

# Atención psicológica en los y las profesionales del SAMU ante el estrés postraumático

## Psychological care in SAMU professionals in the face of post-traumatic stress

Estela Cebrián Ponce (1), Desirée Camús Jorques (1, 2), Carme Nácher Soliva (1), María Isabel Moreno Francés (1), Ana Sanchis Nogués (1)

(1) Universidad de Valencia

(2) SES-SAMU Valencia

**Resumen:** El presente artículo se centra en conocer la percepción de los profesionales del Servicio de Atención Médica Urgente SAMU de la provincia de Valencia, en cuanto a la preparación previa a nivel psicológico ante situaciones que puedan llevar a sufrir estrés postraumático. También pretende determinar la necesidad de disponer de técnicas de prevención y control ante situaciones que lleven a estrés postraumático. El instrumento utilizado en la metodología es un cuestionario ad-hoc cumplimentado por parte de los profesionales del SAMU, creando así un estudio observacional transversal de tipo descriptivo. Los resultados obtenidos muestran que, la mayoría de los y las profesionales cree necesario recibir formación en técnicas de prevención y control de estrés postraumático. Todos los y las profesionales indican que, en su servicio no disponen de equipo de ayuda psicológica en caso de una situación que lleve a sufrir estrés postraumático. Mediante el siguiente artículo se manifiesta la necesidad de recibir formación para poder prevenir, controlar y afrontar mejores intervenciones con alta carga emocional que den lugar a estrés postraumático.

**Palabras clave:** Estrés postraumático, SAMU, Emergencias Extrahospitalarias, Estrés, Atención Psicológica.

**Abstract:** This article focuses on knowing the perception of SAMU professionals in the province of Valencia, regarding the psychological preparation in situations that may lead to post-traumatic stress. It also intends to determine the need for prevention and control techniques in situations that lead to post-traumatic stress. The instrument used in the methodology is an ad-hoc questionnaire completed by SAMU professionals, creating a descriptive cross-sectional observational study. The results show that most professionals believe it is necessary to be coached in post-traumatic stress prevention and control techniques. All professionals indicate that, in their service, they do not have psychological help equipment in case of a situation that leads to post-traumatic stress. The following article shows the need for training in order to be able to prevent, control and better face interventions with high emotional load that give rise to post-traumatic stress.

**Key words:** Post-traumatic stress, SAMU, Out-of-hospital Emergencies, stress, Psychological Attention.

Recibido: 02/10/2019 Revisado: 29/10/2019 Aceptado: 19/11/2019 Publicado: 15/01/2020

*Referencia normalizada:* Cebrián Ponce, E., Camús Jorques, D., Nàcher Soliva, C., Moreno Francés, M.I. y Sanchis Nogués, A. Atención psicológica en los y las profesionales del SAMU ante el estrés postraumático. *Ehquidad. International Welfare Policies and Social Work Journal*, 13, 37-58 .doi: 10.15257/ehquidad.2020.0002

*Correspondencia:* Desirée Camús Jorques. Enfermera del SES-SAMU Valencia. Profesora asociada de la Facultat d'Infermeria y Podologia de la Universitat de València. Correo electrónico: desiree.camus@uv.es

## 1. INTRODUCCIÓN

La asistencia humanitaria es un importante recurso para ayudar a personas afectadas por situaciones de emergencia, pero la ayuda que prestan los y las profesionales a los y las afectados/as puede causarles daños no intencionados. El gran impacto emocional que presentan las distintas situaciones de emergencia, hace que el personal que trabaja atendiendo emergencias esté sujeto constantemente a padecer estrés (Hernández y Orozco, 2018). La efectividad del servicio de emergencia, no depende sólo del tipo de organización, del presupuesto, la cantidad de profesionales o la intensidad del suceso; un determinante principal de la calidad del servicio asistencial es el estado emocional de los y las profesionales que ofrecen la asistencia (González et al., 2018). El personal de emergencias está continuamente en contacto con sucesos traumáticos, con los cuales puede experimentar reacciones de estrés si la situación sobrepasa sus expectativas, y su capacidad de responder ante el hecho no le resulta suficiente para enfrentarla o solucionarla. El estrés postraumático es el trastorno más frecuente entre el personal de emergencias. Debido a su labor diaria están constantemente expuestos a acontecimientos estresantes y traumáticos, provocando con frecuencia afectaciones psicológicas en ellos y ellas (Ruiz y Guerrero, 2017).

Las situaciones de emergencias son complejas, no solo en la forma en la que suelen presentarse, sino también por las distintas medidas que hay que llevar a cabo para su resolución. Deben existir una serie de pautas estandarizadas, basadas en la experiencia, contrastadas y que minimicen la necesidad de decidir ante los problemas que se presenten, permitiendo una respuesta

óptima. Los y las profesionales que atienden víctimas de sucesos traumáticos generalmente funcionan bien bajo responsabilidades, peligros y estrés de sus trabajos, pero la experiencia estresante puede superar en cualquier momento los recursos de afrontamiento (SESCAM, 2014).

