



**UNIVERSIDAD DE ARTES, CIENCIAS Y COMUNICACIÓN**  
**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**  
**Carrera de Psicología**

**“Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático y su relación con Sintomatología depresiva, variables sociodemográficas y Factores de Riesgo Psicosociales en el Trabajo, en trabajadores combatientes de los incendios forestales ocurridos durante los meses de enero y febrero 2017 en la zona centro sur de Chile”**

**Trabajo para optar al Grado Académico de Licenciada en Psicología y al Título Profesional de Psicóloga**

**Profesora Guía: Ps. Aline Orellana**

**Estudiante:  
Denis Maritza Silva Avila**

**Santiago de Chile, Agosto de 2017**

## **Resumen**

En una muestra compuesta de 27 sujetos emergencistas Chilenos, se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de trauma de Davidson, Cuestionario de depresión de Beck, Cuestionario SUSESO/ISTAS21 versión reducida y Cuestionario de variables sociodemográficas. El objetivo fue examinar las correlaciones entre Trastorno de estrés postraumático (TEPT), sintomatología depresiva, variables socio demográficas y factores de riesgo psicosociales en el trabajo. El análisis de resultados arrojó correlaciones entre las variables TEPT y Sintomatología depresiva y correlaciones entre TEPT y las Dimensiones de factores psicosociales en el trabajo que siguen: Exigencias psicológicas, Apoyo social, Compensaciones y Doble Presencia. Estos resultados concuerdan con otras investigaciones que relacionan factores psicosociales con salud mental, resultando novedosos en tanto existe escasa investigación documentada que relacione los factores psicosociales con TEPT posterior a la exposición a un evento traumático.

## **Abstract**

In a sample composed of 27 Chilean emergency responders, the following instruments were applied: Davidson trauma scale, Beck depression questionnaire, SUSESO / ISTAS21 reduced version questionnaire and Sociodemographic variables questionnaire. The objective was to examine the correlations between Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), depressive symptomatology, sociodemographic variables and psychosocial risk factors at work. The analysis of results showed correlations between the variables PTSD and depressive Symptomatology and correlations between PTSD and the Dimensions of Psychosocial factors at work that follow: Psychological requirements, Social support, Compensations and Double Presence. These results concur with other investigations that relate psychosocial factors with mental health, being novel as there is little documented

research that relates the psychosocial factors with PTSD after exposure to a traumatic event.

**Palabras claves:** Trastorno de Estrés Postraumático, síntomas Depresivos, Factores de Riesgo Psicosocial en el trabajo.

## **Introducción**

Un incendio forestal se define como un fuego que se propaga sin control en terrenos rurales, a través de vegetación leñosa, arbustiva o herbácea viva o muerta, y que pone en peligro a las personas, la propiedad o el ambiente (Corporación Nacional Forestal, s.f).

Dependiendo de su extensión y emplazamiento, los incendios forestales pueden ser considerados catástrofes y ser una amenaza a la integridad de las personas, tanto de quienes trabajan en su combate como de la ciudadanía en general.

En nuestro país, el combate a estos y otros eventos, considerados emergencias o catástrofes, es coordinado desde la Oficina Nacional de Emergencias, ONEMI, organismo técnico del Estado de Chile, dependiente en forma directa del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, encargado de la coordinación de todo el Sistema Nacional de Protección Civil (Oficina Nacional de Emergencia; Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2016).

Entre el 18 de enero y el 5 de febrero de 2017 la zona centro sur de nuestro país, se vio afectada por varios focos de incendios forestales que dieron origen a lo que la Corporación Nacional Forestal, CONAF, denominó como Tormenta de fuego. Este gran incendio forestal afectó principalmente a las regiones de O'Higgins, El Maule y Bío-Bío, dando como resultado un total de 467.537 hectáreas incendiadas, de ellas 779 corresponden a áreas urbanas, humedales y áreas sin vegetación (Corporación Nacional Forestal, 2017).

Por las particulares características de extensión, duración y recursos comprometidos en la respuesta, recuperación, rehabilitación y reconstrucción de las situaciones derivadas de estos eventos, los incendios forestales que ocurrieron durante el verano 2017 se presentaron como especialmente perjudiciales.

De acuerdo a la escala de medición de incendios estos se clasifican desde la 1° a la 5° generación, el incendio forestal de enero y febrero 2017 en nuestro país inicia la clasificación de 6° generación en incendios de Chile y el mundo (CONAF, 2017).

Según información oficial de CONAF en el combate a la Tormenta de fuego de las regiones de O'Higgins, El Maule y Bío-Bío, participaron un total de 1.575 brigadistas de CONAF, 1.083 combatientes de las Brife y Brifar y 639 combatientes de la cooperación internacional, sumando un total de 3.297 combatientes en la línea de fuego (CONAF, 2017).

De acuerdo a información entregada por la Oficina Nacional de Emergencias del Ministerio del Interior un total de 2.288 viviendas se vieron afectadas por los incendios forestales, siendo la Región del Maule la mayor afectada, con un total de 1.583 viviendas, habiendo resultado el pueblo de Santa Olga con más de 1.000 viviendas consumidas por las llamas durante la noche del 25 y madrugada del 26 de enero de 2017. En la misma región del Maule fallecieron tres brigadistas de CONAF en el combate a un foco de incendio en el sector Las Cardillas, comuna de Vichuquén.

Es así como las características de estos incendios otorgaron a este evento la categoría de catástrofe nacional, colocando las condiciones laborales de los combatientes como un centro de atención para la ciudadanía con el respectivo cuestionamiento a las organizaciones para las que estos trabajadores laboran.

Los funcionarios emergencistas que participaron en la respuesta a estos incendios considerados desastres, estuvieron expuestos al peligro de los mismos y a condiciones de riesgo constantes y crecientes, experiencia potencialmente traumática para quienes la viven (Connorton, Perry, Hemenway, & Miller, 2012, citados en Strohmeier & Scholte, 2015). Con ello, además del peligro de sufrir daños físicos en la respuesta a los desastres, los trabajadores corren el riesgo de sufrir estrés postraumático primario o secundario como consecuencia de la exposición al riesgo, al peligro y a los acontecimientos traumáticos experimentados durante la duración de su trabajo (Lopes Cardozo et al., 2005; Shah, Garland, & Katz, 2007, citados en Strohmeier & Scholte, 2015).

### **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)**

Si bien la experimentación de un suceso traumático es un criterio necesario para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y una variable necesaria para la manifestación de sus síntomas, no todas las personas que experimentan uno o más eventos traumáticos desarrollará TEPT, la mayoría de las personas mostrará síntomas temporales que remitirán fácilmente de manera espontánea y sólo una fracción desarrollará las bases para la manifestación del TEPT y/u otros problemas de salud mental, estos casos se relacionarían a estar expuesto a un estrés prolongado después del trauma (Davidson & Baum, 1994, citados en Strohmeier & Scholte 2015).

El actual concepto de TEPT deriva de la descripción del concepto de fatiga de combate acuñado durante la 1° y 2° guerra mundial (Hurrell, Murphy, Sauter & Levi, 2001).

En la década de 1970, cuando cientos de miles de combatientes de Vietnam comenzaron a poblar hospitales, consultas médicas, cárceles y refugios para vagabundos, poco se sabía aún sobre las causas, síntomas, curso clínico, y tratamiento de este trastorno (Hurrell,

Murphy, Sauter & Levi, 2001). Es gracias a un esfuerzo conjunto entre grupos de ex combatientes de guerra y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) que se logra la identificación y descripción del TEPT el año 1980 en la 3° Edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980). Antes de ello, los trastornos relacionados con reacciones de temor eran incluidos dentro de las categorías de las neurosis, separados de los trastornos afectivos y somatomorfos (APA, 1996).

La 4° Edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) reflejó ciertos cambios en cuanto a la clasificación del trastorno, sin embargo los síntomas y criterios diagnósticos no variaron sustancialmente desde la edición anterior (Hurrell, Murphy, Sauter & Levi, 2001).

Desde el DSM-V, el TEPT tiene como principales características que ante la exposición a un evento traumático se manifiestan síntomas de cuatro tipos; fenómenos invasivos (intrusión re experimentación), conductas evitativas, alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (embotamiento y emocionalidad negativa) e hiperactivación (síntomas de hiperalerta) (APA, 2013).

El TEPT se encuentra en el grupo de los trastornos por trauma y relacionados con factores de estrés, que explicita como criterio diagnóstico la exposición a un evento traumático o estresante junto a manifestación clínica diversa, pudiendo presentarse en algunas personas patrones de síntomas basados en el miedo, en otras personas con base en la angustia, anhedonia o disforia, en otras con énfasis en síntomas disociativos y por último la combinación de ellos (APA, 2013).

El criterio diagnóstico que distingue a los trastornos por trauma, en este caso, el TEPT, de otros trastornos con los que comparte sintomatología, tales como; trastorno depresivo mayor; trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno disociativo; trastornos psicóticos; y trastornos de conversión, es la manifestación de los síntomas con posterioridad a la exposición a un evento traumático entendido este como la exposición a una situación especialmente angustiada y conflictiva. Este evento puede tener origen diverso incluyendo, exposición a la guerra, amenaza o asalto físico, amenaza o ataque sexual entre otros (APA, 2013).

Por otra parte, se distingue de otros trastornos que también son producidos por la exposición a un evento traumático o estresante en; la duración de los síntomas para el caso del Trastorno de Estrés Agudo, que se limitan a una manifestación de entre 3 días y 1 mes después de la exposición y que deben remitir dentro de ese mes; y la gravedad del factor estresante para el caso del Trastorno de Adaptación. (APA, 2013).

