

EXAMEN PSICOMÉTRICO DE LA ESCALA DE ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO: UN ESTUDIO EN PROFESIONALES CHILENOS

Cristóbal Guerra Vio y José Luis Saiz Vidallet
Universidad de La Frontera, Temuco (Chile)

Resumen

Se describe el examen psicométrico en Chile de la Escala de estrés traumático secundario (EETS) (*Secondary Traumatic Stress Scale*; Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004), diseñada en Estados Unidos para medir los síntomas de intrusión, evitación y activación asociados con la exposición indirecta a eventos traumáticos. Una muestra de 255 profesionales que atendía a víctimas traumatizadas respondió la versión chilena de la EETS, un inventario de síndrome del quemado y un cuestionario sociodemográfico y laboral. La EETS reveló ser un instrumento fiable y válido. En particular, esta escala mostró validez convergente al correlacionar del modo esperado con los niveles de depresión, ansiedad y síndrome del quemado de los profesionales; asimismo mostró validez discriminante al no correlacionar con la edad ni con los ingresos económicos de los participantes. Contrario a lo esperado, la EETS no correlacionó con la magnitud del trauma de los pacientes ni con el abordaje frecuente de experiencias traumáticas en la atención de estos. Finalmente, los ítems de la EETS adoptaron una configuración unifactorial.

PALABRAS CLAVE: *Escala de estrés traumático secundario, trauma, profesionales.*

Abstract

This study describes the psychometric examination in Chile of the Secondary Traumatic Stress Scale (STSS; Bride, Robinson, Yegidis, and Figley, 2004), a scale designed in USA to measure symptoms of intrusion, avoidance and arousal associated with indirect exposure of professionals to traumatic events. A sample of 255 Chilean professional that treated traumatized victims completed the local version of the STSS, a burnout inventory and a demographic information questionnaire. The STSS proved to be a reliable and valid instrument. In particular, the scale showed adequate convergent validity when correlating, as expected, with the levels of depression, anxiety, and burnout of professionals. Also, the absence of significant correlations between the STSS and the age and the income

of participants supported the discrimination validity of the scale. Contrary to expectations, the STSS did not correlate with the extent to which the patients were traumatized nor with the frequency with which their work addresses the traumatic experiences of their clients. Finally, the STSS items adopted an unifactorial configuration.

KEY WORDS: *Secondary Traumatic Stress Scale, trauma, professionals.*

Introducción

Durante los últimos 30 años, el número de instituciones y profesionales chilenos dedicados a la atención de víctimas de eventos traumáticos ha aumentado notablemente (Lira, 1996). Junto con ello, se ha incrementado el interés por conocer los efectos perjudiciales que este tipo de actividad puede ocasionar a los profesionales que atienden a estas víctimas. Aunque se cuenta con investigaciones cualitativas que reconocen y describen diversos impactos negativos de este tipo de atención en los profesionales (Guerra, 2003; Morales y Lira, 1996; Morales, Pérez, y Menares, 2003; Piper y Arensburg, 1996), se advierten pocos estudios cuantitativos debido, principalmente, a la escasez en el medio nacional de escalas de medición que aborden estos efectos.

Motivada por esta situación deficitaria, la presente investigación se propuso identificar las propiedades psicométricas de un instrumento que evalúa tales consecuencias adversas, la Escala de estrés traumático secundario (ETS) (*Secondary Traumatic Stress Scale*; Bride, 2001), con una muestra de profesionales chilenos dedicados a la atención de personas traumatizadas. Para ello se realizó una réplica parcial, junto a una ampliación, del estudio norteamericano original en que se desarrolló y validó dicha escala (Bride, Robinson, Yegidis, y Figley, 2004).

Antecedentes

El estrés traumático secundario (Cazabat, 2002; Figley 2002a) es una forma de conceptualizar las consecuencias adversas que sufren los profesionales, derivadas de la atención que brindan a víctimas de sucesos traumáticos (ver Collins y Long, 2003 para una revisión de esta y otras formas de conceptualizar estos efectos). Las secuelas de la exposición secundaria a eventos traumáticos son equivalentes a aquellas de la exposición directa, excepto que el trauma vivido directamente por la víctima es experimentado, en este caso, por el profesional que atiende a la víctima (Bride *et al.*, 2004). Siendo así, el estrés traumático secundario está integrado por tres conjuntos de síntomas, a saber, intrusión, evitación y activación, que corresponden a los criterios B, C y D, respectivamente, del trastorno por estrés postraumático que sufren las víctimas directas del trauma (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 1995).

En el estrés traumático secundario, los síntomas de intrusión contienen recuerdos y pensamientos que el profesional experimenta recurrentemente sobre la expe-

riencia traumática de sus clientes. Estos síntomas incluyen, por ejemplo, sueños desagradables repetitivos, sensación de estar reviviendo el evento traumático, o malestar psicológico y respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos que simbolizan o recuerdan el evento. Los síntomas de evitación, por su parte, reflejan la tendencia del profesional a evitar persistentemente toda clase de estímulos asociados al trauma de sus clientes. Estos síntomas se expresan, por ejemplo, como esfuerzos por evitar el trabajo con algunas víctimas o por evitar personas, lugares o actividades que motivan recuerdos del trauma, incapacidad para recordar aspectos importantes del suceso traumático, restricción de la vida afectiva, o sensación de un futuro desolador. Finalmente, los síntomas de activación, que reflejan un incremento de la actividad fisiológica y psicológica del profesional, incluyen síntomas como hipervigilancia, irritabilidad, dificultades de concentración, o respuestas exageradas de sobresalto, entre otros.