El SAMU es un servicio móvil extrahospitalario que está especializado en la atención de urgencias vitales o emergencias y catástrofes, 24 horas al día. Atiende al/la paciente o accidente in situ y es el encargado de realizar el transporte asistido primario y secundario en las unidades medicalizadas terrestres y áreas o en otros dispositivos cuando el paciente se encuentra estabilizado. Actúa siempre bajo la coordinación del Centro de Información y Coordinación de Urgencias (CICU) provincial y se coordina también con las demás estructuras sanitarias y no sanitarias que están implicadas en la asistencia a las urgencias y emergencias. Está formado por un/a médico/a con experiencia en el traslado de enfermos críticos, un enfermero o una enfermera con similar experiencia y un/una Técnico de Emergencias Sanitarias (TES) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

En situaciones de emergencia se espera un aumento de las reacciones emocionales intensas de las personas. La mayor parte de estas manifestaciones son normales, pero si no se identifican rápidamente en las personas que requieren un apoyo especial podría generarse una patologización de aquello que era normal dentro del contexto anormal. Las emergencias conllevan a una perturbación psicosocial que excede la capacidad de manejo de la población afectada. En una correlación de impacto y/o gravedad, el desastre se sitúa en el extremo que causa mayor estrés colectivo y conlleva a mayor número de personas afectadas (Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias, 2015).

El comportamiento es la forma de actuar de cada persona frente a una determinada situación, y depende de la formación académica del individuo, experiencias vividas, entorno, etc. el cual puede definir la forma de reaccionar de cada persona ante las distintas situaciones que experimenta. Tiene un papel fundamental en el ser humano, es propio de cada uno. El ser

humano se adapta y varía sus respuestas, lo que hace que en situaciones de emergencia reaccione de diversas maneras haciendo impredecible el resultado de las consecuencias que se puedan originar por dicha reacción. Para poder estudiar el comportamiento de las personas en estas situaciones es necesario replicar o tener una aproximación de eventos que suponen una emergencia, pues en la replicación de una determinada situación puede encontrarse la solución a un determinado problema (Ortiz et al., 2018). Cuando la persona se encuentra en una situación de emergencia, siente miedo de responsabilizarse de sus actos, de la toma de decisiones e instintivamente tiende a refugiarse en el grupo (Samper, 2016).

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) consiste en: “una serie de síntomas que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas) a los que la persona respondió con miedo, impotencia y horror intensos” (Bados, 2015). El TEPT puede aparecer en personas que sufren directamente el suceso traumático, familiares o amigos/as, los/las testigos, aquellos que se enteran del suceso y todos los profesionales de la salud y de rescate que intervienen en situaciones de emergencia o desastre. La experiencia traumática sobrepasa las expectativas de la persona y deja signos y síntomas cognitivos, conductuales, afectivos y psicológicos, interfiriendo en la vida familiar, social y laboral de la persona. Cuando ocurre una emergencia puede verse la crisis por la que pasan los que han sufrido el evento; la gravedad y tipo de lesiones que presentan, el número de fallecidos, los desaparecidos o que han sufrido alguna lesión, pérdidas materiales y económicas, etc. En todas estas situaciones es normal que aparezcan distintas alteraciones de la salud mental, conllevando a manifestaciones estresoras e incluso psicotraumatizantes. El impacto en la salud mental tiene lugar no sólo en las personas que sufren pérdidas de manera directa, sino también en aquellos que participan en labores de auxilio. Por esto el TEPT se sitúa como el trastorno más frecuente entre el personal de primera respuesta (Lorenzo y Guerrero, 2017).

El TEPT es muy específico del sector de emergencias pues principalmente estos/as profesionales están en contacto con personas las cuales su vida corre peligro, o la misma vida de los profesionales se ve en peligro (Agulló et al., 2013). A los y las profesionales de emergencia a menudo se les asigna labores sin tener en cuenta su edad, formación, habilidades, experiencias, circunstancias personales, y esto puede generar la aparición de síntomas de estrés. Ciertas veces es el/la profesional el/la que no reconoce que la situación que se le presenta, está por encima de sus recursos (Fernández, 2013).

El personal de primera respuesta o de emergencias está expuesto a condiciones especiales de trabajo donde presencian muertes masivas, heridas graves en personas y animales, cuadros de desesperación, sufrimiento humano, situaciones en las que se amenaza la propia integridad física. Todo esto pone a prueba la resistencia, coraje y las capacidades que tienen para cumplir su labor (Agulló et al., 2013 y Lorenzo y Guerrero, 2017). Las situaciones de ayuda presentan en común que en todas ellas hay alguien que sufre y necesita ayuda, y alguien que esté dispuesto a darla. La mayoría de las y los profesionales de emergencia se enfrentan día a día con situaciones que pueden crear un alto impacto psicológico. Si no se resuelven y se afrontan apropiadamente el estrés puede evolucionar de manera negativa y puede que se presenten desordenes psicológicos (Parada, 2009). La aparición de estrés postraumático en el personal de emergencias se relaciona con la identificación del personal con los fallecidos en términos de “pude haber sido yo”, “podría haberle pasado a un familiar o a un amigo”, etc. La implicación emocional excesiva con las víctimas es un papel importante en el impacto psicológico que la situación traumática puede tener sobre el profesional de emergencias, llevando a la cronificación de reacciones traumáticas posteriores al no poder emocionalmente tomar distancia con los acontecimientos (Gonzales et al., 2004).

