaciones, actividades, personas o estímulos que recuerden al evento traumático.
- c) **Pensamientos, sentimientos y creencias negativas:** Son conocidos como distorsiones cognitivas debido a que se presentan sentimientos de culpa, vergüenza, enojo e ideas negativas de uno mismo o de los demás.
- d) **Síntomas reactivos:** Estos síntomas varían de acuerdo a cada persona ya que pueden haber comportamientos irritables, autodestructivos, tener estallidos; estar en un constante estado de alerta o también presentar problemas de sueño.
(Mayo Clinic Staff, 2014).

Se debe destacar que no todas las personas experimentan los mismos cuadros de sintomatología en cuanto a grado intensidad. Además de ello, las personas que sufren TEPT pueden presentar problemas como: aturdimiento emocional, problemas interpersonales, alcoholismo, drogadicción, pérdida de sentido de uno mismo, en incluso en algunos casos puede llevar a suicidio. En un estudio realizado a los veteranos de la Guerra de Vietnam, el índice de suicidio era 25% más alto de la población general (Pole, 2007).

Consecuencias

El TEPT es considerado como la causa de múltiples problemas en el aspecto físico, psicológico, social, laboral, familiar e intrapersonal de las personas que lo padecen. Los individuos con este trastorno que tratan de bloquear recuerdos dolorosos, sienten culpa y vergüenza y por ello suelen estar irritables o pierden interés en otros ya que se aíslan y se distancian de las personas que conforman parte de su círculo familiar y social. También presentan rasgos característicos de la depresión como anhedonia en la cual pierden interés las actividades que solían hacer antes de la experimentación del trastorno (Cunningham, 2016).

La situación laboral de las personas que son diagnosticadas con TEPT se ve afectada por falta de motivación y estados de ánimos de disforia, por este motivo está estrechamente asociado con desempeños laborales deficientes (Smith, Schnurr y Rosenheck, 2005). En un estudio realizado con veteranos de Vietnam con TEPT, el 50% de ellos tiene baja probabilidad de tener empleo y sus ingresos habían disminuido por la falta de productividad y por ausentismo laboral (Sacova y Rosenheck, 2000)

Debido a que los pacientes con TEPT se caracterizan por la incapacidad de adaptarse fisiológicamente a los factores estresantes porque su presencia tiene una influencia negativa en el sistema nervioso simpático y sistema inmunológico. El primer sistema está encargado de regular los mecanismos homeostáticos del ser humano relacionadas con el corazón, presión arterial, salivación, al igual que regular funciones de reacciones básicas de lucha o de huida (Navarro, 2002). Por otro lado el segundo sistema tiene como principal función el de proteger al cuerpo de patógenos e infecciones (Abbas, Lichtman y Pillai, 2014). La consecuencia de ello es que las personas presentan condiciones médicas tales como asma, síndrome del intestino irritable y enfermedades cardiacas. Un estudio realizado estima que el 80% de veteranos de combate reportan dolor crónico comórbido como dolor de espalda, de cabeza y fibromialgia (Pacella, Hruska, y Delahany, 2013). También el TEPT está

relacionado con enfermedades pulmonares, trastornos dermatológicos, de espalda, diabetes, úlceras, enfermedades cardiovasculares y de la tiroides (Edmundson y Cohen, 2013).

Las relaciones intrafamiliares son otro aspecto de la vida cotidiana de los pacientes con TEPT que se ven afectadas. Estudios realizados a partir de los veteranos de guerra que tienen trastorno de estrés postraumático crónico reportan tener problemas en sus relaciones íntimas y un ajuste familiar pobre después de volver de los combates. También tienen mayor tasas de divorcio a diferencia de los veteranos que no son diagnosticados con TEPT. Uno de los motivos por los cuales sus relaciones terminan es por la falta de comunicación y no expresar sus emociones a sus parejas, al igual que un sentimiento de pérdida de sí mismo y la dificultad de ajustarse a ambientes tras presenciar a diario situaciones de índole traumática (Monson, Taft y Fredman, 2009)

Se ha determinado que el TEPT puede llevar a deterioro de amistades y afecta el funcionamiento social. Las víctimas que sobrevivieron al hundimiento de un buque llamado Júpiter en 1988 en Grecia, presentaron problemas sociales y reducción de círculo de amigos (Bolton et al., 2004). Otro estudio en el cual participaron víctimas que fueron abusadas en su infancia y presentaban este desorden, encontró que los afectados tenían efectos negativos generalizados sobre las relaciones interpersonales debido a la evitación de estímulos asociados con el trauma, distanciamiento de los demás y entumecimiento emocional (McLean, Rosenbach, Capaldi y Foa, 2013).

Comorbilidad con otros trastornos mentales

Las personas diagnosticadas con TEPT, tienen un elevado índice de comorbilidad con otros trastornos mentales. En los hombres está más asociado el TEPT con abuso o dependencia de alcohol, depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad antisocial; mientras que en las mujeres se destaca depresión mayor, distimia y trastorno de ansiedad

generalizada (Brady, Killeen, Brewston y Lucerni 2000). Una investigación realizada en Australia, encontró que el 85% de hombres y 80% de mujeres con TEPT presentaban otro trastorno mental comorbido como de estados de ánimo y de ansiedad, y la depresión mayor era una de las condiciones que ocurría simultáneamente con el trastorno de estrés postraumático (O'Donnell, Creamer y Pattison, 2004).

En algunos casos, estos desórdenes mentales pueden ser considerados como factores de riesgo para el desarrollo del TEPT, así como ser consecuencias de la experiencia traumática o del TEPT. Por esta razón, se debe distinguir entre el trastorno primario y secundario, según el momento de inicio de cada uno de estos trastornos que coocurren para poder establecer una relación de causalidad (Mingote, 2011).

Criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático

De acuerdo a la Guía de consulta de los criterios de diagnósticos del DSM- 5 (2014), para que una persona adulta, adolescente o mayor a 6 años cumpla con el diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático, debe cumplir con los siguientes criterios:

- A.** Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual ya sea real o amenaza, en una o más de las siguientes formas:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a algún 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).

- 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).
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
 3. Reacciones disociativas 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).
 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 despierten 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. Creencia o expectativa negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
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 los demás.
4. Estado emocional negativo persistente.
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.

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 (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 o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño distante o distorsionado).

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 pueden ser inmediatos).

(APA, 2014)

Tratamiento

Para la intervención en el tratamiento de TEPT existen varios tratamientos que reducen la sintomatología que se presenta por el trastorno, pero la terapia que ha tenido un alto grado de efectividad es la terapia cognitiva- conductual, que se basa en la utilización de diferentes tratamientos como psicoeducación, terapia cognitiva, control de pensamiento, relajación progresiva, desensibilización sistemática y exposición prolongada (Guerra y Plaza, 2009).

El objetivo de la terapia cognitiva es ayudar a las personas a identificar patrones de pensamientos problemáticos para reducir el estrés; así mediante la reestructuración cognitiva se cambian las creencias y pensamientos de contenidos negativos por cogniciones más adaptativas (Hamblen, 2010). La psicoeducación consiste en informar al paciente acerca del trastorno que padece y capacitarlo para poder desarrollar estrategias que le permitan afrontar situaciones de conflicto y resolución de problemas (Guerra y Plaza, 2009).

Cuando se le pide a la persona que recuerde y diga todos los acontecimientos del evento traumático se considera una técnica llamada exposición en imaginación utilizada en la terapia de exposición prolongada; por otra parte, cuando se le pide al paciente estar frente a estímulos o situaciones asociadas con el trauma, se llama *in vivo*. El principal objetivo de esta terapia es reducir la ansiedad condicionada y los recuerdos asociados con el suceso traumático para que el paciente haga frente a los estímulos que le impiden funcionar de forma eficiente en su vida diaria y se promueva la habituación (Báguena, 2001).

Los fármacos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), suelen ser utilizados como complemento de tratamientos psicológicos en especial en casos muy graves que afectan el funcionamiento diario y presenten alteraciones clínicas asociadas con el trauma (Iñiguez, 2016)

Trastornos de estrés postraumático y desastres naturales.