Diversos autores (Beaton y Murphy, 1995; Dutton y Rubinstein, 1995; Figley 1995, 1999, 2002a, 2002b; McCann y Pearlman, 1990; Valent, 1995, 2002) coinciden en sugerir, aunque con distintos matices, que el estrés traumático secundario y otras formas de conceptualizar estas consecuencias laborales adversas, derivan de la relación entre el profesional y la víctima de eventos traumáticos. La habilidad empática del profesional llevaría a éste a identificarse con la víctima y su experiencia traumática, exponiéndolo al riesgo de desarrollar secundariamente los mismos síntomas que son propios de la exposición directa a eventos traumáticos.

La *Escala de estrés traumático secundario* (Bride, 2001) es un instrumento específicamente diseñado para medir, mediante tres subescalas, la frecuencia de los síntomas de intrusión, evitación y activación generados en profesionales a consecuencia de la exposición secundaria de éstos a acontecimientos traumáticos; además, la EETS permite medir, mediante la escala total, la frecuencia del conjunto global de síntomas de estrés traumático secundario.

En el estudio de validación original de la EETS (Bride *et al.*, 2004), ejecutado en una muestra de trabajadores sociales de Estados Unidos, tanto las tres subescalas como la escala total mostraron una adecuada consistencia interna, con valores alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,93. Además, la validez de constructo de la EETS, abordada como validez convergente y discriminante (Campbell y Fiske, 1959), y también como validez factorial (Anastasi y Urbina, 1998), resultó igualmente satisfactoria. Confirmando predicciones basadas en la literatura previa (e.g., Chrestman, 1999; Davidson y Fairbank, 1993; Figley, 1999; Schauben y Frazier, 1995) el examen de la validez convergente reveló que la frecuencia de síntomas de estrés traumático secundario, expresada en cada uno de las cuatro puntuaciones de la EETS, correlacionó de manera directa y significativa con cuatro variables: la magnitud del trauma de las víctimas que el profesional atiende, la frecuencia con que el profesional aborda temas traumáticos en el trabajo con las víctimas, y los niveles de depresión y de ansiedad del propio profesional. Por otra parte, y respaldando hallazgos anteriores (e.g., Knight, 1997; Pearlman y Mac Ian, 1995), la validez discriminante fue establecida por la ausencia de correlaciones significativas entre las cuatro puntuaciones de la EETS y tres variables demográficas y laborales de los profesionales: edad, origen étnico, e ingresos económicos. Finalmente, la validez factorial de la

EETS fue confirmada mediante la obtención de una estructura compuesta por tres factores altamente asociados, cada uno reflejando los síntomas de intrusión, evitación o activación.

Resulta relevante hacer notar que, en un estudio posterior realizado por Ting, Jacobson, Sanders, Bride y Harrington (2005), la EETS mostró tres estructuras factoriales igualmente satisfactorias: unifactorial, trifactorial oblicua (como la obtenida en el estudio de validación original), y una configuración jerárquica donde los tres factores de primer orden (intrusión, evitación y activación) son explicados por un factor de orden superior (estrés traumático secundario). Estos resultados indican que la estructura factorial de la EETS permanece aún incierta.

Como se señaló, la presente investigación corresponde a una réplica chilena del estudio norteamericano de validación original de la EETS (Bride *et al.*, 2004) y, en tanto tal, predijo la obtención de resultados similares sobre la fiabilidad y la validez de la escala. Esta réplica es, sin embargo, parcial ya que no incluyó el origen étnico del profesional¹ como variable para inspeccionar la validez discriminante y, además, la validez factorial fue examinada de manera exploratoria debido a la falta de resultados previos concluyentes.

Por otra parte, la presente investigación aborda dos aspectos que constituyen una ampliación del estudio de validación original de la EETS. En primer lugar, a diferencia del estudio original, se incluyen participantes de distintas profesiones. En segundo lugar, se agrega una nueva variable, el síndrome del quemado, para evaluar la validez convergente de la escala. El síndrome del quemado es el desgaste laboral que incluye agotamiento emocional, sentimientos de despersonalización, y una sensación de reducido logro personal e ineficacia en el trabajo, síndrome que deriva de un estrés prolongado en personas cuyo trabajo implica preferentemente relacionarse con otros (Maslach y Jackson, 1981; Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001). Según la literatura (Bride, 2001; Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez, 2004; Salston y Figley, 2003; Thomas, 2004), el síndrome del quemado y el estrés traumático secundario aluden a dos fenómenos de desgaste laboral que difieren en, al menos, cuatro aspectos. Mientras el síndrome del quemado corresponde a un proceso de desgaste gradual, el estrés traumático secundario corresponde a un estado de aparición abrupta. Los síntomas del síndrome del quemado son crónicos, en tanto que los síntomas del estrés traumático secundario son agudos. La tasa de recuperación de los síntomas del síndrome del quemado es mucho más baja que la correspondiente tasa del estrés traumático secundario. Por último, a diferencia del síndrome del quemado, el estrés traumático secundario es exclusivo del trabajo con personas traumatizadas.

Diversos autores (Rudolph, Stamm y Stamm, 1997; Beaton y Murphy, 1995) han planteado que cualquiera de estas dos formas de desgaste laboral puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de la otra. Este planteamiento ha recibido confirmación empírica en profesionales que atienden a víctimas traumatizadas;

1 Como se desconoce si el origen étnico diferencia sustantivamente a la población particular de profesionales chilenos que participaron en el presente estudio, se optó por excluir de antemano esta variable.

específicamente se han encontrado correlaciones positivas significativas entre síndrome del quemado y estrés traumático secundario (Birck, 2002; Jenkins y Baird, 2002; Kadambi y Truscott, 2003; Perron y Hiltz, 2006). A partir de estos hallazgos, en la presente investigación se esperó que las puntuaciones de la EETS correlacionaran de manera directa con el nivel de síndrome del quemado de los profesionales chilenos.