Existen 4 factores que se relacionan con los y las profesionales que dan lugar a experimentar estrés postraumático, son: la capacidad para empatizar, el comportamiento hacia la víctima, la habilidad para distanciarse del trabajo y

el sentimiento propio de satisfacción por ofrecer ayuda (Meda et al., 2012). Los y las profesionales que trabajan con víctimas de traumas usan la empatía para comprender el proceso por el que pasa la persona, valorando la magnitud del problema, así como para llevar el tratamiento adecuado. Debido a esta característica emocional llegan a presentar unos síntomas similares a los de la víctima. Por esto la empatía es considerada un factor fundamental en el desarrollo de TEPT en los profesionales. La habilidad empática que presentan los profesionales de reconocer el sufrimiento del otro como algo que ha sido experimentado en otro momento de la vida del profesional y la significación que tuvo la situación para él. (Lorenzo y Guerrero, 2017 y Meda et al., 2012). Las razones principales por las cuales pueden sensibilizarse los y las profesionales que están en contacto con personas que han sufrido experiencias traumáticas, y que pueden llegar a dar síntomas parecidos son el exceso de empatía o una empatía mal manejada, puede ser un factor de sensibilidad; profesionales de emergencias que han vivido experiencias parecidas a aquellas con las que están en contacto; traumas personales no resueltos pueden activar los mecanismos subyacentes de la experiencia traumática; traumas que sufren niños/as afectan en mayor medida a la empatía y el trauma secundario (Meda et al., 2012 y Pacheco et al., 2012).

Afrontar una situación crítica en el ámbito de emergencias no es algo que se tenga que hacer solo cuando se presente la situación, sino que es una labor que comienza antes y que debe ser continuada durante la intervención en la situación crítica así como inmediatamente después y en los días y semanas siguientes (Parada, 2009). Los y las profesionales se tienen los unos a los otros y por eso deben ser conscientes de que su labor no es solo con los damnificados, sino también con sus propios compañeros pues si se observa alguna de las anteriores manifestaciones de estrés en alguno de los profesionales, deben apartarlo del lugar del trabajo causante de esa reacción y llevarlo a un lugar sin estímulos agresivos (Fernández, 2013).

El contacto con el riesgo para la vida de propios y terceros, el contacto con la muerte en el ámbito profesional, o los niveles de responsabilidad a los que se exponen con sus acciones, hace que el sector de las emergencias sea uno de



riesgo psicosocial muy grave para los implicados. Ante esto, se muestra como necesidad de primer orden la acción preventiva en estrategias de afrontamiento y salud psicosocial, tanto a nivel individual como grupal. Por tanto, dentro del sector de emergencias se presenta la imperiosa necesidad de formación continua para los implicados, así como se detecta la necesidad de proporcionar estrategias de afrontamiento para las situaciones límite a las que se enfrentan día a día (Agulló et al., 2013).

El compromiso organizacional es importante, el conflicto de rol, normas culturales, tipo de organización, etc., son elementos que pueden potenciar la experiencia de estrés postraumático. Según la situación en que se encuentren los profesionales pueden experimentar el trastorno o pueden encontrar difícil continuar con su trabajo (Lorenzo y Guerrero, 2017). Las organizaciones deben legitimar la experiencia de sufrimiento que sus trabajadores/as pueden estar viviendo, aunque ya haya pasado mucho tiempo, si en estas se asume que todo ha vuelto a la normalidad y desnormalizan o descontextualizan las reacciones perdurables de estrés la responsabilidad caerá únicamente en el/la profesional y esto conllevará a graves consecuencias. Por esto es necesario el reconocimiento de la realidad por parte de la organización y normalidad de las reacciones de estrés ante la situación. Es importante que estas organizaciones provean a sus trabajadores/as de capacitación y entrenamiento en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, a nivel individual y grupal, para hacer frente a situaciones de estrés, pero también para que puedan incorporarse de manera integrada y positiva a la normalidad (Pacheco et al., 2012).

En la intervención tras una crisis de estrés principalmente lo que debe hacerse es informar a los y las profesionales del equipo las posibles reacciones que se pueden experimentar, realizar ejercicios físicos y de relajación, volver a la rutina cuanto antes, descansar y dormir suficiente, alimentarse equilibradamente, no tomar alcohol u otras sustancias, estar en compañía y hablar con otras personas, compartir sentimientos y pensamientos de lo ocurrido como una experiencia vivida, participar en actividades familiares y sociales, analizar y asimilar lo ocurrido como una

experiencia vivida (Martín, 2014). Dar y recibir supervisión alivia la carga emocional, la supervisión en grupo puede promover la conexión con la realidad. El grupo se ve como una dimensión igual a la familia, en cuanto a que en él se encuentra la facilidad de recibir ayuda, apoyo emocional, alta tolerancia a las respuestas de estrés y una comunicación clara y permisiva. El afrontamiento grupal del estrés postraumático resulta un medio óptimo para realizar una comunicación abierta y permisiva, cuyo objetivo sea el buscar soluciones y no responsables, donde el apoyo emocional sea claro y expreso. La presentación de problemas emocionales, de respuestas de estrés, en un miembro del grupo conlleva que tales problemas sean considerados como problemas del grupo y no solo de quien los sufre directamente. El objetivo es el desarrollo de apoyo individual y grupal que permita encontrar nuevas vías de afrontamiento. (Moreno et al., 2004).