Hay eventos que ocurren a diario en diferentes partes del mundo y son los desastres naturales. Las catástrofes naturales son un acontecimiento de índole traumática debido a que provocan pérdidas de vidas humanas y destrucciones materiales que causan daños a corto y a largo plazo en los individuos. Los sobrevivientes suelen presentar secuelas físicas y/o emocionales, lo que afecta su funcionamiento en la vida diaria debido a la magnitud e intensidad del fenómeno. Tras esto, una parte de la población damnificada presenta traumas y más adelante desarrollan trastorno de estrés postraumático.

Existen dos grupos de personas que pueden llegar a desarrollar TEPT: los que presenciaron el evento de forma directa como las víctimas de los desastres y los rescatistas que están expuestos de forma indirecta a las consecuencias de las catástrofes como los policías, militares, bomberos y grupos de ayuda (Ayala y Ochotorena, 2004). Las víctimas de los desastres naturales pueden tener algunas reacciones como enojo, miedo a las lesiones, tristeza, depresión, trastornos de sueño, llanto incontrolable, agitación, consumo de drogas entre otras. Tienen la creencia de que el mundo es impredecible e inseguro y buscan formas de poder huir de los sucesos para poder encontrar estabilidad (Echeburúa, 2010).

Se ha definido tres etapas por las cuales las personas pasan tras un desastre natural que son: impacto, retroceso y reorganización. La primera etapa que es la de impacto, la víctima se siente vulnerable, desamparada y dependiente de otros; la segunda consiste en cambios de humor, en la que surgen sentimientos de miedo y rabia. En la fase de reorganización, la víctima asimila el evento y es capaz de dejar ir la experiencia. Normalmente, el TEPT se da en la segunda etapa la cual experimenta sentimientos de culpa y enojo por haber sido víctima de una catástrofe natural (Echeburúa, 2010).

Rescatistas.

Los agentes que responden ante situaciones de peligro o desastres, sean remunerados como policías, bomberos, militares o personas voluntarias, son individuos que intervienen en dichos eventos con el fin de proveer seguridad y atender las necesidades de otros. Uno de los motivos por el cual muchas de estas personas prestan de sus servicios, es por altruismo para poder mejorar su experiencia de crecimiento personal y profesional (Quevillon, Gray, Erickson, González y Jacobs, 2016).

El papel de los socorristas es estar preparados físicamente y mentalmente para enfrentar cualquier problema y usar diferentes técnicas para su resolución, por esta razón tienen equipamientos e instrumentos necesarios para su intervención. A menudo, se encuentran frente a ciertos peligros que aparecen de forma desprevenida corriendo el riesgo de experimentar enfermedades físicas y psicológicas, e incluso la muerte durante las operaciones de socorro (Naturale y Pullido, 2012).

En el ámbito físico pueden ser afectados por caídas de grandes alturas, heridas, traumas corporales, asfixia, inhalación de gases tóxicos, temperaturas extremas, descargas eléctricas. Además de ello, constan riesgos de índole biológicos como mordeduras de insectos y animales o picaduras que a su vez pueden llegar a ser fatales en caso de no ser tratados a tiempo y traer consecuencias a largo plazo, e incluso la muerte en casos extremos; también se producen trastornos musculoesqueléricos que se da por posturas incómodas, sobreesfuerzo, y herramientas que por su peso pueden provocar estos riesgos ergonómicos (Martínez, 2016).

Por otra parte, en el ámbito psicológico, la mayoría del personal de rescate puede experimentar angustias, trastornos del sueño, miedo, preocupación, enojo, tristeza, aumento de uso de tabaco o alcohol (Benedeck, Fullerton y Ursano, 2007). Un grupo más pequeño de estas personas pueden presentar alteraciones en el comportamiento, disfunción en las

relaciones interpersonales, depresión, sensación de fracaso, agotamiento, baja autoestima, disminución del rendimiento laboral y estrés postraumático (Martínez, 2016).

Asimismo, un grupo pequeño de quienes han participado como rescatistas, llegan a padecer trastornos de depresión mayor y/o desarrollar TEPT, incidiendo en el funcionamiento de las personas en la parte personal, familiar, social y laboral. Estudios han demostrado que personas las que han generado trastorno de estrés postraumático tras un percance, no se encuentran en capacidades para desenvolverse en su ambiente de forma adecuada hasta 12 meses después del evento. También la probabilidad de volver al trabajo es más baja que las personas que no desarrollan TEPT (Kleim y Westphal, 2011); y en los casos en que sí retoman su vida laboral, su desempeño disminuye y las horas de trabajo se ven reducidas (Mathews y Chinnery, 2005).

Rescatistas y trastorno de estrés postraumático

De acuerdo al DSM- 5, un ejemplo que se expone bajo el criterio de exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático, es cuando los socorristas recogen restos de humanos (APA, 2014). Es por ello que este grupo de personas es considerado al igual que las víctimas, como individuos con un alto riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático ya que entre el 5% a 29% de los rescatistas presentan el trastorno de estrés postraumático. A nivel mundial se han efectuado investigaciones sobre socorristas y el impacto que tienen los desastres y accidentes en sus estados físicos y psicológicos (Neria, Gandi y Galea, 2008).

Durante la crisis europea de los refugiados, 217 brigadistas de Grecia participaron en un estudio para determinar si tenían la probabilidad de padecer de TEPT. Entre el 11,8% y el 23,1% de los ayudantes mostraron un alto índice de desarrollar trastorno de estrés

postraumático debido a sus condiciones de trabajo como trabajar dobles turnos y extras horas para ayudar a los migrantes (Sifaki, Chatzea, Aikaterini, Melidoniotis y Pistolla, 2017).

En un estudio con brigadistas que actuaron en el atentado de las Torres Gemelas, el 11,1% dio positivo en padecimiento de TEPT, 8,8% para depresión, 5% para trastorno de pánico y una 62% para una reacción de estrés sustancial (Stellman et al., 2008). Datos recogidos del Programa de Salud “World Trade Center” demostró que los índices de TEPT varían de acuerdo a cada ocupación en relación a los grados de capacitación y preparación en respuesta a desastres. 6, 2% eran policías, 7, 4% eran bomberos y 21,2% eran voluntarios (Perrin et al., 2007).

Ferreira (2013), reclutó a 938 bomberos portugueses para realizar un estudio a nivel psicológico y determinar existencia de trastorno psiquiátricos. De la muestra, 17, 4% indicaron síntomas de estrés; 15,7% tenían trastorno de estrés postraumático; 10,6% mostraban síntomas de depresión; 4,3% tenían ansiedad. En la Habana se encontró que 22 (55%) bomberos de una muestra de 40, presentaban TEPT, los cuales se veían afectados por intervenir en escenas de ahogamiento, accidentes automovilísticos, observación de personas mutiladas y muerte de mujeres y niños (Velásquez, Pérez, Puebla, Ruiz y Sánchez, 2008).

Estrategias de afrontamiento.

Se considera a las estrategias de afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza un individuo para manejar las demandas externas a causa del ambiente y de estresores, o internas como los estados emocionales (Martínez, Piquera e Inglés, 2011). Son diferentes técnicas que el individuo utiliza para poder enfrentar cualquier tipo de situación que generalmente se caracterizan por ser de índole agobiante (Nava, Ollua, Zaira y Soria, 2010).

Las estrategias de afrontamiento han sido estudiadas a lo largo de la historia para comprender la dinámica por la cual atraviesa el individuo ante situaciones estresantes o traumáticas. Entre los años de 1930 y 1940 se realizaron investigaciones médicas sobre el afrontamiento que concluían que a nivel fisiológico, la supervivencia dependía de que la persona debía conocer su medio ambiente en cuanto a niveles de control para poder impedir, escapar o dominar agentes que causaran malestar físico y psicológico; esto quiere decir que se hace un análisis rápido del lugar y las posibles amenazas para que las personas accionen frente a ellas, ya sea con conductas de escape o de enfrentamiento. En 1973 la psicología analítica del ego determina que el afrontamiento es el conjunto de pensamientos y actos que buscan solucionar problemas para reducir los niveles de estrés; dentro de esta rama de la psicología aparecieron los mecanismos primitivos los cuales producen una distorsión de la realidad y más adelante los mecanismos de defensa como proyección, represión, desplazamiento, personalización, entre otros (Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, 2013).