El estudio del Trastorno por estrés post traumático ha evolucionado desde grupos específicos como los veteranos de guerra y víctimas de desastres a estudios epidemiológicos donde al menos el 50% de la población general describe la vivencia de experiencias traumáticas y uno de cada doce adultos tuvo un diagnóstico de TEPT en algún momento de su vida (Kessler, Sonnega, Bromet y Hughes, 1995, citados en Pérez et al, 2009).

En Estados Unidos, el riesgo vital para el TEPT, utilizando los criterios DSM-V, a la edad de 75 años es 8,7%. La prevalencia anual entre los adultos de Estados Unidos es de aproximadamente el 3,5 %. La estimación de esta cifra baja en Europa y la mayor parte de Asia, África y en los países de América Latina agrupándolos en torno al 0,5-1,0%, sin

embargo los índices de TEPT son más altos entre personas con ocupaciones con un elevado riesgo de exposición traumática (APA, 2013).

En Chile en 2009 la prevalencia de TEPT, fue de 4.4%, correspondiendo a 2.5% en hombres y a 6.2% en mujeres (Pérez et al, 2009).

De esta manera, se entiende que este diagnóstico constituye un problema de salud pública por afectar de preferencia a población activa, por presentarse tanto en población general como en combatientes, por la incapacidad que genera y por los altos costos de salud que implica. Es un cuadro que en general ha sido sub-diagnosticado y por tanto sub-tratado (Carvajal, 2002).

El TEPT ocurre generalmente en conjunto con otros problemas de salud mental, siendo sus más altas co-morbilidades con trastorno depresivo, trastorno ansioso y uso de sustancias.

Un estudio epidemiológico afirma que el 80% de quienes han presentado TEPT, tienen o han tenido depresión o algún trastorno de ansiedad o abuso/dependencia de sustancias (Foa, Keane y Friedman, 2000).

Strohmeier & Scholte (2015) realizaron un meta-análisis de estudios sobre problemas de salud mental relacionados con trauma en personal humanitario, para este meta-análisis se consideró como trabajadores humanitarios a personal tanto pagado como voluntario que realiza trabajo en desastres para organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e intergubernamentales. De los catorce estudios analizados diez evaluaron presencia de TEPT observando un rango de prevalencia desde 6,2% en personal nacional albanés (Lopes Cardozo et al., 2005, citado en Strohmeier & Scholte, 2015) a un 42% en trabajadores de socorro paquistaníes (Ehring, Razik & Emmelkamp, 2011, citados en Strohmeier & Scholte, 2015). Mientras que siete estudios evaluaron prevalencia de depresión obteniendo



resultados en un rango que va desde el 4% entre los voluntarios de Cruz Roja de Indonesia (Thormar et al., 2013, citado en Strohmeier & Scholte, 2015) a un 68% de personal nacional ugandés que anotó niveles asociados con alto riesgo para la depresión (Ager et al., 2012, citado en Strohmeier & Scholte, 2015). Los estudios analizados, en su conjunto, sugieren que este tipo de trabajadores experimentan problemas de salud mental y que las tasas de prevalencia de depresión entre este grupo de ocupación en su mayoría son similares o superiores a los de sus grupos de referencia (Strohmeier & Scholte, 2015). Sin embargo en estudios realizados con otros grupos de personal de emergencia se ha encontrado una prevalencia menor a su grupo de referencia, tal es el caso del estudio realizado en Brasil sobre prevalencia de depresión en bomberos, en el cual se encontró una prevalencia de 5,5%, la cual es menor a la prevalencia nacional para ese país que es de un 10,4% (Lima, Assuncao & Barreto, 2015).

### **Síntomas Depresivos**

Con respecto a los trastornos depresivos aquello que los caracteriza es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo (APA, 2013).

En el grupo de los trastornos depresivos del DSM V se encuentran: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premestruar, trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (APA, 2013).

Un Estudio de prevalencia de patología psiquiátrica, realizado en cuatro ciudades de Chile, muestra que la prevalencia de la depresión en mujeres es de un 11,5% y un 12,1% para

distimia, mientras que en hombres la prevalencia es de un 6,8% para depresión y un 3,5% para distimia (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2002, citados en Ministerio de Salud, 2017). Mientras que la Encuesta Nacional de Salud del 2009-2010 muestra una prevalencia de 18,4%, sin diferenciar tipos de depresión (Minsal, 2017).

### **Riesgos Psicosociales en el Trabajo**

Otro factor observado en algunos de los estudios analizados por Strohmeier & Scholte (2015) sobre salud mental relacionado con trauma en personal humanitario, dice relación a características de las organizaciones en las que se desempeñan, algunas de las cuales serían determinantes en la prevalencia de problemas de salud mental. En Hagh et al., (2005) se observó que personal entrenado fue menos afectado por problemas de salud mental, incluidos TEPT y depresión, que voluntarios con preparación formal y sin filiación a organizaciones. En Thomar et al., (2013), centrado en voluntarios de Cruz Roja se afirma que los factores organizativos, tales como la provisión de información, equipos de buena calidad y la sensación de seguridad eran más influyentes en la predicción de TEPT y ansiedad. En el informe de caso de Bilal et al., (2007), se hace hincapié en la importancia del reconocimiento del personal y sus vulnerabilidades a nivel de organización. Mientras que en Chan, et al., (2013), con trabajadores de socorro de China, se observa cómo altas cargas de trabajo pueden causar daños debido al estrés adicional y el descuido del autocuidado tan necesario para este tipo de trabajadores (Strohmeier & Scholte, 2015).

La salud, la calidad de vida y el bienestar laboral se relacionan con características ambientales, contextuales y culturales en el trabajo. Según esto, los riesgos psicosociales se comprenden como aquellas condiciones que tienen que ver con factores como el tipo de organización, el contenido del trabajo y la ejecución de la tarea, pues dichos factores tienen

un efecto negativo o positivo en el bienestar y la salud, tanto física, psíquica como social de los trabajadores (Asociación Chilena de Seguridad, 2013).

El ámbito de lo psicosocial en el trabajo es un campo muy amplio, sin embargo se reconocen factores primordiales que son recogidos por tres reconocidos modelos; el modelo demanda-control de Karasek y Theorell (1990), el de balance esfuerzo- recompensa de Siegrist (1996) y el de Justicia Organizacional de Moorman (1991) (Ansoleaga y Toro, 2010).

El comité mixto OIT – OMS sobre medicina del trabajo en su informe de 1984, definen los factores psicosociales como:

*“...interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte y por la otra las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.” (p.5).*

En nuestro país la Superintendencia de Seguridad Social reconoce que los riesgos psicosociales en el trabajo poseen el potencial de generar daño somático y psíquico en los trabajadores y que están fuertemente vinculados a la experiencia de estrés laboral. El estrés sería un mediador entre los riesgos psicosociales en el trabajo y la patología (Superintendencia de Seguridad Social, 2016).

Vieco y Avello (2014) realizaron un meta-análisis de 92 investigaciones que relacionaron condiciones adversas del trabajo con distintas patologías. Entre ellos, estudios que relacionaron positivamente factores de riesgo psicosociales en el trabajo con alteraciones de salud mental, trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad. Destacan, entre las

investigaciones analizadas, Andrea et al (2009), que relaciona factores de riesgo psicosocial, específicamente la dimensión exigencias psicológicas en el trabajo, al aumento de ansiedad y depresión, y el de Kawakami y Tsutsumi (2010), que relaciona el factor riesgo demanda-control con depresión, ansiedad y estrés (Vieco y Avello, 2014).

Gran parte de la investigación asociada a factores de riesgo psicosociales ha estado relacionado a estrés propio del trabajo y no a la exposición u observación de acontecimientos específicos, tales como accidentes laborales o actos de violencia que pudiesen desencadenar en TEPT.

El diagnóstico de TEPT, en contextos de trabajo normales, ha aparecido como resultado de accidentes laborales o exposición a eventos traumáticos en el trabajo, sin embargo Según Davidson y Baum (1994, citados en Strohmeier & Scholte, 2015) para que los sujetos desarrollen TEPT deben estar expuestos a un estrés permanente con posterioridad al evento traumático. En el caso de los trabajadores que por la naturaleza de su labor se encuentran permanentemente enfrentados a eventos potencialmente traumáticos, tales como los combatientes de incendios forestales, los factores de riesgo psicosocial en el trabajo pueden significar un factor de estrés decidor en la manifestación de TEPT.

Tomando en cuenta todo lo anterior, parece conveniente dar énfasis en estudiar la relación que la literatura expone que existe entre síntomas de Trastorno de estrés postraumático TEPT, sintomatología depresiva, riesgos psicosociales en el trabajo y variables sociodemográficas. Es por ello que a la luz de estos antecedentes este estudio pone énfasis en determinar si existe relación entre estas variables en los combatientes de los incendios forestales ocurridos durante los meses de enero y febrero 2017, en la zona centro sur de Chile.

## **Metodología**

Este estudio se realizó con una metodología cuantitativa, es de tipo no experimental, pues no hubo manipulación de variables, los fenómenos fueron estudiados tal como se presentaron en las encuestas, estas se realizaron en el mes de Junio y Julio de 2017 por lo que es transversal, con un alcance correlacional en tanto que la investigación intenta determinar la relación entre las variables; Trastorno de estrés postraumático TEPT, sintomatología depresiva, riesgos psicosociales en el trabajo y variables sociodemográficas en combatientes de los incendios forestales de Enero y Febrero del 2017 en la zona centro sur de Chile.

