

2017-03-31

Exploración de la sintomatología Alexitímica en Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires

Rodera, Romina Soledad

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/563>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni



Universidad Nacional
de Mar del Plata
Facultad de Psicología



Investigación de Pregrado

Requisito Curricular del Plan de Estudios 1989 (O.C.S. 143/89)

Alumnos:

Rodera, Romina Soledad

Matrícula: 5839/02

saredor_22@hotmail.com

Cátedra de Radicación:

GIPSIL (Grupo de Investigación en Psicología Laboral)

Cátedra de Psicología Laboral

Supervisor:

Lic. Mario Arraigada

Revisión:

Lic. Lucas Joan Pujol Cols

Título del Proyecto:

EXPLORACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ALEXITÍMICA EN BOMBEROS
VOLUNTARIOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Fecha de presentación:

6 de marzo, 2017

USO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Romina Soledad Rodera, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes, o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de la autora.

APROBACIÓN DEL SUPERVISOR

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna Romina Soledad Rodera, matrícula N° 5839/02, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 6 días del mes de marzo del año 2017.

Lic. Mario Arraigada
Supervisor

Romina S. Rodera
Alumna

INFORME DE EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR

En mi condición de supervisor del presente trabajo de investigación realizado por la alumna Romina Soledad Roderá, matrícula N° 5809/02, dejo constancia de aprobación de los contenidos del mismo.

La lectura del trabajo permite observar el logro de los objetivos propuestos a través de una exposición clara, ordenada y coherente. Con respecto a las condiciones formales de la presentación se cumple con lo estipulado en la reglamentación vigente.

Se trabajó respetando las pautas de la planificación, en forma ordenada y comprometida, resolviendo con eficiencia y responsabilidad las distintas situaciones.

Recomendamos que los resultados de esta investigación sean publicados en alguna revista de impacto relacionada a temas de Psicología de la Emergencia o Psicología Laboral en el contexto universitario u organizacional.

Por todo lo anterior, apruebo el trabajo realizado y este informe final.

Mar del Plata, 6 de marzo de 2017.-

Lic. Mario Arraigada
Supervisor

PRESENTACIÓN ANTE LA COMISION ASESORA

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Romina Soledad Rodera, matrícula N° 5809/02.

Lic. Mario Arrigada
Supervisor

Aprobado a los 6 días del mes de marzo de 2017

AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos que colaboraron participando de esta investigación.

Al Comandante Mayor Víctor Cabral, Jefe del Cuartel de Bomberos Voluntarios N° 142 de Sierra de los Padres, y a los integrantes del cuerpo activo, por la buena disposición y la colaboración brindada.

A los docentes de los Cursos de Extensión de Psicología de la Emergencia de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional del Mar del Plata, por el apoyo para la realización del presente.

A mi supervisor, por guiarme en la construcción de este proyecto, y acompañarme con tanta dedicación y afecto.

Y a mis familiares y amigos, por su permanente comprensión y sostén.

Plan de Trabajo

Título del Proyecto

EXPLORACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ALEXITÍMICA EN BOMBEROS VOLUNTARIOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Descripción Resumida

En el presente trabajo exploratorio se estudiará la presencia de síntomas de alexitimia en Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires.

En su quehacer diario, los bomberos se enfrentan a situaciones estresantes o potencialmente traumáticas, que pueden impactar en su salud mental. En este sentido, la alexitimia, entendida como un trastorno desadaptativo psicológico caracterizado por la incapacidad de identificar y describir verbalmente emociones, sentimientos en uno mismo y en los demás, se presenta como un indicador de dicho impacto asociado a manifestaciones de estrés prolongadas.

Se espera que los resultados obtenidos constituyan un aporte para la elaboración de programas preventivos, en el marco de la Psicología de la Emergencia, que permitan reducir las vulnerabilidades a las que se ven expuestos los Bomberos, y contribuyan a mejorar la salud ocupacional en la organización.

Palabras Claves:

Alexitimia, emociones, Psicología de la Emergencia, situaciones traumáticas.

Descripción Detallada

Motivos y antecedentes

El servicio público que realizan los bomberos tiene por misión “la prevención y extinción de incendios y la intervención operativa para la protección de vidas o bienes que resulten agredidos por siniestros de origen natural, accidental o intencional” (Ley 25.054, 1998, art. 2º).

Dicha tarea conlleva la exposición frecuente de los bomberos ante situaciones de emergencia o desastres, en las cuales ponen en riesgo su propia vida y la de sus compañeros de equipos. En este sentido, Valero (2000) sostiene que tanto emergencias como desastres son situaciones inesperadas que comprometen la vida y la integridad física de las personas, así como bienes, servicios y el medio ambiente, diferenciándose en que, en las primeras resulta suficiente la intervención por parte de equipos de primera respuesta, entre los que se incluyen los bomberos, junto a la policía, Defensa Civil y los equipos de salud, mientras que en los segundos, la capacidad de intervención se ve excedida.

De acuerdo a Arraigada, Verón y Cepeda (2016), la participación directa o indirecta en situaciones de emergencia o desastres, sea como víctimas afectadas, sus familiares o amigos, sea como simples testigos, o como personal de primera respuesta que atiende al evento, produce algún grado de afectación en la salud mental de los implicados, debido a que se generan consecuencias emocionales directas, tales como miedo, ansiedad, ira o tristeza; e indirectas, con deterioros en sus relaciones laborales, familiares, o en sus proyectos de vida individuales o colectivos, las cuales, de sostenerse en el tiempo, pueden transformarse en manifestaciones sintomáticas de estrés postraumático (TEPT), alexitimia o burn out entre otras.

En relación al TEPT, el manual DSM IV-TR (APA 2001), fija los criterios para su diagnóstico, haciendo referencia a la aparición de síntomas característicos, tales como la re-experimentación persistente del acontecimiento traumático, la evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo. Estos síntomas, junto a una persistente activación, siguen a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, en el cual el individuo se haya visto envuelto en hechos que representan un peligro real o potencial para su vida. El manual refiere que la probabilidad de presentar el trastorno

puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante (APA, 2001).

En esta línea, Rotger Llinás (1994) estudia las fuentes del estrés en el desempeño del trabajo de bombero, incluyendo la influencia de factores personales en el desarrollo del mismo, así como la presencia del miedo y la ansiedad, y el impacto emocional que éstos producen. También evalúa la importancia del entrenamiento profesional, la motivación y el ejercicio físico como alternativas válidas para lograr reducir el estrés y la ansiedad en los Bomberos.

Por su parte, Ventura Velásquez et al. (2008) estudian la presencia de TEPT en equipos de primera respuesta, encontrando que las manifestaciones clínicas van a depender de factores relacionados con el sujeto, factores relacionados con el evento y factores relacionados con la falta de preparación. En este sentido, sostienen que los rescatistas deben ser considerados víctimas de los propios desastres en los que participan, por lo que deben tomarse todas las medidas preventivas posibles para evitar en ellos la presencia de enfermedades, incluyendo el TEPT.

En un estudio longitudinal realizado con bomberos forestales, Senabre Pastor (2007) evalúa la presencia de estrés agudo (TEA) y la prevalencia de estrés postraumático (TEPT) en una dotación expuesta a un accidente de tráfico en situación de atender una emergencia, encontrando que un 66% presentó de TEA en los primeros días, 50% presentó TEPT a los 3 meses del evento, disminuyendo a 33% hacia los 8 meses. El estudio destaca la necesidad de elaborar políticas y programas de prevención dirigidos a velar y cuidar por la salud emocional de los bomberos.

También encontramos, en un estudio de Cao Yun-hua et al. (2010), sobre una muestra de 135 bomberos de Beijing (China) donde se evaluó el estado de salud psicológica de los bomberos con el cuestionario SCL-90, los resultados indicaron que el nivel de salud psicológica de los investigados era un 20% más bajo que otras poblaciones de adultos estudiadas, no bomberos, obteniéndose los resultados más desfavorables en aquellos que presentaban condiciones más desventajosas, tales como menor escolaridad, menor rangos, etc.

Otra manifestación psicológica negativa asociada a eventos traumáticos, tales como las emergencias y desastres, lo constituye la aparición de sintomatología alexitímica.

De acuerdo a Sivak y Wiater (1997), la alexitimia refiere a un estilo cognitivo caracterizado por la dificultad para verbalizar estados afectivos y diferenciarlos de sensaciones corporales, falta de capacidad introspectiva, tendencia al conformismo social y a las conductas de acción frente a situaciones conflictivas.

Según Sifneos (1988), quien introdujera el término en la década del '70, pueden diferenciarse dos tipos de alexitimia: primaria y secundaria. La alexitimia primaria, que es el resultado de un bloqueo temprano en el desarrollo afectivo del niño y tendría un significado etiológico de predisposición personal cognitivo-afectiva, sobre la cual se han elaborado diversas explicaciones etiológicas de orden neurológico, psicodinámico y cultural; y la alexitimia secundaria, atribuida a experiencias perturbadoras que tienen lugar en determinados momentos evolutivos o cuando la persona ha sido sometida a situaciones traumáticas intensas en la vida adulta (Freyberger, 1985, citado en Otero Rodríguez, 1999; Lunazzi, 2006).

En la línea de investigación que propone la alexitimia primaria como un factor predisponente del TEPT, Heinrichs et al. (2005) realiza un estudio longitudinal con 43 bomberos profesionales, buscando identificar los factores de riesgo predictivos de síntomas de estrés postraumático y la presencia de síntomas psicopatológicos comórbidos, tales como depresión, ansiedad o alexitimia primaria, con anterioridad a la exposición a situaciones potencialmente traumáticas. Como resultado del estudio, los autores señalan que los rasgos específicos de la personalidad podrían constituirse como marcadores de vulnerabilidad a la aparición de síntomas psicopatológicos después de la exposición al trauma. En este sentido, destacan la importancia de la identificación temprana de los factores de riesgo preexistentes para proporcionar prevención y la intervención efectiva para las personas que están en riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el trauma.

En relación a la alexitimia secundaria, Yika Mezzano (2012) sostiene que luego de acudir a una emergencia de gran envergadura, algunos bomberos se aíslan o asumen conductas inusuales e inadecuadas para el posterior desenvolvimiento en sus labores. Algunas manifestaciones del impacto psicológico presente en estos casos, da cuenta de la presencia de síntomas correspondientes a síndrome general de adaptación, estrés postraumático, burn out o fatiga. En este trabajo destaca además la necesidad de realizar de investigaciones sobre los efectos psicológicos del trabajo en emergencias.

Por su parte, Mc Caslin et al. (2006) examinaron la relación entre la alexitimia y el desarrollo del trastorno por estrés postraumático (TEPT), con una muestra transversal de 166 agentes de la policía urbana de Nueva York y otra prospectiva de 54 participantes en los dispositivos policiales tras el atentado terrorista del 11 de septiembre en el World Trade Center. El análisis transversal asoció positivamente la puntuación de alexitimia con el nivel de síntomas de TEPT, también con las referencias personales expresadas de haber padecido abusos emocionales y/o abandono en su infancia. Sin embargo no se relacionó con el nivel de exposición acumulado a incidentes críticos. El análisis prospectivo, señaló que las puntuaciones significativas en alexitimia se ofrecían como un importante factor predictivo de gravedad para los síntomas de trastorno por estrés postraumático (Mc Caslin et al., 2006; citado en De Puelles Casenave, 2009).