Lazarus y Folkman (1984) propusieron un modelo fenomenológico- cognitivo que hace énfasis entre la interacción de las demandas estresantes y cómo evalúa la persona estas demandas (Paris y Omar, 2009). Este modelo consiste de dos tipos principales del afrontamiento: estrategias dirigidas a la acción, que se caracteriza por ser las actividades orientadas a modificar el problema, y las estrategias dirigidas a la emoción en el cual se realizan actos con el fin de regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar (Nava, Ollua, Zaira y Soria, 2010).

En base a Lazarus y Folkman, las formas de afrontamiento dirigida a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando no se puede hacer nada para modificar los estímulos desafiantes provenientes del entorno recurriendo a procesos cognitivos como evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva y comparaciones positivas, y las que son dirigida a la acción se manifiestan cuando los estímulos son susceptibles al cambio (Macías,

Orozco, Valle y Zambrano, 2012). Cuando las personas distinguen que en su entorno el problema puede ser cambiado, buscan formas de lograr ese cambio, y en caso contrario de que se les dificulte este método, acude a técnicas para regular homeostasis interna ante el estrés (Durán, 2010).

El afrontamiento se puede realizar de forma individual o familiar. El primero hace referencia a los procesos que el individuo define para manejar los problemas de la vida cotidiana y el segundo incluye la dinámica entre los miembros de la familia con el fin de regular las tensiones y garantizar la salud de cada integrante (Macías, Orozco, Valle y Zambrano, 2012). Por tal motivo, la persona usa las estrategias de afrontamiento de forma interpersonal y social/ familiar a fin de adaptarse a las situaciones desbordantes (Gol y Cook, 2008).

Tipos de estrategias de afrontamiento

Cada persona busca la forma de enfrentar situaciones estresantes mediante diferentes estrategias para poder tener un equilibrio emocional y conllevar situaciones estresantes. Existen 18 estrategias de afrontamiento que se agrupan dentro de tres estilos de afrontamiento denominados: resolución de problemas, referencia a otros y afrontamiento no productivo (Gantiva, Dávila, Luna y Salgado, 2010).

a) Resolución de problemas:

- 1) Concentración en resolución del problema: consiste en estudiar sistemáticamente el problema y analizarlo desde puntos de vista diferentes.
- 2) Esfuerzo y éxito: comprende conductas de compromiso, ambición y dedicación en diferentes áreas de la vida cotidiana.

- 3) Inversión en amigos íntimos: implica la búsqueda de relaciones afectivas y comprometerse con ellas.
- 4) Buscar pertenencia: interés del sujeto por sus relaciones sociales y sentido de autoimagen frente a los demás.
- 5) Fijarse en lo positivo: visión optimista y positiva de las situación problemática con el objetivo de sacar el lado bueno de la experiencia.
- 6) Búsqueda de actividades relajantes: encontrar pasatiempos y acciones de ocio que generen tranquilidad.
- 7) Distracción física: dedicación a actividades deportivas y preocupación por mantenerse en forma.

b) Referencia a otros:

- 8) Apoyo social: inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo en relaciones sociales para su resolución.
- 9) Acción Social: permitir que otros conozcan el problema y tratar de resolverlo por medio de reuniones concertadas.
- 10) Apoyo espiritual: acudir a centros religiosos y espirituales para pedir ayuda a través de la oración o plegarias.
- 11) Ayuda profesional: búsqueda de opinión de un profesional para sobrellevar la situación negativa.

c) Afrontamiento no productivo

- 12) Preocupación: ansiedad y temor por futuro sin realizar algún tipo de acción.
- 13) Ilusión: imaginarse y tener expectativas de que todo saldrá bien.
- 14) Falta de afrontamiento: incapacidad del individuo por enfrentar su problema.

- 15) Ignorar problema: negación del problema o desatenderse de él.
- 16) Reducción de la tensión: intento de sentirse mejor mediante acciones que causan daño a uno mismo como consumo de alcohol y drogas.
- 17) Culpa infligida: la persona se ve como responsable de sus problemas y personaliza todo lo que sucede a su alrededor.
- 18) Reservarlo para sí: no permitir que otros conozcan su problema y huir de los demás.

(Solís y Vidal, 2006)

Estrategias de afrontamiento frente a desastres naturales y trastorno de estrés postraumático

Las víctimas directas e indirectas de los fenómenos naturales presentan consecuencias psicológicas y desarrollan trastornos ligados a la ansiedad, depresión y TEPT. Es por ello que se han desarrollado varios estudios para determinar qué estrategias de afrontamiento utilizan las pacientes con trastorno de estrés postraumático después de haber sobrevivido catástrofes naturales y sucesos posteriores a éstos (Neria, Nandi y Galea, 2008).

Personas voluntarias que actuaron como socorristas ante el accidente de avión Swissair Vuelo 111 que se estrelló en Saint Margaret's Bay en Canadá, estuvieron expuestas a los restos de humanos. Stewart, Mitchell, Wright y Loba (2004), administraron cuestionarios estandarizados y entrevistaron a 13 voluntarios de rescate de sobrevivientes, encontrando que la mayoría de ellos como estrategia de afrontamiento consumía alcohol de forma elevada para tratar con el trastorno de estrés postraumático, comprobando una relación positiva entre la severidad de los síntomas del TEPT con el alcohol.

Villagrán, Reyes, Wlodarczyk y Páez (2014), mostraron en una investigación realizada con 80 personas que padecían TEPT tras el terremoto de Chile del 27 de febrero

del 2010, que la estrategia de afrontamiento más utilizada era la de concentración de resolución de problemas mediante la búsqueda de información y reevaluación de lo positivo (Fijación positiva). La búsqueda de actividades relajantes como paseos, bromas y distracción física mediante el deporte son la segunda y tercera estrategias; la búsqueda de apoyo social es la última estrategia en la que las víctimas se basaban para mejorar su bienestar. Este estudio demostró la importancia del colectivismo y cómo buscaban entre todos el bienestar social debido a la identificación con otros por compartir la misma experiencia traumática.

En otro estudio, 200 adultos sobrevivientes del terremoto de Pakistán del 2005 fueron reclutados tres años después para investigar la incidencia de TEPT y la utilización de estrategias de afrontamiento. 65% de los participantes presentaron trastorno de estrés postraumático; tras esto se determinó que una gran parte de los encuestados utilizaban estilos de afrontamiento no productivos como la culpa infligida sintiendo que las causa del terremoto eran por castigo de Dios por los pecados y por falta de sentido espiritual; este tuvo un efecto negativo en el grado de severidad de los síntomas del TEPT (Feder et al., 2013).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Para este proyecto, el diseño de investigación sería un modelo cualitativo, en el cual se pedirá a los participantes que contesten un inventario y tras esto, se realizará una entrevista a profundidad a cada uno de ellos con el objetivo de responder la pregunta de investigación teniendo en cuenta variables como trastorno de estrés postraumático y estrategias de afrontamiento. Se debe tener en cuenta que el grupo al que se aplica la presente investigación es pequeño y la finalidad de este planteamiento de estudio es de obtener más información acerca de las estrategias de afrontamiento de cada participante con trastorno de estrés postraumático tras la exposición a las consecuencias de una catástrofe natural, a pesar de que

se aplique un inventario, sigue manteniéndose como estudio cualitativo por el número de personas y el análisis a profundidad de estrategias de afrontamiento.

La muestra para este estudio constará de 10 participantes con los cuales se trabajará de forma individual a fin de que los resultados no se vean alterados por temor o vergüenza al estar frente a otras personas y así responder de forma honesta. Este estudio no pretende generalizar a todos los rescatistas con trastorno de estrés postraumático, pero sí comprender a profundidad las estrategias de afrontamiento de este grupo de personas.

Justificación de la metodología seleccionada

La presente investigación busca profundizar acerca de las estrategias de afrontamiento de las personas diagnosticadas con trastorno de estrés postraumático después de haber cumplido su labor como rescatistas del terremoto de la costa ecuatoriana del 16 de abril del 2016. Se busca determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas entre los participantes, y las razones por las cuáles acuden a estas técnicas para manejar los estados emocionales de índole estresante.

Para lograr verificar los objetivos planteados, los participantes responderán al inventario de estrategias de afrontamiento, y luego se les realizará una entrevista a profundidad a cada uno de ellos para poder explicar los motivos de la utilización de cada una de las estrategias de afrontamiento.

