



**Universitat**  
de les Illes Balears

**TESIS DOCTORAL**  
**2015**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EVALUACIÓN E  
INTERVENCIÓN DE VARIABLES EMOCIONALES,  
CONDUCTUALES Y PERSONALES PARA PERSONAL DE  
EMERGENCIAS**

**Doctoranda**

**María Dolores Pujadas Sánchez**





**Universitat**  
de les Illes Balears

**TESIS DOCTORAL**

**2015**

**Programa de Doctorado en Psicología**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE EVALUACIÓN E  
INTERVENCIÓN DE VARIABLES EMOCIONALES,  
CONDUCTUALES Y PERSONALES PARA PERSONAL DE  
EMERGENCIAS**

**Doctoranda**

**María Dolores Pujadas Sánchez**

**Director**

**Dr. Francisco Javier Pérez Pareja**

**Doctora por la Universitat de les Illes Balears**





**Universitat de les  
Illes Balears**

Dr. Francisco Javier Pérez Pareja, de la Universitat de les Illes Balears

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título, "**Diseño de un programa de evaluación e intervención de variables emocionales, conductuales y personales para personal de emergencias**", presentada por María Dolores Pujadas Sánchez, para la obtención del título de doctora, ha sido dirigida bajo mi supervisión.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, 26 de Octubre de 2015



## **Dedicatoria**

A mis padres, que me prepararon para emprender el vuelo

A Santiago Peña Falero, por su incondicional apoyo

A mi familia y amigos

“Puedes volar tan alto como quieras... el único obstáculo eres tú mismo”

“No creas lo que tus ojos dicen, solo muestran limitaciones. Mira con tu entendimiento, descubre lo que ya sabes y hallarás la manera de volar”

“Tienes la libertad de ser tú mismo, tu verdadero ser, aquí y ahora y, no hay nada que te lo pueda impedir”

**Richard Bach, en Juan Salvador Gaviota (1970)**



## **Agradecimiento a Instituciones colaboradoras**

### **Cruz Roja Española**

Presidente Asamblea Autonómica de Baleares, D. Miquel Alenyà Fuster

Coordinadora Autonómica de Cruz Roja, Dña. Juana Lozano Plaza

Directora del Departamento de Socorro y Emergencias, Dña. Victoria Avellá Lliteras

### **Consejería de Administraciones Públicas**

Dirección General de Interior, Emergencias y Justicia, Dña. Isabel Febrer

Dirección General de Emergencias y Jefe de Servicio de Interior (Emergencias 112)

### **Consejería de Agricultura Medioambiente y Territorio**

Dirección General de Medio Natural, Educación Ambiental y Cambio Climático

Dirección General de Medioambiente, Dña. Neus Lliteras

IBANAT (Instituto Balear de la Naturaleza). Director Gerente, D. Eduardo Parga

### **Ayuntamiento de Palma**

Dirección General del Área Delegada de Seguridad Ciudadana

Departamento Asistencial. Psicólogo titular, D. Sebastián Lladó Alemany

Policía Local de Palma y Unidad de Intervención Inmediata (U.I.I.)

Oficial Jefe de Bomberos del Ayuntamiento de Palma

### **Cuerpo Nacional de Policía (CNP)**

Jefatura Superior de Policía de les I. Balears. Jefe Superior, D. Atonio Jarabo de la Peña

Unidad de Coordinación Operativa Territorial. Comisario Jefe U.C.O.T.

### **Unidad Militar de Emergencias. Cuartel General (U.M.E.)**

Teniente Gral. Jefe de la Unidad Militar de Emergencias, D. Emilio Pascual Roldán

Comandante y Capitán Psicólogo del Gabinete de Psicología (J-1), D. Rafael Blázquez de la Paz y D. Eduardo Samper Lucena

### **Facultad de Psicología de la UIB**

Dr. Albert Sesé, Decano de la Facultad de Psicología, Dra. M<sup>a</sup> Antonia Manassero, Dr. Rafael Jiménez, Dr. José Pérez y Dr. Francisco Javier Pérez-Pareja, Director de la Tesis Doctoral