En líneas generales, el enfoque de la psicología centrado en el trauma y en los efectos psicológicos adversos (TEPT, alexitimia, etc.) que provocan las situaciones críticas, así como su diagnóstico y tratamiento, es lo que se ha dado a llamar el enfoque de riesgo (Poseck, 2008). En contraposición a ello, encontramos la psicología operando en dirección hacia la promoción de la salud, dentro del denominado modelo salutogénico (Antovnosky, 1979), centrado en el estudio de las vulnerabilidades y los recursos existentes en las personas (Seligman, 1998). Desde este modelo, se facilita la elaboración de programas de prevención y cuidado de la salud (Poseck, 2008; Antovnosky, 1979; Seligman, 1998; citados en Cepeda & Lapolla, 2015).

Por otra parte, dentro de la Psicología de la Emergencia, rama emergente de la psicología que estudia las reacciones de las personas afectadas por situaciones críticas, emergencias o desastres (Valero, 2002), la prevención forma parte de las estrategias de autocuidado para los equipos de primeras respuesta, entre los que se incluyen, por supuesto, los bomberos.

La idea de realizar un trabajo de investigación sobre la presencia de sintomatología alexitímica en bomberos voluntarios surge como respuesta a la escasez de publicaciones científicas sobre el tema.

Se espera que los resultados obtenidos constituyan un aporte para la elaboración de programas preventivos, que permitan, por una parte, en el marco de la Psicología de la Emergencia, reducir las vulnerabilidades a las que se ven expuestos los bomberos, y por otra parte, en el marco de la Psicología Laboral, mejorar la salud ocupacional de la organización.

Objetivo general

Estudiar la presencia de síntomas de Alexitimia en Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires.

Objetivos particulares

1. Evaluar y describir la presencia de sintomatología alexitímica.
2. Analizar la presencia de diferencias en sintomatología alexitímica en función de las variables sociodemográficas.

Hipótesis

Los Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires son propensos a padecer trastornos alexitímicos dada la exposición a situaciones potencialmente traumáticas propias de su actividad.

Métodos y técnicas**Diseño:**

Se trata de un estudio empírico basado en un diseño no experimental de tipo transversal, con metodología descriptiva.

Participantes:

La muestra bajo estudio estará conformada por 24 adultos, mayores de 18 años de edad, integrantes del cuerpo activo del Cuartel de Bomberos Voluntarios N° 142 de Sierra de los Padres, Provincia de Buenos Aires. Se solicitará a cada participante su consentimiento informado explicándole que los datos serán recogidos y tratados de forma anónima y confidencial.

Instrumentos:

Se administrará a cada participante un cuestionario de autoinforme, el cual insume un tiempo de respuesta de 10 minutos aproximadamente, compuesto por las siguientes escalas:

- **Registro de datos básicos:**

Incluye información sobre variables socio-demográficas (sexo, edad, jerarquía en el escalafón bomberil, antigüedad en el cuartel, etc.).

- **Escala Toronto de Alexitimia TAS-20:** (Bagby, Parker & Taylor, 1994; adaptación argentina Lunazzi de Jubany et al., 2007).

Consta de 20 reactivos que permiten evaluar presencia de sintomatología alexitímica a partir de tres factores: (1) dificultad para describir e identificar emociones propias; (2) Dificultad para distinguir entre sentimientos y sensaciones físicas; (3) baja capacidad para simbolizar y con la presencia de pensamientos operatorios que tienden a focalizarse más en los aspectos externos de un suceso que en las experiencias subjetivas del mismo (coeficiente alfa de Cronbach: 0.81 para la escala completa original, y la fiabilidad test-retest es de 0.77, $p < .01$).

Análisis de Datos

En el análisis de datos se aplicarán técnicas estadísticas descriptivas. Para los objetivos 1 y 2 se obtendrán los estadísticos descriptivos (% , X, DS).

Los cuestionarios completados serán ingresados a una base de datos y luego procesados con el software SPSS v22.0 (paquete de evaluación) para su análisis.

Procedimientos

El procedimiento consistirá en la administración de los instrumentos seleccionados en forma individual, si bien permiten la administración grupal, y el posterior análisis cuantitativo de resultados.

Lugar de Realización del Trabajo

GIPSIL (Grupo de Investigación en Psicología Laboral) y Cátedra de Psicología Laboral, de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Cronograma de Actividades

ACTIVIDAD	MES					
	1	2	3	4	5	6
Búsqueda de información	X	X				
Elaboración del marco teórico	X	X	X			
Diseño de las entrevistas		X	X			
Administración de entrevistas			X			
Análisis de entrevistas				X		
Armado de la Base de Datos				X		
Ingreso de Datos				X	X	
Realización de Análisis Estadísticos Cuantitativos					X	X
Redacción de Informe Final					X	X

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR). Barcelona: Masson.
- Arraigada, M., Verón, M.A. y Cepeda, C. (2016). La Psicología de la Emergencia en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. En: VII Congreso Marplatense de Psicología, Mar del Plata.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithimia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*, 38(1), 23-32.
- CAO Yun-hua, et al. (2010). Investigation on Beijing certain place firefighters' psychological health status and the relevant factors. PR.China: Mental Health School, Qiqihar Medical University. *Journal of Qiqihar Medical College* (06). Disponible en: http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-QQHB201006004.htm
- Cepeda, C. & Lapolla, S. (2015). Relaciones entre Resiliencia y Secuelas Psicológicas a consecuencia de las inundaciones, en adultos damnificados, voluntarios y no voluntarios, de la ciudad de La Plata. (Tesis Inédita). UNMDP, Mar del Plata.
- de Puelles Casenave, C. (2009). Exigencia y carga emocional del trabajo policial: la intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 9, 171-196. Disponible en: http://www.aranformacion.es/images/archivos/AR3_I_31_C_1.PDF
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L.M., Hellhammer, D.H., Ehlert, U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: a 2-year prospective follow-up study in firefighters. *The American journal of psychiatry*, 162 (12), 2276-86. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2276
- Ley 25.054. (1998). Ley Nacional del Bombero Voluntario. Boletín Oficial 16/12/1998.
- Lunazzi de Jubany, H. A. et al. (2007). Adaptación argentina de la Escala Toronto de Alexitimia (TAS-20) e investigación de la validez del puntaje total y de sus factores. En I Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2007. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/49236>
- Lunazzi de Jubany, H.A., Tonin, M.S., Falcón, L., Quintero, E. y D'Alessio Vila, S.D. (2009). Adaptación argentina de la escala TAS-20, validez de su capacidad diagnóstica para evaluar la alexitimia y análisis de sus factores. En: II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2009. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10915/17381>

- Lunazzi, H. (2006). La alexitimia en la artritis reumatoidea. (Tesis doctoral) Universidad Nacional de La Plata, La Plata.
- Otero Rodriguez, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 19 (72), 587-596. Disponible en:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15668>
- Rotger Llinás, D. (1994). El estrés de los bomberos. *Mapfre Seguridad*, 55, 11-21. Disponible en:
https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/pt/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1016572
- Senabre Pastor, J.A. (2007, mayo). El trauma producido por los accidentes de tráfico: un estudio con bomberos forestales. Poster presentado en la 4ª Conferencia Internacional sobre Incendios Forestales, Sevilla, España. Disponible en: http://www.fire.uni-freiburg.de/sevilla-2007/contributions/doc/SESIONES_TEMATICAS/ST6/Senabre3_SPAIN_Alicante.pdf
- Sivak, R. y Wiater, A. (1997). Alexitimia: la dificultad para verbalizar los afectos. Buenos Aires: Paidós.
- Sifneos, P. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatr Clin North Am*, 11, 287-292.
- Valero, S. (2002). *Psicología en Emergencias y Desastres*. Lima: Ed. San Marcos.
- Ventura Velásquez, R. E., Toca Smith, L. A., Couso Acosta, O., Ojeda Vicente, M., Frenis Medero, B. y Ortega Pérez, I. (2008). Trastorno de estrés postraumático en miembro de equipo de primera respuesta. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 5 (3), 418-423. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol5_3_06/mie01306.pdf
- Yika Mezzano, M. (09-09-2012). Riesgos físicos y psicológicos de los Bomberos [Mensaje en un blog]. Recuperado de:
<http://hermandadebomberos.ning.com/profiles/blogs/riesgos-f-sicos-y-psicologicos-de-los-bomberos>

Índice General

Introducción	1
Marco Teórico	2
El concepto Alexitimia	2
Alexitimia Primaria y Secundaria	4
Etiología de la alexitimia	5
Origen neurológico de la Alexitimia	5
Origen psicodinámico de la Alexitimia	6
Origen cultural de la Alexitimia	7
Alexitimia y género	7
Evaluación transcultural de la Alexitimia	8
Los Bomberos Voluntarios.	9
Cuartel de Bomberos Sierra de los Padres	9
La intervención en emergencia y desastres	10
La salud mental en emergencias y desastres	10
El impacto psicológico en la actividad de los bomberos	11
Hacia una psicología preventiva	12
Psicología de la emergencia y salud mental	13
Aspectos Metodológicos	15
Materiales y Métodos	15
Objetivo general	15
Objetivos particulares	15
Hipótesis	15
Diseño	15
Población y Muestra	16
Características de la muestra	16
Instrumentos	19
Procedimiento	19
Análisis de Datos	19
Resultados	20
Caracterización de la Alexitimia	20
Presencia de sintomatología alexitímica según variables sociodemográficas	22
Discusión	26
Referencias Bibliográficas	30
Anexo 1 - Instrumentos	33

Índice de Tablas

Tabla 1: Distribución de la muestra por sexo.....	16
Tabla 2: Grupos por edad de las personas entrevistadas.	16
Tabla 3: Escalafón jerárquico de los BB.VV. de Argentina.....	17
Tabla 4: Grupos por jerarquía de las personas entrevistadas.	17
Tabla 5: Grupos por antigüedad de las personas entrevistadas.	18
Tabla 6: Medias y desvíos de la alexitimia para cada factor y puntaje total.....	20
Tabla 7: Puntos de corte para la sintomatología alexitímica.	21
Tabla 8: Sintomatología alexitímica en la muestra	21
Tabla 9: Comparación de Niveles de Alexitimia con otras muestras.....	22
Tabla 10: Sintomatología alexitímica según sexo.....	23
Tabla 11: Sintomatología alexitímica por grupos etarios	24
Tabla 12: Sintomatología alexitímica por grupos jerárquicos	24
Tabla 13: Sintomatología alexitímica por antigüedad	25

Índice de Gráficos e Ilustraciones

Gráfico 1: Muestra agrupada por Edades.....	16
Gráfico 2: Muestra agrupada por jerarquía.....	17
Gráfico 3: Muestra agrupada por Antigüedad.....	18
Gráfico 4: Niveles de Alexitimia en Población General.....	21
Gráfico 5: Valores medios en los factores de alexitimia por sexo.....	.22

Introducción

La presente investigación, de carácter exploratorio y descriptivo, se propone estudiar la presencia de sintomatología alexitímica en Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires, sobre una muestra conformada por 24 adultos, mayores de 18 años de edad, pertenecientes al cuerpo activo del Cuartel de Bomberos Voluntarios N° 142, de Sierra de los Padres.

Se plantea como objetivo general, estudiar la presencia de síntomas de Alexitimia en Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires. Los objetivos particulares son: (a) evaluar y describir la sintomatología alexitímica presente en los entrevistados y (b) analizar la presencia de diferencias en los niveles de sintomatología alexitímica en función de las variables sociodemográficas.

