

Estrés Traumático Secundario en psicólogos clínicos del Colegio de Psicólogos de Guatemala que realizaron ciberterapia durante la pandemia de COVID-19

Ilanthe A. Cocom Guerra¹

Resumen

El confinamiento que se observa a raíz de la pandemia del COVID-19, es un tema que debe ser investigado debido a su efecto en la sociedad. El impacto emocional y psicológico experimentado por los profesionales los coloca en una situación de vulnerabilidad y riesgo, por la cual podrían desarrollar un trauma en el futuro. Así entonces, el objetivo de la presente investigación fue conocer, en una muestra de psicólogos clínicos del Colegio de Psicólogos de Guatemala que realizaron ciberterapia en Guatemala durante la pandemia de COVID-19 en 2020, la proporción que sufre estrés traumático secundario como consecuencia. También se contempló determinar en ellos la subescala (síntomas de evitación, excitación o intrusión). Se estudió una muestra de 65 sujetos que fueron evaluados según la escala de estrés secundario de Bride (Secondary Stress Scale). Se observó que poco más de la mitad de los sujetos evaluados sufrían estrés traumático secundario pequeño o nulo, 32 para un 52 %; en 24 % fue leve; moderado en 8% y en 16 % fue alto o grave (10 sujetos, 5 en cada nivel). También se evaluó la sintomatología que presentaron con respecto a la subescala de estrés en cada nivel. Se concluyó que la mayoría de los psicólogos no presentaron estrés traumático secundario a su labor o este fue leve y que, en orden de frecuencia, en la mayoría, los síntomas fueron de evitación, seguida de excitación y con menor frecuencia de intrusión. Con estos resultados podemos considerar que los psicólogos clínicos del Colegio de Psicólogos de Guatemala que realizaron ciberterapia en el año 2020 durante la pandemia de COVID-19, manejan de manera adecuada su propia salud mental, de ese modo evitando el estrés traumático secundario.

Palabras clave

Estrés traumático secundario, psicólogos clínicos, ciberterapia, pandemia de COVID-19, trauma, confinamiento.

Citar como: Cocom Guerra IA. Estrés Traumático Secundario en psicólogos clínicos del Colegio de Psicólogos de Guatemala que realizan ciberterapia durante la pandemia de COVID-19. *BJM* 2021; 10 (2): 27-32

■ INTRODUCCIÓN

Un autor destacado en el tema de estrés traumático secundario (ETS) es Figley. (1) Este define en 1983 el término como las emociones y conductas que resultan al enterarse de un evento traumático experimentado por otra persona. Como se puede observar, estar inmerso o tratar un tema específico de trauma constantemente puede provocar

que una persona desarrolle estrés traumático secundario. (2)

Un hecho trascendental para la salud mundial ha sido la pandemia que inició a finales del año 2019. Según la Organización Mundial de la Salud (2020), “la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notifica un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad. Posteriormente se determina que están causados por un nuevo coronavirus.” Ahora bien, para el 30 de enero del año 2020, la epidemia de COVID-19 fue declarada una

1. Licenciada en Psicología. Facultad de Humanidades, Universidad Da Vinci de Guatemala

Correo electrónico: guerra.cocom@gmail.com

emergencia de salud pública de preocupación internacional por la Organización Panamericana de la Salud (2020) y se reconocía como una pandemia en marzo el propio año. (3,4)

Debido a esta emergencia de salud pública, los gobiernos de cada país han tomado medidas drásticas de distanciamiento social, derivado de ello las actividades sociales, recreativas, religiosas, atención médica, atención clínica, entre otras actividades de dominio público, han tenido que ser adaptadas a las medidas de seguridad sanitaria recomendadas por cada país. (5) Los psicólogos clínicos del Colegio de Psicólogos de Guatemala, se han visto en la necesidad de modificar la modalidad de impartir terapias psicológicas presenciales y utilizar los recursos virtuales. La utilización de esta modalidad, no era frecuente en la práctica de estos profesionales antes de la pandemia de COVID-19. (2,3) Para fines de esta investigación es necesario indagar en los aspectos que rodean el uso de terapias en línea.