D. Gil Panadés Nieto. Licenciado en Matemáticas

Dña. Cristina Peña Gómez. Licenciada en Económicas

A todos los participantes que han hecho posible este trabajo



<b>Índice</b>	<b>Página</b>
<b>Resumen</b>	19
<b>Introducción general</b>	25
<b>Primera parte. Revisión teórica</b>	
1. Introducción	31
2. Variables psicológicas. Ansiedad, estrés y afrontamiento	32
3. Contexto Organizacional	46
3.1. Grupos de trabajo y equipos de trabajo	46
3.2. Motivación laboral	48
4. Psicología y emergencias	55
4.1. Antecedentes históricos	55
4.2. Concepto de emergencia. Diferentes categorías	57
4.3. Respuestas más frecuentes ante una situación de emergencia	59
4.4. Diferentes escenarios o áreas de intervención en emergencias	60
4.5. Gestión e intervención en emergencias. Riesgos asociados	61
4.6. El factor humano. Perfil del profesional de emergencias	64
4.7. Concepto de riesgo en el ámbito laboral. Enfoque tradicional	65
5. Nuevos riesgos y amenazas derivados de un contexto global	67
5.1. Consideración del riesgo circunstancial . La relación persona-ambiente	69
5.2. Prevención, valoración y evaluación del riesgo circunstancial	72
5.3. Gestión e intervención del riesgo circunstancial	73
5.4. Consideración del riesgo operativo. Riesgo psicosocial	74
5.5. Prevención, valoración y evaluación del riesgo operativo	77
5.6. Gestión e intervención del riesgo operativo	78
6. Conclusiones	84

## Segunda parte. Trabajo empírico

1. Introducción	89
2. Objetivos e hipótesis	91
3. Metodología	97
3.1. Población, muestra y procedimiento	97
3.2. Variables e Instrumentos	102
3.3. Estrategia en el tratamiento de resultados	110
4. Resultados	112
4.1. Estudio de Normalidad	112
4.2. Análisis de las respuestas del personal de emergencias sobre las variables motivacionales en función de las variables sociodemográficas	118
4.2.1. “¿Le gusta tomar decisiones?”	118
4.2.2. “¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?”	119
4.2.3. “¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?”	121
4.2.4. “¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?”	122
“¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?”	
“¿Se siente implicado en el trabajo que realiza en la Institución?”	
“¿Siente que su trabajo es reconocido socialmente?”	
4.3. Análisis de las respuestas del personal de emergencias sobre las variables intensidad de estrés y grado de control percibido en función las variables sociodemográficas y comparación con los baremos de la muestra de la población española	125
4.3.1. Análisis de las respuestas sobre las variables intensidad del estrés y grado de control percibido en función de las variables sociodemográficas	125
4.3.2. Análisis y comparación de las respuestas de intensidad de estrés y grado de control respecto al personal de emergencias y la muestra de población española	126
4.4. Análisis de las respuestas del personal de emergencias en las escalas y estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A en función de las variables sociodemográficas y comparación con los baremos de la muestra de población española	128
4.4.1. Escalas y estilos de afrontamiento respecto a la variable sexo	128

4.4.2. Escalas y estilos de afrontamiento respecto a la variable edad	133
4.4.3. Escalas y estilos de afrontamiento respecto al nivel de estudios	135
4.4.4. Escalas y estilos de afrontamiento respecto a la rama profesional	137
4.4.5. Escalas y estilos de afrontamiento respecto a la antigüedad	140
4.4.6. Análisis y comparación de las respuestas del personal de emergencias en las escalas y estilos de afrontamiento respecto a la muestra de población española	144
4.5. Análisis de las respuestas del personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CSI en función de las variables sociodemográficas y del problema referido y comparación con la muestra de población española	149
4.5.1. Escalas de afrontamiento respecto a la variable sexo	150
4.5.2. Escalas de afrontamiento respecto a la variable edad	152
4.5.3. Escalas de afrontamiento, nivel de estudios y rama profesional	153
4.5.4. Escalas de afrontamiento respecto a la variable antigüedad	155
4.5.5. Escalas de afrontamiento respecto al problema referido	156
4.5.6. Análisis y comparación de las respuestas del personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CSI respecto a la población española	161
4.6. Análisis factorial de las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A y de las escalas de afrontamiento del Inventario CSI	162
5. Conclusiones y discusión	166
6. Referencias	203