Se espera que los resultados obtenidos constituyan un aporte para la elaboración de programas preventivos, que permitan, por una parte, en el marco de la Psicología de la Emergencia, reducir las vulnerabilidades a las que se ven expuestas las personas que integran el cuerpo de Bomberos Voluntarios, y por otra parte, en el marco de la Psicología Laboral, contribuir a una mejora en la salud ocupacional de la organización.

Marco Teórico

El concepto Alexitimia:

El término *alexitimia*, vocablo griego que significa «ausencia de palabras para expresar afectos o sentimientos» fue introducido por Sifneos en la década del '70 para describir un grupo de síntomas observados en pacientes con enfermedades psicosomáticas, y denota una dificultad en identificar y describir emociones, así como una vida de fantasía interna empobrecida (Fernandez Montalvo y Yárnoz, 1994).

En este sentido, Sivak y Wiater (1997), sostienen que la alexitimia refiere a un estilo cognitivo caracterizado por la dificultad para verbalizar estados afectivos y diferenciarlos de sensaciones corporales, falta de capacidad introspectiva, tendencia al conformismo social y a las conductas de acción frente a situaciones conflictivas.

De acuerdo a Cerezo, García-Moja, Gándara y Hernández, el concepto de alexitimia ha sido duramente criticado desde múltiples y variados campos, tachándose de inapropiado, poco representativo y no válido. No obstante, se considera, incluso por los mismos autores que lo critican, como un concepto ventajoso pues comunica, en una sola palabra, una serie de rasgos clínicos que subyacen en determinados trastornos o pacientes (Cerezo, García-Moja, Gándara y Hernández, 1988, citado en Fernandez Montalvo y Yárnoz, 1994).

En las primeras conceptualizaciones de alexitimia, elaboradas a partir de la observación clínica de pacientes psicosomáticos, Nemiah & Sifneos (1970) agrupaban síntomas tales como: a) pensamientos con bajos niveles de abstracción, con abordajes utilitarios y concretos de los hechos, e escasa introspección; b) pobre capacidad para fantasear; c) relaciones interpersonales rígidas y estereotipadas; y d) gran resistencia a aceptar las interpretaciones psicoanalíticas tradicionales, dada la incapacidad de reconocer y verbalizar afectos, y a la pobreza imaginativa (Nemiah & Sifneos, 1970, citado en Otero Rodriguez, 1999).

Esta demarcación inicial, que consideraba a la alexitimia como característica de las enfermedades psicosomáticas (asma, úlcera, colitis, hipertensión, artritis, eccema, hipertiroidismo, trastornos de la alimentación, patologías oncológicas, colagenopatías, nuevas patologías autoinmunes, la psoriasis, etc.) se amplía con observaciones más recientes, que permiten entender al concepto como un desorden de la regulación de los afectos, el cual se encuentra en muchos cuadros de difícil tratamiento como las

psicopatías, las adicciones y la vulnerabilidad crónica o traumática al estrés (Taylor, Bagby y Parker, 1997, citado en Lunazzi, 2006).

Siguiendo a Lunazzi (2006), encontramos que una caracterización aceptada considera a la alexitimia como un desorden de la regulación y mediación de los afectos entre la fisiología, el soma y los procesos cerebrales de la mente, que constituye un importante factor de riesgo en las enfermedades psicológicas y físicas, hallándose implicado en los cuadros psicósomáticos, cuadros antisociales, abuso de sustancias, desorden por pánico y otras enfermedades. Todos estos cuadros comparten la escasa integración de los sentimientos a la mente y la conducta.

En esta línea, Lunazzi de Jubany et al. (2007), definen a la alexitimia como un constructo multifacético que comprende a) la dificultad para diferenciar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales; b) la dificultad para comunicar y describir los propios sentimientos a otras personas; c) una vida de fantasía empobrecida y d) un estilo cognitivo orientado a intereses en el mundo externo.

De acuerdo a lo expresado por Sivak y Wiater (1997), las personas con alexitimia presentan las siguientes características:

1. Dificultad para identificar afectos:

Estas personas tienen problemas para diferenciar una emoción de otra. Por ejemplo, no saben con seguridad si lo que sienten es miedo o ira. Esta incapacidad no se da sólo respecto a los propios sentimientos, sino que también tienen dificultades para identificar las emociones en los demás (en sus voces, expresiones faciales, posturas).

2. Dificultad para describir afectos:

Les resulta imposible describir lo que sienten y describir a otras personas todo lo referente al ámbito subjetivo y de los afectos.

3. Dificultad para diferenciar los afectos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional:

Las emociones suelen ir acompañadas de síntomas fisiológicos, como sudoración, aceleración de ritmo cardíaco, etc. Los alexitímicos atribuyen estas manifestaciones fisiológicas a síntomas vagos o los confunden con la emoción misma.

Cuando siente emociones intensas, esta persona describe simplemente un malestar físico de un modo impreciso.

4. Reducida capacidad de fantasía y de pensamiento simbólico:

Suelen tener un pensamiento concreto, con problemas para el manejo simbólico de las emociones. Su forma de hablar es monótona, parca y sin matices afectivos. Apenas gesticulan ni introducen cambios en el tono de voz, se sientan de forma rígida y su semblante es inexpresivo.

5. Preocupación por los detalles y acontecimientos externos:

En su lenguaje apenas existen referencias abstractas y simbólicas, sino que se limitan a describir detalles concretos, sin un tono afectivo.

6. Utilizan la acción como estrategia de afrontamiento en situaciones de conflicto:

El modo de resolver un estado emocional desagradable en estas personas, consiste en la realización de conductas directas. Tienen una orientación de tipo práctico y un escaso contacto con su realidad psíquica.

Alexitimia Primaria y Secundaria

Sifneos (1988) postuló dos tipos de alexitimia: primaria y secundaria. La *alexitimia primaria*, de orden biológico, como un defecto estructural neuroanatómico o una deficiencia neurobiológica en la forma de anormalidades, debidas a factores hereditarios, que interrumpen la comunicación entre el sistema límbico y la neocorteza. En este caso, la alexitimia es analizada como una disposición personal, que acompaña al sujeto de por vida, como rasgo de personalidad fruto de una anormalidad genética, un desarrollo biológico inadecuado o una lesión cerebral.

Por su parte, la *alexitimia secundaria* se origina como resultado de influencias psicológicas, como condicionamiento sociocultural o defensa ante un trauma. La persona suprime las emociones dolorosas como un mecanismo de defensa contra el trauma, por ejemplo, enfermedades crónicas graves, duelo por un ser querido, etc. Posiblemente se relacione con una negación de la situación o acontecimiento traumático para protegerse de emociones demasiado dolorosas. En estos casos, la alexitimia puede desaparecer cuando desaparece la enfermedad, se elabora el duelo

o la situación traumática, o puede cronificarse si no se interviene adecuadamente (Sifneos, 1988).

Según Lunazzi de Jubany et al. (2007), la alexitimia secundaria se debe a causas traumáticas que tienen lugar en determinados momentos evolutivos o cuando la persona ha sido sometida a situaciones traumáticas intensas en la vida adulta. En este sentido los autores sostienen que la alexitimia puede presentarse en personas que padecen Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), u otros trastornos psicopatológicos como la depresión, los trastornos de alimentación (anorexia y bulimia) y adicciones.

Etiología de la alexitimia.

Existen teorizaciones neurológicas, psicodinámicas y culturales para explicar la etiología de la alexitimia.

Origen neurológico de la Alexitimia

Dentro de las explicaciones neurológicas, el modelo de especialización hemisférica afirma que la alexitimia podría deberse a una falta de comunicación entre los hemisferios cerebrales. Esta teoría se apoya en la posibilidad de que la emoción esté localizada en el hemisferio derecho (en la mayoría de personas diestras) y la expresión verbal en el hemisferio izquierdo. Esta supuesta falta de comunicación entre los hemisferios, en sujetos alexitímicos, produciría un déficit en la capacidad de articular verbalmente las emociones (Jódar, Valdés, Sureda y Ojuel, 2000).

En esta línea de investigación, Zeitlin et al. (1989), en un estudio con veteranos de combate diagnosticados de estrés postraumático, observaron una asociación significativa entre alexitimia y falta de comunicación interhemisférica. Parece que algunos casos de alexitimia pueden ser mediados por una “desconexión funcional” de los dos hemisferios cerebrales en individuos neurológicamente intactos, pero según el propio autor estos resultados no pueden extrapolarse a individuos sin estrés postraumático (Zeitlin et al., 1989, citado en Jódar, Valdés, Sureda y Ojuel, 2000).

Mc Caslin, et al. (2006) examinaron la relación entre la alexitimia y el desarrollo del trastorno por estrés postraumático (TEPT), con una muestra transversal de 166 agentes de la policía urbana de Nueva York y otra prospectiva de 54 participantes en los dispositivos policiales tras el atentado terrorista del 11 de septiembre en el World Trade Center. El análisis transversal asoció positivamente la puntuación de alexitimia

con el nivel de síntomas de TEPT, también con las referencias personales expresadas de haber padecido abusos emocionales y/o abandono en su infancia. Sin embargo no se relacionó con el nivel de exposición acumulado a incidentes críticos. El análisis prospectivo, señaló que las puntuaciones significativas en alexitimia se ofrecían como un importante factor predictivo de gravedad para los síntomas de trastorno por estrés postraumático (Mc Caslin et al., 2006; citado en De Puelles Casenave, 2009).

Siguiendo un enfoque neurocognitivista, encontramos al déficit del procesamiento cognitivo de las emociones, definido por Sifneos, en 1973, como el déficit neurológico de las vías conectivas entre la corteza y el sistema límbico en la llamada alexitimia primaria, el cual es susceptible de verificarse en las pruebas de laboratorio y de inducirse experimentalmente. Dicho déficit también es manifiesto en la alexitimia secundaria, desarrollada aun cuando las bases y conexiones neurológicas están intactas como respuesta adaptativa a traumas y enfermedades. Esta respuesta adaptativa, en la cual las emociones intensas no se reconocen ni verbalizan, puede ser transitoria, ya que se trataría de un sujeto sólo situacionalmente alexitímico. La alexitimia secundaria, verdadera o cristalizada como rasgo de la personalidad, en cambio, también se atribuye a falencias tempranas en el vínculo materno, cuando la madre carece de la capacidad de representarse las emociones del bebé y por ello tampoco de verbalizarlas. Esas carencias maternas interferirían en el proceso normal del bebé de reconocer y expresar sus propias emociones (Winnicott, 1979; Liberman, 1983; McDougall, 1987; Bion, 1965, 1992; citados en Lunazzi, 2006).

Origen psicodinámico de la Alexitimia

Dentro del modelo psicodinámico encontramos que para Laham (2006), la alexitimia se define como la incapacidad para expresar verbalmente las emociones debido a que estas personas no son capaces de identificar lo que sienten, entenderlo o describirlo (Laham, 2006, citado en Groisman, 2007).

En tanto McDougall (1982) considera que la presencia de alexitimia sería el punto de partida de la vulnerabilidad somática en un psiquismo que sólo cuenta con palabras escindidas, representaciones de cosa sin valencia afectiva, señalando, además, que la escisión del polo psíquico respecto del polo somático del afecto deja al soma encargado de resolver el conflicto a través de una solución orgánica, definiéndose así la vulnerabilidad somática (McDougall, 1982, citado en Groisman, 2007).