Los y las responsables del equipo de profesionales que intervienen en la situación traumática para prevenir el estrés postraumático en equipo deben asignar a cada miembro una actividad dependiendo de sus capacidades, formar e informar sobre las consecuencias a nivel personal que pueden padecer durante y tras la actuación, organizar los grupos de trabajo favoreciendo las relaciones positivas entre sus miembros (Fernández, 2013). Aunque no se puede evitar la exposición a una situación de estrés postraumático, las distintas instituciones pueden facilitar la detección del mismo, promover su control y poner los medios para que los afectados dispongan de las mejores oportunidades posibles para procesar sus experiencias estresantes dentro de un ambiente de apoyo y comprensión (Moreno, et al. 2004).

## **2. MÉTODO**

El diseño del estudio utilizado es de tipo descriptivo, transversal y observacional. La muestra del estudio la constituyen profesionales médico/a, enfermero/a y TES que forman los equipos SAMU pertenecientes a la provincia de Valencia (ver Tabla 1). El número total de la población fue de 81 profesionales, contestando al cuestionario únicamente 41. El instrumento utilizado en la recogida de datos es un cuestionario diseñado para responder



a los objetivos planteados. Los cuestionarios fueron entregados a las distintas bases SAMU.

**Tabla 1.** Población de estudio. Personal SAMU de la provincia de Valencia.

Base SAMU	Nº total de profesionales	Nº cuestionarios cumplimentados
Alfa I 24 h (Hospital de Manises)	5 Enfermeras/os 5 Médicas/os 5 TES	8
Alfa II 24h (C.S. Alfahuir)	5 Enfermeras/os 5 Médicas/os 5 TES	7
Alfa III 24 h (Hospital La Fe)	5 Enfermeras/os 5 Médicas/os 5 TES	8
Alfa IV 24 h (Hospital General)	5 Enfermeras/os 5 Médicas/os 5 TES	8
6º equipo Alfa I y Alfa IV, Alfa II y III. 24 h	2 Enfermeras/os 2 Médicas/os 2 TES	1
Alfa VI y VII 12 h (Hospital Malvarrosa, Hospital La Fe <u>Campanar</u> )	5 Enfermeras/os 5 Médicas/os 5 TES	9
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>41</b>

Fuente: Elaboración propia

Para la recogida de datos del estudio se ha elaborado un cuestionario ad-hoc autoadministrado, anónimo, voluntario dividido en distintos bloques. Para la cumplimentación se pide permiso a los y las responsables de los servicios SAMU para su repartición y se informa a los y las participantes de las condiciones mediante una breve explicación en la primera hoja del cuestionario.

El cuestionario presenta preguntas cerradas de respuesta única o múltiple, existiendo algunas preguntas con pregunta abierta permitiendo expresar la opinión de los participantes. Presenta diez ítems, con cuatro bloques.

El primer bloque corresponde a los datos sociodemográficos como el sexo, edad, perfil profesional, base SAMU a la que pertenece y experiencia en el SAMU. El segundo bloque corresponde a la formación previa, formación que han obtenido a lo largo de su estancia de trabajo en el SAMU, cursos realizados e información recibida para el control del estrés postraumático. El tercer bloque corresponde al estrés postraumático, y aquí se pretende ver si alguno/a lo ha sufrido o conoce a algún/a compañero/a, y si en su unidad SAMU lo tienen en cuenta. El bloque cuatro corresponde a ayuda psicológica, si reciben ayuda psicológica tras las intervenciones, si disponen de psicólogo/a propio. De una manera informal el cuestionario fue validado por tres compañeras y la tutora de este trabajo.

Para mejorar la colaboración de los profesionales del SAMU en la cumplimentación de las encuestas, se elaboró una carta de colaboración, en la cual se explicaba el motivo de la investigación, se remarcaba el agradecimiento de su colaboración y cumplimentación de los cuestionarios. La carta se añadió a los sobres junto con los cuestionarios a entregar a las distintas bases y se dejaron en el tablón de anuncios de las bases durante 15 días hasta su recogida. A parte se informó a los y las profesionales de manera verbal sobre el estudio a realizar y que difundieran la información a los demás compañeros y compañeras para la máxima cumplimentación de cuestionarios.

El objetivo general de este estudio es determinar la necesidad de disponer de técnicas de prevención y control ante situaciones que lleven a estrés postraumático en los y las profesionales SAMU. Como específicos son identificar la percepción de los y las profesionales sobre la necesidad de disponer de técnicas de prevención y control ante estrés postraumático; determinar si han sufrido en alguna ocasión estrés postraumático; conocer si disponen de equipo de ayuda psicológica en caso de estrés postraumático y

evaluar si han recibido en los últimos dos años formación en cuando a técnicas para el control y afrontamiento del estrés.