El diseño en que se basará la investigación para cumplir con los objetivos propuestos es mixto. De acuerdo a Izcara (2014), la investigación cualitativa es un modo específico de analizar el mundo empírico que trata de comprender los fenómenos sociales desde las experiencias y puntos de vista de los actores sociales, al igual que comprensión de sus acciones, creencias y valores.

Como parte de la investigación cualitativa se efectuará una entrevista a profundidad, la cual se caracteriza por ser un diseño de investigación que se entiende por encuentros de cara a cara entre el investigador y el informante para el entendimiento de las perspectivas de los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones (Taylor y Bogdan, 2008).

Herramientas de investigación utilizada

Para la presente investigación se utilizará dos herramientas que son el Inventario de Estrategias de Afrontamiento que es un instrumento adaptado al español por Cano, Rodríguez y García (2007) (Anexo D) y una entrevista a profundidad (Anexo E).

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento está compuesto por 40 ítems de ocho factores. El participante primero detalla algún tipo de situación estresante, en este caso sería las experiencias de los policías posterior a su labor en la costa ecuatoriana. Después contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntuaciones que determina el grado o frecuencia de lo que hizo en la situación descrita siendo 0 en absoluto, 1 un poco, 2 bastante, 3 mucho y 4 totalmente. Al final del inventario se contesta un ítem adicional acerca de la capacidad de afrontamiento ante la situación (Cano, Rodríguez y García, 2007).

Los ocho factores son: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, pensamiento desiderativo, apoyo social, reestructuración cognitiva, evitación del problema y retirada social (Cano, Rodríguez y García, 2007). Se revaluó el inventario de estrategias de Afrontamiento para medir el índice de fiabilidad y validez por Nava, Ollua, Vega y Soria (2010), determinando que la fiabilidad según los coeficientes de Alfa de Cronbach es entre 0,82 y 0,90.

Dentro de los factores primarios, el primer factor de resolución de problemas comprende de los ítems 1, 9, 17, 25, 33. El segundo factor de autocrítica tiene los ítems 2, 10, 18, 26 y 34. El tercer factor de expresión emocional, consta de los ítems 3, 11, 19, 27 y 35. El

cuarto factor de pensamiento desiderativo consta de los ítems 4, 12, 20, 28 y 36. El quinto factor es de apoyo social y está compuesto de los ítems 5, 13, 21, 29 y 37. El sexto factor de reestructuración cognitiva tiene los ítems 6, 14, 22, 30 y 38. El séptimo factor de evitación de problemas posee los ítems 7, 15, 23, 31 y 39. Y el último factor de retirada social consta de los ítems 8, 16, 24, 32 y 40 (Nava, Ollua, Vega y Soria, 2010).

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento abarca los tres estilos de afrontamiento que se encuentran dentro de cada factor así considerando la posibilidad de analizar cada estrategia de afrontamiento descritas por Solís y Vidal (2006).

La entrevista a profundidad consistirá en 11 preguntas que se hicieron a partir de los 18 tipos de estrategias de afrontamiento y del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Las preguntas tratarán sobre diferentes temas de la vida cotidiana de los participantes como familiar, social, laboral y personal para poder analizar a fondo los pensamientos y las conductas de los policías con TEPT.

Descripción de participantes

Para este estudio se ha seleccionado 10 participantes que trabajan en la Policía Metropolitana de Quito. La muestra constará de 5 personas de género masculino y 5 de género femenino que han sido diagnosticadas con trastorno de estrés postraumático después de haber trabajado como rescatistas en la costa ecuatoriana por el terremoto del 16 de abril del 2016.

Reclutamiento de participantes

Para el reclutamiento de los participantes, se acudirá a las instalaciones de la Policía Metropolitana de Quito con la finalidad de pedir autorización para el presente estudio. Luego se acudirá al departamento de Psicología de la Policía Metropolitana de Quito para trabajar

en colaboración y de forma confidencial con los participantes con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.

Con el listado de las personas con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, se enviaría una carta pidiendo formalmente su participación y explicando los objetivos del estudio. Cuando las personas hayan accedido, se les dará el consentimiento informado, donde se explicará de forma detallada el estudio, sus objetivos y los derechos que posee el sujeto. Una vez que se tenga firmado los formularios de consentimiento informado, se concretará una reunión de forma personal en las instalaciones de la Policía Metropolitana de Quito con cada participante para la aplicación del inventario de estrategias de afrontamiento y luego se realizará la entrevista a profundidad.

Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas relacionadas con este estudio serán respetadas y tomadas en cuenta a lo largo del procedimiento. Previo a la aplicación del inventario de estrategias de afrontamiento y las entrevistas a profundidad, los participantes firmarán un consentimiento informado en el cual se detallará el objetivo del estudio, el procedimiento, al igual que su participación es de forma voluntaria y confidencial sin que los resultados se atenten en contra de su dignidad. Se respetará los derechos de los participantes de tener la libertad a retirarse en cualquier momento y no se tomará medidas en contra de ellos. Para asegurar el anonimato, los participantes no otorgarán sus nombres.

El estudio busca solamente tener una perspectiva más amplia y profunda de cómo los rescatistas con trastorno de estrés postrumático afrontan sus situaciones en la vida cotidiana en Ecuador y determinar qué estrategias de afrontamiento son más utilizadas en los hombres y mujeres.

RESULTADOS ESPERADOS

Luego de la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y la obtención de información de las entrevistas a profundidad, se esperaría ver qué estrategias de afrontamiento son más utilizadas por parte del personal de la policía con TEPT. Tras la revisión literaria, se esperaría que haya determinadas estrategias de afrontamiento que surjan más en dicho grupo. A continuación se detallará los resultados esperados de acuerdo al Inventario de Estrategias de Afrontamiento y a las entrevistas a profundidad.

De acuerdo a los resultados del Inventario de las Estrategias de Afrontamiento, a nivel general se esperaría que las personas después de haber sido diagnosticados con trastorno de estrés postraumático, tengan puntajes elevados en pensamiento desiderativo especialmente en los ítems 12, 20, 28 y 36 ya que los rescatistas hubieran deseado que se acabase su labor por estar un tiempo prolongado cumpliendo con sus funciones laborales, teniendo alteraciones en su aspecto emocional y psicológico (Rothschild, 2009).

También es posible que se presente el deseo de cambiar la situación que vivieron las personas afectadas de forma directa por el terremoto debido a que profesionales como médicos, personal de emergencia, psicólogos y rescatistas al escuchar y ver los efectos de las catástrofes, suelen generar empatía y compasión hacia los damnificados y tener dolor emocional por ello (Rothschild, 2009). Se han encontrado en veteranos de Vietnam, sobrevivientes del holocausto y en víctimas de violencia doméstica que hay una relación positiva entre la dimensión autocrítica y TEPT (Gargurevich, 2010), por lo tanto se esperaría que las personas presenten altos puntajes en el factor de autocrítica por experimentar culpa e ira por sentir que de cierto modo era una forma de castigo hacia ellos mismos y hacia el mundo.

Se espera encontrar resultados diferentes en cuanto a género masculino y femenino. Los hombres generalmente suelen guardarse el problema para sí mismo y no buscar apoyo

social y/o ayuda profesional (Alarcón y Bárrig, 2015). Por ello los factores que se esperaría que los hombres tengan alto puntaje son: evitación de problema y retirada social. En evitación de problema los ítems que se consideran con mayor índice son: 7, 15 y 39 ya que en situaciones traumáticas los hombres tratan de no hablar del problema y evitarlo. En cuanto a retirada social los ítems con más predominancia son el 8, 16, 24, 32 y 40.

Con los resultados, se buscaría comprobar una relación existente entre la evitación del problema con aislamiento social para confirmar lo que se mencionó en la literatura acerca de distanciamiento de relaciones interpersonales, y separación de sus parejas por la falta de comunicación.

Por otra parte, se esperaría que las mujeres tengan altos puntajes en los factores de expresión emocional y apoyo social. Las mujeres suelen ser más comunicativas y tienen mayor facilidad para expresar sus sentimientos y emociones positivos y/o negativos, así como tener relaciones sociales fuertes y de gran apoyo (Tamres, Janicki y Helgeson, 2002). Por esta razón se esperaría que busquen ayuda entre familiares y amigos, al igual que ayuda profesional y espiritual para conllevar su situación y poder afrontarla de manera más óptima.