Método

Participantes

Para seleccionar a los participantes se enviaron, por correo regular, 504 ejemplares de una batería de instrumentos a profesionales que laboraban en centros de atención a personas traumatizadas situados en las 13 regiones del país². Se entendió por personas traumatizadas a aquellas que habían sufrido cualquier tipo de maltrato físico, abuso sexual, accidente grave por causa humana o natural, o intento de homicidio. Del total de ejemplares enviados, 255 (50,6%) fueron devueltos y respondidos, de manera completa, por profesionales que estaban atendiendo en Chile a víctimas de eventos traumáticos desde, al menos, 5 meses. Estos 255 participantes constituyeron la muestra final de este estudio.

Los participantes, con edades entre 23 y 61 años ($M = 33,1$, $DT = 6,5$ años), fueron predominantemente mujeres (72,3%). Estos profesionales residían en 12 de las 13 regiones del territorio nacional y casi todos eran de nacionalidad chilena (99,2%). Las profesiones más frecuentes fueron psicólogo (51,3%), asistente social (29,8%) y abogado (12,2%). Con menor frecuencia participaron educadores (3,5%), psiquiatras (2,0%), profesores (0,8%), y antropólogos (0,4%). Los participantes llevaban, en promedio, 7,2 años desempeñándose como profesionales ($DT = 6,2$) y contaban, además, con un promedio de 4,0 años de experiencia en la atención a víctimas de eventos traumáticos ($DT = 3,7$). Por último, la mayoría de los participantes (60,7%) recibía un ingreso económico mensual entre 401.000 y 700.000 pesos chilenos (aproximadamente, 570 y 995 euros).

Instrumentos

Se utilizó una batería de tres instrumentos: la EETS, una medida de síndrome del quemado, y un cuestionario de datos personales.

a) La «Escala de estrés traumático secundario» (EETS) (*Secondary Traumatic Stress Scale*; Bride *et al.*, 2004). Mediante el enfoque de comité (Brislin, 1980) con descentramiento (Werner y Campbell, 1970), se tradujo la EETS al español, adaptando, cuando fue necesario, sus instrucciones e ítems a fin de maximizar su comprensión

2 Actualmente son 15 las regiones en que se divide oficialmente Chile.

y aplicabilidad en el medio profesional nacional. La traducción y adaptación fue realizado por dos psicólogos y un comunicador social, a partir de la escala original en inglés (Bride *et al.*, 2004) y considerando los criterios del DSM-IV (APA, 1995), en español, para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático que los ítems de la EETS pretenden reflejar.

La EETS incluye 17 ítems, cada uno referido a un síntoma del estrés traumático secundario. En su administración se solicita al profesional que indique la frecuencia con que ha experimentado cada síntoma durante los últimos siete días, en relación a su trabajo con víctimas traumatizadas. El formato de respuesta (y la puntuación de cada opción) son *nunca* (1), *raramente* (2), *ocasionalmente* (3), *con frecuencia* (4) y *con mucha frecuencia* (5). Los ítems se agrupan en las tres subescalas, señaladas anteriormente, de la siguiente manera: Intrusión, con los ítems 2, 3, 6, 10 y 13; Evitación, con los ítems 1, 5, 7, 9, 12, 14 y 17; y Activación, con ítems 4, 8, 11, 15 y 16. En la primera columna de la Tabla 2 aparece la numeración y el contenido de los ítems de la versión chilena de la EETS. Las puntuaciones de cada subescala y la escala total se obtienen sumando las respuestas a los ítems correspondientes; de este modo, altas puntuaciones reflejan una mayor frecuencia de los síntomas considerados.

b) «Inventario de estar quemado, de Maslach» (*Maslach Burnout Inventory*, MBI). Este instrumento, desarrollado por Maslach y Jackson (1981), fue seleccionado como medida de síndrome del quemado. Para ello se adaptó una versión chilena del MBI originalmente destinada a trabajadores sociales (Barría, 2002), a fin de hacerla aplicable a profesionales que atienden a víctimas traumatizadas.

El MBI contiene 22 afirmaciones referidas a síntomas de síndrome del quemado agrupados en tres subescalas: Agotamiento emocional, que mide sensación de fatiga y falta de energía en el plano emocional; Despersonalización, que evalúa respuestas impersonales y actitudes negativas hacia los pacientes; y Logro personal, que mide la sensación de satisfacción y percepción de un adecuado desempeño laboral.

En el MBI se solicita al encuestado que indique la frecuencia con que ha experimentado el síntoma descrito por cada ítem, usando una escala de siete opciones que va desde *nunca* (0 punto) hasta *todos los días* (6 puntos). Las puntuaciones de cada subescala se computan sumando las respuestas dadas a los ítems correspondientes. En los ítems de la subescala Logro personal, las respuestas fueron previamente invertidas a fin de que, al igual que en las otras dos subescalas, altas puntuaciones reflejen una mayor frecuencia de síntomas de síndrome del quemado. Por tal razón, la subescala Logro personal es denominada, en lo sucesivo, Reducido logro personal. La fiabilidad del MBI fue satisfactoria en la muestra de profesionales del presente estudio; se obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach de 0,90 para Agotamiento emocional, 0,72 para Despersonalización y 0,84 para Reducido Logro personal³.