### 3. RESULTADOS

La muestra está compuesta por un total de 41 profesionales de ambos sexos. El 46,3 % está representado por hombres y el 53,7 % por mujeres. En cuanto al perfil profesional de la muestra, el 26,8 % corresponde con las médicas/os, el 41,5 % lo representan enfermeras/os y un 31,7 % los TES (ver Tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución por perfil profesional.

	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Médico/a</b>	11	26,8
<b>Enfermera/o</b>	17	41,5
<b>TES</b>	13	31,7
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la experiencia en el SAMU los y las profesionales que han respondido el cuestionario, la mayor parte tienen más de 10 años de experiencia en el SAMU concretamente un 39 %. Seguido con un 31,7 % los profesionales con experiencia entre 5 a 10 años, después un 24,4 % con una experiencia de 1 a 5 años. Y finalmente sólo un 4,9 % de profesionales tienen menos de 1 año de experiencia en el SAMU.

Los porcentajes correspondientes a las respuestas de la pregunta número 1 del cuestionario: “En los últimos 2 años, ¿Ha recibido alguna formación sobre técnicas de prevención y control ante situaciones que puedan conllevar a sufrir estrés postraumático?”. Un porcentaje del 22 % de los profesionales sí que en los últimos dos años ha recibido formación sobre técnicas de prevención y control ante situaciones de estrés, frente a un 78 % que no ha recibido.

En la pregunta 2 del cuestionario “¿Ha realizado algún curso o ha asistido a alguna charla sobre prevención a nivel psicológico ante situaciones que crean estrés en los profesionales?”. Un 56,1 % de los profesionales no ha realizado ningún curso o ha asistido a alguna charla sobre prevención de estrés en los profesionales y que un 43,9 % de profesionales sí que han asistido a alguna charla o realizado un curso.

En la pregunta 2.1, de los profesionales que sí han hecho algún curso o asistido a alguna charla sobre prevención de estrés postraumático el 100 % lo realizaron o asistieron por iniciativa propia, ningún profesional realizó o asistió por iniciativa de la institución.

En la pregunta 3 “En cuanto a técnicas de prevención y control del estrés postraumático, ¿cree necesario recibir formación para afrontar mejor, usted y sus compañeras/os, las intervenciones en situaciones que conllevan una alta carga emocional?”, en esta pregunta un 87,8 % de profesionales cree necesario recibir formación para afrontar mejor las intervenciones en situaciones que conllevan una alta carga emocional. Un 12,2 % no cree necesario recibir formación.

En la pregunta 4 la cual dice “Alguna vez ha estado expuesto/a a: muerte o amenaza de muerte o peligro de daño grave, en una o más de las siguientes maneras: Experimentar uno mismo el acontecimiento, ser testigo del acontecimiento que le ha ocurrido a otro, experimentar exposiciones repetidas o de extremada aversión a detalles del acontecimiento.”, todos los profesionales contestaron que “Sí”, lo que corresponde el 100 % de ellos.

En cuanto a la frecuencia de exposición a muerte, amenaza de muerte, peligro o daño grave, el 46,34 % de profesionales señala que está expuesto a veces, un 26,83 % señala que a menudo, un 14,63 % indica que normalmente y un 12,20 % marca que siempre se encuentra en exposición a muerte, amenaza de muerte, peligro o daño grave (Iver Tabla 3).

**Tabla 3.** Frecuencia de exposición a muerte, amenaza de muerte, peligro o daño grave en profesionales del SAMU.

	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>A veces</b>	19	46,3
<b>A menudo</b>	11	26,8
<b>Normalmente</b>	6	14,6
<b>Siempre</b>	5	12,2
<b>Total</b>	41	100,0

Fuente: Elaboración propia.

La pregunta número 5, “Al finalizar una intervención con alta carga emocional con su equipo de SAMU (muerte de un lactante o niño, accidentes muy graves, suicidios...), y pasado un tiempo, ha experimentado alguno de estos síntomas” tenía respuesta múltiple en la que los profesionales podían señalar varias de las siguientes respuestas:

- 5.1 Recuerdos dolorosos del acontecimiento traumático, involuntarios y espontáneos.
- 5.2 Sueños recurrentes angustiosos en los que el contenido y / o la emoción del sueño están relacionado con el acontecimiento.
- 5.3 Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5.4 Importantes respuestas fisiológicas al recordar el acontecimiento traumático.
- 5.5 Otros. Indique cual.

En esta pregunta puede verse que 57,7 % de las respuestas obtenidas de los profesionales son de la casilla 5.1, un 21,2 % de las respuestas pertenecen a la casilla 5.2, un 17,3 % a la casilla 5.3 y un 3,8 % de las respuestas para la casilla 5.5. La casilla 5.4 no fue seleccionada por ninguno y ninguna de los y las profesionales.

En la pregunta 6, “¿Conoce a alguien de sus compañeros del SAMU que haya sufrido alguna vez estrés postraumático?”, un 43,9 % de profesionales conocen a algún compañero o compañera que ha sufrido estrés postraumático frente a un 56,1 % que señalan que no.