La muestra fue de tipo no probabilística, es decir fue una muestra dirigida en tanto que el proceso de la selección de los sujetos fue determinado por las investigadoras en atención a las características de la investigación, y no por un criterio estadístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Se utilizó un tipo de muestreo por bola de nieve o por redes, el cual es recomendable de ser utilizado cuando la población es difícil de identificar o es complicado acceder a ella (Gallegos, 2004). Para obtener este tipo de muestra se localiza a algunos individuos que cumplan con las características determinadas para las necesidades del estudio y son estos individuos quienes conducen a otros, y así sucesivamente (Rabolini, 2009).

## **Participantes**

La muestra del estudio se obtuvo de un grupo de 27 trabajadores de emergencias en control de incendios forestales, quienes participaron del combate a los incendios de enero y febrero 2017 en la zona centro sur de nuestro país, específicamente en la Región del Maule.

Debido a la dificultad para acceder a la muestra se optó por contactar a informantes claves mediante los cuales se accedió a tres nóminas de participantes; la primera correspondiente a personal de diferentes instituciones a nivel nacional y las otras dos correspondientes a brigadistas temporarios que participaron en la emergencia, de las cuales una nómina correspondía a la Región del Maule y otra a la Provincia de Osorno. A través de estas nóminas se contactó y posteriormente aplicó instrumentos a 17 personas.

Mediante otro informante clave se contactó con un encargado regional del Departamento de Prevención y Control de Incendios de CONAF Región de Los Lagos, quien entregó datos de cinco trabajadores más según los criterios para la muestra.

De esta manera, mediante el muestreo estratificado por bola de nieve, se logró la aplicación de los instrumentos seleccionados a 27 sujetos, de los cuales 26 son de sexo masculino y 1 sujeto de sexo femenino. Todos los sujetos que componen la muestra son trabajadores remunerados que participaron en el combate a los incendios ocurridos durante los meses de enero y febrero del año 2017 en la zona centro sur de Chile, específicamente en la Región del Maule.

El tamaño de la muestra fue determinado mediante la prueba no paramétrica chi cuadrado, necesitando un mínimo de 20 individuos, obteniéndose una muestra total de 27 sujetos.

Se consideró como criterio de inclusión, la participación en el combate a los incendios como personal remunerado, no voluntarios, sin importar el tipo o duración del contrato, mientras que se consideró como criterio de exclusión el haber participado como voluntario.

No hubo exclusiones en los sujetos por lo que la población y la muestra son de igual número.

## **Instrumentos**

La investigación, se llevó a cabo mediante la aplicación de cuatro instrumentos, en el orden en que se señalan:

Cuestionario Socio-demográfico

Escala de trauma de Davidson (DTS)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA)

Cuestionario /ISTAS21, versión breve.

### **Cuestionario Socio-demográfico:**

Este consiste en un listado de preguntas diseñadas para fines de este estudio, que recogen información relevante para la comparación de situaciones sociales y demográficas que pueden estar influyendo en la mayor o menor presencia de síntomas en los encuestados, es así como se incluyeron preguntas relativas al estado civil, jefatura de hogar, situación laboral actual, número de personas dependiente económicamente de cada encuestado, entre otras.

También se incluyeron preguntas referentes a la situación laboral y contractual durante el desarrollo de la emergencia, tales como; antigüedad en la institución; tipo de contrato; experiencia anterior en situaciones de emergencia similares; horas de capacitación especializada; entre otras, con el propósito de recabar información de su situación laboral que podría influir positiva o negativamente como factor estresor.

El cuestionario en su totalidad consta de 11 preguntas relacionadas a aspectos socio demográficos y 8 preguntas relacionadas a la situación laboral de los encuestados en el momento de la emergencia.

### **Escala de trauma de Davidson (DTS):**

Para diagnosticar el trastorno de estrés postraumático, existen diversos instrumentos, sin embargo, uno de los más utilizados es la Escala de Trauma de Davidson (DTS). Este instrumento mide la frecuencia y gravedad del Estrés Postraumático (Guerra, Martínez, Ahumada & Díaz, 2013). Respecto de la puntuación, el mínimo es 0 y el máximo es 136, entendiéndose que a mayor puntuación, mayor incidencia del TEPT.

Según Davidson et al., (1997, citado en Guerra, Martínez, Ahumada & Díaz, 2013) se establece como puntaje de corte los 40 puntos.

Respecto de su Fiabilidad, en la investigación sobre propiedades psicométricas realizada por Guerra, Martínez, Ahumada y Díaz (2013), con población adolescente chilena, presentó un Alfa de Cronbach de 0,94 para la escala total.

Para los objetivos de esta investigación se utilizó la traducción del instrumento DTS realizada por Bobes, Bascarán, González, Bousoño, Calcedo, Hormaechea y Wallace (1999), se eliminó la sección destinada a la identificación personal de los encuestados para asegurar su anonimato, y se modificó la sección destinada a identificación del trauma (evento) consultando específicamente sobre el evento potencialmente traumático “incendios del verano de 2017”.

### **Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI-IA)**

El inventario de depresión de Beck, fue desarrollado en 1961, con el fin de hacer una evaluación objetiva de los síntomas de la depresión, junto con la intensidad de la misma. La construcción de este instrumento se basa en la fundamentación teórica del enfoque cognitivo, esto explica la fuerte carga en indagar sobre síntomas cognitivos de la depresión que posee el inventario (González, 2007). Desde que fue diseñado se ha constituido en una de las herramientas más estudiadas y empleadas internacionalmente para valorar la



sintomatología depresiva, dadas las positivas cualidades psicométricas que ha mostrado (Beck et al., 1996; Penley, Wiebe & Nwosu, 2003, citados en Melipillan, Cova, Rincón & Valdivia, 2008).

La versión utilizada para este estudio corresponde a la primera revisión del inventario original, BDI-IA.

Este inventario consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión, para valorar estos síntomas el evaluado debe considerar la última semana.

Cada uno de los ítems consta de 4 o 5 afirmaciones, las que reflejan un grado creciente de profundidad del síntoma. El evaluado debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales.

Cada uno de los ítems además corresponde a una dimensión específica en el siguiente orden; Estado de ánimo; Pesimismo; Fracaso; Descontento; Sentimiento de culpa; Necesidad de castigo; Odio a sí mismo; Auto-acusaciones; Impulsos suicidas; Llanto; Irritabilidad; Aislamiento social; Incapacidad de decisión; Imagen corporal; Incapacidad para el trabajo; Fatigabilidad; Pérdida del apetito; Pérdida de peso; Hipocondría; y pérdida de la libido.

La investigación sobre propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck I, BDI-IA realizada en Chile por Valdés, Morales-Reyes, Pérez, Medellín, Rojas y Krause (2017) en población chilena, obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,92 lo cual resulta altamente satisfactorio. Para los objetivos de este estudio se utilizó el puntaje de corte recomendado por estas autoras, el cual es de 13/14.

## **SUSES0/ ISTAS-21.**

Este cuestionario es la adaptación y validación en Chile del Cuestionario COPSOQ-ISTAS21, que es a su vez una traducción y validación del Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), que desarrolló el Instituto de Salud y Ambiente Laboral de Dinamarca, para la medición de los riesgos psicosociales en el trabajo.

Del cuestionario SUSES0/ISTAS-21 existen dos versiones, una completa y una breve, la utilizada en este estudio es la breve, la cual es apta para la aplicación en cualquier organización como sistema de cribado, prevención y/o fiscalización de Riesgo Psicosocial (SUSES0, 2016).

La validación y estandarización del cuestionario en su versión completa fue realizada en el año 2012, el cuestionario está compuesto de cinco dimensiones, que se componen a su vez de subdimensiones. Respecto de la dimensión de Exigencias Psicológicas, muestra un buen nivel de consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0.857. Los resultados para cada una de las subdimensiones mostraron índices de consistencia interna, con valores que fluctuaron entre 0,766 y 0,850.

La dimensión de Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades, también obtuvo un muy buen nivel de consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0,859. Los resultados para las subdimensiones estuvieron entre 0,684 y 0,819.

La dimensión Apoyo Social en el Trabajo y Calidad del Liderazgo obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,915. El resto de las cinco subdimensiones mostraron indicadores satisfactorios con valores entre 0,710 y 0,914.

La dimensión Compensaciones también mostró un buen indicador de consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0,829. Las subdimensiones presentaron buenos indicadores, con valores entre 0,794 y 0,803.

La dimensión de Doble Presencia fue la que obtuvo el Alfa de Cronbach más bajo con un valor de 0,644, aunque dentro de límites aceptables. Sus dos subdimensiones fluctuaron entre 0,660 y 0,662.

### **Procedimiento**

Para conseguir mayores datos sobre el universo y población del estudio se recurrió en primera instancia a la Oficina Nacional de Emergencias (ONEMI), dicho organismo informó que no existen registros oficiales sobre los trabajadores que participaron en el control de los incendios forestales de la zona centro sur durante la temporada de verano del 2017, debido a que de acuerdo al Plan Estratégico Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, ONEMI es un organismo coordinador del Sistema Nacional de Protección Civil y como coordinador su tarea es organizar a los organismos técnicos de protección civil (ONEMI; Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2016).