### **Índice de tablas de la primera parte**

<b>Tabla N° 1.</b> Diferentes canales y estilos de respuesta (R.H.Moos)	41
<b>Tabla N° 2.</b> Algunos modelos teóricos sobre ansiedad y estrés	44
<b>Tabla N° 3.</b> Algunos modelos teóricos sobre el afrontamiento	45
<b>Tabla N° 4.</b> Diferencias entre grupo de trabajo y equipo de trabajo	47
<b>Tabla N° 5.</b> Algunos modelos teóricos sobre la motivación	53
<b>Tabla N° 6.</b> Diferentes categorías o magnitud de una emergencia	58

<b>Tabla N° 7.</b> Respuestas más frecuentes durante y después de una emergencia	59
<b>Tabla N° 8.</b> Diferentes áreas de intervención en emergencias	60
<b>Tabla N° 9.</b> La intervención en emergencias. Tiempo, personas y lugar	62
<b>Tabla N° 10.</b> Normativa en Prevención de Riesgos Laborales	66
<b>Tabla N° 11.</b> Diferentes tipos de riesgo o amenaza. Enfoque global	68
<b>Tabla N° 12.</b> Prevención, valoración y evaluación del riesgo circunstancial	72
<b>Tabla N° 13.</b> Redefinición del riesgo circunstancial	
<b>Tabla N° 14.</b> Algunos modelos sobre valoración, evaluación, gestión e intervención del riesgo psicosocial	83

## **Índice de tablas y cuadros de la segunda parte**

### **Tablas informativas**

<b>Tabla N° 1.</b> Datos sociodemográficos. Estratificación de la muestra	100
<b>Tabla N° 2.</b> Estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A (R.H. Moos)	106

### **Cuadros y figuras**

<b>Cuadro N° 1.</b> Figuras de los contrastes de las variables motivacionales	124
<b>Cuadro N° 2.</b> Diagrama de caja. Estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A	188

### **Estudio de Normalidad**

Sobre las variables Intensidad de estrés generado, grado de control percibido, escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A y escalas de afrontamiento del Inventario CSI respecto a las variables sociodemográficas

<b>Tabla N° 1.</b> Intensidad del estrés y grado de control percibido	113
<b>Tabla N° 2.</b> Escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A	114
<b>Tabla N° 3.</b> Estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A	115
<b>Tabla N° 4.</b> Escalas de afrontamiento del Inventario CSI	116

### **Contrastes**

Sobre las respuestas referidas por el personal de emergencias respecto a las variables motivacionales y a las variables intensidad de estrés y grado de control percibido en función de las variables sociodemográficas

<b>Tabla N° 5.</b> Variables motivacionales, variables sexo edad y antigüedad	121
<b>Tabla N° 6.</b> Variables motivacionales en función de todas las variables sociodemográficas	123
<b>Tabla N° 7.</b> Intensidad de Estrés y grado de control percibido en función de todas las variables sociodemográficas	125
<b>Tabla N° 8.</b> Comparación de las respuestas del personal de emergencias sobre intensidad de estrés y grado de control percibido con la muestra de la población española	127
Respuestas del personal de emergencias en las <b>escalas y estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A</b> en función de las variables sociodemográficas	
<b>Tabla N° 9.</b> Escalas de afrontamiento respecto a la variable sexo	129
<b>Tabla N° 10.</b> Estilos de afrontamiento respecto a la variable sexo	131
<b>Tabla N° 11.</b> Escalas de afrontamiento respecto a la variable edad	133
<b>Tabla N° 12.</b> Estilos de afrontamiento respecto a la variable edad	134
<b>Tabla N° 13.</b> Escalas de afrontamiento respecto a la variable nivel de estudios	135
<b>Tabla N° 14.</b> Estilos de afrontamiento respecto a la variable nivel de estudios	136
<b>Tabla N° 15.</b> Escalas de afrontamiento respecto a la variable rama profesional	137
<b>Tabla N° 16.</b> Estilos de afrontamiento respecto a la variable rama profesional	138
<b>Tabla N° 17.</b> Escalas de afrontamiento respecto a la variable antigüedad	140
<b>Tabla N° 18.</b> Estilos de afrontamiento respecto a la variable antigüedad	142
<b>Tabla N° 19.</b> Comparación de los resultados del personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A respecto a la muestra de la población española	144
<b>Tabla N° 20.</b> Respuestas del personal de emergencias en las <i>escalas de afrontamiento</i> del Inventario CRI-A en función de <i>todas las variables sociodemográficas</i>	146
<b>Tabla N° 21.</b> Respuestas del personal de emergencias en los estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A en función de todas las variables sociodemográficas	148
Respuestas del personal de emergencias en las <b>escalas de afrontamiento del Inventario CSI</b> en función de las variables sociodemográficas y del problema referido	
<b>Tabla N° 22.</b> Escalas de afrontamiento respecto a la variable sexo	150
<b>Tabla N° 23.</b> Escalas de afrontamiento respecto a la variable edad	152
<b>Tabla N° 24.</b> Escalas de afrontamiento, nivel de estudios y rama profesional	154