De los y las profesionales que sí conoce a alguien de sus compañeros/as del SAMU que ha sufrido estrés postraumático, en la pregunta 6.1 “Si la respuesta es afirmativa responda la siguiente pregunta: ¿Tras la situación de estrés postraumático se ha llevado a cabo alguna intervención o han recibido apoyo psicológico por parte del servicio donde trabaja?”, un 16,67 % de profesionales indica que sí se ha llevado a cabo una intervención o recibido apoyo psicológico por parte del servicio donde trabaja, frente a un 83,33 % que dice que no ha recibido nunca (ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Porcentaje de profesionales que recibieron o no alguna intervención o apoyo psicológico.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nunca</b>	15	83,3
<b>Sí</b>	3	16,6
<b>Total</b>	18	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la pregunta 7, “En cuanto a la organización previa ante situaciones que puedan conllevar a estrés postraumático, ¿Cree que en su unidad SAMU se llevan a cabo las medidas necesarias en cuanto a prevención de estrés postraumático (definición clara de funciones, distribución adecuada y organización del equipo de trabajo: rotación y roles, organización de tiempos de trabajo)?”, un 53,7 % señala que nunca se llevan a cabo medidas necesarias para prevenir el estrés postraumático, un 31,7 % señala que a veces se llevan a cabo, un 2,4 % indica que a menudo, un 4,9 % elige la opción de normalmente y un 7,3 % dice que siempre se llevan a cabo.



En la pregunta 8: “¿En su servicio disponen de equipo de ayuda psicológica para los profesionales en caso de una situación que pueda llevar a que se produzca estrés postraumático?” todos los profesionales que han respondido el cuestionario, el 100 %, han contestado que en su servicio no disponen de equipo de ayuda psicológica en caso de una situación que conlleve a estrés postraumático. Con esto las preguntas 8.1 “Si la respuesta es afirmativa responda: ¿Conoce usted a alguna persona o usted mismo que haya utilizado el equipo de ayuda psicológica?” y la pregunta 8.2 “Si la respuesta anterior es afirmativa responda: ¿Cree que ha/han llevado mejor la situación de estrés al tratar con el equipo de asistencia psicológica?” no han sido respondidas por ninguno de los participantes, pues la pregunta 8 fue en negativo en todos los profesionales que respondieron.

Los porcentajes obtenidos en la pregunta 9, “¿Cree que sería necesario que tras una intervención de su equipo SAMU con alta carga emocional, se reunieran después en grupo para hablar de lo sucedido?”, son un 24,4 % de profesionales dice que es poco necesaria, un 48,8 % de profesionales marca que es necesaria esa reunión en grupo, un 26,8 % indica que es muy necesaria y ningún profesional marca la opción de innecesaria (ver Tabla 5).

**Tabla 5.** Valoración de la necesidad de reunión en grupo en el SAMU tras intervención con alta carga emocional.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Innecesaria</b>	0	0
<b>Poco necesaria</b>	10	24,4
<b>Necesaria</b>	20	48,8
<b>Muy necesaria</b>	11	26,8
<b>Total</b>	41	100,0

Fuente: Elaboración propia.

La pregunta número 10, “Como profesional del SES-SAMU ¿Usted piensa que sería conveniente que se hiciera un seguimiento de los profesionales que hayan sufrido estrés postraumático?”, el 100 % de los profesionales indica que sería conveniente que se hiciera un seguimiento de los profesionales que hayan sufrido estrés postraumático, marcando la respuesta: Sí, pues así se les podría ayudar psicológicamente y dar pautas para afrontarlo.

#### **4. DISCUSIÓN**

La mayoría de los y las profesionales del SAMU de Valencia en este estudio indican la frecuencia con la que han estado expuestos a muerte, amenaza de muerte, peligro o daño grave y señalan que a veces y a menudo. Esto es importante pues como dice Lorenzo y Guerrero (2017) cuando ocurre una emergencia puede verse la crisis por la que pasan los que han sufrido esa emergencia. En estas situaciones es normal que suelen aparecer manifestaciones estresoras e incluso psicotraumatizantes, las cuales no sólo las sufren las personas que les afecta de manera directa esa situación sino que también afecta a las personas que participan en las labores de auxilio.

Los y las profesionales señalan que al finalizar una intervención con alta carga emocional con el equipo SAMU y pasado un tiempo ha experimentado recuerdos dolorosos del acontecimiento traumático, involuntarios y espontáneos y también sueños recurrentes angustiosos en los que el contenido y/o emoción del sueño está relacionado con el acontecimiento, lo que coincide con lo que dice Meda et al (2012) de que los y las profesionales que trabajan con víctimas de traumas usan la empatía para comprender el proceso por el que pasan las personas, debido a esto pueden llegar a presentar síntomas similares a los de las víctimas, considerando la empatía un factor fundamental en el desarrollo de TEPT.

Agulló et al (2013) considera que el TEPT es muy específico y se presenta en gran frecuencia entre los profesionales de primera respuesta. En el estudio un 43,9 % de los y las profesionales que respondieron al cuestionario señalan que sí que conocen a algún compañero/a que ha sufrido estrés postraumático.