Posterior a ello se inició contacto con otros organismos pertenecientes a la red de protección civil y que se desempeñan en el control de situaciones de emergencia como Cruz Roja, Adra Chile y Bomberos entre otros, al mismo tiempo se inició comunicación oficial con la Corporación Nacional Forestal, CONAF, mediante correos electrónicos, sistema de transparencia en plataforma Web y llamados telefónicos, sin lograr obtener información oficial sobre los trabajadores que participaron en el control de la emergencia.

De esta manera, con gran dificultad fueron siendo contactados los individuos mediante el muestreo estratificado por bola de nieve. Se tomó contacto con ellos por medios diversos dando a conocer el propósito del estudio y solicitando su participación en él, ante la respuesta positiva, se procedió a volver a tomar contacto con ellos para dar a conocer el

procedimiento de implementación del estudio, luego de ello y junto a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se comenzó con el proceso de aplicación de los instrumentos comenzando con la solicitud de consentimiento informado por escrito previo a la aplicación de los mismos. Cabe decir que todos los individuos contactados cumplieron con el criterio de inclusión por lo que ninguno fue excluido de la investigación.

La recolección de los datos se desarrolló de dos maneras; de manera presencial en 18 individuos, correspondientes al 66,7% de los casos, para lo cual las investigadoras tesistas de la Universidad UNIACC se desplazaron hacia las regiones del Maule, Los Lagos y Valparaíso, y; por otra parte, en el caso de 9 individuos, que corresponden al 33,3% de las aplicaciones, la aplicación de las herramientas se desarrolló vía correo electrónico, para cumplir con este fin los instrumentos fueron adaptados al formato digital para ser respondidos con mayor facilidad y sin necesidad de ser impresos por los encuestados. Se tomó la decisión de utilizar esta forma de aplicación a distancia debido a la dispersión geográfica en la que se encontraban los sujetos disponibles para la muestra, la poca disponibilidad horaria de los mismos, como también la escasa motivación de ellos de ser encuestados personalmente.

### **Método de análisis de datos**

Para el análisis de los datos en este estudio se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS en su versión 24.0.

Se emplearon herramientas de estadística descriptiva para el análisis de resultados, tales como; frecuencias; porcentaje de frecuencias; media; mínimos y máximos.

Para el análisis de correlaciones entre variables se utilizó la prueba de razón producto momento  $r$  de Pearson, la prueba  $T$  de Student y la prueba de análisis de varianza ANOVA de una vía. Cada una de estas pruebas fue utilizada dependiendo del tipo de variable a correlacionar.

### **Resguardos éticos**

En el primer acercamiento a las personas que cumplían con los criterios de inclusión para ser parte de la muestra se les informó de manera clara y en lenguaje simple sobre los alcances del estudio y las variables que estaban siendo investigadas.

Se le informó a cada una de las personas contactadas que su participación en el estudio era de carácter voluntario y anónimo.

A cada una de las personas participantes en la investigación se le hizo entrega de un documento de consentimiento informado para su firma de aceptación de participación.

Los cuestionarios mediante los cuales se recogieron los datos no contenían preguntas de identificación de los participantes, de manera de asegurar el anonimato en las respuestas, y con ello asegurar la protección de la confidencialidad de los datos.

Cada uno de los datos que se recogió mediante los cuestionarios, fue recogido con la única finalidad de responder la pregunta de investigación, y no fueron ni serán utilizados para otros fines.

### **Resultados**

La muestra del estudio se obtuvo de un grupo de 27 trabajadores de emergencias en control de incendios forestales, que participaron en el combate de los incendios de Enero y Febrero de 2017 en la zona centro sur de nuestro país.

## **Variables socio-demográficas**

De la muestra total un número de 26 (96,3%) personas se desempeñaron en dicha emergencia trabajando para la Corporación Nacional Forestal (CONAF) y 1 (3,7%) persona se desempeñaba en COOPEBRIF, la cual es una empresa privada conformada por brigadistas forestales profesionales, orientada a prestar servicios de prevención y control de incendios forestales.

Del total de los encuestados 26 (96,3%) es del sexo masculino y 1 (3,7%) del sexo femenino. La edad promedio de los sujetos que componen la muestra es de 40,74 años, siendo la edad mínima 21 años y la edad máxima 68 años.

Las regiones de procedencia de las personas encuestadas corresponden a las regiones De Los Lagos, Del Maule y De Valparaíso, en la siguiente proporción; Región de Los Lagos 12 (44,4), Región del Maule 14 (51,9%), Región de Valparaíso 1 (3,7%).

Cabe destacar que el combate a los incendios en los que participaron la totalidad de los encuestados se llevó a efecto en la Región del Maule, por tanto 13 de los encuestados debió ser movilizado por la institución en la cual se desempeñaban, desde su región de origen para el control de la emergencia.

En cuanto a las comunas en donde habitan los encuestados tenemos que un número de 5 habitan en la comuna de Puerto Montt, 4 habitan en la comuna de Osorno, 4 habitan en la comuna de Hualañé, 3 habitan en la comuna de Talca, 1 habita en la comuna de Molina, 2 habitan en la comuna de San Juan de la Costa, 1 habita en la comuna de Puyehue, 1 habita en la comuna de Longaví, 2 habitan en la comuna de Linares y 1 habita en la comuna de Quilpue.

Del total de los encuestados un número de 22 (81,5%) habitan en sectores urbanos de sus respectivas comunas, mientras que 5 (18,5%) habitan en sectores rurales.

En cuanto al estado civil, del total de encuestados 9 (33,3%) corresponden a solteros; 14 (51,9%) corresponden a casados; 2 (7,4%) convivientes; y 2 (7,4%) divorciados.

Con relación al nivel de escolaridad de los encuestados, 1 (3,7%) posee enseñanza media incompleta; 13 (48,1%) poseen enseñanza media completa; 6 (22,2%) posee educación técnica de nivel superior completa; y 7 (25,9%) posee educación universitaria completa.

En cuanto a los años de escolaridad nos encontramos con un mínimo de 10 años y un máximo de 17 años de educación formal, obteniendo entre los encuestados un promedio de 13,7 años de escolaridad.

En cuanto a la situación laboral actual de los encuestados, 22 (81,5%) se encuentran ocupados; 3 (11,1%) se encuentran ocupados de manera esporádica o informal; y 2 (7,4%) se encuentran en situación de desempleo, al momento de ser encuestados.

Cabe mencionar que entre los trabajadores de emergencia en control de incendios forestales existe un gran número de trabajadores de temporada, cuyos contratos son de entre 5 a 7 meses al año.

[ Insertar Tabla 1 ]

En cuanto a la situación laboral de los encuestados al momento de trabajar en el control de la emergencia, durante el verano de 2017, específicamente el tipo de contrato que poseían con la institución, encontramos que de la muestra total un número de 15 (55,6%) poseían contrato a plazo y un número de 12 (44,4%) poseían contrato indefinido.

Con relación a la experiencia o antigüedad dentro de las instituciones, es necesario hacer notar que para el caso de los trabajadores permanentes esta se midió en años, mientras que para los trabajadores temporarios se midió en temporadas. La media en fue de 14,33 años en la muestra total, con un mínimo de 1 año y un máximo de 42 años.

En cuanto a los trabajadores con contrato indefinido la antigüedad se encuentra en un rango que va desde los 10 años a los 42 años de servicio. Siendo el promedio de 25, 8 años de servicio. En tanto que para los trabajadores con contrato a plazo (brigadistas temporarios) la antigüedad laboral se encuentra en un rango que va desde 1 temporada a 10 temporadas, con un promedio de 4,1 temporadas de servicio.

Con relación a la experiencia previa en situaciones de emergencia similares, un número de 8 personas (29,6%) declaran no haber enfrentado situaciones similares con anterioridad, mientras que un número de 19 personas (70,4%) declaran haber enfrentado situaciones de emergencia similares.

En cuanto al acceso a capacitación previa al enfrentamiento de la emergencia, 24 personas (88,9%) declaran haber recibido capacitación de parte de la institución, mientras que un número de 3 personas (11,1%) declaran no haber sido capacitados. De estos últimos 2 personas corresponden a personal que contaba con contrato indefinido en el momento de la emergencia y 1 a personal con contrato a plazo (brigadista temporario).

Con relación a las horas de capacitación otorgada por las instituciones, la media entre el grupo estudiado es de 508,67, con un mínimo de 0 hrs. y máximo de 5.000 hrs.

Cabe mencionar que las horas de capacitación recibidas están en directa relación a los años de servicio y/o temporadas de los sujetos trabajando para las instituciones.

[Insertar Tabla 2]

### **Escala de Trauma de Davidson**

De los resultados a la aplicación de la Escala de Trauma de Davidson, nos encontramos con que de la muestra total un número de 26 no presentan TEPT, mientras que un sujeto de la muestra estaría cumpliendo criterio de TEPT según puntaje de corte, de 40 puntos hacia arriba, propuesto por Davidson et al., (1997, citado en Guerra, Martínez, Ahumada &



Díaz., 2013). A nivel de porcentajes los sujetos de la muestra presentan un 3,7 % de TEPT. Este resultado se encuentra cercano a la media nacional de prevalencia de TEPT para la población general, la cual, según Vicente et al. (2002) y Pérez et al. (2009) es de un 2,5 en hombres y un 6,2 en mujeres.