<b>Tabla N° 25.</b> Escalas de afrontamiento respecto a la variable antigüedad	155
<b>Tabla N° 26.</b> Escalas de afrontamiento respecto a la categoría del problema referido	157
<b>Tabla N° 27.</b> Respuestas del personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CSI en función de todas las variables sociodemográficas	159
<b>Tabla N° 28.</b> Análisis y comparación de las respuestas de la muestra del personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CSI con los resultados de la muestra de la población española	161
<b>Tabla N° 29.</b> Análisis Factorial de las principales componentes de las escalas del Inventario CRI-A y de las principales componentes del Inventario CSI	162

## **Anexos**

N° 1. Carta de presentación Institucional	221
N° 2. Batería de Cuestionarios (autobiográfico, motivacional e Inventario CRI-A)	222
N° 3. Adaptación Inventario CSI	225
N° 4. Batería de Cuestionarios presentados a través de Internet/Intranet	227
N° 5. Gráficos de resultados recogidos a través del Link creado para tal fin	229

Inserted from <https://manager.e-encuesta.com/results.do?fullTest=0&show=0&testId=459028&export=none#>>

## **RESUMEN/ABSTRACT**



## RESUMEN

La actual organización geopolítica y económica ha configurado una situación laboral y social que implica una serie de riesgos para los trabajadores (Sennett, 2000, 2001, 2006, 2009, 2011) derivados de un contexto global, de la presión e inestabilidad laboral y de las exigencias de la tarea, a los que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha clasificado como riesgo psicosocial.

Simultáneamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha manifestado que las nuevas enfermedades profesionales, entre las que destacan el estrés, la depresión y la ansiedad, son la epidemia del siglo XXI.

De todo ello, cabe destacar que el creciente interés por la salud laboral y el “*bienestar psicológico*” ha propiciado un gran avance en la investigación de estos trastornos, concienciando a los trabajadores y a las organizaciones de la necesidad de poner en marcha programas de prevención, evaluación, formación, información e intervención para mejorar la calidad de vida tanto a nivel personal, como a nivel laboral y social.

Por otra parte, el actual contexto global y el auge de las nuevas tecnologías, han puesto de manifiesto la aparición de riesgos emergentes que representan una amenaza para la seguridad de las personas, de sus bienes y del medio ambiente donde se mueven y, que debido a su complejidad, son difusos y difíciles de controlar. Tal es así, que lo que acontece fuera de la propia comunidad puede trascender o afectar de forma directa o indirecta al entorno próximo, como sucede en grandes catástrofes y atentados terroristas, entre otros. Ello ha obligado a las diferentes comunidades, tanto en el orden nacional como internacional, a reorganizarse y analizar nuevas estrategias para hacer frente a este tipo de amenazas.

Seguridad y defensa son términos complementarios que analizaremos en el presente estudio, así como la estructura necesaria para el desarrollo de las tareas de seguridad en el marco de las emergencias. Dentro de esta estructura, los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, a nivel gubernamental y también algunas organizaciones no gubernamentales, constituyen el sector de profesionales y voluntarios implicados en la resolución de situaciones consideradas de riesgo o emergencia para la población.