Soto-Pérez y colaboradores (6) revisan las ciberterapias y la justificación de su uso en psicología clínica. Compararon la efectividad de la ciberterapia con las intervenciones tradicionales y el análisis de costos. Finalmente, hacen algunas consideraciones previas que se deben tomar en cuenta al momento de impartir ciberterapias, que son: entrenamiento profesional, educación del usuario y obtención del consentimiento informado, los aspectos éticos y legales, las adaptaciones de las psicotecnologías y las adaptaciones de las técnicas psicoterapéuticas.

Luego de analizar el contexto en el marco de la pandemia del COVID-19, en el que se encuentran los psicólogos clínicos del Colegio de Psicólogos de Guatemala, en su mayoría, obligados a trabajar con esta nueva modalidad, es necesario realizar investigaciones, pues las circunstancias que experimentan son nuevas y no han sido estudiadas o medidas. Como se puede evidenciar, en estudios anteriores, el confinamiento debido a una pandemia puede generar un alto riesgo para desarrollar un trastorno de estrés. (5) Según la Asociación Americana de Psiquiatría, (2) en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, se menciona que un criterio para el trastorno por estrés postraumático (TEPT) es sufrir de un “malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s)”.

Moreno-Jiménez y colaboradores (7), mencionan que la sintomatología del estrés traumático secundario se divide en cuatro aspectos:

1. Reacciones cognitivas: sueños y pesadillas recurrentes sobre el desastre; problemas de concentración; recuerdos de cosas; cuestionamiento de creencias espirituales; pensamientos de amor insistentes hacia alguien que murió en el desastre.
2. Reacciones emocionales: sentimientos de paralización

ausencia o dispersión; miedo y ansiedad ante eventos sonidos u olores que recuerdan al desastre; sentimientos de falta de gozo en actividades cotidianas; estado de depresión la mayor parte del tiempo; ira o irritabilidad intensa; sensación de vacío o desesperanza hacia el futuro.

3. Reacciones motoras: sobreprotección en la seguridad propia y la de su familia; auto aislamiento; hipervigilancia; problemas de sueño; evitar todo aquello que le recuerde el desastre; tener conflictos progresivos con los miembros de la familia; mantenerse excesivamente ocupado para evitar pensar acerca de lo sucedido; estar sensible o lloroso sin razón aparente.

4. Reacciones somáticas: insomnio; dolores de cabeza; malestar estomacal; tensiones musculares; aceleración del ritmo cardíaco; temperatura corporal fluctuante.

Se ha mostrado que las terapias psicológicas en línea o ciberterapias pueden ser útiles para llegar a poblaciones nuevas y proveer herramientas alternativas para el tratamiento de pacientes. A pesar de esto, se cuestiona la confiabilidad, confidencialidad y eficacia de los tratamientos debido a la falta de legislación para regirla. (6,7)

Mallen (8) define la ciberterapia en línea como la realización de terapia de salud mental a través de internet, por medio de correo electrónico, comunicación en tiempo real y/o videoconferencia. Escalante (9) llegó a la conclusión de que el tratamiento en línea es una “opción viable y que tiene el potencial de tratar un gran número de individuos de una manera efectiva”. Resalta la importancia de realizar más investigaciones con respecto al tema para evaluar la confiabilidad, confidencialidad y eficacia de los tratamientos realizados con esta modalidad.

En el presente estudio nos propusimos conocer qué proporción de los psicólogos clínicos que realizaron ciberterapia durante la pandemia de COVID-19 padecen EST, y determinar la subescala del mismo.

■ MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO

Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo (no-experimental).

PARTICIPANTES

La muestra estudiada estuvo constituida por 65 psicólogos clínicos sin distinción de género, con número de colegiado activo en el Colegio de Psicólogos de Guatemala, que hubieran realizado ciberterapia durante la pandemia de la COVID-19 en el año 2020. El tipo de muestreo fue no probabilístico (10). Para evaluar a los sujetos se utilizó la escala de estrés secundario de Bride (Secondary Traumatic Stress Scale, STSS) (1) (ver Apéndice). Esta escala evalúa la frecuencia de los síntomas del estrés traumático secundario en cuidadores profesionales. Los encuestados indican en una escala Likert de 5 puntos con qué frecuencia

experimentaron cada uno de los 17 síntomas de estrés traumático secundario durante la última semana. Los 17 puntos están organizados en tres subescalas: intrusión, evitación y excitación. El puntaje total de la escala se calcula sumando los puntajes de los ítems, con un puntaje más alto que indica una mayor frecuencia de síntomas. Un puntaje total inferior a 28 corresponde a “estrés traumático secundario pequeño o nulo”, un puntaje entre 28 y 37 significa “estrés traumático secundario leve”, entre 38 y 43 “estrés traumático secundario moderado”, entre 44 y 48 “estrés traumático secundario alto”, y más allá de 49 “estrés traumático secundario grave”.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se analizaron por estadísticas de fiabilidad utilizando el coeficiente alfa para evaluar la consistencia interna.