3 En la subescala Despersonalización el ítem 22 fue eliminado debido a su baja correlación con la puntuación total de la subescala.

c) «Cuestionario de datos personales». Se tradujo y adaptó el instrumento usado por Bride (2001) para obtener información sociodemográfica y laboral de los participantes en la validación original de la EETS. El cuestionario incluyó preguntas sobre edad, género, profesión, nacionalidad, región de residencia, ingreso económico mensual (según intervalos de ingreso), tiempo trabajando como profesional, y tiempo trabajando con víctimas traumatizadas. Además, el cuestionario solicitó a los profesionales que, usando una escala de cinco opciones, indicaran qué tan traumatizadas estaban las víctimas que atendían (0 = *nada*, 1 = *ligeramente*, 2 = *moderadamente*, 3 = *gravemente*, 4 = *muy gravemente*) y con qué frecuencia su trabajo implicaba abordar la experiencia traumática de las víctimas (0 = *nunca*, 1 = *casi nunca*, 2 = *ocasionalmente*, 3 = *frecuentemente*, 4 = *muy frecuentemente*). De modo similar, se solicitó a los profesionales que señalaran, en sendos ítems, en qué medida ellos estaban presentando síntomas de depresión y ansiedad (0 = *nada*, 1 = *ligeramente*, 2 = *moderadamente*, 3 = *gravemente*, 4 = *muy gravemente*). Como lo documenta Bride *et al.* (2004), varios estudios han respaldado las propiedades psicométricas de escalas de ítem único para medir depresión (Chochinov, Wilson, Enns y Lander, 1997; Mahoney *et al.*, 1994; Nugent, 1992) y ansiedad (Thyer, Papsdorf, Davis y Vallecorsa, 1984). Siendo así, y siguiendo a Bride *et al.* (2004), se emplearon estas escalas de ítem único en lugar de escalas multi-ítems a fin de no incrementar demasiado la longitud de la batería de instrumentos y evitar, por consiguiente, una sobrecarga en la tarea de responder de los participantes.

La batería compuesta por estos tres instrumentos fue respondida preliminarmente por una muestra piloto de cinco profesionales, verificándose una adecuada comprensión de las instrucciones, ítems, y formatos de respuesta.

Procedimiento

Se construyó un listado con el nombre y teléfono de centros de todo el país donde trabajaban profesionales que atendían a víctimas traumatizadas. Luego, a través de contactos telefónicos, los directivos de 68 centros aceptaron participar en este estudio. A cada uno de estos centros se envió un sobre conteniendo tantos ejemplares del material como profesionales laboraban en ese centro, adjuntando un sobre con dirección y sellos postales para facilitar la devolución del material completado a los investigadores. Además de una carta explicando al profesional el propósito general del estudio y solicitando su cooperación, el material incluyó el cuestionario de datos personales, la EETS y el MBI, grapados en ese mismo orden. La participación de los profesionales fue voluntaria, anónima, y confidencial.

Resultados

La fiabilidad de la EETS, entendida como consistencia interna de sus puntuaciones, fue examinada mediante el cálculo de coeficientes alfa (Cronbach, 1951). Se obtuvieron los siguientes coeficientes: 0,76 para Intrusión, 0,80 para Evitación,

0,81 para Activación y 0,91 para la escala total. Estos resultados son similares a los obtenidos por Bride *et al.* (2004) en el estudio de validación original y otorgan respaldo empírico a la fiabilidad de la versión chilena de la EETS y de sus subescalas. Los promedios y desviaciones estándar de las cuatro puntuaciones de la EETS fueron los siguientes: Intrusión ($M = 10,84$, $DT = 3,40$), Evitación ($M = 14,42$, $DT = 4,73$), Activación ($M = 11,70$, $DT = 3,74$) y escala total ($M = 36,95$, $DT = 10,78$).

No se observaron diferencias significativas al comparar cada una de las cuatro puntuaciones de la EETS tanto en función del sexo de los participantes, valores $t(251)$ entre 0,81 y 1,00, como en función de las tres profesiones mayoritarias de la muestra⁴, esto es, psicólogos, asistentes sociales y abogados, valores $F(2, 235)$ entre 0,09 y 1,56. Sobre la base de estos resultados, todos los análisis posteriores fueron realizados en la totalidad de la muestra, sin diferenciar subgrupos.

Para evaluar la validez convergente de la EETS se analizó su relación, teórica y empíricamente esperable, con las siguientes seis variables: la magnitud del trauma de las víctimas atendidas por el profesional (Magnitud; $M = 3,03$, $DT = 0,62$); la frecuencia con que el trabajo del profesional implicaba abordar la experiencia traumática de las víctimas (Frecuencia; $M = 3,28$, $DT = 0,81$); la presencia en el profesional de síntomas de depresión ($M = 1,08$, $DT = 0,84$) y de ansiedad ($M = 1,66$, $DT = 0,80$); y la puntuación obtenida en las tres subescalas del MBI, esto es, Agotamiento emocional ($M = 21,61$, $DT = 11,05$), Despersonalización ($M = 2,75$, $DT = 3,32$) y Reducido Logro personal ($M = 38,59$, $DT = 6,33$). Además, para evaluar la validez discriminante de la EETS se examinó su relación, teórica y empíricamente *no esperable*, con la edad del profesional y con sus ingresos económicos mensuales. A fin de reducir el riesgo de error Tipo I, el cual aumenta al computarse un gran número de correlaciones, 36 en el presente estudio, el nivel de significación convencional (0,05) fue ajustado usando el procedimiento de Bonferroni; así, el nuevo nivel de significación fue 0,0013, resultante de $0,05/36$.