De acuerdo a Krystal (1978, 1997), superviviente de campos de concentración que ha dedicado su vida profesional a las víctimas de la persecución nazi, puede sostenerse que, gracias al mecanismo de defensa de la alexitimia secundaria, pudieron sobrevivir psicológicamente al sadismo de los opresores. Este funcionamiento obedece a un factor de protección, un mecanismo de defensa, construido por la persona que se enfrenta ante una experiencia grave (Krystal (1978, 1997, citado en Otero Rodríguez, 1999).

Origen cultural de la Alexitimia

Existen modelos social-cognitivos explicativos de la alexitimia secundaria, que señalan las características de ciertas culturas que no estimulan la manifestación afectiva (Casullo, 1994).

De acuerdo a Páez, Fernández y Mayordomo (2000) estudios etnográficos y de psiquiatría transcultural estarían sugiriendo que el “sub-desarrollo” lingüístico de una emoción estaría asociado a su expresión somática.

De este modo, existen elementos que apoyan la idea de una asociación entre colectivismo y una menor capacidad para identificar los sentimientos internos y un déficit de elaboración cognitiva sobre ellos. Así, la intensidad emocional es menor en las clases populares, que operando a modo de una subcultura colectivista, apoyan una expresión más somatizada de las emociones.

Dentro de las sociedades occidentales de corte individualista, en las clases populares, que operan a modo de una subcultura colectivista, tanto el status social como el nivel de educación se asocian negativamente con la alexitimia.

En líneas generales, interculturalmente, hablar sobre las propias emociones está más valorado en las culturas individualistas anglosajonas que en las colectivistas asiáticas. Por otra parte, mientras que en las culturas árabes islámicas y latinas se aprueba la fuerte expresión verbal de las emociones, en otras culturas como la china, opera una contención verbal adaptativa y se enfatiza la expresión emocional sutil, por medio de la comunicación indirecta o incluso a través de la conducta (Páez, Fernández y Mayordomo, 2000).

Alexitimia y género

Bajo la perspectiva del análisis cultural, Páez, Fernández y Mayordomo (2000) sostienen que existe una masculinidad cultural que se asocia con algunos rasgos de

la alexitimia, tales como la menor expresión verbal, las reacciones psicológicas menos marcadas y el malestar afectivo, con una fuerte orientación hacia lo externo, mientras que la femineidad cultural se caracterizaría por un déficit en la identificación y diferenciación de los estados internos. Los autores sostienen que, desde el punto de vista de las diferencias de género, los hombres muestran un menor déficit en la percepción de estados internos. Esta diferencia disminuye en culturas individualistas y con menor distancia de poder. Así, la diferencia entre hombres y mujeres no es sistemática en la expresión verbal de las emociones, y la “superioridad” femenina en la comunicación verbal de las emociones se invierte en las culturas de alta distancia de poder y más colectivistas como la hindú (Páez, Fernández y Mayordomo, 2000).

Por su parte, Urquijo et al. (2003) analizaron una muestra de 149 sujetos internados en una Unidad Coronaria, no encontrando diferencias estadísticas significativas en los niveles de alexitimia informados en hombres y en mujeres (Urquijo et al., 2003, citado en Groisman, 2007).

Evaluación transcultural de la Alexitimia:

Entre los numerosos instrumentos de medición de la alexitimia encontramos la *Alexithymia Toronto Scale* (TAS-26) desarrollada por Taylor et al. (Taylor, Ryan y Bagby, 1985; Taylor et al., 1988) la cual cuenta con adaptación argentina realizada en 1990 por M. M. Casullo, M. Maristany y A. Wiater, compuesta de 26 ítems (11 negativos y 15 positivos), cada uno de los cuales se contesta a través de una escala tipo likert de cinco puntos (Taylor, Ryan y Bagby, 1985; Taylor et al., 1988; Casullo, Maristany y Wiater, 1990, citados en Lunazzi, 2006).

Aunque los datos confirmaron en gran medida que el TAS-26 parece constituir un instrumento útil, fiable y válido, la aparición de ciertos datos discordantes obligó a su revisión, elaborándose posteriormente una versión de 20 ítems: TAS-20 (Parker, Bagby, Taylor, Endler, Schmitz, 1993). Esta escala revisada (TAS-20), conserva 13 ítems del TAS inicial, y como ésta, se puntúa también a través de una escala tipo likert de cinco puntos (Páez, Martínez-Sánchez, Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999). Por ello, la puntuación obtenida por un sujeto puede oscilar dentro de un rango comprendido entre 20 y 100, considerándose como alexitímico a aquel sujeto que obtenga una puntuación igual o superior a 56 (Parker, Bagby, Taylor, Endler, Schmitz, 1993, citados en Páez, Martínez-Sánchez, Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999).

La versión TAS-20 cuenta con mayor confiabilidad y se ha probado su validez factorial en 18 diferentes lenguas y culturas. Los hallazgos afirman la propiedad del uso de la TAS-20 en investigaciones transculturales y postulan a la alexitimia como un rasgo universal que trasciende las diferencias culturales (Lunazzi, 2006).

Las diferentes investigaciones realizadas con esta escala muestran un mapa factorial compuesto por tres factores coherentes con el constructo que evalúa (Páez, Martínez-Sánchez, Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999)

La escala TAS-20 utilizada en el presente estudio es la adaptación argentina (Casullo et al., 1990), con las correcciones realizadas por Lunazzi de Jubany et al. (2007), según las cuales, cada uno de los 20 ítems, se responde con una de tres opciones de respuesta de acuerdo a lo que se siente o piensa: 1) Totalmente de acuerdo, 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3) Totalmente en desacuerdo, siendo los puntajes para cada una de ellas, de 1, 3 o 5 puntos respectivamente (Casullo et al., 1990, citado en Lunazzi de Jubany et al., 2007).

Los Bomberos Voluntarios

En el año 1884 nace el primer Cuartel de Bomberos Voluntarios de la República Argentina, en el barrio porteño de La Boca, como una respuesta de la ciudadanía, conformada mayormente por inmigrantes italianos, para paliar el riesgo de incendio en los conventillos que habitaban, viviendas precarias de madera y chapa.

En la actualidad, el Sistema Nacional de Bomberos Voluntarios (SNBV) está compuesto por unos 43.000 efectivos, 36.000 hombres y 7.000 mujeres, que prestan servicio en más de 900 Cuarteles en todo el país.

Cuartel de Bomberos Sierra de los Padres

Como respuesta de la sociedad civil ante los incendios forestales y de pastizales ocurridos en el verano del '75, se crea en 1977 la Sociedad de Bomberos Voluntarios de Sierras de los Padres.

Con una dotación conformada por 62 integrantes de ambos sexos, 3 de ellos oficiales jefes, 5 oficiales subalternos, 2 suboficiales superiores, 14 suboficiales subalternos y 38 bomberos, además de 20 aspirantes y 11 cadetes en formación, el Cuartel N° 142 de Sierra de los Padres atiende una jurisdicción de 60.000 hectáreas, en la que habitan 40.000 personas.

Emplazado en el acceso al barrio Sierra de los Padres, el cuartel cuenta con dos autobombas, una unidad de rescate, una ambulancia, una unidad de apoyo logístico, una unidad forestal, una unidad de ataque rápido, un cuatriciclo y dos embarcaciones para rescate acuático, equipamiento atendido y mantenido por los mismos voluntarios.

Anualmente realiza más de 640 intervenciones, correspondiendo el 50% al auxilio de personas, 20% a incendios estructurales (viviendas, comercios), 20% a incendios forestales, y 10% a intervenciones varias (materiales peligrosos, rescates en altura, rescate de animales, colaboración, etc.).

La intervención en emergencia y desastres

Los bomberos actúan como primeros respondientes en situaciones de emergencia o desastres.

Siguiendo a Valero (2002), se denomina *emergencias* a aquellas situaciones inesperadas que comprometen la vida y la integridad física de una o de varias personas y que demandan una intervención especializada, resultando en general suficiente la intervención realizada por los equipos de primera respuesta; en tanto que en los *desastres*, la magnitud de las alteraciones en las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente, causadas por un suceso natural o generado por el hombre, exceden la capacidad de respuesta inmediata (Valero, 2002).

La salud mental en emergencias y desastres:

De acuerdo a Arraigada, Verón y Cepeda (2016), los efectos adversos de las emergencias y desastres sobre la salud mental son complejos, generando consecuencias emocionales directas, tales como miedo, ansiedad, ira o tristeza; e indirectas, las cuales producen diversos deterioros en el entorno de las víctimas, desestructurando sus relaciones familiares y sus proyectos de vida individuales o colectivos.

El impacto psicológico negativo de las emergencias o desastres se debe a que los mismos tienen la capacidad potencial de desestabilizar los procesamientos psíquicos, así como de promover una serie de reacciones emocionales, conductuales o fisiológicas, que en principio deben ser entendidas como respuestas normales ante situaciones anormales (Benyakar, 2012), pero que, de prolongarse en el tiempo, pueden transformarse en manifestaciones sintomáticas de estrés postraumático, alexitimia o burn out entre otras (Arraigada, Verón y Cepeda, 2016).

Según Taylor & Frazer, las emergencias y desastres afectan no sólo a quienes sufren el impacto directo del incidente, sus familiares y amigos, sino también a integrantes de los equipos de primera respuesta (Taylor & Frazer, 1978; citado en Cepeda y Lapolla, 2015).

En efecto, trabajadores abocados a atender este tipo de situaciones resultan expuestos a vivencias de excesivo sufrimiento humano, muertes traumáticas, amenazas para su propia integridad física o incluso la pérdida de compañeros de equipo. Esta exposición implica una perturbación psicosocial que puede sobrepasar la capacidad de manejo o afrontamiento de los mismos bomberos (OPS, 2002).

El impacto psicológico en la actividad de los bomberos

Numerosos estudios dan cuenta del estrés propio de la actividad del bombero y de las secuelas psicológicas con sintomatología de estrés postraumático. Entre ellos, encontramos un estudio de Rotger Llinás (1994) que analiza las fuentes del estrés en el desempeño del trabajo de bombero, incluyendo la influencia de factores personales en el desarrollo del mismo, así como la presencia del miedo y la ansiedad, y el impacto emocional que éstos producen y el efecto moderador del entrenamiento profesional, la motivación y el ejercicio físico como alternativas válidas para lograr reducir el estrés y la ansiedad en los Bomberos.

En un estudio longitudinal realizado con bomberos forestales, Senabre Pastor (2007) evalúa la presencia de estrés agudo (TEA) y la prevalencia de estrés postraumático (TEPT) en una dotación expuesta a un accidente de tráfico en situación de atender una emergencia, encontrando que un 66% presentó de TEA en los primeros días, 50% presentó TEPT a los 3 meses del evento, disminuyendo a 33% hacia los 8 meses. El estudio destaca la necesidad de elaborar políticas y programas de prevención dirigidos a velar y cuidar por la salud emocional de los bomberos.

Por su parte, Yika Mezzano (2012) sostiene que luego de acudir a una emergencia de gran envergadura, algunos bomberos se aíslan o asumen conductas inusuales e inadecuadas para el posterior desenvolvimiento en sus labores. Algunas manifestaciones del impacto psicológico presente en estos casos, dan cuenta de la presencia de síntomas correspondientes a síndrome general de adaptación, estrés postraumático, burn out o fatiga. En este trabajo destaca además la necesidad de realizar de investigaciones sobre los efectos psicológicos del trabajo en emergencias.