Para determinar la normalidad se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (10)

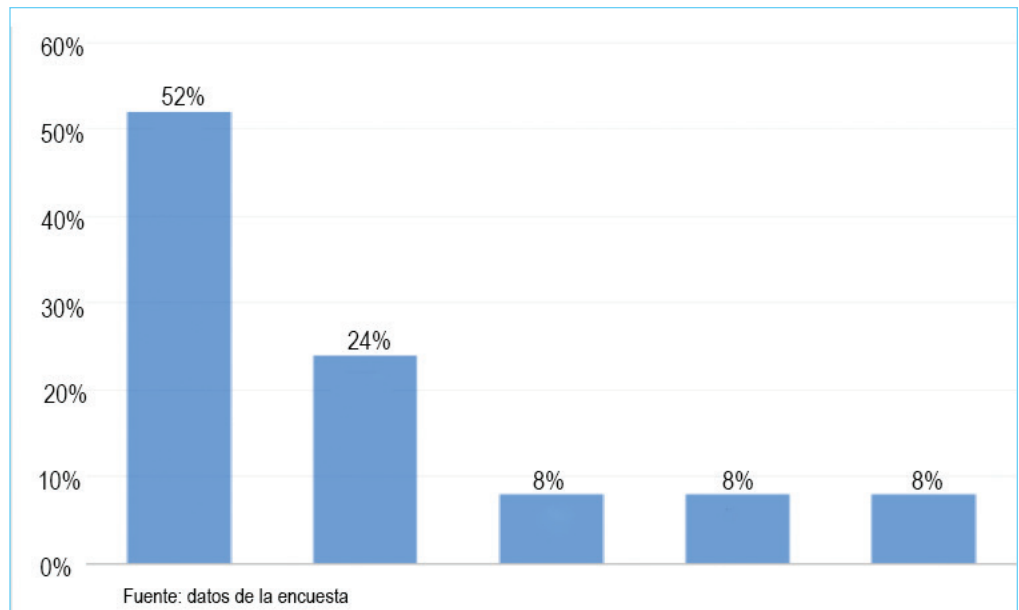
CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debido a la pandemia, fue necesario utilizar nuevos métodos para adquirir la información; por lo que se utilizó una encuesta en línea realizada a través de Google Forms, en la cual se incluye un apartado de consentimiento informado donde el entrevistado autoriza que los datos recolectados sean utilizados para fines propios de la investigación, así como para que pueda brindar su número de colegiado para verificar su autenticidad, siempre garantizando la confidencialidad de sus datos personales.

Así también, se proporcionó a los participantes de la investigación un documento que contiene información pertinente y recomendaciones relacionadas con la salud mental en tiempos de la pandemia COVID-19, el cual fue diseñado por la autora de la presente investigación.

■ RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como se observa en la figura 1, la mayor parte de la población presenta pequeños o nulos (52%) síntomas de ETS, el cual corresponde a 34 sujetos de la muestra; lo que



Gráfica 1 Proporciones de ETS en la muestra de psicólogos clínicos según la puntuación en la escala de Bride