Como puede observarse en la parte superior de la Tabla 1, la validez convergente de la EETS recibió respaldo al obtenerse, tal como se esperaba, correlaciones positivas y significativas entre sus cuatro puntuaciones y las variables Depresión, Ansiedad, Agotamiento emocional, Despersonalización y Reducido Logro personal. Sin embargo, en contra de lo esperado, las correlaciones entre las puntuaciones de la EETS y las variables Magnitud y Frecuencia no resultaron significativas. En la parte inferior de la Tabla 1 se presentan los resultados de la validez discriminante de la EETS. Cumpliendo las expectativas, las cuatro puntuaciones de esta escala no se relacionaron con la edad ni el ingreso económico de los profesionales; incluso las correlaciones fueron cercanas a cero.

Finalmente, a fin de examinar la validez factorial de la EETS las respuestas individuales a los 17 ítems de la EETS fueron sometidos a un análisis factorial exploratorio a través del método de componentes principales. Aunque surgieron tres factores con valores propios mayores a 1, el gráfico de sedimentación sugirió la presencia de un factor único. Varias razones hicieron recomendable desechar una solución trifactorial y optar, en su reemplazo, por una solución unifactorial. Primero, la solución

4 Las restantes profesiones, debido a su baja frecuencia, no fueron incluidas en estos análisis.

Tabla 1
Validez convergente y discriminante de la versión chilena de la EETS

Validez	EETS			
	Intrusión	Evitación	Activación	Total
<i>Convergente</i>				
Magnitud ($n = 253$)	0,18	0,09	0,10	0,13
Frecuencia ($n = 253$)	0,16	0,17	0,10	0,16
Depresión ($n = 254$)	0,55*	0,62*	0,59*	0,65*
Ansiedad ($n = 253$)	0,51*	0,51*	0,57*	0,58*
Agotamiento emocional ($n = 255$)	0,58*	0,70*	0,66*	0,72*
Despersonalización ($n = 255$)	0,36*	0,51*	0,40*	0,47*
Reducido logro personal ($n = 255$)	0,33*	0,40*	0,27*	0,38*
<i>Discriminante</i>				
Edad ($n = 253$)	0,06	0,03	0,06	0,06
Ingreso económico ($n = 252$)	-0,02	0,09	-0,01	0,03

Nota. Las diferencias en los tamaños de la muestra (n) se deben a omisión de respuestas. Los valores desde la segunda a la cuarta columnas son correlaciones r de Pearson, excepto en ingreso económico, una variable ordinal, donde son correlaciones ρ de Spearman.

* $p < 0,0013$.

trifactorial rotada oblicuamente (*direct oblimin*) no concuerda con la configuración esperable según la composición de las tres subescalas de la EETS. En lugar de ello, cada factor aparece integrado por una mezcla de ítems de, al menos, dos subescalas distintas. Segundo, esta rotación de la solución trifactorial revela una estructura factorial compleja ya que cuatro ítems (6, 7, 8, y 11) tienen saturaciones mayores a 0,30 en dos factores, sugiriendo que los factores están correlacionados. Tercero, y confirmado lo anterior, los factores presentan correlaciones que van desde 0,41 hasta 0,45, correlaciones que podrían ser explicadas por la presencia de un factor único.

Se repitió, entonces, el análisis de componentes principales anterior prefijando, esta vez, la obtención de una solución unifactorial (Tabla 2). El factor resultante, con un valor propio de 7,1 y explicando un 41,7% de la varianza total, fue definido por la totalidad de los ítems de la EETS, los cuales presentaron saturaciones que van desde 0,47 (ítem 1) hasta 0,73 (ítems 9 y 11).

Discusión

La presente investigación se propuso replicar y ampliar en Chile el estudio de validación original de la EETS desarrollado en Estados Unidos por Bride *et al.* (2004). Para ello se aplicó la versión chilena de esta escala, junto a otros instrumentos, a una muestra de profesionales chilenos dedicados a la atención de personas trauma-

Tabla 2
Saturaciones factoriales de los 17 ítems de la EETS en la solución unifactorial

<i>Ítems</i>	<i>Saturación</i>
1. Me he sentido incapaz de experimentar emociones	0,47
2. Cuando he pensado en mi trabajo con las víctimas, mi corazón ha comenzado a latir más fuerte	0,56
3. He sentido como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por las víctimas con las que trabajo	0,67
4. He tenido dificultades para conciliar o mantener el sueño	0,68
5. Me he sentido desmoralizado/a al pensar en mi futuro	0,67
6. Hay recuerdos de mi trabajo con las víctimas que me provocan malestar	0,63
7. He tenido poco interés por estar con otras personas	0,69
8. Me he sentido nervioso/a, sobresaltado/a	0,72
9. He estado menos activo/a de lo usual	0,73
10. Me he sorprendido pensando en mi trabajo con las víctimas sin tener la intención de hacerlo	0,60
11. He tenido dificultades para concentrarme	0,73
12. He evitado personas, lugares o cosas que me recuerdan mi trabajo con las víctimas	0,62
13. He tenido sueños desagradables sobre mi trabajo con las víctimas	0,57
14. He deseado evitar el trabajo con algunas víctimas	0,66
15. Me he enojado con facilidad	0,66
16. He tenido la sensación de que algo malo va a pasar	0,66
17. He notado vacíos en mi memoria respecto a algunas sesiones con las víctimas que atiendo	0,60

tizadas. Los datos fueron analizados en términos de la fiabilidad, validez de constructo (convergente y discriminante) y estructura factorial de la EETS.