En tanto Heinrichs et al. (2005), en un estudio longitudinal realizado sobre una muestra de 43 bomberos profesionales que buscaba identificar los factores de riesgo predictivos de síntomas de estrés postraumático y la presencia de síntomas psicopatológicos comórbidos, tales como depresión, ansiedad o alexitimia primaria, con anterioridad a la exposición a situaciones potencialmente traumática, los autores señalan que los rasgos específicos de la personalidad podrían constituirse como marcadores de vulnerabilidad a la aparición de síntomas psicopatológicos después de la exposición al trauma. En este sentido, destacan la importancia de la identificación temprana de los factores de riesgo preexistentes para proporcionar prevención y la intervención efectiva para las personas que están en riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el trauma.

Hacia una psicología preventiva

El abordaje de las emergencias o desastres por parte de la psicología comienza en la década del '50, con una mirada centrada en las consecuencias psicológicas de la experiencia traumática, bajo el denominado enfoque de riesgo. Desde este enfoque "se tiende a considerar que toda persona sometida a una vivencia traumática necesitará atención psicológica profesional para evitar el desarrollo de síntomas de ansiedad, depresión, insomnio y fundamentalmente... de un trastorno de estrés postraumático. Es decir, asume que el ser humano es débil y vulnerable frente a los golpes de la vida y que quien sufre una experiencia traumática es una víctima que necesita ayuda cuanto antes" (Poseck, 2008, p. 109).

Hacia finales de los '70, partiendo de una concepción de salud entendida como estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2015), Antonovsky (1979), se propone desarrollar una psicología capaz de orientarse hacia la promoción de la salud, y propone un marco de referencia para la disciplina, al cual denominará enfoque salutogénico, centrado en los factores humanos que apoyan la salud y el bienestar, y sostiene que la forma de ver la vida tiene una influencia positiva en la salud (Antonovsky, 1979, citado en Cepeda y Lapolla, 2015).

Siguiendo este enfoque, Seligman desarrollará la Psicología Positiva, entendida como una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos y mecanismos que subyacen a las cualidades y fortalezas del ser humano. El objeto de la psicología positiva es mejorar la calidad de vida y prevenir

la aparición de trastornos mentales y patologías. La psicología positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención (Seligman, 1998, citado en Poseck, 2006; Poseck, 2006, 2008).

Psicología de la emergencia y salud mental

Según Rodríguez, Zaccarelli & Pérez (2006), la atención psicosocial en emergencias y desastres requiere especialización profesional y conceptualización desde un marco específico, el marco de la Psicología de la Emergencia (Rodríguez, Zaccarelli & Pérez, 2006, citado en OPS, 2006).

La Psicología de la Emergencia es definida por Valero (2002) como una rama de la psicología enfocada en el estudio de las *reacciones* de las personas y los grupos humanos en tres fases: el *antes*, *durante* y *después* de una situación de emergencia o desastre.

En cada una de estas fases la tarea estará focalizada. De este modo, en la fase previa (*antes*) la atención estará puesta en la prevención, mediante la implementación de estrategias de intervención psicosocial orientadas a la mitigación y preparación de la población, así como en la selección y evaluación del personal interviniente. Mientras ocurren las emergencias y desastres (*durante*), o en las primeras horas posteriores al mismo se llevará a cabo la intervención psicosocial a través de técnicas y protocolos específicos que buscan evitar y reducir las respuestas no adaptativas durante el impacto del evento; y luego del evento (*después*) la tarea estará focalizada en la rehabilitación de los afectados (Araya Molina, 2011).

Atendiendo a una concepción preventiva de la psicología, Rotger Llinás (1999) destaca la importancia de la inclusión conocimientos en Psicología de la Emergencia dentro de las competencias del personal de bomberos y equipos de primera respuesta, ya que, abordados con el entrenamiento adecuado, sostiene el autor, permiten mejorar la capacidad de asistencia a las víctimas y a los propios compañeros, así como el autocuidado del propio bombero.

Por su parte, Ventura Velásquez et al. (2008) estudian la presencia de TEPT en equipos de primera respuesta, encontrando que las manifestaciones clínicas van a depender de factores relacionados con el sujeto, factores relacionados con el evento y factores relacionados con la falta de preparación. En este sentido, sostienen que los rescatistas deben ser considerados víctimas de los propios desastres en los que

participan, por lo que deben tomarse todas las medidas preventivas posibles para evitar en ellos la presencia de enfermedades, incluyendo el TEPT.

Aspectos Metodológicos

Materiales y Métodos

En los siguientes apartados se describen los aspectos metodológicos que sustentan el trabajo de campo de la presente investigación.

Objetivo general

Estudiar la presencia de síntomas de Alexitimia en Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires.

Objetivos particulares

1. Evaluar y describir la presencia de sintomatología alexitímica.
2. Analizar la presencia de diferencias en sintomatología alexitímica en función de las variables sociodemográficas.

Hipótesis

Los Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires son propensos a padecer trastornos alexitímicos dada la exposición a situaciones potencialmente traumáticas propias de su actividad.

Diseño

Se trata de un estudio empírico basado en un diseño no experimental de tipo transversal, con metodología descriptiva.

Población y Muestra

La población estuvo constituida por sujetos adultos, mayores de 18 años de edad, integrantes del cuerpo activo del Cuartel de Bomberos Voluntarios N° 142 de Sierra de los Padres, Provincia de Buenos Aires.

La muestra bajo estudio –intencional no probabilística– se conformó por 24 personas, todos ellos bomberos con diferentes rangos en el escalafón jerárquico de la institución. En todos los casos la participación fue voluntaria y anónima, bajo consentimiento informado. Para su obtención se realizó una visita al Cuartel N° 142, donde se administraron los instrumentos de evaluación de forma grupal, reuniendo 3 o 4 bomberos por vez.

Características de la muestra

Se evaluaron 24 adultos, un 45.8% de mujeres y 54.2% de varones, con edades comprendidas entre 18 y 55 años ($M=31.6$, $DS=8.8$), y los grupos de edad se distribuyeron de la siguiente manera: de 18 a 26 años: 33.3%; de 27 a 36 años: 37.5% y de 37 a 55 años: 29.2% (ver tabla 1, tabla 2 y gráfico 1).

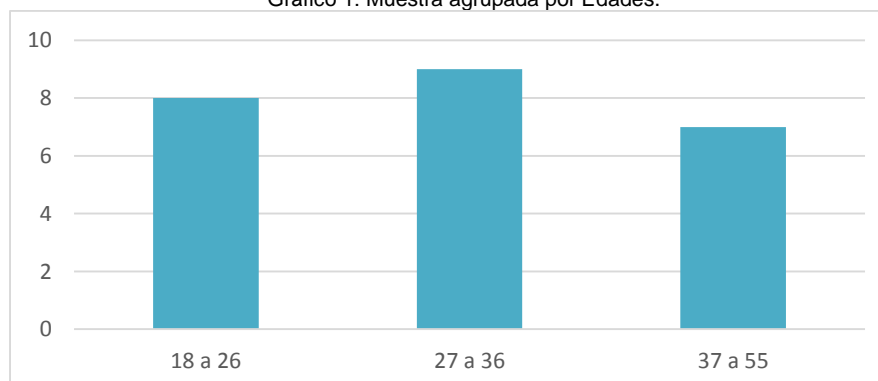
Tabla 1: Distribución de la muestra por sexo.

<i>muestra por sexo</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
Mujeres	11	45.8%
Varones	13	54.2%
Total	24	100.0%

Tabla 2: Grupos por edad de las personas entrevistadas.

<i>muestra por edad</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
18-26 años	8	33.3%
27-36 años	9	37.5%
37-55 años	7	29.2%
Total	24	100.0%

Gráfico 1: Muestra agrupada por Edades.



Los cuerpos activos (así se denomina a los efectivos que forman parte del servicio activo) de los diferentes cuarteles de Bomberos Voluntarios (BB.VV.) de la Argentina se ordenan a partir de un escalafón unificado, que cuenta los siguientes niveles jerárquicos (ver tabla 3):

Tabla 3: Escalafón jerárquico de los BB.VV. de Argentina.

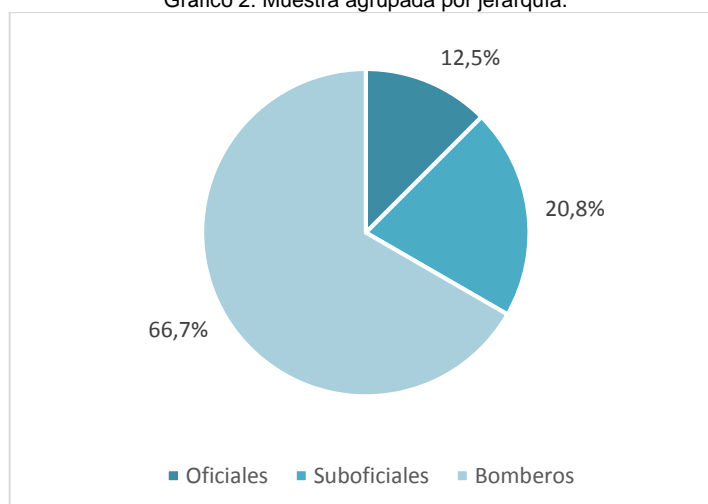
Jerarquía	Rango
Oficial Superior	Comandante General
Oficial Jefe	Comandante Mayor
	Comandante
	SubComandante
Oficial Subalterno	Oficial Principal
	Oficial Inspector
	Oficial Ayudante
Suboficial Superior	Suboficial Mayor
	Suboficial Principal
	Sargento Primero
Suboficial Subalterno	Sargento
	Cabo Primero
	Cabo
Bombero	Bombero
Cadete	Cadete
Aspirante	Aspirante

Sobre el total de la muestra, el 66.7% de los entrevistados pertenecían al escalafón jerárquico “Bomberos”, mientras que el 12.5% eran Oficiales y el 20.8% Suboficiales (ver tabla 4 y gráfico 2). No se entrevistaron cadetes ni aspirantes, ya que los integrantes de estas jerarquías son, por lo general, menores de edad.

Tabla 4: Grupos por jerarquía de las personas entrevistadas.

<i>muestra por jerarquía</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
Oficiales	3	12.5%
Suboficiales	5	20.8%
Bomberos	16	66.7%
Total	24	100.0%

Gráfico 2: Muestra agrupada por jerarquía.