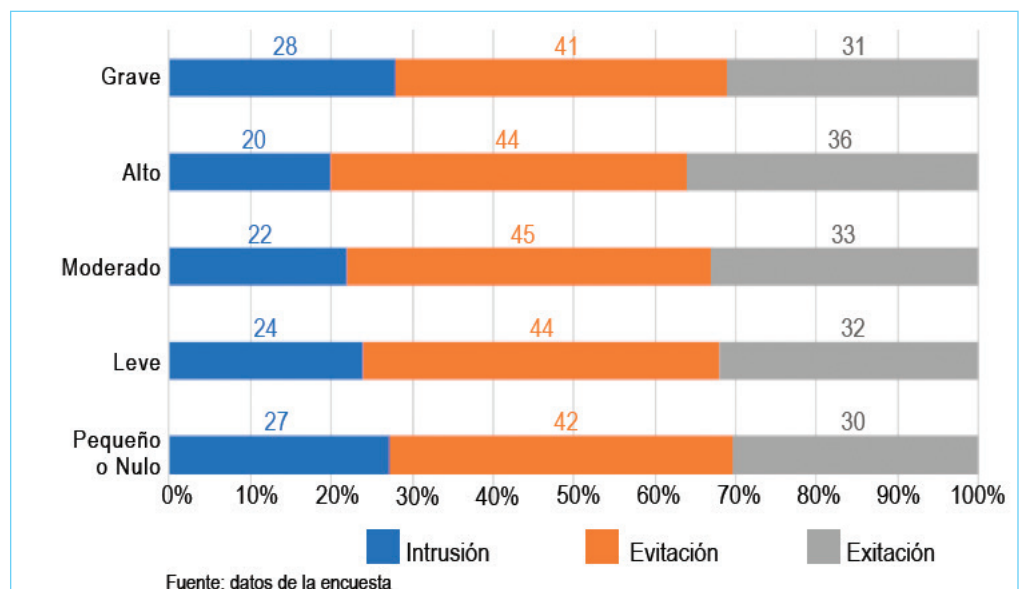


Gráfico 2 Puntuación de cada síntoma en los diferentes niveles de EST según la escala de Bride

significa que estos sujetos a pesar del contenido de su trabajo diario al tratar con la psiquis humana no desarrollaron estrés traumático secundario. Por otra parte, el 24% presentaban síntomas leves lo que corresponde a 16 sujetos, lo que significa que a pesar de no ser diagnosticados con estrés traumático leve podían presentar algunos de los síntomas de intrusión, evitación y excitación. Desarrollaron síntomas de ETS moderados, altos y severos un 8% en cada uno de estos grupos (5 sujetos en cada uno).

En cuanto a la presentación de síntomas específicos en cada grupo, se puede observar que en la mayoría de los psicólogos clínicos estudiados, de cualquier nivel de estrés, presentan síntomas de evitación (41–45%), seguida de la excitación y por último la intrusión.

En el caso del presente estudio la fiabilidad según el coeficiente alfa es 0.930. Un nivel alfa de al menos 80 es suficiente para la mayoría de los propósitos, Esto entonces lleva a afirmar que la consistencia interna del estudio está en niveles adecuados. La prueba de Kolmogorov-Smirnov permite comprobar que la muestra utilizada en el presente estudio se encuentra dentro de los rangos de normalidad.

La principal limitación de este estudio es el pequeño tamaño de la muestra. No se tienen en cuenta otros factores que pudieran influir, como la frecuencia de la atención al paciente y su duración. Otros factores externos como el exceso de pacientes, las condiciones en que se desempeña el psicólogo clínico, etc. tampoco pudieron ser valorados, por lo que es necesario valorar el peso de los mismos. También sería importante separar el trauma vicario que pudiera enmascarar el trauma de estrés secundario.

Lozano-Vargas (11) ejecutó un estudio sobre el impacto de la epidemia de COVID-19 en la salud mental del personal de salud y en la población en general de China. Se observó que el personal de salud puede llegar a experimentar problemas de salud mental como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. Basado en esto recomendó que en Perú se formaran equipos de salud mental de intervención en crisis, el uso de plataformas digitales, comunicación online y la utilización de instrumentos psicométricos breves. Similares resultados reportaron Johnson y colaboradores (12) en Argentina y Huarcaya y colaboradores (13) en Perú.

Para estudios futuros se pudieran tener en cuenta los resultados de Creamer y Liddle. (14) Ellos examinaron las relaciones entre los síntomas de estrés traumático secundario y las características del terapeuta, y las variables de asignación en 81 trabajadores de salud mental, quienes trabajaban con casos de trauma provocado por los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001. El ETS fue mayor cuando estuvo asociado con variables del terapeuta, como que atendía una mayor cantidad de casos, tenía menos experiencia profesional y menor edad. El género del terapeuta y el historial de trauma personal no se relacionaron significativamente con el ETS. Las variables de asignación asociadas con un ETS más alto incluyeron: mayor duración de la asignación y más tiempo pasado con niños, bomberos (que sufrieron grandes pérdidas en la tragedia) o pacientes que discutieron material mórbido.