El género femenino se caracteriza también por poder expresar con más facilidad sus emociones y sentimientos con otros, ya sean positivos y negativos. También se determina que las mujeres tienen mayor sensibilidad emocional en comparación a los hombres, es por esto que pueden sufrir de depresión y ansiedad en conjunto con el trastorno de estrés postraumático (Matud, 2004) como se refirió en la literatura.

En cuanto a los factores de resolución de problemas y reestructuración cognitiva se esperaría que los resultados sean bajos. Durante el evento traumático no hay una integración de la experiencia traumática en la memoria, por lo tanto se deduce que las personas con trastorno de estrés postraumático durante dicho suceso no tuvieron la capacidad para procesar de forma adecuada la información del evento y por ende los aspectos cognitivos de estas

personas no funcionaban de forma correcta y se veían bloqueados sus procesos cognitivos (Trejo y Trejo, 2011). Por lo tanto se esperaría que las personas contesten que no hayan tenido tratado de resolver el problema y/o ver al problema de otra forma.

En base a las respuestas de las entrevistas se espera ver las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las estrategias de afrontamiento como el apoyo social, profesional, espiritual y familiar, y las acciones que realizan para sobrellevar el trastorno. Los hombres tienden a tener conductas externalizantes por lo tanto son más propensos a consumir alcohol y drogas y ser más agresivos (Alarcón y Bárrig, 2015). De igual modo se esperaría que ejecuten actividades físicas para mantenerse ocupados, distraídos y no pensar en los problemas ya que suelen reservarse sus problemas para sí mismos con la idea de que pueden resolverlos sin ayuda de nadie (Hoar, Crocker, Holt y Tamminen, 2010), mientras que las mujeres busquen ayuda de otros.

En las respuestas de las entrevistas de los participantes se esperaría tener un mayor panorama acerca de las estrategias de afrontamiento para confirmar lo que la literatura dice de acuerdo a que acciones efectúan tanto los hombres como mujeres para hacer frente al trauma que vivieron, así como las consecuencias del trastorno de estrés postraumático en su vida cotidiana.

Discusión

El trastorno de estrés postraumático afecta de forma negativa en varios aspectos de la vida de las personas viéndose como hay un deterioro en el funcionamiento de estas en el ámbito laboral, familiar y/o social. Se considera que no todas las personas que han estado expuestas a un evento traumático desarrollan este trastorno debido a varios elementos que se encuentran antes, durante y después del trauma que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle este trastorno. Estos elementos son genética, antecedentes de

enfermedades mentales propias y de la familia, ser de raza minoritaria, falta de apoyo social, entre otros. Es por esto que al enfocarse en una población que por su labor podría llegar a padecer TEPT, se busca ver cuáles son sus estrategias de afrontamiento y como tratan de desenvolverse a diario (Bisson, 2007).

Volviendo a la pregunta planteada para esta investigación: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento de los policías que están experimentando trastorno de estrés postraumático tras actuar como rescatistas en el terremoto de la Costa Ecuatoriana del 16 de abril del 2016?, se busca enfatizar mediante los resultados del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y la entrevista a profundidad acerca de las actividades que realizan aquellos policías para poder superar su problema.

El presente estudio busca determinar a través de un grupo de personas acerca de cómo las personas hacen frente a sus problemas con TEPT en base a los tres estilos de afrontamiento que son: resolución de problemas, referencia a otros y afrontamiento no productivo evaluados por medio del IEA y la entrevista a profundidad. Así como se mencionó anteriormente, en general los resultados que se esperarían es que tanto hombres como mujeres sientan culpa e ira por vivir los sucesos y por ver que otros no merecen pasar por situaciones catastróficas.

Se espera que los los resultados, desde el punto de vista de sexo masculino y femenino, difieren entre sí. Los estereotipos relacionan al hombre con autonomía, autoconfianza e independencia y a la mujer con calidez, expresividad y confort con la intimidad haciendo que tengan mayor facilidad para reconocer dificultades y buscar deayuda de otros (Matud, Carballeira, López, Marrero & Ibañez, 2002). Las mujeres suelen ser más comunicativas y expresivas y por ello tienden a buscar apoyo en otras personas ya sea de amigos, familiares, profesionales y espirituales.

Ante el último punto, se debe destacar que Ecuador es un país con altamente religioso. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Censo (2012), 8 de cada 10 ecuatorianos son católicos; el 46, 27% de las mujeres consideran en orden de importancia la familia y luego el trabajo. Por lo tanto se espera encontrar que las mujeres reporten en el IEA y en la entrevista que poseen mayor disponibilidad de apoyo de otras personas allegadas a ellas, profesionales o espirituales.

Se espera que los puntajes de los hombres fluctúan mayormente en los factores de evitación del problema y retirada social. Estos dos factores están relacionados con los estilos de afrontamiento de retirada social y afrontamiento no productivo. Los hombres suelen creer que no pueden hacer nada ante ello, niegan el problema, se lo guardan para sí mismos y en algunos casos su forma de expresión es mediante conductas como la agresividad, impulsividad, falta de control y consumo de alcohol y drogas (Di- Colloredo, Aparicio y Cruz, 2006).

Esto conlleva al planteamiento de que los hombres por no expresar sus emociones de forma adecuada y no decir lo que piensan, se aíslan de sus parejas causando que en casos extremos lleguen a tener rupturas y divorcios como se vio en la revisión de la literatura. A la vez que sus relaciones de amistades se deterioran por aislarse y buscar solucionar sus problemas sin ayuda.

A raíz de esto se determina que los estereotipos de los hombres y mujeres tienen una relación con las estrategias de afrontamiento ya que al estar en una sociedad donde se impone el rol del hombre y de la mujer, fomenta a que las mujeres sigan viéndose como débiles mientras que los hombres tienen que cumplir con el patrón de ser fuertes y solucionar los problemas por sí mismos de tal forma que no busquen ayuda. Esto es posiblemente una de las razones por las cuales el número de mujeres con tratamiento social y psicológico es más alto en comparación a los hombres.

En conclusión, las catástrofes no solamente generan daños psicológicos y físicos a las víctimas directas, sino que también suele afectar a las personas que actúan como rescatistas debido a un elevado grado de exposición de imágenes o sucesos traumáticos. Es por ello que pueden llegar a desarrollar trastornos psicológicos como trastornos de ansiedad, depresión, y de estrés postraumático; en base al último trastorno, no todas las personas que están frente a estos eventos lo desarrollan, pero algunas personas sí lo hacen por la intensidad de la experiencia traumática que vivieron. Abarcando el material revisado, se debe tener en cuenta que profesionales como militares, bomberos, policías, personal de rescate, entre otros, están expuestos a un alto grado de contenido traumático y por este motivo es que pueden llegar a desarrollar TEPT. Diversos estudios han demostrado cómo personas con dichas profesiones desarrollan este trastorno y es por esto que se debe implementar programas para prevenir que este grupo de personas padezcan de trastorno de estrés postraumático, y tengan una preparación adecuada para afrontar dichas situaciones.

Con respecto a los resultados, se esperaba encontrar como estrategias de afrontamiento más utilizadas a nivel general de acuerdo los policías con trastorno de estrés postraumático, como culpa infligida por lo sucedido y que tengan pensamientos e ideas de no haberse encontrado en tal situación. Por otra parte, en relación al género, se esperaba que las mujeres, busquen apoyo social y espiritual debido a como se mencionó anteriormente, las mujeres son comunicativas y tienen mayor facilidad para expresar sus emociones, mientras que los hombres, se espera que tengan conductas de aislamiento frente a amigos y familiares, al igual que indiquen que consumen alcohol y/o drogas para tratar de olvidar lo sucedido.

A pesar de que este planteamiento de estudio se enfoca solamente en un grupo de 10 personas, tiene como finalidad ahondar en las estrategias de afrontamiento de personas con trastorno de estrés postraumático que actuaron como rescatistas frente al terremoto de la costa

ecuatoriana del 16 de abril. Este estudio sigue manteniéndose como cualitativo aunque se utilice herramientas para estudios cuantitativos debido a que el tamaño del grupo es pequeño.