Los resultados obtenidos indican que la EETS y sus subescalas poseen adecuados índices de consistencia interna. La validez convergente, sin embargo, recibió un apoyo parcial. Específicamente, las puntuaciones de la EETS correlacionaron,

según se esperaba, con variables teórica y empíricamente congruentes como son los síntomas de depresión, ansiedad y síndrome del quemado de los profesionales. Además, inesperadamente, las puntuaciones de la EETS no correlacionaron con la magnitud del trauma de las víctimas ni con la frecuencia con que el trabajo de los profesionales implica tratar temas relacionados con las experiencias traumáticas de las víctimas. Por otra parte, tal como se esperaba, la ausencia de correlación entre la EETS y la edad e ingresos económicos de los profesionales concedió apoyo a la validez discriminante de la escala. Por último, la EETS adoptó una configuración unifactorial. A continuación se discuten estos resultados, en este mismo orden.

La adecuada fiabilidad de la EETS obtenida en esta muestra de profesionales chilenos indica que sus puntuaciones son internamente consistentes, en el sentido de medir de modo homogéneo un constructo común subyacente a los ítems involucrados en esas puntuaciones. Así, las diferencias individuales de los profesionales en las puntuaciones de esta escala pueden ser atribuidas, en buena medida, a verdaderas diferencias en los constructos medidos y no a error de medición (Guilford y Fruchter, 1984).

Confirmado los hallazgos de Bride *et al.* (2004) sobre la validez convergente de la EETS, el presente estudio encontró que mientras mayor es la frecuencia de los síntomas de estrés traumático secundario experimentados por los profesionales, mayor tiende a ser la gravedad de sus síntomas de depresión y ansiedad. Estos resultados concuerdan también con los obtenidos en otros estudios (Sproul, 1987; Cazabat, 2002; Gentry, 2003). Además, ampliando la validez convergente de la escala, el presente estudio reveló que mientras más frecuentes son los síntomas de estrés traumático secundario, más frecuentes tienden a ser los síntomas de síndrome del quemado, esto es, de agotamiento emocional, sentimientos de despersonalización, y sensación de escaso logro personal y de ineficacia laboral. La moderada magnitud de las correlaciones que sustentan la validez convergente de la EETS sugiere que las medidas de estrés traumático secundario proporcionadas por esta escala no son redundantes con medidas de depresión, ansiedad, ni síndrome del quemado; más bien, se trataría de constructos teóricamente diferentes aunque empíricamente relacionados (Cazabat, 2002; Gentry, 2003; Moreno-Jiménez *et al.*, 2004; Rudolph, Stamm, y Stamm, 1997; Sproul, 1987; Thomas, 2004).

Los resultados inesperados surgidos al examinar la validez convergente de la EETS respecto a la magnitud del trauma de las víctimas (Magnitud) y la frecuencia de abordaje de sus experiencias traumáticas (Frecuencia), no necesariamente deben ser interpretados como evidencia que pone en duda la validez de la escala. Hay al menos dos argumentos que podrían explicar, de modo alternativo, estos resultados imprevistos y mantener en suspenso, por tanto, la verificación de estos aspectos de la validez convergente de la escala. En cualquier caso, futuras investigaciones permitirán establecer conclusiones más certeras sobre este tema.

El primer argumento, de naturaleza metodológica, parte del hecho que tanto la variable Magnitud como la variable Frecuencia presentan distribuciones que no ocupan todo el rango posible de variación de las puntuaciones. Como se sabe, la restricción de rango suele reducir artificialmente el tamaño de las correlaciones. Específicamente, en la variable Magnitud ningún profesional señaló que sus

pacientes estaban *nada* o *ligeramente* traumatizados, reduciendo así el rango de dispersión de la variable a sólo tres opciones de respuesta (*moderadamente*, *gravemente* y *muy gravemente*). Algo similar sucedió en la variable Frecuencia; sólo el 3,6 % de los profesionales indicó que *nunca* o *casi nunca* abordaban la experiencia traumática con sus pacientes, concentrándose casi todos (86,1 %) en las opciones *frecuentemente* y *muy frecuentemente*. De esta manera, las restricciones de rango observadas en estas dos variables podrían explicar, alternativamente, la ausencia de correlaciones con las puntuaciones de la EETS. Muy probablemente estas restricciones obedecen a la especificidad de la muestra chilena que, a diferencia de los participantes del estudio original en Estados Unidos (Bride *et al.*, 2004), incluyó exclusivamente a profesionales que trabajaban en centros de atención a víctimas con un alto nivel de trauma.

El segundo argumento, ahora de naturaleza teórica, que puede ser empleado para explicar las bajas correlaciones de la EETS con las variables Magnitud y Frecuencia se apoya en la noción de estrés traumático secundario como un síndrome de aparición abrupta (Cazabat, 2002; Moreno-Jiménez *et al.*, 2004; Thomas, 2004). Si ello fuera así, el estrés traumático secundario podría operar independientemente de la carga cuantitativa de exposición previa de los profesionales a las víctimas traumatizadas, incluso podría surgir ante un episodio único. En tal sentido, evidencia reciente (Perron y Hiltz, 2006) indica que la carga de trabajo con personas traumatizadas no se relaciona con la aparición de estrés traumático secundario en los profesionales. De este modo, las bajas correlaciones entre la EETS y las variables Magnitud y Frecuencia podrían estar reflejando una independencia sustantiva entre los constructos, en lugar de deficiencias en la validez convergente de la EETS.