Otra cuestión importante a tener en cuenta es la diferenciación entre el estrés traumático secundario, el trauma vicario y el agotamiento que también sufren estos trabajadores. Devilly, Wright y Varker (15) determinaron que los estresores relacionados directamente con el trabajo predecían mejor la angustia del terapeuta, que la exposición al material traumático de los pacientes.

Por otro lado, Cieslak y colaboradores (16) evaluaron la

prevalencia del estrés traumático secundario entre los proveedores de salud mental que trabajan con pacientes militares. La prevalencia del ETS fue del 19,2%. El historial personal de trauma, las quejas por tener demasiados pacientes y las evaluaciones más negativas del impacto causado por una exposición indirecta al trauma se asociaron con una mayor frecuencia de síntomas de estrés traumático secundario.

■ CONCLUSIONES

Se concluyó que la mayoría de los psicólogos no presentaron estrés traumático secundario ciberterapia durante la pandemia de COVID-19 en 2020 o este fue pequeño o leve y que en su mayoría los síntomas fueron de evitación, seguida de excitación y con menor frecuencia la intrusión.

Con estos resultados podemos considerar que los psicólogos clínicos del Colegio de Psicólogos de Guatemala que realizaron ciberterapia en el año 2020 durante la pandemia de COVID-19, manejan de manera adecuada su propia salud mental, de ese modo evitando el estrés traumático secundario.

Secondary Traumatic Stress in Clinical Psychologists registered in the College of Psychologists of Guatemala who performed cyber therapy during the COVID-19 pandemic

Abstract

The confinement observed as a result of the COVID-19 pandemic is an issue that must be investigated due to the impact it has caused on society. The emotional and psychological impact that professionals experience places them in a situation of vulnerability and risk, for which they could develop trauma in the future. Thus, the objective of this research was to determine, in a sample of clinical psychologists registered in the College of Psychologists of Guatemala that performed cyber therapy in Guatemala during the COVID-19 pandemic in 2020, the proportion who suffered secondary traumatic stress as a consequence. The subscale (symptoms of avoidance, arousal or intrusion) was also studied. A sample of 65 subjects was studied and evaluated according to the Bride Secondary Stress Scale. It was determined that a few more than half of the evaluated subjects suffered slight or no secondary traumatic stress (32 accounting 52%); 24% had mild stress; 8% moderate stress (5 subjects) and in 16% (10 subjects, 5 at each level) the stress was high or severe. The symptomatology regarding the stress subscale at each level was also evaluated. The conclusions were that the majority of the psychologists evaluated did not present secondary traumatic stress or it was slight or mild and that most of the symptoms were of avoidance, followed by arousal and, less frequently, intrusion. With these results, we can consider that the clinical psychologists of the College of Psychologists of Guatemala who performed cyber therapy in 2020 during the COVID-19 pandemic, adequately manage their own mental health, thereby avoiding secondary traumatic stress.

Keywords

Secondary traumatic stress, clinical psychologists, cyber therapy, COVID-19 pandemic, trauma, confinement.

■ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR. Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Res Social Work Practice* [Internet]. 2004 [Consultado 20 Jul 2021];14(1):27-35. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049731503254106>

2. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 5ª ed. Washington DC; 2014.

3. Organización Mundial de la Salud. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet] 2021. [citado 06 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covid-timeline>

4. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) [Internet] 2020 [citado 06 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>

5. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessley S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* [Internet]. 2020 [Consultado 1 Jul 2021];395(10227):912-920. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30460-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30460-8/fulltext)

6. Soto-Pérez F, Franco M, Monardes C, Jiménez F. Internet y psicología clínica: revisión de las ciber-terapias. *Rev Psicopatol Psicol Clin* [Internet]. 2010 [citado 6 May 2021];15(1):19-37. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4082>

7. Moreno-Jiménez B, Garrosa Hernández E, Morante Benadero ME, Rodríguez Carvajal R. El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica* [Internet]. 2004 [citado 17 Abr 2021];22(1):69-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78522108.pdf>

8. Mallen MJ, Vogel DL. Introduction to the Major Contribution: Counseling Psychology and Online Counseling. *The Counseling Psychologist*. [Internet]. 2005 [citado Jun 11 2021];33(6):761-775. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011000005278623>

9. Escalante, R. Ciberterapia: sus aportes a la psicoterapia [Tesina]. Buenos Aires: Universidad de Belgrano; Recuperado a partir de: <http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/8729/tesina%20815%20escalante.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6a ed. México DF; 2014.

11. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020 [citado 2021 Jun 06];83(1):51-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es

12. Johnson MC, Saletti-Cuesta L, Tumas N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. [Internet]. 2020 [Consultado 16 Jun 2021]; 25(Supl. 1):2447-2456. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25suppl1/2447-2456/es>

13. Huarcaya-Victoria, J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2020 [Consultado 16 Jun 2021]; 37(2):327-34. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5419/3537>

14. Creamer TL, Liddle BJ. Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *J Traum Stress* [Internet]. 2005 [Consultado 11 Jun 2021];18(1):89-96. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jts.20008>

15. Devilly GJ, Wright R, Varker T. Vicarious Trauma, Secondary Traumatic Stress or Simply Burnout? Effect of Trauma Therapy on Mental Health Professionals. *Australian & New Zealand J Psych* [Internet]. 2009 [Consultado 11 Jun 2021];43(4):373-385. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/00048670902721079>

16. Cieslak R, Anderson V, Bock J, Moore BA, Peterson AL, Benight CC. Secondary traumatic stress among mental health providers working with the military: prevalence and its work- and exposure-related correlates. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2013 [Consultado 11 Jun 2021];201(11):917-925. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4892748/>

Recibido: 8, abril, 2021
Revisado: 10, agosto, 2021
Aceptado: 17, agosto, 2021

■ APÉNDICE 1**ESCALA DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO***

La siguiente es una lista de manifestaciones hechas por personas que se han visto afectadas por su trabajo con pacientes traumatizados. Lea cada afirmación y luego indique con qué frecuencia fue verdadera para usted en los últimos siete (7) días encerrando en un círculo el número correspondiente al lado de la declaración.

	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
<u>1.</u> Me sentí emocionalmente insensible.	1	2	3	4	5
<u>2.</u> Mi corazón empezó a latir con fuerza cuando pensaba en el trabajo y los pacientes.	1	2	3	4	5
<u>3.</u> Parecía como si estuviera reviviendo el(los) trauma(s) experimentado(s) por mi(s) paciente(s).	1	2	3	4	5
<u>4.</u> Tenía dificultades para dormir.	1	2	3	4	5
<u>5.</u> Me sentí desanimado por el futuro.	1	2	3	4	5
<u>6.</u> Los recuerdos de mi trabajo con los pacientes me alteran.	1	2	3	4	5
<u>7.</u> Tenía poco interés en estar cerca de otras personas.	1	2	3	4	5
<u>8.</u> Me sentía nervioso.	1	2	3	4	5
<u>9.</u> Estaba menos activo de lo habitual.	1	2	3	4	5
<u>10.</u> Pensé en mi trabajo con los pacientes cuando no tenía intenciones de ello.	1	2	3	4	5
<u>11.</u> Tuve problemas para concentrarme.	1	2	3	4	5
<u>12.</u> Evitaba las personas, lugares o cosas que me recordaran mi trabajo con los pacientes.	1	2	3	4	5
<u>13.</u> Tuve sueños perturbadores sobre mi trabajo con los pacientes.	1	2	3	4	5
<u>14.</u> Quería evitar trabajar con algunos pacientes.	1	2	3	4	5
<u>15.</u> Me enojaba fácilmente.	1	2	3	4	5
<u>16.</u> Esperaba que algo malo sucediera.	1	2	3	4	5
<u>17.</u> Noté lagunas en mi memoria sobre mi trabajo con los pacientes.	1	2	3	4	5

Puntuación

Subescala de intrusión (agregue los elementos 2, 3, 6, 10, 13)

Puntuación _____

Subescala de evitación (agregue los elementos 1, 5, 7, 9, 12, 14, 17)

Puntuación _____

Subescala de excitación (agregue los elementos 4, 8, 11, 15, 16)

Puntuación _____

TOTAL (agregar puntuaciones de intrusión, excitación y evitación)

Puntuación _____

* Traducido de: Bride, B.E., Robinson, M.R., Yegidis, B., & Figley, C.R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. Research on Social Work Practice, 14, 27-35.