Limitaciones

Las limitaciones que se presentarían en este estudio es que el grupo es pequeño, por lo tanto no se puede generalizar los resultados a todos los policías que tienen TEPT tras actuar en la costa ecuatoriana. También se debe considerar que se realizaría el estudio solamente a los policías de Quito y no a los policías a nivel nacional ya que sería un alto costo de tiempo el realizar entrevistas a profundidad y recolectar información de todo el personal de la policía ecuatoriana con trastorno de estrés postraumático

Otra limitación es que se trabajaría con población ecuatoriana, por lo tanto el estudio y sus resultados se ajustaría a ésta misma población, por lo cual no aplicaría para generalizar a otros países ya que la ideología ecuatoriana acerca de cómo enfrentar los problemas puede ser diferentes a la de otros países.

Además, se trabajaría solamente con la policía y no con otras entidades que actuaron como rescatistas como los bomberos, militares y profesionales que acudieron para ayudar a los damnificados, por lo tanto tampoco se puede generalizar las estrategias de afrontamiento a los organismos que tienen como función de socorrer a las personas en situaciones de peligro.

Una posible limitación podría ser que en las entrevistas a profundidad, los policías no respondan de forma clara y honesta, teniendo como consecuencia que los resultados acerca de las estrategias de afrontamiento no sean válidos.

Recomendaciones para futuros estudios

Para futuras investigaciones, se recomienda que se realice proyectos en los cuales se investigue las estrategias de afrontamiento de las personas rescatistas que padecen de trastorno de estrés postraumático con otros trastornos comórbidos como depresión y ansiedad. Esto serviría para determinar el grado de capacidad de las personas de afrontar sus problemas.

Se recomienda así mismo que las propias entidades como de la policía, militares y bomberos evalúen a todos lo que han actuado como rescatistas durante un periodo prolongado para proveer la ayuda y apoyo necesario con el fin de reducir la sintomatología del trastorno de estrés postraumático y proporcionar técnicas para el bienestar emocional y psicológico. Igualmente que incentiven la búsqueda de apoyo profesional, social y familiar con la finalidad de conllevar de funcionar de forma eficiente en la vida diaria.

También la ejecución de un estudio en el que se busque programas que funcionen de forma eficiente para que los rescatistas estén preparados psicológicamente y emocionalmente antes de enfrentar algún tipo de situación traumática y así poder prevenir el riesgo de padecer trastorno de estrés postraumático.

REFERENCIAS

- Abbas, A. K., Lichtman, A. H., & Pillai, S. (2014). *Basic immunology: functions and disorders of the immune system*. Elsevier Health Sciences.
- Abeldaño, R. A., Fernández, A. R., Estario, J. C., Enders, J. E., & de Neira, M. J. L. (2014). Screening de trastornos de estrés postraumático en población afectada por el terremoto chileno de 2010: Screening for posttraumatic stress disorder in people affected by the 2010 earthquake in Chile. *Cad. Saúde Pública*, 30(11), 2377-2386.
- Alarcón, D., & Bárrig, P. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit*, 21(2), 253-259.
- APA. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). Trastorno de estrés postraumático. *Diagnóstico y Manual Estadístico de los Trastornos Mentales DSM- IV- TR*, cuarta edición. Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
- APA. (2014). Trastorno de estrés postraumático. *Guía de consulta de los criterios de diagnósticos del DSM- 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- APA. (2017). *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. American Psychiatric Association. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Báguena, M. J. P. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Bisson, J. I. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Occupational medicine*, 57(6), 399-403.
- Bolton, D., Hill, J., O’Ryan, D., Udwin, O., Boyle, S y Yule, W. (2004). Long-term effects of psychological trauma on psychosocial functioning. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45(5):1007–1014.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewston, T. y Lucerni, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 22-32
- Brewin CR., Andrews B., y Valentine JD. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766
- Cano, Rodríguez y García. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(1), 29-39.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40(2), pp.20-34
- Casado-Blanco, M., & Castellano-Arroyo, M. (2013). Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(1), 12-18.

- Cunningham, K. C. (2016). Shame and posttraumatic stress disorder. ProQuest. *The University of Tulsa*.
- Di- Colloredo, C., Cruz, P., y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156.
- Dunmore E., Clark DM., y Ehlers A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder PTSD after physical or sexual assault. *Behav. Res. Ther.* 39:1063–84
- Durán, M. M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista nacional de administración*, 1(1), 71-84.
- Edmundson, D. y Cohen, B.E. (2013). Posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Disease*, 55, 548-556. doi: 10.1016/j.pcad.2013.03.004
- El Universo. (2016). Terremoto en Ecuador del 16 de abril ha desencadenado 1.896 réplicas. El Universo.
- Feder, A., Ahmad, S., Lee, E. J., Morgan, J. E., Singh, R., Smith, B. W., ... & Charney, D. S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: Purpose in life, religious coping and social support. *Journal of Affective Disorders*, 147(1), 156-163.
- Feldman, R. (2010). Estrés y Afrontamiento. Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. México: McGraw Hill.
- Ferreira, F. C. A. (2013). La regulación emocional de síntomas psicopatológicos de los bomberos: A regulação emocional de sintomas psicopatológicos de bombeiros. *Doctoral dissertation*, Universidad de Extremadura.
- Figley, C. R. (1985). Post- traumatic Stress Disorder: History of a Concept. *Trauma and its wake*. USA: Brunner/Mazel
- Friedman, M. (2016). PTSD History and Overview. U.S. Department of Veterans Affairs. Washington, DC.
- Gantiva, C., Luna, A., Dávila, A., & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia*, 4(1), 63-70.
- García Martínez, F. E., Jaramillo, C., Martínez, A. M., Valenzuela, I., & Cova Solar, F. (2014). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: Estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit*, 20(1), 121-130.
- Gargurevich, R. (2010). YO SOY, YO TENGO, YO PUEDO: FUENTES MÚLTIPLES DE RESILIENCIA FRENTE A UN DESASTRE. *UCMaule-Revista Académica de la Universidad Católica del Maule*, (38).

- Gol A. & Cook S. (2008). Exploring the underlying dimensions of coping: A concept mapping approach. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, (2), 2004, 155-171.
- Guerra, C., & Plaza, H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, 18(1), Pág-103.
- Hamblen, J. (2010). Treatment of PTSD. A handout from the National Center for PTSD. National Center for PTSD.
- Haugen, P. T., Evces, M., & Weiss, D. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 32(5), 370-380.
- Hoar, S. D., Crocker, P. R., Holt, N. L., & Tamminen, K. A. (2010). Gender differences in adolescent athletes' coping with interpersonal stressors in sport: More similarities than differences?. *Journal of Applied Sport Psychology*, 22(2), 134-149.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2012). INEC presenta por primera vez estadísticas sobre religión. *INEC*. Extraído el 15 de marzo del 2017 desde <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-por-primera-vez-estadisticas-sobre-religion/>
- Iñiguez, A. G. (2016). Intervención en un caso de trastorno de estrés postraumático por violencia sexual. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 75-80.
- Iversen, A. C., Fear, N. T., Ehlers, A., Hughes, J. H., Hull, L., Earnshaw, M., ... & Hotopf, M. (2008). Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychological medicine*, 38(04), 511-522.
- Izcara Palacios, S. P. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. México: Fontamara.
- Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic stress disorder. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 1(3).
- Jiménez, Andrés E, & Cubillos, Rodrigo A. (2010). Estrés Percibido y Satisfacción Laboral después del Terremoto Ocurrido el 27 de Febrero de 2010 en la Zona Centro-Sur de Chile. *Terapia psicológica*, 28(2), 187-192.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 161-197.
- Keane, T. M., Silberbogen, A. K., & Weierich, M. R. (2008). Post-traumatic stress disorder. *A guide to assessments that work*, 293-315.
- Kleim, B., & Westphal, M. (2011). Mental health in first responders: A review and recommendation for prevention and intervention strategies. *Traumatology*, 17(4), 17. doi:10.1177/1534765611429079