Corroborando la validez discriminante de la EETS en el estudio original (Bride *et al.*, 2004) y otros estudios (Kassam-Adams, 1999; Knight, 1997; Pearlman y Mac Ian, 1995), la edad y el ingreso económico de los profesionales no correlacionaron con las puntuaciones de la EETS. Como se ha señalado, el estrés traumático secundario surge principalmente de la conexión empática que establece el profesional con la víctima traumatizada (Beaton y Murphy, 1995; Dutton y Rubinstein, 1995; Figley 1995, 1999, 2002a, 2002b; McCann y Pearlman, 1990; Valent, 1995, 2002). Siendo este vínculo empático el principal determinante de los síntomas del trauma secundario, las variables sociodemográficas o laborales del profesional, como la edad o el ingreso económico, no desempeñan ningún rol relevante en su aparición.

La estructura unidimensional revelada por el análisis factorial de los ítems de la EETS no concuerda con la composición tridimensional (intrusión, evitación, y activación) propuesta y verificada por Bride *et al.* (2004). La configuración obtenida en los profesionales chilenos corresponde a una de las tres estructuras empíricamente satisfactorias de la EETS encontradas por Ting *et al.* (2005). Ante estructuras igualmente adecuadas, el principio de la parsimonia permite plantear que el modelo unifactorial parece ser el más adecuado y sugiere que la EETS debería ser considerada una medida unidimensional. Tanto en el presente estudio como en Bride *et al.* (2004) y Ting *et al.* (2005), la configuración unitaria de la EETS se ve respaldada, además, por las usualmente altas correlaciones observadas entre las tres subescalas,

por la alta fiabilidad que exhibe la escala total, y por el idéntico comportamiento que muestran las subescalas al ser correlacionadas con variables externas.

Los hallazgos del presente estudio apoyan la idea de que la EETS es un instrumento fiable y válido para medir estrés traumático secundario en profesionales chilenos que atienden personas traumatizadas. Pese a ello, debe tenerse en cuenta que el estudio no está exento de limitaciones. El modo intencionado en que fue obtenida la muestra impide conocer el grado de representatividad que tiene respecto a la población de la cual fue extraída, haciendo incierta la generalización que pueden tener estos resultados. Por otra parte, si bien la tasa de respuesta (50,6%) puede ser considerada aceptable (Rubin y Babbie, 1997), es posible que quienes respondieron la batería sean diferentes a quienes no lo hicieron. Por ejemplo, no debe excluirse la posibilidad que los profesionales con altos niveles de estrés traumático secundario hayan estado más dispuestos a responder debido a que el estudio tenía mayor significado personal para ellos. Por ello, se hace necesario que futuras investigaciones sobre la EETS utilicen procedimientos de muestreo aleatorio que garanticen la obtención de muestras representativas de poblaciones de profesionales.

Finalmente, si bien las medidas de depresión y ansiedad obtenidas mediante escalas de ítem único se relacionaron del modo esperado con la EETS, una prueba más potente de estas relaciones debería incluir medidas multi-ítems de estas dos variables. En esta línea, un reciente estudio realizado en psicólogos chilenos (Betta, Morales, Rodríguez y Guerra, 2006) encontró correlaciones significativas entre las cuatro puntuaciones de la EETS y una medida multi-ítems de depresión, esto es, una versión en español (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2003) del Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1978). Las correlaciones fueron 0,59 (Intrusión), 0,72 (Evitación), 0,71 (Activación) y 0,74 (EETS Total), con magnitudes un poco más altas, aunque en la misma dirección positiva, que las obtenidas con la escala de ítem único en el presente estudio. Esta convergencia de resultados entre las medidas de depresión usando escalas uni- o multi-ítems sugiere que las primeras logran capturar suficientemente el constructo medido por las segundas, al menos en profesionales similares a los incluidos aquí.

La presente investigación constituye el primer examen cuantitativo del estrés traumático secundario en Chile. Por esta razón se hace necesario continuar estudiando el tema, sea evaluando los hallazgos aquí logrados, identificando nuevas relaciones y/o aplicando la EETS a otras poblaciones. En este último sentido, sería relevante evaluar la aplicabilidad de la EETS a otros profesionales que también están expuestos al riesgo de trauma secundario, como los miembros de equipos sanitarios de emergencia, bomberos, policías, o socorristas.

La calidad psicométrica de la EETS es alentadora respecto a su potencial uso en el desarrollo de estrategias de autocuidado de los profesionales, sea a nivel de diagnóstico, prevención o tratamiento de síntomas de estrés traumático secundario (Gentry, 2003). Lo anterior podría proporcionar beneficios, al menos, a tres destinatarios: los profesionales, al disminuir el riesgo de desarrollar variados tipos de desórdenes emocionales y conductuales (Beaton y Murphy, 1995); a las víctimas traumatizadas, por cuanto los profesionales desgastados suelen realizar un

trabajo deficiente (Bride *et al.*, 2004; Cazabat 2002; Gentry, 2003; Rudolph *et al.*, 1997; Salston y Figley, 2003), y a las organizaciones que administran los servicios de atención a estas víctimas, al reducir los costos económicos y laborales de la rotación laboral propia de los profesionales desgastados (Barudy, 1999; Morales y Lira, 1996).