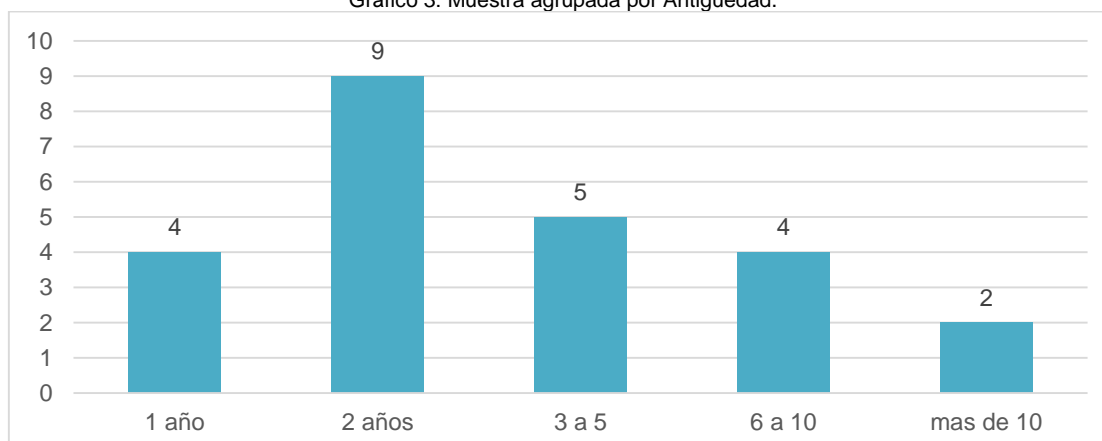


En cuanto a la antigüedad de los entrevistados dentro de la institución, encontramos valores comprendidos entre 1 y 17 años ($M=4.33$, $DS=4.46$), y en los grupos de análisis que se formaron observamos que el 16.7% de la muestra tenía un (1) año de antigüedad, el 37.5% tenía dos (2) años de antigüedad, el 20.8% de la muestra tenía entre tres y cinco (3 a 5) años de antigüedad, el 16.7% de la muestra tenía entre seis y diez (6 a 10) años de antigüedad, y el 8.3% de la muestra tenía más de diez años de antigüedad (ver tabla 5 y gráfico 3).

Tabla 5: Grupos por escalafón de las personas entrevistadas.

<i>muestra por antigüedad</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
1 año	4	16.7%
2 años	9	37.5%
3 a 5 años	5	20.8%
6 a 10 años	4	16.7%
Más de 10 años	2	8.3%
Total	24	100.0%

Gráfico 3: Muestra agrupada por Antigüedad.



Instrumentos

Se administró a cada participante un cuestionario de autoinforme que incluía las siguientes escalas:

1) Registro de datos básicos:

Incluye información sobre variables socio-demográficas (sexo, edad, jerarquía en el escalafón bomberil, antigüedad en el cuartel, etc.).

2) Escala Toronto de Alexitimia (TAS-20): (Bagby, Parker & Taylor, 1994; adaptación argentina Lunazzi de Jubany et al., 2007).

La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) es más eficaz detectando la ausencia de Alexitimia que su presencia. La escala presenta 20 ítems donde el sujeto debe indicar su respuesta en una escala Likert que va de 1) Totalmente de acuerdo, 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, hasta 3) Totalmente en desacuerdo.

La escala evalúa tres factores: F1: dificultad para identificar sentimientos y distinguirlo de sensaciones corporales que acompañan la activación emocional, F2: dificultad para describir sentimientos a otras personas, F3: pensamiento concreto y orientado hacia lo externo en detrimento de las experiencias subjetivas y los procesos simbólicos. Además de obtener la puntuación de las tres escalas, se obtiene un puntaje total el cual permite establecer el grado de alexitimia (coeficiente alfa de Cronbach: 0.81 para la escala completa original, y la fiabilidad test-retest es de 0.77, $p < .01$).

Procedimiento

Se administraron individualmente y colectivamente, en el marco de entrevistas. Las mismas se realizaron en el Cuartel N° 142 de BB.VV. de Sierra de los Padres, Provincia de Buenos Aires, con una muy buena predisposición por parte de los entrevistados. Cada administración se realizó en un único encuentro, con una duración que varió entre 5 y 10 minutos.

Análisis de Datos

Una vez relevados los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos para su codificación, gestión y procesamiento utilizando el software SPSS v22.0 (paquete de evaluación) para su análisis. Se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas (% , X, DS) e inferenciales (t de student)

Resultados

Caracterización de la alexitimia

En relación al objetivo (1) de *evaluar y describir la presencia de sintomatología alexitímica*, informada por bomberos adultos de ambos sexos, pertenecientes a tres grupos de edad, y diferentes jerarquías dentro del escalafón de BB.VV. de la Argentina, se observó que, considerando la muestra total, no se presentaron en ningún caso puntuaciones muy elevadas.

En primer lugar se calcularon las medias y desvíos estándar correspondientes a cada uno de los factores y al puntaje total de la Escala de Alexitimia (ver tabla 6).

Tabla 6: Medias y desvíos de la alexitimia para cada factor y puntaje total.

factores y puntaje total	n	Media	desvío est.
F1 - dificultad para identificar sentimientos y distinguirlo de sensaciones corporales que acompañan la activación emocional	24	11.8	6.40
F2 - dificultad para describir sentimientos a otras personas	24	10.9	5.02
F3 - pensamiento concreto y orientado hacia lo externo en detrimento de las experiencias subjetivas y los procesos simbólicos	24	18.8	5.98
PT - Alexitimia (puntaje total)	24	41.5	14.29

Para la muestra bajo estudio se observa, en el puntaje total (PT), una media de 41.5 (DS=14.29); para el factor F1, una media de 11.80 (DS=6.40); para el factor F2, una media de 10.90 (DS=5.02) y para el factor F3, una media de 18.80 (DS=5.98). Estos valores resultan 16% más bajo que los baremos publicados para España (PT=49.37) y un 10% más bajo que los baremos publicados para México (PT=46.20) lo que estaría indicando, a nivel general, un estado saludable de los bomberos evaluados en relación a la presencia de sintomatología alexitímica (Páez, Martínez-Sánchez, Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999).

Estos resultados estarían en contraposición con lo observado por Cao Yun-hua et al. (2010), sobre una muestra de 135 bomberos de Beijing (China), donde se informa que el nivel de salud psicológica de los bomberos era un 20% más bajo que la población general estudiada.

Para el cálculo de las frecuencias se utilizaron los puntos de corte para la interpretación de sintomatología alexitímica elaborados por Tonin, D'Alessio, Lunazzi y Urrutia a partir de un estudio realizado en 2011 sobre una muestra compuesta por 300 pacientes psicosomáticos y 670 no pacientes, según la siguiente tabla (ver tabla 7) (Tonin, D'Alessio, Lunazzi y Urrutia, 2011, citados en Lunazzi, 2012):

Tabla 7: Puntos de corte para la sintomatología alexitímica.

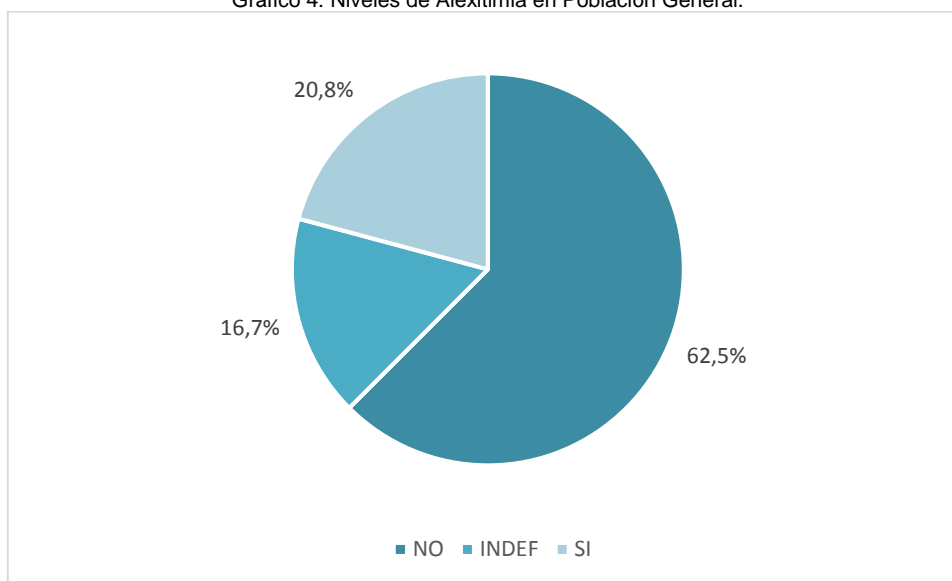
Puntaje	Interpretación
Mayor o igual a 56	Alexitimia definitiva (SI)
Entre 41 y 55	Alexitimia indeterminada (INDEF)
Menos o igual a 40	No Alexitimia (NO)

En relación al total de los bomberos estudiados, el 62.5% de la muestra no presentó sintomatología alexitímica (n=15), el 16.7% de la muestra presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia (n=4) y el 20.8% de la muestra presentó sintomatología alexitímica definida (n=5) (ver tabla 8 y gráfico 4).

Tabla 8: Sintomatología alexitímica en la muestra.

<i>Interpretación de puntajes</i>	frecuencias	
	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Alexitimia definitiva (SI)</i>	5	20.8%
<i>Alexitimia indeterminada (INDEF)</i>	4	16.7%
<i>No Alexitimia (NO)</i>	15	62.5%
<i>Total</i>	24	100.0%

Gráfico 4: Niveles de Alexitimia en Población General.



Presencia de sintomatología alexitímica según variables sociodemográficas

En relación al objetivo (2) de *analizar la presencia de diferencias en sintomatología alexitímica en función de las variables sociodemográficas*, informada por bomberos adultos de ambos sexos, pertenecientes a tres grupos de edad, y diferentes jerarquías dentro del escalafón de BB.VV. de la Argentina, se observó que, considerando la muestra total, no se presentaron en ningún caso puntuaciones muy elevadas.

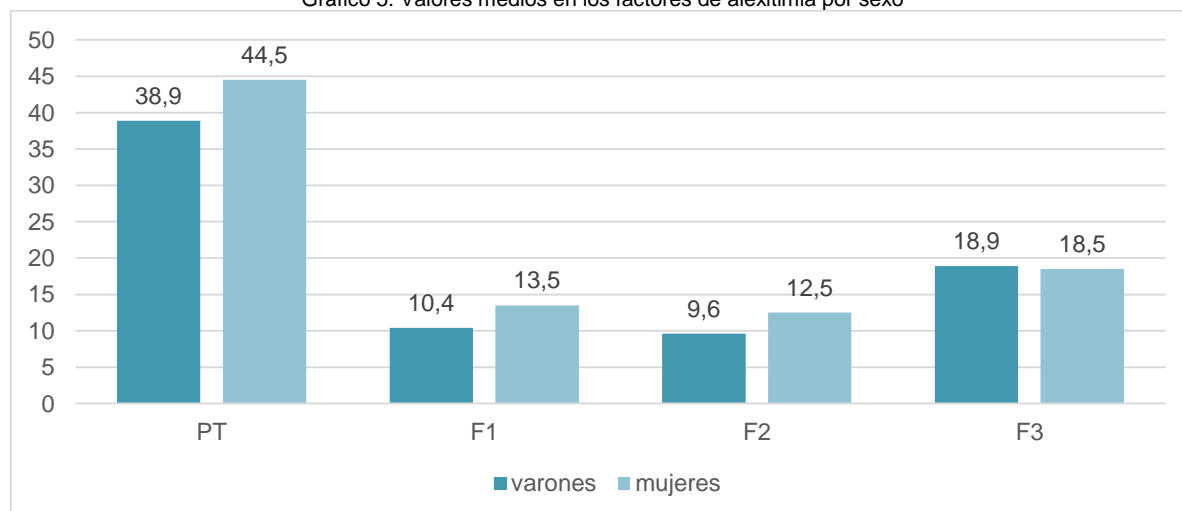
Primeramente se utilizó la prueba *t de Student* con el objeto de determinar si existen diferencias significativas entre las puntuaciones informadas para cada uno de los factores y el puntaje total diferenciados por sexo.