Cuando todavía son pocos los estudios en el área de emergencias, consideramos que la importancia de este trabajo radica en aportar una visión práctica de la intervención en emergencias. En la revisión teórica, inicialmente, se abordarán algunas variables conductuales del personal de emergencias y su relación con las variables psicosociales, motivacionales y organizacionales, centrando el foco de atención en las respuestas de mayor riesgo, la ansiedad y el estrés, consideradas conductas de riesgo psicosocial. Ello implica a su vez, el análisis del medio donde se desarrollan estas conductas con el fin de canalizar este tipo de conflictos dentro de un contexto global.

En esta línea, la clínica y la intervención estratégica en emergencias se centra, en primer lugar, en mantener el equilibrio entre los recursos y necesidades de las personas y en el

análisis de las demandas y oportunidades del medio, dando lugar a nuevos modelos para afrontar situaciones de riesgo, tanto a nivel individual como a nivel comunitario.

En cuanto a las variables conductuales, partiendo de los trabajos pioneros de Selye (1936, 1960, 1974) respecto a la respuesta fisiológica del estrés, se ha revisado el modelo de Lazarus y Folkman (1986), el cual considera el estrés como un proceso de afrontamiento (adaptativo o no adaptativo, eficaz o ineficaz) que no siempre guarda relación con los resultados, ya que éstos dependen en gran medida del contexto. Más adelante, Carver y Scheier (1994) presentaron dos tipos de afrontamiento, definiendo el afrontamiento situacional en función de los cambios del entorno y, el afrontamiento disposicional en base a dos componentes, denominados estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Finalmente, los trabajos de Lazarus y los trabajos de Moos sobre el afrontamiento han sido el eje principal de este estudio por su visión integral de la persona y el contexto en el marco de las emergencias.

Respecto a las variables motivacionales, los trabajos pioneros de McClelland, Atkinson, Clark y Lowell (1953) publicados en su obra “La motivación de logro” (*The Achievement Motive*), fueron un avance sobre las teorías cognitivas y sociales. De igual forma, los trabajos de R.H. Moos (2005) destacan el papel de la atmósfera social en la satisfacción de las personas, identificando los principales factores del clima laboral en el desarrollo organizacional, en la salud laboral y en la productividad. En la actualidad, se consideran “organizaciones inteligentes” aquellas que disponen de un sistema abierto en el que sus miembros, además de relacionarse, pueden desarrollar su capacidad creativa y de aprendizaje (Senge, 1992, 1995, 2014).

Finalmente, sin entrar en valoraciones o criterios personales, nos ha parecido importante mostrar algunos modelos de afrontamiento, tanto a nivel personal como a nivel comunitario, desde el enfoque de la psicología positiva, tales como el pensamiento sistémico, la resiliencia y el crecimiento postraumático, entre los que destacan autores como Siegrist (1996), Grotberg (1998, 2001), Folkman y Moskowitz (2000), Calhoun y Tedeschi (2001), Seligman (2003), Zuckerfeld y Zonis (2006), Cyrulnik (2007), Leka y Cox (2010) y Wollin (2010), entre otros, y también cabe mencionar la propuesta de la UNESCO respecto a la educación en emergencias, como principal estrategia de afrontamiento.

La segunda parte del estudio se centra en el análisis y tratamiento estadístico de las respuestas de afrontamiento del personal de emergencias. Para ello hemos revisado algunos instrumentos de medida elaborados por diferentes autores tales como la Escala de Modos de Afrontamiento de Folkman y Lazarus (1980), el Inventario COPE de Carver, Scheier y Weintraub (1989), el CSI de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984, 1989) y el CRI-A de R.H. Moos (1993), entre otros.

En este contexto, los objetivos que se plantean en el presente estudio pretenden validar una serie de hipótesis capaces de aportar un enfoque eminentemente práctico respecto al perfil del profesional de emergencias y a las estrategias más utilizadas por los intervinientes, con objeto de presentar o validar un instrumento ágil y eficaz que nos

permita establecer cuáles son las estrategias de afrontamiento más adecuadas en los procesos de selección y formación e intervención del personal de emergencias.