- Lyons, M. I., Zink, T., & Koenen, K. C. (2012). Post-traumatic stress disorder. *Principles of Psychiatric Genetics*, 134.
- Macías, M. A., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1).
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., & Inglés, C. J. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de Motivación y Emoción* (Internet), 14(37).
- Martínez, R. (2016). Riesgos físicos y psicológicos de los rescatistas. *Acento*. Extraído el 27 de septiembre del 2016 desde <http://acento.com.do/2016/opinion/8341736-riesgos-fisicos-y-psicologicos-de-los-rescatistas/>
- Matthews, L. R., & Chinnery, D. (2005). Prediction of work functioning following accidental injury: The contribution of PTSD symptom severity and other established risk factors. *International Journal of Psychology*, 40(5), 339-348.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25(2), 32-37.
- Mayo Clinic Staff. (2014). Post- traumatic stress disorder. Mayo Clinic.
- McLean, C. P., Rosenbach, S. B., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2013). Social and academic functioning in adolescents with child sexual abuse-related PTSD. *Child abuse & neglect*, 37(9), 675.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H., & Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. *Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general*.
- Mingote, J. (2011). Diagnóstico diferencial del trastorno de estrés postraumático. Perspectivas Teóricas. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 121- 134.
- Monson, C. M., Friedman, M. J., & La Bash, H. A. (2007). A psychological history of PTSD. *Handbook of PTSD: Science and practice*, 37-52
- Monson, C. M., Taft, C. T., & Fredman, S. J. (2009). Military-related PTSD and intimate relationships: From description to theory-driven research and intervention development. *Clinical psychology review*, 29(8), 707-714.
- Naturale, A., & Pulido, M. L. (2012). Helping the helpers: Ameliorating secondary traumatic stress in disaster workers. In J. L. Framingham, & M. L. Teasley, *Behavioral health response to disasters* (pp. 51–69). Boca Raton, FL: CRS Press.

- Nava, C., Ollua, P., Vega, C., y Soria, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.
- Navarro, X. (2002). Fisiología del sistema nervioso autónomo. *Revista Neurológica*, 35(6), 553-562.
- Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological medicine*, 38(04), 467-480.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1390-1396.
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 33-46.
- Parekh, R. (2017). What is posttraumatic stress disorder?. American Psychiatric Association.
- Paris, L., & Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175.
- Perrin, MA., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M., y Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1385–1394
- Pieschacón, M. (2011). Trastorno de estrés postraumático. Modelo cognitivo- conductual. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Pole, N. (2007). The psychophysiology of post- traumatic stress disorder: A metanalysis. *Psychological Bulletin*, 133, 34- 45.
- Quevillon, R. P., Gray, B. L., Erickson, S. E., Gonzalez, E. D., & Jacobs, G. A. (2016). Helping the helpers: assisting staff and volunteer workers before, during, and after disaster relief operations. *Journal of clinical psychology*.
- Ray, S. L. (2008). Evolution of posttraumatic stress disorder and future directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 217-225.
- Rojas, M. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII*. (619). 233- 240.
- Rothschild, B. (2009). Ayuda para el profesional de la ayuda. *Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario*. Estados Unidos: Descleé de Brouwer.
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 17(2), 85-95.

- Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V. E., Vlachaki, S. A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2017). Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 45-54.
- Smith, M. W., Schnurr, P. P., & Rosenheck, R. A. (2005). Employment outcomes and PTSD symptom severity. *Mental health services research*, 7(2), 89-101.
- Solís, C., y Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 7(1), 33-39
- Stellman, JM., Smith, RP., Katz, CL., Sharma, V., Charney, DS., Herbert, R., Moline, J., Luft, BJ., Markowitz, S., Udasin, I., Harrison, D., Baron, S., Landrigan, PJ., Levin, SM., Southwick, S. (2008). Enduring mental health morbidity and social function impairment in World Trade Center rescue, recovery, and cleanup workers: the psychological dimension of an environmental health disaster. *Environmental Health Perspectives*, 116, 1248–1253
- Stewart, S. H., Mitchell, T. L., Wright, K. D., & Loba, P. (2004). The relations of PTSD symptoms to alcohol use and coping drinking in volunteers who responded to the Swissair Flight 111 airline disaster. *Journal of anxiety disorders*, 18(1), 51-68.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and social psychology review*, 6(1), 2-30.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2008). La entrevista en profundidad. *MÉTODOS CUANTITATIVOS APLICADOS 2*, 194.
- Trejo, B., y Trejo, J. (2011). Una revisión del trastorno de estrés postraumático (TEPT). *Psicología. com*, 15.
- US. Department of Veterans Affairs. (2016). What is PTSD?. *PTSD: National Center for PTSD*. VA Health Care.
- Vallejo Samudio, Á. R., & Terranova Zapata, L. M. (2009). Estrés postraumático y psicoterapia de grupo en militares. *Terapia psicológica*, 27(1), 103-112.
- Vallejo, Á. R. (2011). Cambios Sintomáticos en Policías con Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo. *Terapia psicológica*, 29(1), 13-23.
- Velásquez, R. E. V., Pérez, S. R., Puebla, R. M., Ruiz, R. T., & Sánchez, R. G. (2008). Estrés postraumático en rescatistas. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 7(4), 4.
- Velásquez, R. E. V., Pérez, S. R., Puebla, R. M., Ruiz, R. T., & Sánchez, R. G. (2008). Estrés postraumático en rescatistas. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 7(4), 4.

- Vicente- Herrero, M et al. (2014). Trastorno de estrés postrumático y trabajo. Criterios de valoración en incapacidad y discapacidad. *Revista Española de Medicina Legal*. 40(4), 150-160.
- Villagrán, L., Reyes, C., Wlodarczyk, A., & Páez, D. (2014). Afrontamiento comunal, crecimiento postraumático colectivo y bienestar social en el contexto del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *terapia psicológica*, 32(3), 243-254.
- Zen, A.L., Whooley, M.A., Zhao, S. y Cohen, B.E. (2012). Post-traumatic stress disorder is associated with poor health behaviors: findings from the heart and soul study. *Health Psychology*, 31, 194-201. doi: 10.1037/a0025989

ANEXO A: Carta para el reclutamiento de participantes

Por medio de la presente me dirijo a usted para indicarle que ha sido seleccionado para en un proyecto de investigación de las personas con trastorno de estrés postraumático y sus estrategias de afrontamiento.

Si le interesa participar en el estudio, por favor comunicarse con:

Pablo Andrade

0994296330

Gracias.

ANEXO B: Solicitud para aprobación de un estudio de investigación



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Título de la Investigación	Estrategias de afrontamiento de los policías con trastorno de estrés postraumático que actuaron como rescatistas en la Costa Ecuatoriana del 2016.
Investigador Principal <i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>	Pablo Sebastián Andrade Espinoza, Universidad San Francisco de Quito, pabloppmn@hotmail.com
Co-investigadores <i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>	No.
Persona de contacto <i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>	Pablo Andrade, 2247844, 0994296330, pabloppmn@hotmail.com
Nombre de director de tesis y correo electrónico <i>Solo si es que aplica</i>	María Cristina Crespo Andrade, mcrespoa@usfq.edu.ec
Fecha de inicio de la investigación <i>Junio, 2017</i>	
Fecha de término de la investigación <i>Julio, 2017</i>	
Financiamiento <i>No</i>	

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Objetivo General <i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i>	El objetivo de este estudio es determinar las estrategias de afrontamiento de policías con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático
Objetivos Específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes. 2. Encontrar diferencias en cuando al sexo frente a las estrategias de afrontamiento. 3. Determinar las razones por las cuales acuden a distintas estrategias de afrontamiento para

enfrentar situaciones problemáticas.

Diseño y Metodología del estudio *Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..*

El diseño de la presente investigación es cualitativa.

La muestra consistirá de 10 participantes con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. 5 participantes serán mujeres y 5 hombres.

La profesión de los participantes es de policías que acudieron como rescatistas al terremoto de la Costa Ecuatoriana de Abril del 2016.

El reclutamiento será a través de las instalaciones de la Policía Metropolitana de Quito, en conjunto con la colaboración del departamento de Psicología.

Las variables de la presente investigación es trastorno de estrés postrumático y estrategias de afrontamiento.

Procedimientos *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.*

1. Acercarse a las instalaciones de la Policía Metropolitana de Quito e informar acerca de la investigación. Con la autorización para la realización de ella, dirigirse al departamento de Psicología de la Policía Metropolitana de Quito.
2. Pedir colaboración e información acerca de personas con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y que se entreguen cartas para la participación en el presente estudio.
3. Tras aceptación de participantes, concertar una reunión con ellos y explicar de forma detallada el objetivo del estudio, procedimiento y términos éticos.
4. Con la aprobación de los participantes se procedería a realizar la investigación.