No se encontraron diferencias significativas, $t_{(22)}=0.826$, $p<0.05$, entre varones y mujeres en relación al puntaje total (PT). Tampoco se encontraron diferencias significativas, entre varones y mujeres, en relación a los factores de alexitimia. Esto indica que la alexitimia, en los Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires, afecta indistintamente tanto en varones como en mujeres. Los valores medios y desvíos estándar correspondientes a cada uno de los factores y al puntaje total de Alexitimia para varones y mujeres son los siguientes: (ver tabla 9 y gráfico 5)

Tabla 9: Medias y desvíos estándar en los factores de alexitimia por sexo

factores y puntaje total	sexo				Comparación de Medias	
	varones (n=13)		mujeres (n=11)		t	p
	media	desvío	media	desvío		
PT	38.9	15.36	44.5	12.56	0.826	>0.05
F1	10.4	6.34	13.5	6.33	0.484	>0.05
F2	9.6	4.50	12.5	5.67	0.254	>0.05
F3	18.9	7.51	18.5	3.80	0.18	>0.05

Gráfico 5: Valores medios en los factores de alexitimia por sexo



Se observa, en el puntaje total (PT), en el grupo de mujeres (n=11) una media de 44.5 (DS=12.56) y en el grupo de varones (n=13) una media de 38.9 (DS=15.36). En relación al factor F1, dificultad para identificar sentimientos y distinguirlo de sensaciones corporales que acompañan la activación emocional, se observa, en el grupo de mujeres (n=11) una media de 13.5 (DS=6.33) y en el grupo de varones (n=13) una media de 10.4 (DS=6.34). En el factor F2, dificultad para describir sentimientos a otras personas, se observa, en el grupo de mujeres (n=11) una media de 12.5 (DS=5.67) y en el grupo de varones (n=13) una media de 9.6 (DS=4.50). En tanto, para el F3, pensamiento concreto y orientado hacia lo externo en detrimento de las experiencias subjetivas y los procesos simbólicos, se observa, en el grupo de mujeres (n=11) una media de 18.5 (DS=3.80) y en el grupo de varones (n=13) una media de 18.9 (DS=7.51).

También se calcularon las frecuencias en función de los puntos de corte para la interpretación de sintomatología alexitímica según sexo (ver tabla 10):

Tabla 10: Sintomatología alexitímica según sexo

<i>Sintomatología Alexitímica</i>	sexo				suma	
	<i>varones</i>		<i>mujeres</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Alexitimia Definitiva (SI)	2	15,4%	3	27,3%	5	20,8%
Alexitimia Indeterminada (INDEF)	1	7,7%	3	27,3%	4	16,7%
Sin Alexitimia (NO)	10	76,9%	5	45,5%	15	62,5%
Total	13	100,0%	11	100,0%	24	100,0%

Dentro del grupo de los varones, el 76.9% de la muestra no presentó sintomatología alexitímica (n=10), el 7.7% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia (n=1) y el 15.4% presentó sintomatología alexitímica definida (n=2), mientras que en el grupo de las mujeres, el 45.5% de la muestra no presentó sintomatología alexitímica (n=5), el 27.3% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia (n=3) y el 27.3% presentó sintomatología alexitímica definida (n=3).

En relación a los grupos etarios, se calcularon las frecuencias en función de los puntos de corte para la interpretación de sintomatología alexitímica para cada grupo (ver tabla 11):

Tabla 11: Sintomatología alexitímica por grupos etarios

<i>Sintomatología Alexitímica</i>	<i>Edades</i>						<i>suma</i>	
	18 a 26		27 a 36		37 a 55		<i>n</i>	<i>%</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Alexitimia Definitiva (SI)	3	37,5%	2	22,2%	0	0,0%	5	20,8%
Alexitimia Indeterminada (INDEF)	1	12,5%	2	22,2%	1	14,3%	4	16,7%
Sin Alexitimia (NO)	4	50,0%	5	55,6%	6	85,7%	15	62,5%
Total	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%	24	100,0%

Dentro del grupo comprendido entre los 18 y los 26 años de edad, el 50.0% de la muestra no presentó sintomatología alexitímica ($n=4$), el 12.5% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia ($n=1$) y el 37.5% presentó sintomatología alexitímica definida ($n=3$). Por su parte, dentro del grupo comprendido entre los 27 y los 36 años de edad, el 55.6% de la muestra no presentó sintomatología alexitímica ($n=5$), el 22.2% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia ($n=2$) y el 22.2% presentó sintomatología alexitímica definida ($n=2$). En tanto, entre quienes tienen entre 37 y 55 años, el 87.5% no presentó sintomatología alexitímica ($n=6$) y el restante 14.3% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia ($n=1$).

En función de las jerarquías en el escalafón bomberil, se calcularon las frecuencias en función de los puntos de corte para la interpretación de sintomatología alexitímica según para cada grupo jerárquico (ver tabla 12).

Tabla 12: Sintomatología alexitímica por grupos jerárquicos

<i>Sintomatología Alexitímica</i>	<i>Jerarquía</i>						<i>suma</i>	
	Bombero		Suboficial		Oficial		<i>n</i>	<i>%</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Alexitimia Definitiva (SI)	4	25,0%	1	20,0%	0	0,0%	5	20,8%
Alexitimia Indeterminada (INDEF)	2	12,5%	2	40,0%	0	0,0%	4	16,7%
Sin Alexitimia (NO)	10	62,5%	2	40,0%	3	100,0%	15	62,5%
Total	16	100,0%	5	100,0%	3	100,0%	24	100,0%

Analizados los resultados en función de la jerarquía dentro del escalafón bomberil, en la categoría "Bomberos", el 62.5% no presentó sintomatología alexitímica ($n=10$), el 12.5% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia ($n=2$) y el 25.0% presentó sintomatología alexitímica definida ($n=4$). Entre los Suboficiales, el 40.0% de la muestra no presentó sintomatología alexitímica ($n=2$), el 40.0% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia ($n=2$) y el 20.0%

presentó sintomatología alexitímica definida (n=1). En tanto el 100% de los Oficiales (n=3) no presentaron sintomatología alexitímica.

En función de la antigüedad en la institución, se calcularon las frecuencias en función de los puntos de corte para cada grupo (ver tabla 13).

Tabla 13: Sintomatología alexitímica por antigüedad

Sintomatología Alexitímica	Antigüedad										suma	
	1 año		2 años		3 a 5 años		6 a 10 años		más de 10		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<i>Alexitimia Definitiva (SI)</i>	0	0,0%	3	33,3%	0	0,0%	2	50,0%	0	0,0%	5	20,8%
<i>Alexitimia Indeterminada (INDEF)</i>	1	25,0%	1	11,1%	1	20,0%	0	0,0%	1	50,0%	4	16,7%
<i>Sin Alexitimia (NO)</i>	3	75,0%	5	55,6%	4	80,0%	2	50,0%	1	50,0%	15	62,5%
<i>Suma</i>	4	100,0%	9	100,0%	5	100,0%	4	100,0%	2	100,0%	24	100,0%

En función de permanencia dentro de la institución bomberil, entre los que tienen 1 año de antigüedad, el 75% no presentó sintomatología alexitímica (n=3) mientras que el restante 25.0% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia (n=1). Dentro del grupo de quienes tienen 2 años de antigüedad, el 55.6% no presentó sintomatología alexitímica (n=5), el 11.1% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia (n=1) y el 33.3% presentó sintomatología alexitímica definida (n=3). Por su parte, dentro del grupo que tiene entre 3 y 5 años de antigüedad, el 80% no presentó sintomatología alexitímica (n=4) mientras que el restante 20.0% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia (n=1). En tanto, entre quienes tienen entre 6 y 10 años, un 50% (n=2) no presentó síntomas alexitímicos y el otro 50% si los presentó. Por último, entre los bomberos con más de 10 años de antigüedad, un 50% (n=1) no presentó síntomas alexitímicos y el otro 50% presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia.

Discusión

Este estudio empírico tuvo por objeto indagar la presencia de síntomas de alexitimia en una población de Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires. Para dar cumplimiento a esto, se tomaron datos de adultos, mayores de 18 años de edad, integrantes del cuerpo activo del Cuartel de Bomberos Voluntarios N° 142 de Sierra de los Padres.

Los objetivos que guiaron la investigación plantean evaluar y describir la sintomatología alexitímica presente en los entrevistados, así como analizar la presencia de diferencias en los niveles de sintomatología alexitímica en función de las variables sociodemográficas.

En relación al primer objetivo, el grupo de bomberos evaluados ($n=24$) presenta en general un puntaje total (PT) bajo ($M=41.5$; $DS=14.29$) en comparación con estudios realizados en España y México, sobre poblaciones generales, no dedicadas a la actividad de bomberos, lo que estaría indicando, a nivel general, un estado saludable de los bomberos evaluados en relación a la presencia de sintomatología alexitímica (Páez, Martínez-Sánchez, Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999).

Estos resultados estarían en contraposición con lo observado por Cao Yun-hua et al. (2010), sobre una muestra de 135 bomberos de Beijing (China), donde se informa que el nivel de salud psicológica de los bomberos, evaluada con el cuestionario SCL-90, era un 20% más bajo que la población general estudiada.

En relación a la presencia de alexitimia secundaria en bomberos, no se encontraron investigaciones similares que permitan una comparación directa. Por su parte, dentro del grupo de bomberos estudiados, el 62.5% de la muestra no presentó sintomatología alexitímica ($n=15$), el 16.7% de la muestra presentó puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia ($n=4$) y el 20.8% de la muestra presentó sintomatología alexitímica definida ($n=5$).

En relación al segundo objetivo, el análisis de la sintomatología alexitímica no produjo diferencias significativas entre los participantes asociadas al sexo. La presencia de síntomas de alexitimia en el grupo de las mujeres no difirió respecto de los varones ($t_{(22)}=0.826$, $p<0.05$ en PT).

Se observa que el grupo de las mujeres presenta puntajes totales más elevados ($M=44.5$; $DS=12.56$) que el grupo de los varones ($M=38.9$; $DS=15.63$), lo cual resulta consistente con los baremos elaborados por Páez, Martínez-Sánchez, Mayordomo, Fernández y Blanco (1999) sobre otros países hispanoparlantes, como España (varones $M=48.42$; mujeres $M=50.33$) o México (varones $M=46.09$; mujeres $M=46.27$), en contraposición con países anglosajones tales como Alemania (varones $M=47.19$; mujeres $M=43.45$), Canadá (varones $M=49.82$; mujeres $M=45.13$) o Inglaterra (varones $M=49.08$; mujeres $M=48.27$). De acuerdo a los autores, estas diferencias aportan a la explicación etiológica de la alexitimia desde lo cultural, en tanto se reflejan en los puntajes las diferencias interculturales presentes entre países con valores dominantes de culturas femeninas, como España o México, en los cuales se comparten socialmente las emociones en mayor medida que las culturas etiquetadas como masculinas, de corte más individualistas, tales como Alemania, Canadá o Inglaterra (Martínez-Sánchez, Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999).

En relación al factor F1, *dificultad para identificar sentimientos y distinguirlo de sensaciones corporales que acompañan la activación emocional*, el grupo de las mujeres ($M=13.5$; $DS=6.33$) presenta valores más altos que el grupo de los varones ($M=10.4$; $DS=6.34$), lo cual es consistente con estudios que sostienen que desde el punto de vista de las diferencias de género, los hombres muestran un menor déficit en la percepción de estados internos (Páez, Fernández y Mayordomo, 2000), y que las mujeres muestran mayores dificultades para diferenciar sensaciones físicas y sentimientos que los hombres (Páez, Martínez-Sánchez, Mayordomo, Fernández y Blanco, 1999).