Resumiendo, nuestro esfuerzo va dirigido a proporcionar una visión integral del profesional de emergencias en relación al contexto donde se desarrolla la tarea, poniendo el foco de atención en los estresores laborales que afectan la salud y el bienestar psicológico, personal, familiar, laboral y social y, como éstos pueden ser manejados de forma más eficaz por el propio interviniente y por la organización.

Palabras Clave: Estrés, Ansiedad, Motivación, Emergencias, Riesgo psicosocial, Estrategias de afrontamiento.

## ABSTRACT

The actual geopolitical and economic structure has given place to a social and occupational situation which involves new risks for workers (Sennett, 2000, 2001, 2006, 2009, 2011), deriving from the global context, of instability and persistent pressure in employment and the demands of the job, which the International Labour Organisation (ILO) has classified as a psychosocial risk.

At the same time, the World Health Organization (WHO) has declared that the new professional diseases, amongst which they attach great importance to stress, depression and anxiety, are the epidemic of the 21<sup>st</sup> century.

Above all, we must underline that the growing interest in occupational and “*psychological well being*” has propitiated a great advance in the investigation into these disorders, making workers and also institutions aware of the need to implement programmes for prevention, evaluation, formation, information and intervention in the hope of improving the standard of life as much on a personal, as on occupational and social level.

On the other hand, the current global context of events and the increase in new technologies, have made it evident that the consequent new risks represent a threat to personal safety, to personal property and the environment in which we move and, due to their complexity, they are disordered and difficult to control. And this means, that what may occur outside of our own community can extend or can cause an affect in a direct or indirect way on our immediate surroundings, such being the case during large scale disasters or terrorist attacks, amongst other matters. This fact has made many different communities, as much on a national level as on international level, reorganise and analyse new tactics to be able to face up to this kind of treats which we will see throughout this study.

Security and defense are complementary terms that we will analyse in this study, as well as the essential framework necessary for the development of safety duties within emergency settings. Within this structure the nation’s security forces, on a governmental level and also some non-governmental organizations, make up the sector of professionals and volunteers involved in the resolution of situations considered to be of a high risk, a threat, or an emergency for the population.

While there are still few investigations in the emergency field, we consider that the importance of this study lies in providing a practical view of interventions in emergencies. In the theoretical revision, we will initially broach some of the behavioural variables of the emergency personal and their relation to psychosocial, motivational and organizational variables, focusing our attention on the reponses of greater risk, anxiety and stress, that are considered to be conducts of high psychosocial risk. This involves at the same time, an analysis of the environment where these conducts develop with the aim of canalizing this type of conflicts within a global context.

On these lines, the current clinical and strategic intervention in case of emergency centre, in the first place, on maintaining a balance between the resources on hand, and the needs of the people and on the analysis of the demands and opportunities of the environment, giving rise to new ways of confronting hazardous situations as much as on, an individual level as on a communitarian scale.

As for the behavioural variables, starting with the pioneering works of Selye (1936, 1960, 1974) in relation to the physiological response to stress, we have reviewed Lazarus' model (1986) which considers stress to be a coping process (adaptive or not adaptive, effective or not effective), that does not always bear any relation to the results, as these depend in greater part on the context. At a later date, Carver and Scheier (1994) presented two kinds of confrontation, defining situational coping as relating to the changes in our surroundings and, dispositional coping as based on two components designated as manners of coping and coping strategies. And finally, Lazarus' studies and Moos' Works on coping have been the main crux of this investigation because of his integral vision of the person and its context within an emergency framework.

With regard to motivational variables, the pioneering works of McClelland, Atkinson, Clark and Lowell (1953), in this field with their studies published as "*The Achievement Motive*", made an advance in cognitive and social sciences. In the same way, R.H. Moos (2005), underlines the role of a social atmosphere for personal satisfaction, identifying the principle factors of the working atmosphere as organizational development, in occupational health and in productivity.

Nowadays we regard as "intelligent organizations" the institutions that provide an open system in which their members as well as mixing socially can develop their creative and learning abilities (Senge, 1992, 1995, 2014).