Referencias

- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. Naucalpan de Juárez: Prentice Hall.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.). Barcelona: Masson. (Orig.: 1994).
- Barría, J. (2002). *Síndrome de burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la región metropolitana de Chile*. Tesis de Maestría no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil, ecología social: prevención y reparación*. Santiago, Chile: Galdoc.
- Beaton, R. D. y Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: research implications. En Ch. Figley (dir.), *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 51-81). Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Beck, A. T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia, PA: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, F. B. y Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Betta, R., Morales, G., Rodríguez, K. y Guerra, C. (2006). *La frecuencia de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y depresión en psicólogos clínicos*. Manuscrito no publicado, Universidad del Mar, Viña del Mar, Chile.
- Birck, A. (2002). Secondary traumatization and burnout in professionals working with torture survivors. *Traumatology, 7*, 85-90.
- Bride, B. E. (2001). *Psychometric properties of the Secondary Traumatic Stress Scale*. Tesis doctoral no publicada, University of Georgia, Athens, Estados Unidos.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. y Figley, Ch. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*, 27-35.
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. En H. C. Triandis, y J. W. Berry (dirs.), *Handbook of cross-cultural psychology* (pp. 389-444). Boston: Allyn and Bacon.
- Campbell, D. T. y Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin, 56*, 81-105.
- Cazabat, E. (2002). *Desgaste por empatía*. Recuperado el 18 de mayo de 2007, de <http://www.interpsiquis.com/2002/areas/at8>.
- Chrestman, K. R. (1999). Secondary exposure to trauma and self reported distress among therapists. En B. H. Stamm (dir.), *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 29-36). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M. y Lander, S. (1997). «Are you depressed»: screening for depression in the terminally ill. *The American Journal of Psychiatry, 154*, 674-676.
- Collins, S. y Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 417-424.

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 6, 297-334.
- Davidson, J. R. T. y Fairbank, J. A. (1993). The epidemiology of post-traumatic stress disorder. En J. R. T. Davidson y E. B. Foa (dirs.), *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 147-169). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Dutton, M. A. y Rubenstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: research implications. En C. R. Figley (dir.), *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Figley, Ch. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Figley, Ch. R. (1999). Compassion fatigue: toward a new understanding of the cost of caring. En B. H. Stamm (dir.), *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Figley, Ch. R. (2002a). *Treating compassion fatigue*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Figley, Ch. R. (2002b). Compassion fatigue: psychotherapist's chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.
- Gentry, J. E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2, 4-17.
- Guerra, C. (2003). *Atención de víctimas de delitos violentos y estrés traumático secundario*. Manuscrito no publicado, Programa de Magíster en Psicología, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Guilford, J. y Fruchter, B. (1984). *Estadística aplicada a la psicología y la educación*. México, DF: Mc Graw Hill.
- Jenkins, Sh. R. y Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 423-432.
- Kadambi, M. A. y Truscott, D. (2003). Vicarious traumatization and burnout among therapists working with sex offenders. *Traumatology*, 9, 216-230.
- Kassam-Adams, N. (1999). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. En B.H. Stamm (dir.), *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 37-50). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Knight, C. (1997). Therapists' affective reactions to working with adult survivors of child sexual abuse: an exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 17-41.
- Lira, E. (1996). Violencia en la familia, violencia en la sociedad: impacto sobre los terapeutas. En E. Lira e I. Piper (dirs.), *Reparación, derechos humanos y salud mental* (pp. 145-165). Santiago: Chile América Cesoc.
- Mahoney, J., Drinka, T. J. K., Abler, R., Gunter-Hunt, G., Matthews, C., Gravenstein, S. et al. (1994). Screening for depression: single questions versus GDS. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 1006-1008.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W., B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McCann, I. L. y Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- Morales, G., Pérez, J. y Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12, 9-25.

- Morales, G. y Lira, E. (1996). Dinámicas de riesgo y cuidado en equipos que trabajan con situaciones de violencia. En E. Lira e I. Piper (dirs.), *Reparación, derechos humanos y salud mental* (pp.167-182). Santiago: Chile América Cesoc.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12, 215-231.
- Nugent, W. R. (1992). Psychometric characteristics of self-anchored scales in clinical application. *Journal of Social Service Research*, 15, 137-152.
- Pearlman, L. A. y Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 558-565.
- Perron, B. E. y Hiltz, B. S. (2006). Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23, 216-234.
- Piper I., y Arensburg, S. (1996). Lo que dicen de su trabajo los profesionales de PRAIS. En E. Lira e I. Piper (dirs.), *Reparación, derechos humanos y salud mental* (pp. 183- 238). Santiago: Chile América Cesoc.
- Rubin, A. y Babbie, E. (1997). *Research methods for social work*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Rudolph, J. M., Stamm, B. H. y Stamm, H. E. (Noviembre, 1997). *Compassion fatigue: a concern for mental health policy, providers, and administration*. Sesión de carteles presentada en la 13th Annual Meeting de la International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, Canadá.
- Salston, M. D. y Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress: effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 167- 174.
- Schauben, L. J. y Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: the effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49-64.
- Sproul, J. M. (1987). The treatment of trauma victims and depression in clinicians. *Dissertation Abstracts International*, 57, 4025B.
- Thomas, D. (2004). *Burnout y desgaste profesional*. Recuperado el 25 de junio de 2004, de http://e-estudio.consultapsi.com/ateneostrauma/presenta_res/07.htm/
- Thyer, B., Papsdorf, J., Davis, R. y Vallecorsa, S. (1984). Autonomic correlates of the Subjective Anxiety Scale. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 3-7.
- Ting, L., Jacobson, J. M., Sanders, S., Bride, B. E. y Harrington, D. (2005). The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS): confirmatory factor analyses with a national sample of mental health social workers. *The Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 11, 177-194.
- Valent, P. (1995). Survival strategies: a framework for understanding secondary traumatic stress and coping in helpers. En Ch. Figley (dir.), *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 21-50). Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. En Ch. Figley (dir.), *Treating compassion fatigue* (pp. 17-37). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Werner, O. y Campbell, D. T. (1970). Translating working through interpreters, and the problem of decentering. En R. Narroll y R. Cohen (dirs.), *A handbook of method in cultural anthropology* (pp. 398-420). Nueva York: American Museum of Natural History Press.