En relación al factor F2, *dificultad para describir sentimientos a otras personas*, el grupo de las mujeres ($M=12.5$; $DS=5.67$) presenta valores más altos que el grupo de los varones ($M=9.6$; $DS=4.50$), lo cual es consistente con Páez, Fernández y Mayordomo (2000) que sostienen que, en las culturas occidentales de corte más individualista, se observa una “superioridad” femenina en la comunicación verbal de las emociones.

En relación al factor F3, *pensamiento concreto y orientado hacia lo externo en detrimento de las experiencias subjetivas y los procesos simbólicos*, se observa que el grupo de los varones ($M=18.9$; $DS=7.51$) presenta valores más altos que el grupo de las mujeres ($M=18.5$; $DS=3.80$), lo cual es consistente con lo expresado por Páez, Fernández y Mayordomo (2000) respecto a la masculinidad cultural, en referencia a

que los varones presentan “una fuerte orientación hacia lo externo”, como parte de la explicación etiológica de la alexitimia centrada en factores culturales.

Cuando se emplearon los puntos de corte (p40, p56) para determinar la sintomatología alexitímica se encontró que el 76.9% de los varones no presentó sintomatología alexitímica (n=10), mientras que en el grupo de las mujeres, solo el 45.5% (n=5) no presentó síntomas. En tanto, en relación a quienes presentaron “síntomas definidos” de alexitimia, en el grupo de mujeres fue el 27.3% (n=3) y en el grupo de varones sólo el 15.4% (n=2). Los restantes casos presentaron puntajes dentro de los niveles indefinidos de alexitimia.

Por su parte, en el análisis etario, el grupo de mayor edad (entre 37 y 55 años), presentó un 87.5% sin sintomatología alexitímica, mientras que el porcentaje se redujo a 55.6% para el grupo que tiene entre 27 y 36 años, quedando sólo en 50% para quienes tienen entre 18 y los 26 años de edad. Estos resultados plantean la necesidad de nuevos estudios, que puedan dar cuenta de las vulnerabilidades y los recursos que puedan afectar a los bomberos en las diferentes edades, y que estaría protegiéndolos o no del desarrollo de alexitimia.

Algo similar ocurre con las jerarquías, ya que no se encontraron síntomas de alexitimia entre los Oficiales, mientras que el 20% de los Suboficiales (n=1) y el 25% de los Bomberos (n=4) presentaban síntomas de alexitimia.

Los resultados encontrados permitirían confirmar la presencia de síntomas de alexitimia en Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires, y las diferencias encontradas en los grupos etarios, escalafones jerárquicos y antigüedad serían consistentes con las observaciones de Rotger Llinás (1994) sobre la importancia del entrenamiento profesional, la motivación y el ejercicio físico como alternativas válidas para lograr reducir el estrés, y disminuir el impacto psicológico al que resultan expuestos los bomberos en las intervenciones que realizan.

Deben considerarse las limitaciones presentes en este estudio, las cuales podrían haber afectado las conclusiones obtenidas. Una de estas limitaciones se refiere al tamaño reducido de la muestra. En este sentido, sería de interés replicar esta investigación, incluyendo una mayor cantidad de cuarteles de la Provincia y del país.

Otra de las limitaciones que podría haber incidido alude a no disponer de evaluaciones en la población diana, previas a las intervenciones. Esto seguramente

hubiera permitido estudiar en mejor grado la relación causal entre los síntomas y la participación en situaciones potencialmente traumáticas. También se encontraron limitaciones teóricas debido a la poca disponibilidad de estudios de alexitimia secundaria relacionada con emergencias y desastres.

La investigación realizada permitió corroborar la presencia de síntomas de alexitimia en bomberos, en este caso, Bomberos Voluntarios de la Provincia de Buenos Aires, lo que señala la urgencia de definir, desarrollar y evaluar programas de prevención y atención psicosocial, dentro del marco de la Psicología de la Emergencia, centrados en un enfoque salutogénico, orientados a la promoción de la salud que ayuden a prevenir problemas de salud mental y a favorecer el ajuste saludable y la calidad de vida de los bomberos.

Dada la importancia de la identificación temprana de los factores de riesgo preexistentes para proporcionar prevención y la intervención efectiva para las personas que están en riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el trauma, se resalta la necesidad de realizar de investigaciones sobre los efectos psicológicos del trabajo en emergencias, que permitan elaborar políticas y programas de prevención dirigidos a velar y cuidar por la salud emocional de los bomberos (Rotger Llinás, 1999; Heinrichs et al., 2005; Senabre Pastor, 2007; Yika Mezzano, 2012).

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2001). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR). Barcelona: Masson.
- Araya Molina, C. (2011). Psicología de la Emergencia. Santiago: Editorial Psicoprev.
- Arraigada, M., Verón, M.A. y Cepeda, C. (2016). La Psicología de la Emergencia en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. En: VII Congreso Marplatense de Psicología, Mar del Plata.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithimia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*, 38(1), 23-32.
- Benyakar, M. (2012). Lo disruptivo y lo traumático: Vivencias y Experiencias. *Imago Revista*, 160.
- CAO Yun-hua, et al. (2010). Investigation on Beijing certain place firefighters' psychological health status and the relevant factors. PR.China: Mental Health School, Qiqihar Medical University. *Journal of Qiqihar Medical College* (06). Disponible en: http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTOTAL-QQHB201006004.htm
- Casullo, M. M. (1994). Alexitimia: ¿síntoma o patrón cultural?. *Psicodiagnóstico de Rorschach y otras Técnicas Proyectivas*, 16 (1) 65-70.
- Casullo, M., y Páez, D. (2000). Cultura y alexitimia, ¿Cómo expresamos aquello que sentimos? Buenos Aires: Paidós.
- Cepeda, C. & Lapolla, S. (2015). Relaciones entre Resiliencia y Secuelas Psicológicas a consecuencia de las inundaciones, en adultos damnificados, voluntarios y no voluntarios, de la ciudad de La Plata. (Tesis Inédita). UNMDP, Mar del Plata.
- de Puelles Casenave, C. (2009). Exigencia y carga emocional del trabajo policial: la intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 9, 171-196. Disponible en: http://www.aranformacion.es/images/archivos/AR3_I_31_C_1.PDF
- Fernandez-Montalvo, J. y Yárnoz S. (1994). Alexitimia: Concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6 (3) 357-366.
- Groisman, R.D. (2007). Variables Psicosociales Intervinientes en Enfermedades Cardíacas. (Tesis inédita). Universidad de Palermo, Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L.M., Hellhammer, D.H., Ehlert, U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk

- factors: a 2-year prospective follow-up study in firefighters. *The American journal of psychiatry*, 162 (12), 2276-86. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2276
- Jódar, I., Valdés, M., Sureda, B., y Ojuel, J. (2000). Alexitimia: hipótesis etiológicas e instrumentos de medida. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 27 (3) 136-146.
- Ley 25.054. (1998). Ley Nacional del Bombero Voluntario. Boletín Oficial 16/12/1998.
- Lunazzi de Jubany, H. A. et al. (2007). Adaptación argentina de la Escala Toronto de Alexitimia (TAS-20) e investigación de la validez del puntaje total y de sus factores. En I Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2007. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/49236>
- Lunazzi de Jubany, H. A., Tonin, M.S., Falcón, L., Quintero, E. y D'Alessio Vila, S.D. (2009). Adaptación argentina de la escala TAS-20, validez de su capacidad diagnóstica para evaluar la alexitimia y análisis de sus factores. En: II Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2009. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10915/17381>
- Lunazzi, H. (2006). La alexitimia en la artritis reumatoidea. (Tesis doctoral) Universidad Nacional de La Plata, La Plata.
- Lunazzi, H. (2012). Cruzando el puente entre la Alexitimia. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington: Organización Panamericana de la Salud (Ed). Recuperado de <http://helid.digicollection.org/es/d/Js2923s/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2006). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Washington: Organización Panamericana de la Salud (Ed). Recuperado de http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf
- Otero Rodríguez, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 19 (72), 587-596. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15668>
- Páez, D., Fernández, I. y Mayordomo, S. (2000). Alexitimia y Cultura. Buenos Aires: Ed. Paidós. Disponible en: <http://www2.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/ltziar/DarioCLPaidos.pdf>

- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. y Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Poseck, B. (2006). *Psicología Positiva: Una nueva forma de entender la Psicología*. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 3-8.
- Poseck, B. (2008). *Resiliencia y crecimiento postraumático: Resistir y crecer ante la adversidad (108-121)*. Madrid: Calamar Ediciones.
- Rotger Llinás, D. (1994). El estrés de los bomberos. *Mapfre Seguridad*, 55, 11-21. Disponible en:
https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/pt/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1016572
- Rotger Llinás, D. (1999). La preparación psicológica del bombero y otros miembros de grupos de rescate. Su aceptación al estrés y los primeros auxilios psicológicos a las víctimas. *Mapfre Seguridad*, 74, 23-33. Disponible en:
<https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2016/01/preparacion-psico-bombero-david-rotger.pdf>
- Senabre Pastor, J.A. (2007, mayo). El trauma producido por los accidentes de tráfico: un estudio con bomberos forestales. Poster presentado en la 4ª Conferencia Internacional sobre Incendios Forestales, Sevilla, España. Disponible en: http://www.fire.uni-freiburg.de/sevilla-2007/contributions/doc/SESIONES_TEMATICAS/ST6/Senabre3_SPAIN_Alicante.pdf
- Sifneos, P. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatr Clin North Am*, 11, 287-292.
- Sivak, R. y Wiater, A. (1997). *Alexitimia: la dificultad para verbalizar los afectos*. Buenos Aires: Paidós.
- Valero, S. (2002). *Psicología en Emergencias y Desastres*. Lima: Ed. San Marcos.
- Ventura Velásquez, R. E., Toca Smith, L. A., Couso Acosta, O., Ojeda Vicente, M., Frenis Medero, B. y Ortega Pérez, I. (2008). Trastorno de estrés postraumático en miembro de equipo de primera respuesta. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 5 (3), 418-423. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol5_3_06/mie01306.pdf
- Yika Mezzano, M. (09-09-2012). Riesgos físicos y psicológicos de los Bomberos [Mensaje en un blog]. Recuperado de:
<http://hermandadebomberos.ning.com/profiles/blogs/riesgos-f-sicos-y-psicologicos-de-los-bomberos>

Anexo 1 - Instrumentos**Escala Alexitimia TAS-20.**

	Totalmente de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1- A menudo me siento confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.			
2- Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos.			
3- Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden.			
4- Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.			
5- Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos y explicarlos.			
6- Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado.			
7- A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo.			
8- Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han sucedido así.			
9- Tengo sentimientos que no puedo identificar.			
10- Es importante estar en contacto y sentir emociones o sentimientos.			
11- Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente.			
12- La gente me pide explique con más detalle mis sentimientos.			
13- No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí.			
14- A menudo no sé por que estoy enojado.			
15- Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos.			
16- Prefiero ver en la TV programas simples de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos.			
17- Me es difícil mostrar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos íntimos.			
18- Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio.			
19- Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.			
20- Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse.			