La capacitación y entrenamiento en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, a nivel individual y grupal para hacer frente a las situaciones que puedan llevar a estrés postraumático según dice Pacheco et al (2012) es deber de las organizaciones, es decir del propio servicio SAMU. Contrario a lo anterior, las y los profesionales que rellenaron el cuestionario indican que en los últimos dos años la mayoría (78 %) no recibió formación sobre técnicas de prevención y control ante situaciones que conlleven a sufrir estrés postraumático; en la realización de algún curso o charla sobre prevención de estrés postraumático sólo un 43,9 % indica que sí ha realizado algún curso o charla, y de los que sí han hecho algún curso/charla todos marcan que lo hicieron por iniciativa propia y no por parte de la organización.

Los y las profesionales también marcan (87,8 %) que sí creen necesario recibir formación para afrontar mejor las intervenciones que tienen una gran carga emocional, coincidiendo con Moreno et al (2004) que dice que aunque no se pueda evitar la exposición a una situación de estrés postraumático, las distintas instituciones pueden facilitar la detección del mismo, promover su control y poner los medios necesarios para mejorar el afrontamiento de los afectados.

Las organizaciones deben legitimar la experiencia de sufrimiento que sus trabajadores/as estén viviendo, ya que si se asume que tras la situación de emergencia con alta carga emocional todo ha vuelto a la normalidad, y se descontextualizan las reacciones de estrés que puedan tener, la responsabilidad de este estado caerá únicamente en el profesional y esto llevará a graves consecuencias. (Pacheco et al, 2012). En contraposición con estos hallazgos, los y las participantes del estudio afirman que la frecuencia en la que en su unidad se llevan a cabo medidas necesarias en cuanto a prevención de estrés postraumático como son la definición clara de funciones, distribución adecuada y organización de equipo de trabajo es nunca con un 53,7 % y a veces con un 31,7 %. También todos los y las profesionales creen que sería conveniente que se hiciera un seguimiento de los y las profesionales que hayan sufrido estrés postraumático pues así se les podría ayudar psicológicamente e impartir pautas para que lo afronten mejor.

Para Moreno et al (2004), es de vital importancia el apoyo grupal. Según éste la supervisión en grupo promueve la conexión con la realidad para los y las profesionales, pues el grupo se ve como una familia recibiendo ayuda, apoyo emocional, comunicación clara y permisiva, con el objetivo de buscar soluciones y no responsables. De acuerdo con lo anterior para los y las profesionales del SAMU de Valencia la reunión en grupo tras una intervención con alta carga emocional es necesaria (48,8 %), y algunas aclaraciones que han dado son que sirve para ventilar emociones, son humanos, para compartir emociones y sentirse mejor, etc.

La figura del psicólogo de emergencias, está poco profesionalizada. La mayoría de psicólogos y psicólogas involucrados en el sector de emergencias trabajan en base al voluntarismo prestado a través de los Colegios Oficiales de Psicólogos (COP), siendo estos mismos colegios los encargados de la formación continua de los profesionales de emergencias (Agulló et al, 2013). Analizado la importancia de lo anterior, el 100 % de los y las profesionales que rellenaron el cuestionario, indican que en su servicio no disponen de equipo de ayuda psicológica para ellos y ellas en caso de situaciones que originen estrés postraumático.

## **5. CONCLUSIONES**

El contacto con la muerte, amenaza de muerte, peligro y daño grave es muy común en los y las profesionales que trabajan en el SAMU de la provincia de Valencia, la empatía con las víctimas hace que suelen presentar recuerdos dolorosos del acontecimiento, sueños angustiosos, etc. viendo así que en los y las profesionales del SAMU de Valencia existe una alta predisposición a aparición de estrés postraumático.

Las bases SAMU de Valencia manifiestan que a veces y casi nunca se llevan a cabo las medidas necesarias para la prevención de estrés postraumático como la definición clara de funciones, distribución y organización adecuadas del equipo de trabajo. Todos creen que sería conveniente que se hiciese un seguimiento a los y las profesionales que sufren y sufrieron estrés postraumático pudiendo así ser ayudados/as psicológicamente y dar pautas para que lo afronten mejor.

Todos y todas señalan que en su servicio no disponen de equipo de ayuda psicológica para los profesionales en caso de que se produzca estrés postraumático. No estando en el Servicio SAMU de Valencia para disposición de los profesionales como tal la figura del psicólogo o psicóloga.

El apoyo grupal es de gran importancia tras una intervención con alta carga emocional, pues promueve la conexión con la realidad, se ve como una familia recibiendo apoyo emocional, comunicación clara y permisiva, para así buscar soluciones. Para los y las profesionales de SAMU de Valencia la reunión en grupo tras una situación con alta carga emocional es necesaria y algunos de los comentarios expuestos referentes a la reunión en grupo son: *“Sirve para ventilar emociones”, “Somos humanos”, “Para sentirse mejor”, “Para compartir emociones”*.

Las y los profesionales del SAMU de Valencia reciben escasa o ninguna formación en cuanto a prevención y control ante situaciones con alta carga emocional que puedan llevar a estrés postraumático, un 78 % señala que no recibió formación sobre el tema en los últimos dos años. La mayoría de estos y estas profesionales creen que es necesario recibir formación para poder afrontar mejor las intervenciones con alta carga emocional que llevan a cabo en su día a día. Esta formación no la ofrecen las organizaciones, siendo los y las profesionales, mediante iniciativa propia con un 43,9 % que indica que ha realizado algún curso o charla, los y las principales responsables de su formación en cuanto a técnicas de prevención y control ante estrés postraumático.