[Insertar Tabla 3]

### **Inventario de Depresión de Beck**

De los resultados de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, BDI IA, encontramos 25 (92,6%) sujetos con síntomas depresivos mínimos, y 2 (7,4%) sujetos con síntomas depresivos leves, resultado que se encuentra dentro de los parámetros de prevalencia de Depresión observados por Araya et al. (2001) en la población de Santiago de Chile, el cual sería de un 2,7% en hombres y un 8,0% en mujeres. Aún así es un resultado más bajo que la prevalencia observada por Vicente et al. (2002) en población nacional para este trastorno, que sumada depresión y distimia la sitúa en un 10,3% en hombres y en un 23,6% en mujeres. Así mismo el resultado es más bajo que la prevalencia observada en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, la cual es de un 18,4% (Minsal, 2017).

[Insertar Tabla 4]

### **Cuestionario SUSES0/ISTAS 21**

Del análisis de la aplicación del cuestionario SUSES0/ISTAS 21, en su versión reducida, se obtuvieron los siguientes resultados por cada una de sus dimensiones:

Para la dimensión Exigencias Psicológicas en el trabajo: 13 personas, correspondiente al 48,1% de la muestra presentan riesgo bajo; 8 personas, correspondiente al 29,6% de la muestra presenta riesgo medio; y 6 personas, correspondientes al 22,2% de la muestra

presentan riesgo alto. Estos resultados nos muestran un panorama del nivel de las exigencias sobre los trabajadores y/o el esfuerzo que deben realizar en sus labores (SUSESO, 2016). En el análisis de respuestas se observa que el mayor número de respuestas de riesgo alto están en las preguntas relacionadas a exigencias cognitivas y exigencias sensoriales, lo cual es concordante con el tipo de labor que desarrollan estos trabajadores, en la cual se requiere atención constante y en algunos casos la toma de decisiones difíciles.

Para la dimensión Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades; 15 personas, correspondiente al 55,6% de la muestra presentan riesgo bajo; 10 personas, correspondientes al 37% de la muestra presentan riesgo medio; y 2 personas, correspondiente al 7,4% de la muestra presenta riesgo alto. Esta dimensión fue la que presentó menor porcentaje de riesgo alto en la muestra, lo cual nos indica que existe para los encuestados la posibilidad de desarrollo personal dentro las instituciones en las que se desempeñan, a través de la autonomía y la posibilidad de aprendizaje (SUSESO, 2016). En el análisis por respuestas, de esta dimensión, observamos la mayor concentración de respuestas de riesgo nulo en la pregunta sobre el sentido e importancia que tiene para los encuestados el trabajo que desarrollan, esto está vinculado al valor social del trabajo.

Para la dimensión Apoyo Social en la Empresa; 9 personas, lo cual corresponde a un 33,3% de la muestra presenta riesgo bajo; 12 personas, correspondiente a un 44,4% presenta riesgo medio; y 6 personas, correspondiente a un 22,2% de la muestra presenta riesgo alto. Esta dimensión evalúa principalmente el liderazgo (SUSESO, 2016). Del análisis de respuestas encontramos riesgo nulo en la pregunta que evalúa la claridad del rol, mientras que en la pregunta que evalúa la calidad del liderazgo se encontró la mayor concentración de respuestas de riesgo alto, este riesgo puede estar siendo generado por bajo liderazgo,

liderazgo desapegado, favoritismos o mala comunicación entre jefes y trabajadores (SUSESOS, 2016).

Para la dimensión Compensaciones; 9 personas, correspondiente a un 33,3% de la muestra presentan riesgo bajo; 11 personas, correspondiente al 40,7% de la muestra presenta riesgo medio; y 7 personas, que corresponden al 25,9% de la muestra presentan riesgo alto. En esta dimensión se evalúan las recompensas que los trabajadores reciben por el esfuerzo realizado en su trabajo, además se mide la estabilidad del trabajo (SUSESOS, 2016). En el análisis por respuestas se observó concentración de respuestas de riesgo alto en la pregunta que evalúa reconocimiento y apoyo de superiores, el origen del riesgo puede deberse a una falta de política de reconocimiento en las instituciones (SUSESOS, 2016).

Para la dimensión Doble Presencia; 5 personas, correspondiente a un 18,5% de la muestra presentan riesgo bajo; 13 personas, correspondiente a un 48,1% de la muestra presenta riesgo medio; y 9 personas, correspondiente a un 33,3% de la muestra presentan riesgo alto. Esta dimensión evalúa exigencias simultáneas del ámbito familiar y laboral (SUSESOS, 2016). En la muestra es la dimensión que presenta mayor porcentaje de riesgo medio y alto. El origen del riesgo puede deberse a las jornadas de trabajo que tienen los combatientes, sobre todo cuando son movilizados a otras regiones, alejados de sus familias.

[Insertar Tabla 5]

### **Correlaciones**

Se realizó un análisis de correlaciones entre cada una de las variables socio-demográficas y síntomas de TEPT medidos en la Escala de Trauma de Davidson, en el cual dependiendo del tipo de variable se utilizó la prueba de razón producto momento  $r$  de Pearson, la prueba T de Student o la prueba de análisis de varianza ANOVA de una vía.

Los resultados de los análisis no arrojaron correlaciones entre las variables, ya que en todas y cada una de las pruebas el resultado del error fue mayor a 0,05.

Lo anterior nos indica que no existen correlaciones significativas para las variables socio-demográficas investigadas y la presencia de síntomas de TEPT en la muestra. La variable TEPT se comportó de manera independiente a los factores socio-demográficos investigados en la muestra.

Se realizó un análisis de correlaciones entre los puntajes totales de las escalas de Trauma de Davidson e Inventario de Depresión de Beck, utilizando la prueba de razón producto momento  $r$  de Pearson. De este análisis se obtuvo que TEPT se correlaciona significativamente, al nivel de .001 con Depresión ( $r_{xy}$ : .671;  $p$ : .000). Esta correlación es de tipo positiva, lo cual significa que a mayor presencia de síntomas de TEPT mayor presencia de síntomas depresivos, lo cual se encuentra dentro de los resultados esperados considerando la bien documentada alta co-morbilidad de los síntomas de ambos trastornos (Foa, Keane y Friedman, 2000).

[Insertar Tabla 6]

Se realizó un análisis de correlaciones entre síntomas de TEPT y cada una de las dimensiones de Riesgos Psicosociales en el trabajo, que recoge el cuestionario SUSESO/ISTAS 21, utilizando la prueba de razón producto momento  $r$  de Pearson, obteniéndose las siguientes correlaciones significativas; correlación positiva al nivel de .001 entre las variables TEPT y Exigencias Psicológicas ( $r_{xy}$ : .502 ;  $p$ : .008); correlación positiva al nivel de .001 entre las variables TEPT y Apoyo Social en la Empresa ( $r_{xy}$ : .501;  $p$ : .008); correlación positiva al nivel de .05 entre las variables TEPT y Compensaciones

( $r_{xy}$ : .413;  $p$ : .032); y correlación positiva al nivel de .05 entre las variables TEPT y Doble Presencia ( $r_{xy}$ : .392;  $p$ : .043).

En tanto el análisis de correlaciones entre las variables TEPT y Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades arrojó un error de 32,3%. Lo cual significa que la variable TEPT se comportó de manera independiente de esta dimensión de riesgo psicosocial estudiada.

[Insertar Tabla 6]

## **Discusión**

Del análisis de frecuencia de los resultados se destaca el hecho de haber encontrado, en la muestra, Trastorno de estrés postraumático en una proporción correspondiente con la de la población normal chilena, según Vicente et al. (2002). Esto indica que la muestra del estudio corresponde a población dentro de rangos normales. En principio, este resultado es positivo considerando que la mayoría de estos trabajadores volverán a estar enfrentados a eventos traumáticos en el cumplimiento de su trabajo durante la próxima temporada de incendios forestales, sin embargo el que la muestra estudiada haya presentado características propias de la población normal, para el Trastorno de estrés postraumático, no es correspondiente con lo que la literatura establece para este tipo de población (APA, 2013) (Strohmeier & Scholte, 2015).

Según el DSM-V, existen grupos de riesgo donde los índices de trastorno de estrés postraumático son más altos que en el resto de la población en estos grupos de riesgo se incluyen personas cuya profesión les presenta a un riesgo de exposición traumática elevado, se explicitan ejemplos como la policía, los bomberos, personal médico de emergencia (APA, 2013). Atendiendo a esto, si bien no fue el propósito primero del estudio, era

esperable encontrar índices más altos de TEPT en esta muestra pues se encuentra dentro de los grupos de riesgo de mayor incidencia, que la literatura menciona.

Por lo anterior, una explicación posible es que podría existir un factor que está influyendo en que esta muestra presente rangos normales de TEPT, ésta es el tamizaje que realizan las instituciones cada año tanto a quienes postulan a los cupos de personal transitorio, como también al personal de planta, mediante la aplicación de exámenes de aptitud física y psicológica, así, todos quienes manifestarían sintomatología patológica serían considerados no aptos y marginados de la institución.