Finally, without entering into personal evaluation or personal judgement, we have thought it important to offer some patterns of coping, as much at a personal level as at a communitarian level, from the point of view of positive psychology, such as systemic thinking, resilience and post-traumatic growth, with works by noteworthy authors such as Siegrist (1996), Grotberg (1998, 2001), Folkman and Moskowitz (2000), Calhoun and Tedeschi (2001), Seligman (2003), Zuckerman and Zonis (2006), Cyrulnik (2007), Leka and Cox (2010), and Wollin (2010), amongst others, and also the UNESCO'S proposal with regard to education for emergencies, as the main coping strategy.

The second part of this work centres on the analysis and statistics treatment of coping responses used by a representative sample of emergency staff. For this matter we have reviewed a several scales of measurement worked by different authors, for example Folkman and Lazarus' "*Scale of Coping Modes*" (1980), Carver, Scheier and Weintraub's COPE Inventory (1989), CSI by Tobin, Holroyd and Reynolds (1984,1989) and R.H. Moos CRI-A (1993), amongst others.

In this context, the objectives set out in the present study are those which seek to validate a series of hypotheses capable of forming a highly practical point of view with regard to

the profile of the emergency personnel and the strategies most used by the professionals who intervene in emergencies, with the purpose of presenting or validating an effective and flexible instrument that will let us establish the most appropriate confrontational strategies for the procedures of selection, formation and intervention of emergency personnel.

Summing, our main endeavour is directed at proportioning an overall view of the professionals who deal with emergencies in relation to the context in which their task evolves, focusing our attention on the factors of occupational stress that affect their health and their psychological well-being, on a personal and social level, at work and within the family and, how these factors can be dealt with in the most efficacious manner by the person intervening and by the organization.

Key words: Stress, Anxiety, Motivation, Emergencies, Psychosocial risk, Coping strategies.

## **INTRODUCCIÓN GENERAL**

Cuando me propuse hacer este trabajo, como psicóloga especialista en atención psicológica en emergencias y grandes catástrofes, desde el punto de vista de mi formación profesional, se me plantearon muchas dudas acerca de lo que realmente podría aportar sobre las respuestas del personal de emergencias ante situaciones críticas, siendo el principal obstáculo la naturaleza de la muestra.

La idea de trabajar con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado resultaba muy atractiva pero a la vez muy comprometida, ya que dichas instituciones cuentan con una sección de Recursos Humanos y un gabinete de psicología con sus propias reglas internas y un perfil ya determinado en cuanto a selección de personal, evaluación, formación y adiestramiento.

Con gran esfuerzo por mi parte, debido al tema de la insularidad, este estudio se inició en el año 2010 con el apoyo y autorización formal de los altos mandos de la Unidad Militar de Emergencias (UME) y la colaboración del departamento de Psicología de la UME en su Cuartel General de Torrejón de Ardoz en Madrid. El principal atractivo de trabajar con esta muestra fue su reconocida profesionalidad, su gran capacidad de recursos a todos los niveles, técnicos y humanos, y el gran número de efectivos (cerca de 4.000 personas). Lamentablemente, después de dos años planificando y estructurando el trabajo, bajo la supervisión de los mandos de la Institución y el departamento de Psicología y Recursos Humanos, debido a razones burocráticas interminables, resultó muy complejo conseguir una muestra y concluir el estudio, cuyo objeto principal fue definir el perfil psicológico del personal de emergencias. En última instancia, conocer desde dentro la Institución y la dinámica de su trabajo, fue de gran utilidad para el presente estudio, aplicado posteriormente a una muestra de las diferentes Instituciones, civiles y militares de nuestra Comunidad.

Como es sabido, el personal de emergencias de la UME es un aporte militar al sistema nacional de protección civil, que está presente en la mayoría de catástrofes, en el ámbito nacional e internacional. Las intervenciones del personal de emergencias, tanto a nivel militar como a nivel civil son cada vez más frecuentes debido a los continuos sucesos de diferente naturaleza que ponen en riesgo la vida y los bienes personales y comunitarios, dentro de un contexto global. Cabe destacar que entre el colectivo del personal de emergencias, la labor del psicólogo de emergencias es fundamental.

En resumen, en mi objetivo estaba, por una parte, conocer las diferentes respuestas comportamentales y motivacionales, así como las principales estrategias de afrontamiento del personal de emergencias en función de las variables sociodemográficas y, por otra parte, establecer relaciones entre las respuestas de la muestra del personal de emergencias respecto a la muestra de población española en general.