En definitiva, los y las profesionales del SAMU de Valencia afirman que no reciben formación sobre técnicas de prevención y control de ante situaciones que puedan dar lugar a la aparición de estrés postraumático, tampoco presentan equipo psicológico que pueda ayudarles en caso de una situación con alta carga emocional. Siendo por tanto un colectivo muy vulnerable a sufrir estrés postraumático, lo que conllevaría a que las organizaciones deberían tener el deber de impartir formación a sus profesionales para mejorar el trabajo y evitar así más víctimas, en este caso víctimas invisibles o secundarias ante cualquier situación de emergencia. Es de importancia también fomentar la reunión en grupo tras cada situación de emergencia con gran carga emocional pues así, como casi todos y todas afirman en este estudio, el apoyo grupal es de gran ayuda y sirve como conexión con la realidad.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Agulló, E., Llosa, JA. Y González, M. (2013). *Riesgos psicosociales en profesionales de los servicios de emergencia. Una aproximación crítica a los planteamientos normativos, conceptuales y metodológicos*. Recuperado de: <https://www.ugr.es/~aepc/WEBCLINICA/DOCUMENTOS/librocapitulosXICong.pdf>

Bados, A. (2015). *Trastorno por Estrés Postraumático*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/356/1/117.pdf>

Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias. (2015). *Salud mental: recomendaciones para la intervención ante situaciones de emergencias y desastres*. Recuperado de: [https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2017/01/2015-04-24\\_sm-en-emergencias-y-desastres.pdf](https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2017/01/2015-04-24_sm-en-emergencias-y-desastres.pdf)

Fernández, M. JM. (2013). *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*. Madrid: Pirámide.

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad; Instituto de Información Sanitaria. (2010). *Atención a la urgencia extrahospitalaria, organización en las comunidades autónomas*. Recuperado de: [http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urgencia\\_Extrahospitalaria\\_2010.pdf](http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urgencia_Extrahospitalaria_2010.pdf)



- Gonzales, O.H., Miguel, T. J.J., Cano, V.A. y Iruarrizaga, I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10, 207-217. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1154401>
- González, P.C., Sánchez, P.Y. y Peña, L.G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las Ciencias*. 4 (1). 483-498. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6313248>
- Hernández, C. KM. y Orozco, C. G (2018). Estrés postraumático en personal de emergencias asociado al funcionamiento cognitivo e inteligencia emocional. *Revista Estudiantil del ISMM*, 8 (4), 120-136. Recuperado de: [http://revista.ismm.edu.cu/index.php/revista\\_estudiantil/article/view/1743/1352](http://revista.ismm.edu.cu/index.php/revista_estudiantil/article/view/1743/1352)
- Lorenzo, R. A., Guerrero, A. EA. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28 (2), 252-265. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2332/233256001001.pdf>
- Martín, M. C (2014). *Estrés de los intervinientes en emergencias. Guía Práctica*. Recuperado de: [http://www.exyge.eu/blog/wp-content/uploads/2014/01/prl\\_stres\\_emergencias.pdf](http://www.exyge.eu/blog/wp-content/uploads/2014/01/prl_stres_emergencias.pdf)
- Meda, R., Moreno J. B, Palomera, A., Arias, E. y Vargas, R. (2012). La Evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia psicológica*, 30(2), 31-41. Recuperado de: [https://scielo.cciq.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000200003](https://scielo.cciq.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000200003)
- Moreno, J.B., Morante, B. ME., Losada, N. MM., Garrosa, H. E. y Rodríguez C.R. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22(1), 69-76. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78522108.pdf>
- Ortiz, RA., Ceballos, YF. y Gutiérrez, EV. (2018). Modelación y simulación de comportamientos humanos en situaciones de emergencia en un call

center: una revisión crítica de literatura. *Ingenierías USBMed*, 9(1), 97-111. Recuperado de: <https://revistas.usb.edu.co/index.php/IngUSBmed/article/view/3329>

Pacheco, T.T., Garrosa, H. E., Lopez, V. E. y Robles, JI. (2012). *Atención psicosocial en emergencias*. (1ª. Ed.). Madrid: Síntesis.

Parada, T. E. (2009). *Psicología y Emergencia (2ª edición)*. Recuperado de: <https://comepsi.mx/attachments/article/106/Psicologia%20y%20Emergencia.pdf>

Ruiz, A.L. y Guerrero, EA. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario? *Revista puertorriqueña de Psicología*. 18 (2). 252-265. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2332/233256001001.pdf>

Samper, L.E. (2016). Personalidad ante el trauma en el s.XXI: fragilidad y antifragilidad ante el trauma. *Sanidad Militar*, 72(3), 209-215. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1887-85712016000300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1887-85712016000300007)

SESCAM (2014). *Guía Asistencial de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias. Segunda edición*. Recuperado de: [https://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20141029/guia\\_asistencial\\_2014.pdf](https://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20141029/guia_asistencial_2014.pdf)