Recolección y almacenamiento de los datos *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

Para garantizar la confidencialidad de los participantes, será de forma anónima. Los datos del estudio se recolectarán en hojas y solamente tendría acceso a ellos el investigador durante todo el procedimiento, hasta la finalización de éste. Cuando se culmine la investigación se eliminarán las hojas.

Herramientas y equipos *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

1. Utilización de Inventario de Estrategias de Afrontamiento adaptado al español por Cano, Rodríguez y García (2007).
2. 11 preguntas realizadas a partir de los 18 tipos de estrategias de afrontamiento para entrevistas a profundidad.

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

La importancia del presente estudio radica en que se enfoca en los brigadistas que intervinieron en el terremoto de la Costa Ecuatoriana de Abril del 2016, y que tras ello fueron diagnosticados con trastorno de estrés postraumático. En el país no se han realizado investigaciones en base a los rescatistas, por lo tanto mediante los resultados que se obtendrán, se podrá verificar acerca de las estrategias de afrontamiento que utilizan los policías y determinar que a pesar de que se están preparados para actuar frente a estas situaciones, pueden llegar a desarrollar trastornos psicológicos.

Referencias bibliográficas completas en formato APA

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Criterios para la selección de los participantes *Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto*

Personal de la Policía Metropolitana de Quito con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y que hayan acudido como rescatistas al terremoto de la Costa Ecuatoriana de Abril del 2016.

Riesgos *Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará*

Los posibles riesgos de los participantes es sensación de tristeza y reexperimentación del trauma debido a que deben describir el suceso. Para la minimización de ellos, se les explicará previamente a la investigación acerca de los riesgos y de que pueden dejar el estudio cuando gusten.

Beneficios para los participantes *Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán*

Ventajas potenciales a la sociedad *Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso*

Verificar si se requiere de programas de apoyos psicológicos para el tratamiento de estrés postraumático en brigadistas.

Derechos y opciones de los participantes del estudio *Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.*

Los participantes serán informados acerca del estudio y mediante el consentimiento informado y una explicación acerca de que tienen la libertad de retirarse del estudio a cualquier momento sin que se tomen medidas en contra de ello.

Seguridad y Confidencialidad de los datos *Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes*

La persona autorizada para el acceso a los datos sería únicamente el investigador y serán reservados para sí. Por otro lado, se mantendrá el anonimato de los participantes.

Consentimiento informado *Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario*

Previo al estudio se les detallará todo sobre el procedimiento y la metodología, y tras ello se les dará el consentimiento informado para proceder con la investigación. Todo ello se realizará en las instalaciones de la Agencia de la Policía Metropolitana de Quito por el autor de la investigación.

Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.

1. Mantener anonimato de los participantes.
2. Garantizar el cumplimiento de las consideraciones éticas durante todo el procedimiento.

Nombre del documento	Adjunto	Idioma	
		Inglés	Español
PARA TODO ESTUDIO			
1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI *	X		X
2. Formulario de Asentimiento (FAI) <i>(si aplica y se va a incluir menores de 17 años)</i>			
3. Herramientas a utilizar <i>(Título de: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)</i>	X		X
4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP)			
SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO			
5. Manual del investigador			
6. Brochures			
7. Seguros			
8. Información sobre el patrocinador			
9. Acuerdos de confidencialidad	X		X
10. Otra información relevante al estudio (especificar)			

(*) La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

PROVISIONES ESPECIALES

Esta sección debe llenar solo si aplica. En ella se incluyen manejo de población vulnerable y muestras biológicas, manejo de eventos adversos, seguros de incapacidad o muerte, entre otros.

[Click here to enter text.](#)

CRONOGRAMA	AÑO							
	Fechas	1	2	3	4	5	6	7
Descripción de la Actividad (pasos a seguir dentro del proceso de investigación, comenzando por el contacto inicial, reclutamiento de participantes, intervención y/o recolección de datos, análisis, publicación...)								

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí () No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí () No () No Aplica ()

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: _____

ANEXO C: Formulario de consentimiento informado



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Estrategias de afrontamiento de policías con trastorno de estrés postraumático que actuaron como rescatistas en la costa ecuatoriana de abril del 2016.

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Pablo Sebastián Andrade Espinoza*

Datos de localización del investigador principal *2247844, 0994296330, pabloppmn@hotmail.com*

Co-investigadores *No*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre estrategias de afrontamiento de los policías con trastorno de estrés postrumático que actuaron como rescatistas en la costa ecuatoriana de abril del 2016 para determinar como se efrentan a diario y las estrategias de afrontamiento que utilizan para ello.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

El propósito del estudio es determinar las estrategias de afrontamiento de los rescatistas que intervinieron en el terremoto de la costa ecuatoriana del 2016.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

- 1) Se aprobará la participación mediante el consentimiento informado.
- 2) Se aplicará el Inventario de Estrategias de Afrontamiento que durará entre 30 a 40 minutos.
- 3) Luego, se realizará la entrevista a profundidad que tomará entre 20 a 30 minutos.

Riesgos y beneficios *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)*

Los posibles riesgos de los participantes es sensación de tristeza y reexperimentación del trauma debido a que deben describir el suceso. Para la minimización de ellos, se les explicará previamente a la investigación acerca de los riesgos y de que pueden dejar el estudio cuando gusten.

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 2247844/0994296330 que pertenece a Pablo Andrade, o envíe un correo electrónico a pabloppmn@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

Pregunta		Respuesta				
1	Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2	Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8	Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13	Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16	Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17	Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19	Analiqué mis sentimientos y simplemente los deje salir	0	1	2	3	4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26	Me reprimí por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27	Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4

31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39	Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4

Me consideré capaz de afrontar la situación

0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

ANEXO E: Entrevista a profundidad

Preguntas de entrevista a profundidad

- 1) ¿Cómo fue tu experiencia en la Costa tras el terremoto?
- 2) ¿Cómo ha afectado el trastorno de estrés postraumático en tu vida familiar, social, laboral?
- 3) ¿Te sentiste culpable por lo que sucedió? ¿Porqué?
- 4) ¿Sientes que cuentas que el apoyo necesario de tus familiares y amigos? ¿Cómo es?
- 5) ¿Tienes a alguien con quien puedas hablar de tus problemas? ¿Quién?
- 6) ¿Has hecho algún tipo de actividad para tratar de olvidar lo que viviste?
- 7) ¿Qué te motiva día a día?
- 8) ¿Qué haces en tu tiempo libre?
- 9) ¿Qué cosas positivas puedes sacar de la experiencia que tuviste?
- 10) ¿Cómo crees que sea la mejor forma de afrontar las situaciones estresantes?
- 11) ¿De alguna forma la religión te ha ayudado a conllevar tus problemas?

ANEXO F: Factores de estrategias de afrontamiento

Factores:

1) Resolución de problemas:

1. Luché por resolver el problema
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación
17. Hice frente al problema
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería

2) Autocrítica

2. Me culpé a mí mismo
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.
18. Me critiqué por lo ocurrido
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias

3) Expresión emocional:

3. Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés
11. Expresé mis emociones, lo que sentía
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir
27. Dejé desahogar mis emociones
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron

4) Pensamiento desiderativo:

- 4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado
- 12. Deseé que la situación nunca existiera o que de alguna manera terminase
- 20. Deseé no encontrarme nunca más en esta situación
- 28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido
- 36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes

5) Apoyo Social:

- 5. Encontré a alguien que escuchó de mi problema
- 13. Hablé con una persona de confianza
- 21. Dejé que mis amigos me echaran una mano
- 29. Pasé algún tiempo con mis amigos
- 37. Pedí consejos a un amigo o a un familiar que respeto

6) Reestructuración cognitiva:

- 6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente
- 14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas
- 22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían
- 30. Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo
- 38. Me fijé en el lado bueno de las cosas

7) Evitación de problemas:

- 7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado
- 15. Traté de olvidar por completo el asunto
- 23. Quité la importancia a la situación y no quise preocuparme más
- 31. Me comporté como si nada hubiera pasado
- 39. Evité pensar o hacer nada

8) Retirada social:

- 8. Pasé algún tiempo solo
- 16. Evité estar con gente
- 24. Oculté lo que pensaba y lo que sentía
- 32. No dejé que nadie supiera lo que sentía
- 40. Traté de ocultar mis sentimientos

(Nava, Ollua, Vega y Soria, 2010).