Según información pública que consta en Ordinario N°0501 de la Dirección del Trabajo (Dirección del Trabajo, 2015), con fecha 30 de enero de 2015, durante la temporada 2013-2014 se marginó de la institución CONAF a un 3,7% y durante la temporada 2014 – 2015 un 2,7% de personal transitorio que re-postulaba en la región de Valparaíso, estas marginaciones se debieron principalmente a que aquellas personas no cumplieron con las pruebas de aptitud a las cuales fueron sometidos, entre las cuales la psicológica posee una mayor ponderación. Si bien estos datos corresponden a una región en particular, deja de manifiesto un proceso de selección en el cual se filtra a re-postulantes que pudieran estar presentando sintomatología de TEPT u otros trastornos. Se debe considerar que algunos de los síntomas de TEPT pueden aparecer hasta al menos 6 meses después de ocurrido el evento traumático (APA, 2013) y que para el caso del personal transitorio esto podría significar la aparición de síntomas una vez desvinculados de la institución, con el consiguiente costo para el sistema público de salud. El proceso de pruebas de aptitud para la selección de personal transitorio cada año, supone también que dentro de la institución van quedando aquellas personas que poseen más cantidad y/o mejor calidad de herramientas para hacer frente a los acontecimientos que les propone su medioambiente,

como son, mejores estrategias de afrontamiento y redes de apoyo. Considerando que los sujetos que conforman la muestra de este estudio tienen en promedio 14,33 años de experiencia laboral para el grupo total y 4,1 temporadas de experiencia en el grupo de personal transitorio, con un mínimo de 1 y un máximo de 10 temporadas, se puede observar que, de los sujetos que componen la muestra, en su mayoría han sido seleccionados por la institución en más de una ocasión.

Con relación a la frecuencia encontrada de síntomas depresivos en la muestra, la cual es de un 7,4%, destaca el hecho de ser una prevalencia menor a la prevalencia nacional observada por la Encuesta Nacional de Salud 2009-2011 (Minsal, 2017), así como lo observado por Vicente et al. (2002), una explicación posible es el tamizaje realizado de manera anual tanto al personal transitorio como al personal de planta, en el cual las pruebas psicológicas aplicadas tienen una mayor ponderación que las pruebas físicas.

Otra explicación posible es la composición de la muestra, la cual en su mayoría se compone de sujetos de sexo masculino, 26 de 27, siendo menor la prevalencia de depresión en hombres en la población nacional, según Vicente et al. (2002) ésta es de un 10,3%.

Otro aspecto a considerar en este resultado es el reconocimiento social de la actividad desarrollada por los sujetos que componen la muestra, lo cual es un factor protector para la presencia de síntomas depresivos, esto también fue observado por Lima, Assuncao y Barreto (2015) en su estudio de prevalencia de depresión en bomberos de Belo Horizonte, en Brasil, quienes encontraron una prevalencia de 5,5% en los sujetos investigados, por debajo de la prevalencia nacional de 10,4 para ese país.

Con relación a esta explicación cabe hacer notar que dentro de las dimensiones del cuestionario SUCESO/ISTAS 21 aplicado a la muestra de este estudio, la dimensión Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades fue la que presentó menor porcentaje de riesgo

alto, mientras que del análisis por respuestas, la mayor cantidad de respuestas de riesgo nulo se concentraron en la pregunta sobre el sentido e importancia del trabajo que desarrollan, estando esta pregunta directamente relacionada al valor social del trabajo. Del análisis de correlaciones cabe hacer notar que en principio una de las hipótesis del estudio era que algunas de las variables socio-demográficas, principalmente relacionadas a las condiciones contractuales generadoras de inestabilidad laboral para el caso de los trabajadores temporarios, estarían correlacionada con la presencia de síntomas de TEPT, ya que esta variable puede ser considerada como un factor generador de estrés (Jacobson, 1991; Lazarus y Folkman, 1984, citados en Leibovich de Figueroa, Injoke-Ricle y Schufer, 2008), sin embargo los resultados indican que no existe correlación entre estas variables. La correlación entre síntomas de TEPT y síntomas depresivos encontrada en este estudio, está dentro de lo esperado por la alta co-morbilidad de los síntomas de ambos trastornos (Foa, Keane y Friedman, 2000).

En cuanto a las correlaciones encontradas entre síntomas de TEPT con factores de riesgo psicosociales en el trabajo, en cuatro de las cinco dimensiones medidas por el instrumento SUCESO/ISTAS 21, releva la importancia de un adecuado funcionamiento interno en las organizaciones para no aumentar el riesgo de TEPT en sus trabajadores, quienes por el propio ejercicio de sus actividades se encuentran expuestos a eventos traumáticos.

La correlación entre síntomas de TEPT con factores de riesgo psicosociales en el trabajo ha sido escasamente estudiada y documentada. Los estudios que se encuentran respecto de este tema sólo consideran la exposición al trauma en el cumplimiento del trabajo (Vicente et al., 2014), todo indica que no se han realizado estudios acotados y sistemáticos que otorguen un cuerpo teórico claro respecto de los factores de riesgo psicosociales como potenciales



mediadores entre la exposición a un evento traumático y la posterior manifestación de síntomas de TEPT.

La correlación encontrada en este estudio entre las variables, síntomas de TEPT y Factores de riesgo psicosociales en el trabajo, en cuatro de sus cinco dimensiones, se acerca a lo descrito por Thormar et al. (2013, citado en Strohmeier y Scholte, 2015), quien en su investigación con voluntarios de Cruz Roja, describe algunos factores de la organización del trabajo que influirían en la predicción de TEPT y ansiedad, tales como; el acceso a información, acceso a equipos y seguridad. Según lo anterior, aun cuando los factores investigados son disímiles, tienen en común que son factores propios de la organización del trabajo.

Si bien este estudio establece una correlación y no causalidad entre las variables, cabe hacer notar que la exposición a eventos traumáticos es un factor casi imposible de controlar, debido a la propia naturaleza del trabajo que desarrollan los combatientes de incendios forestales, sin embargo la organización del trabajo al interior de las instituciones, que da origen a los factores de riesgo psicosociales, es absolutamente controlable. Las instituciones, sobre todo aquellas que trabajan en desastres, tienen la responsabilidad y obligación de preocuparse por mantener una buena organización del trabajo para prevenir que sus trabajadores estén sometidos a un estrés adicional y permanente que no está relacionado con las fuentes de estrés derivada de eventos no controlables y de esta forma contribuir a evitar la aparición de síntomas de TEPT con posterioridad a la exposición de los trabajadores a un evento traumático.

Considerando los resultados de este estudio, resulta interesante investigar la correlación entre las variables TEPT y Riesgos psicosociales en el trabajo en otros grupos de trabajadores que, por la naturaleza de su trabajo, se ven expuestos a eventos traumáticos.

Con respecto a las limitaciones de este estudio se reconoce principalmente la dificultad para acceder a la muestra y el tamaño de la misma, falta de estudios previos que relacionen los riesgos psicosociales en el trabajo con síntomas de TEPT, falta de investigaciones previas en Chile sobre TEPT en población la cual por el desarrollo de su trabajo está expuesta a eventos traumáticos.

Por último, cabe mencionar que, de lo observado en la aplicación de los cuestionarios a la muestra, en la cercanía con los trabajadores emergencistas, quedó de manifiesto la necesidad de ellos, de contar sus experiencias, de expresar todo su sentir respecto de la labor que realizan, por ello y atendiendo a que un estudio cuantitativo jamás podrá dar cuenta de lo riquísimo y complejo que es el vivenciar del ser humano es que surge la inquietud de explicitar la necesidad de que un estudio de este tipo, pueda recoger las impresiones de los combatientes sobre el evento en particular.

## Referencias

1. Ansoleaga, E., & Toro, J. (2010). *Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera*. Salud de los Trabajadores, Enero-Junio, 7-16. Recuperado el 01/08/2017 desde <http://www.redalyc.org/pdf/3758/375839295002.pdf>
2. Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Acuña, J., & Lewis, G. (2001). *Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates*. The British Journal of Psychiatry, 178, 228-233. Recuperado el 10/08/2017 desde <http://bjp.rcpsych.org/content/178/3/228.full>
3. Asociación Americana de Psiquiatría. (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. American Psychiatric Association.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)*. American Psychiatric Association.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
6. Asociación Chilena de Seguridad (2013). *Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales, Manual de aplicación*. Recuperado el 16 de Julio de 2017 desde: [http://www.achs.cl/portal/Empresas/Documents/Manual\\_Riesgos\\_Psicosociales.pdf](http://www.achs.cl/portal/Empresas/Documents/Manual_Riesgos_Psicosociales.pdf)
7. Carvajal, C. (2002). *Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos*. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 40(Supl. 2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
8. Corporación Nacional Forestal (2017). *Descripción y Efectos Tormenta de Fuego*.

Rescatado el 04/08/2017 desde [http://www.conaf.cl/tormenta\\_de\\_fuego-2017/DESCRIPCION-Y-EFECTOS-TORMENTA-DE-FUEGO-18-ENERO-AL-5-FEBRERO-2017.pdf](http://www.conaf.cl/tormenta_de_fuego-2017/DESCRIPCION-Y-EFECTOS-TORMENTA-DE-FUEGO-18-ENERO-AL-5-FEBRERO-2017.pdf)

9. Dirección del Trabajo (2016). Ordinario N° 0501
10. Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). *Guidelines for treatment of PTSD*. *Journal of traumatic stress*, 13(4), 539-588. Recuperado el 03/08/2017 desde [http://www.nctsn.org/nctsn\\_assets/Articles/59.pdf](http://www.nctsn.org/nctsn_assets/Articles/59.pdf)
11. Gallego, C. F. (2004). *Cálculo del tamaño de la muestra*. *Matronas profesión*, 5(18), 5-13. Recuperado el 5/08/2017 desde <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol5n18pag5-13.pdf>
12. González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. Recuperado el 24/05/2017 desde [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo\\_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf)
13. Guerra, C., Martínez, P., Ahumada, C., & Díaz, M. (2013). *Análisis psicométrico preliminar de la Escala de Trauma de Davidson en adolescentes chilenos*. *Summa psicológica UST (En línea)*, 10(2), 41-48. Recuperado el 16/04/2017 desde [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-448x2013000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000200004)
14. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ª Ed.). México: McGraw - Hill Latinoamericana Editores S.A.
15. Hurrell, J. Murphy, L., Sauter, S. & Levi, L. (2001). *Salud mental*. En OIT & Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-España, *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Recuperado el 4/08/2017 desde

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/sumario.pdf>

16. Leibovich de Figueroa, N., Injoke-Rivle, I. & Schufer, M. (2008). *Evaluación de la inestabilidad laboral como estresor psicosocial en el trabajo*. Anuario de Investigaciones, XV, 297-303. Recuperado el 20/08/2017 desde <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139944029>
17. Lima, E., Assunção, A., & Barreto, S. (2015). *Prevalência de depressão em bombeiros*. Cadernos de Saúde Pública, 31(4), 733-743. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00053414>
18. Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M. (2008). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos*. Terapia psicológica, 26(1), 59-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>
19. Ministerio de Salud (2017). *Para el tratamiento de la Depresión en personas de quince años: Actualización en psicoterapia*. Guías Clínicas Auge.
20. OIT, OMS (1984). *Identificación de los factores psicosociales nocivos en el trabajo*. Ginebra. Informe del comité mixto OIT/OMS de Medicina del trabajo. Novena reunión. Recuperado el 5/08/2017 desde [http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09\\_301\\_span.pdf](http://staging.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_span.pdf)
21. ONEMI; Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2016). *Plan Estratégico Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres 2015-2018*, Recuperado el 16 de Julio de 2017 desde: [http://siac.onemi.gob.cl/documentos/PLAN ESTRATEGICO\\_BAJA.pdf](http://siac.onemi.gob.cl/documentos/PLAN ESTRATEGICO_BAJA.pdf)
22. Pérez Benítez, C. I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S., &

- Rioseco, P. (2009). *Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile*. *Salud mental*, 32(2), 145-153. Consultado el 25/05/2017 desde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990643/>
23. Rabolini, N. M. (2009). *Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa*. *Revista argentina de humanidades y ciencias sociales*, 2. Recuperado el 5/08/2017 desde [http://www.sai.com.ar/metodologia/rahycs/rahycs\\_v7\\_n2\\_06.htm](http://www.sai.com.ar/metodologia/rahycs/rahycs_v7_n2_06.htm)
24. Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C y García-Vera, M. *Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del “Inventario de Depresión de Beck-II” (BDII)*. Recuperado el 16 de julio de 2017 desde <http://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf>
25. Superintendencia de Seguridad Social (2016) *Manual del Método del Cuestionario SUSES/ISTAS21* Versiones completa y breve. Recuperado el 07/07/2017 desde: [http://www.suseso.cl/606/articles-19640\\_archivo\\_03.pdf](http://www.suseso.cl/606/articles-19640_archivo_03.pdf)
26. Strohmeier, H. & Scholte, W. (2015). *Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: a systematic review of the literature*. *European Journal of Psychotraumatology*, 6 (s,n). Recuperado el 16 de Julio de 2017 desde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4654769/>
27. Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, J. C., Medellín, A., Rojas, G., & Krause, M. (2017). *Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población chilena*. *Revista médica de Chile*, 145(8), 1005-1012. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801005>
28. Vicente, M., Torres, J., Ramírez, M., Terradillos, M., López, A. & Aguilar, E. (2014).

*Trastorno de estrés postraumático y trabajo. Criterios de valoración en incapacidad y discapacidad.* Asociación Nacional de Médicos Forenses. Rescatado el 13/08/2017 desde <http://m.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-trastorno-estres-postraumatico-trabajo-criterios-S0377473214000157#bib0105>

28. Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., & Torres, S. (2002). *Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP)*. Revista Médica de Chile, 130, 527-536. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000500007>
29. Vieco, G. & Abello, R. (2014). *Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo.* Psicología desde el Caribe, Mayo-Agosto, 354-385.  
Recuperado el 3/08/2017 desde <http://www.redalyc.org/html/213/21331836004/>

## **ANEXOS**



**TABLA N°1:** Frecuencia de Variables Socio demográficas en la muestra.

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
21 – 30	7	25.9
<b>31 - 40</b>	<b>8</b>	<b>29.6</b>
41 - 50	6	22.2
51 – 60	1	3.7
61 - 68	5	18.5
Total	27	100
<b><i>Sexo</i></b>		
<b>Hombre</b>	<b>26</b>	<b>96.3</b>
Mujer	1	3.7
Total	27	100
<b><i>Estado Civil</i></b>		
<b>Casado(a)</b>	<b>14</b>	<b>51.9</b>
Soltero(a)	9	33.3
Conviviente	2	7.4
Divorciado(a)	2	7.4
Total	27	100
<b><i>Región de Residencia</i></b>		
Valparaíso	1	3.7
<b>El Maule</b>	<b>14</b>	<b>51.9</b>
Los Lagos	12	44.4
Total	27	100
<b><i>Residencia</i></b>		
<b>Urbana</b>	<b>22</b>	<b>81.5</b>
Rural	5	18.5
Total	27	100
<b><i>Nivel de Escolaridad</i></b>		
Enseñanza media incompleta	1	3.7
<b>Enseñanza media completa</b>	<b>13</b>	<b>48.1</b>
Enseñanza Técnico Superior	6	22.2
Enseñanza Superior Universitaria	7	25.9
Total	27	100
<b><i>Jefatura de Hogar</i></b>		
<b>Si</b>	<b>18</b>	<b>66.7</b>
No	9	33.3
Total	27	100
<b><i>Situación Laboral Actual</i></b>		
<b>Ocupado</b>	<b>22</b>	<b>81.5</b>
Ocupado precario (esporádico/ informal)	3	11.1
Desempleado o cesante	2	7.4
Total	27	100

**TABLA N°2:** Frecuencia de Variables Socio demográficas relacionadas a situación dentro de la organización.

<i>Situación contractual</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Contrato indefinido	12	44.4
Contrato a plazo o por faena	15	<b>55.6</b>
Total	27	100
<b><i>Años de experiencia (temporadas)</i></b>		
<b>1 – 5</b>	<b>10</b>	<b>37</b>
6 – 11	6	22.2
12 – 20	3	11.1
20 o más	8	29.6
Total	27	100
<b><i>Acceso a capacitación específica</i></b>		
<b>Si</b>	<b>24</b>	<b>88.9</b>
No	3	11.1
Total	27	100
<b><i>Horas de capacitación</i></b>		
<b>0 – 120</b>	<b>12</b>	<b>44.4</b>
121 – 300	7	25.9
301 – 760	4	14.8
1200 o más	4	14.8
Total	27	100
<b><i>Experiencia en situaciones similares</i></b>		
<b>Si</b>	<b>19</b>	<b>70.4</b>
No	8	29.6
Total	27	100
<b><i>Acceso a programas apoyo psicológico</i></b>		
Si	3	11.1
<b>No</b>	<b>24</b>	<b>88.9</b>
Total	27	100

**TABLA N°3:** Frecuencia Trastorno de Estrés Postraumático en la muestra.

<i>Trastorno de Estrés Postraumático</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Con TEPT	1	3.7
<b>Sin TEPT</b>	<b>26</b>	<b>96.3</b>
Total	27	100

**TABLA N°4:** Frecuencia Sintomatología Depresiva en la muestra.

<i>Sintomatología Depresiva</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Depresión mínima</b>	<b>25</b>	<b>92.6</b>
Depresión Leve	2	7.4
Total	27	100

**TABLA N°5:** Frecuencia de Riesgos Psicosociales en el trabajo en la muestra.

<i>Riesgos Psicosociales en el Trabajo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<b><i>Exigencias Psicológicas</i></b>		
<b>Riesgo Bajo</b>	<b>13</b>	<b>48.1</b>
Riesgo Medio	8	29.6
Riesgo Alto	6	22.2
Total	27	100
<b><i>Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades</i></b>		
<b>Riesgo Bajo</b>	<b>15</b>	<b>55.6</b>
Riesgo Medio	10	3.7
Riesgo Alto	2	7.4
Total	27	100
<b><i>Apoyo Social en la Empresa y Calidad de Liderazgo</i></b>		
Riesgo Bajo	9	33.3
<b>Riesgo Medio</b>	<b>12</b>	<b>44.4</b>
Riesgo Alto	6	22.2
Total	27	100
<b><i>Compensaciones</i></b>		
Riesgo Bajo	9	33.3
<b>Riesgo Medio</b>	<b>11</b>	<b>40.7</b>
Riesgo Alto	7	25.9
Total	27	100
<b><i>Doble Presencia</i></b>		
Riesgo Bajo	5	18.5
<b>Riesgo Medio</b>	<b>13</b>	<b>48.1</b>
Riesgo Alto	9	33.3
Total	27	100

**TABLA N°6:** Correlación entre Síntomas de TEPT y Sintomatología Depresiva.

<b>Síntomas de TEPT</b>		<b>Sintomatología Depresiva</b>
	Correlación Pearson	<b>0,671**</b>
	Sig. (Bilateral)	<b>0.000</b>
	N	27

**TABLA N°7:** Correlación entre Síntomas de TEPT y Factores de Riesgo Psicosocial en el trabajo.

<b>Factores de Riesgo Psicosocial</b>		<b>Síntomas de TEPT</b>
<b>Exigencias Psicológicas en el trabajo</b>	Correlación Pearson	<b>0.502**</b>
	Sig. (Bilateral)	<b>0.008</b>
	N	27
<b>Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades</b>	Correlación Pearson	<b>0.198</b>
	Sig. (Bilateral)	<b>0.323</b>
	N	27
<b>Apoyo Social en la Empresa</b>	Correlación Pearson	<b>0.501**</b>
	Sig. (Bilateral)	<b>0.008</b>
	N	27
<b>Compensaciones</b>	Correlación Pearson	<b>0.413*</b>
	Sig. (Bilateral)	<b>0.032</b>
	N	27
<b>Doble Presencia</b>	Correlación Pearson	<b>0.392*</b>
	Sig. (Bilateral)	<b>0.043</b>
	N	27

Instrumentos:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado a participar en la investigación de Síntomas de Estrés Post Traumático en Trabajadores humanitarios de emergencia. Entiendo que responderé cuestionarios en la presencia de un investigador. He sido informado de que no hay riesgos para mi persona. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará más allá de los gastos de traslado si los hubiera.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Día/mes/año

## Cuestionario Socio Demográfico

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ (hombre/mujer)

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estadocivil: \_\_\_\_\_ (casado/soltero/convi  
viente/separado/divorciado/viudo)

<b>Hasta que año educacional llegó</b>				
<b>Comuna en la cual reside</b>				
<b>Su residencia se ubica en sector urbano o rural?</b>				
<b>Situación laboral actual</b>				
Ocupado	Ocupado precario (trabajo esporádico o informal)	Desempleado	Pensionado	5 Otro, describa
<b>¿Es usted Jefe de Hogar?</b>	SI	NO		
<b>¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?</b>	Nº			
<b>Al momento de trabajar en los incendios, ¿en qué institución trabajaba?</b>				
<b>¿Cuántos años de experiencia tiene trabajando para esa institución?</b>				
<b>Al momento de trabajar en los incendios, ¿cuál era su situación laboral?</b>				
Contrato indefinido	Contrato a plazo o por faena	Honorarios	Otros (Describa)	
<b>Al momento de trabajar en los incendios, ¿Se había enfrentado antes a situaciones de emergencia similares?</b>	Si	NO		
<b>Al momento de trabajar en los incendios, ¿había accedido a capacitación otorgada por la institución para la cual trabaja o trabajaba?</b>	SI	NO		
<b>A la fecha del incendio, ¿Cuántas horas de capacitación relacionadas al combate de incendios había tenido?</b>				
<b>Al momento de trabajar en los incendios, ¿contaba usted con</b>	SI	NO		

<b>sistema previsional y de salud?</b>				
<b>En caso de haber respondido SI, identifique cual:</b>				
<b>Previsión:</b>	AFP	OTROdescriba		
<b>Salud:</b>	ISAPRE	FONASA	OTRO	
<b>Al momento de trabajar en los incendios, la institución puso a su disposición algún programa o mecanismo de apoyo de atención psicológica:</b>	SI, ¿Cuál	NO		
<b>En caso de existir un programa o mecanismo de apoyo de atención psicológica, ¿fue utilizado por usted?</b>	SI	NO		

# Escala de Trauma de Davidson (DTS)

## Respecto del trauma (incendios verano de 2017)

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante **la última semana**. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

		Frecuencia	Gravedad
1	¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?		
2	¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?		
3	¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?		
4	¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?		
5	¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)		
6	¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?		
7	¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?		
8	¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?		
9	¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?		
10	¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?		
11	¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?		
12	¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?		
13	¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?		
14	¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?		
15	¿Ha tenido dificultades de concentración?		
16	¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido “en guardia”?		
17	¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?		



### **CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)**

Este inventario tiene varios grupos de afirmaciones. Por favor lea cada grupo cuidadosamente. Marque con una x la afirmación que en cada grupo describa mejor la forma en que usted se sintió la semana pasada incluyendo el día de hoy. Si usted encuentra que en un grupo hay varias afirmaciones que lo (a) describa(n) de igual forma, haga un círculo en cada uno de ellas. Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir su respuesta.

1.		
	No me siento triste.	
	Me siento triste.	
	Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.	
	Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.	
2		
	No me siento especialmente desanimado ante el futuro.	
	Me siento desanimado con respecto al futuro.	
	Siento que no tengo nada que esperar.	
	Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.	
3		
	No creo que sea un fracaso.	
	Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.	
	Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.	
	Creo que soy un fracaso absoluto como persona.	
4		
	.Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.	
	No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.	
	Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.	
	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	
5		
	No me siento especialmente culpable.	
	No me siento culpable una buena parte del tiempo.	
	Me siento culpable casi siempre.	

	Me siento culpable siempre.	
6		
	No creo que esté siendo castigado.	
	Creo que puedo ser castigado.	
	Espero ser castigado.	
	Creo que estoy siendo castigado.	
7		
	No me siento decepcionado de mi mismo.	
	me siento decepcionado de mi mismo.	
	Estoy disgustado conmigo mismo.	
	Me odio a mi mismo	
8		
	No creo ser peor que los demás.	
	Me critico por mis debilidades o errores.	
	Me culpo siempre por mis errores.	
	Me culpo de todo lo malo que sucede.	
9		
	No pienso en matarme.	
	Pienso en matarme, pero no lo haría.	
	Me gustaría matarme.	
	Me mataría si tuviera la oportunidad.	
10		
	No lloro más de lo de costumbre.	
	Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.	
	Ahora lloro todo el tiempo	
	Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.	
11		
	Las cosas no me irritan más que de costumbre.	

	Las cosas me irritan más que de costumbre	
	Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.	
	Ahora me siento irritado todo el tiempo	
12		
	No he perdido el interés por otras cosas.	
	Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.	
	He perdido casi todo el interés por otras personas.	
	He perdido todo mi interés por otras personas.	
13		
	Tomo decisiones casi siempre.	
	Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.	
	Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.	
	Ya no puedo tomar decisiones.	
14		
	No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre	
	Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.	
	Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.	
	Creo que me veo feo.	
15		
	.Puedo trabajar tan bien como antes.	
	Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.	
	Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.	
	No puedo trabajar en absoluto.	
16		
	Puedo dormir tan bien como antes.	
	No puedo dormir tan bien como solía.	
	Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.	
	Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.	

17		
	No me canso más que de costumbre.	
	Me canso más fácilmente que de costumbre.	
	Me canso sin hacer nada.	
	Estoy demasiado cansado como para hacer algo.	
18		
	Mi apetito no es peor que de costumbre.	
	Mi apetito no es tan bueno como solía ser.	
	Mi apetito está mucho peor ahora.	
	Ya no tengo apetito.	
19		
	No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.	
	He rebajado más de dos kilos y medio.	
	He rebajado más de cinco kilos.	
	He rebajado más de siete kilos y medio.	
20		
	No me preocupo por mi salud más que de costumbre.	
	Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.	
	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.	
	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa	
21		
	No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.	
	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.	
	Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.	
	He perdido por completo el interés en el sexo.	

## Cuestionario SUSESO/ISTAS21

Se presenta a continuación la Versión Corta de la encuesta estandarizada y validada para Chile SUSESO-ISTAS 21. Este cuestionario incluye 20 preguntas que cubren el mayor espectro posible de la diversidad de riesgos psicosociales del mundo del empleo actual. Le recordamos la confidencialidad de sus respuestas durante todo el proceso de aplicación y análisis. Por favor, elija una sola respuesta para cada pregunta.

Recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Lo que interesa es su opinión sobre los contenidos y exigencias de su trabajo. Muchas gracias.

N°	<b>MARQUE CON UNA "X" LA OPCIÓN QUE MÁS LO REPRESENTA</b>					
<b>Las siguientes preguntas corresponden a la dimensión "Exigencias Psicológicas"</b>		<b>Siempre</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Sólo unas pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
1	¿Puede hacer su trabajo con tranquilidad y tenerlo al día?					
2	En su trabajo, ¿tiene usted que tomar decisiones difíciles?					
3	En general, ¿considera usted que su trabajo le produce desgaste emocional?					
4	En su trabajo, ¿tiene usted que guardar sus emociones y no expresarlas?					
5	¿Su trabajo requiere atención constante?					
<b>Las siguientes preguntas corresponden a la dimensión "Trabajo Activo y Desarrollo de habilidades"</b>		<b>Siempre</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Sólo unas pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
6	¿Tiene influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?					
7	¿Puede dejar su trabajo un momento para conversar con un compañero o compañera?					
8	¿Su trabajo permite que aprenda cosas nuevas?					
9	Las tareas que hace, ¿le parecen importantes?					
10	¿Siente que su empresa tiene una gran importancia para usted?					
<b>Las siguientes preguntas corresponden a la dimensión "Apoyo Social en la Empresa y Calidad de Liderazgo"</b>		<b>Siempre</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Sólo unas pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
11	¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?					
12	¿Tiene que hacer tareas que usted cree que deberían hacerse de otra manera?					
13	¿Recibe ayuda y apoyo de su inmediato o inmediata superior?					
14	Entre compañeros y compañeras, ¿se ayudan en el trabajo?					
15	Sus jefes inmediatos, ¿resuelven bien los conflictos?					
<b>Las siguientes preguntas corresponden a la dimensión "Compensaciones"</b>		<b>Siempre</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Sólo unas pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
16	¿Está preocupado por si le despiden o no le renuevan el contrato?					
17	¿Está preocupado por si le cambian de tareas contra su voluntad?					
18	Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco					
<b>Las siguientes preguntas corresponden a la dimensión "Doble Presencia"</b>		<b>Siempre</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Sólo unas pocas veces</b>	<b>Nunca</b>
19	Si está ausente un día de casa, las tareas domésticas que realiza, ¿se quedan sin hacer?					
20	Cuándo está en el trabajo, ¿piensa en las exigencias domésticas y familiares?					