En este proceso se revisaron diferentes instrumentos de medida, eligiendo finalmente el Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A de Rudolph Moos (1993), en su adaptación española de Kirchner y Forns (2010), por su gran afinidad con nuestros

objetivos, entre los que destacan factores personales y sociales relacionados con un determinado contexto.

El proyecto inicial me llevaría más tarde a profundizar el estudio con la ayuda de un nuevo instrumento, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), en su adaptación española de Cano, Rodríguez y García (2006, 2007), con el fin de analizar y relacionar las respuestas de ambos inventarios, siendo el objetivo final de este análisis determinar la eficacia de estos instrumentos como herramienta de discriminación del personal de emergencias.

La elección del CSI para completar este estudio se realizó en base a su naturaleza, ya que aportaba datos cualitativamente diferentes al CRI-A. Mientras este último se enfoca a los aspectos que median en el desarrollo de una intervención, el CSI se centra más en los aspectos cotidianos de la persona, valorando en qué medida las variables de tipo personal, familiar o social pueden afectar a la elección de las diferentes respuestas o estrategias de afrontamiento. De esta forma, el Modelo Transaccional de Moos (1995), mucho más amplio que el marco teórico que sustenta el Inventario CSI, relaciona las respuestas comportamentales y estrategias de afrontamiento con el ambiente, la persona, las crisis vitales, la valoración y respuestas de *coping* y, finalmente, con la salud y el bienestar.

A nivel personal, el trabajo realizado en este tipo de situaciones, me ofrecía la posibilidad de poder entender de forma objetiva el miedo, la ansiedad, el dolor, la tristeza, la impotencia y la frustración ante un desastre o calamidad, pero también la satisfacción de haber *recuperado* la integridad física y psíquica de las víctimas, el agradecimiento, la solidaridad, el trabajo en equipo y sobre todo, la comprensión del sufrimiento del ser humano en condiciones extremas para todos.

Este breve comentario, dará paso a una exposición sobre las principales variables psicológicas intervinientes, el miedo, la ansiedad y el estrés, a través de los diferentes modelos teóricos y las recientes investigaciones, sin olvidar que este tipo de respuestas guardan una estrecha relación con el contexto laboral y con las variables motivacionales. Esta consideración nos llevará también a revisar el contexto organizacional y algunas teorías sobre la motivación.

Desde el Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1984, 1986) y el Modelo Transaccional de R.H. Moos (1984,1995), junto a otros modelos y autores destacados en el área de emergencias, expondré que se entiende por emergencia, sus diferentes niveles o categorías, la operativa que se desarrolla desde que se da el aviso de alarma hasta que se cierra la situación de emergencia, tanto a nivel personal como a nivel social, así como todas las variables que intervienen en la misma. A saber, aspectos conductuales y motivacionales, equipos de trabajo, contexto o diferentes escenarios de intervención (a nivel autonómico, nacional e internacional), diferentes tipos de víctimas, riesgo laboral y salud laboral (en los intervinientes, en los diferentes equipos y también en la población en general), medidas de prevención o contención, modelos de intervención psicológica en emergencias orientados a una mayor autonomía, tanto a nivel personal como a nivel

colectivo y finalmente el papel o rol del interviniente en emergencias, en especial la importancia y necesidad del psicólogo de emergencias.

En este sentido, trataré de distinguir el riesgo propio de la intervención en emergencias dentro del contexto laboral, frente a los nuevos riesgos emergentes dentro de un contexto global, que representan una amenaza para la seguridad de las personas, de sus bienes y del medio ambiente donde acontecen.

Con el ánimo de analizar la dinámica de una intervención, en el año 2008 presentamos una “*Guía de recursos para la intervención en emergencias*” (Andújar y Pujadas, 2008), la cual fue galardonada en el primer certamen de investigación convocado por la Consejería de Interior y la Dirección General de Emergencias del *Govern de les Illes Balears*. La Guía, eminentemente práctica y didáctica, se hizo con la intención de dar a conocer el desarrollo de una emergencia y las diferentes estrategias de afrontamiento, fruto de la experiencia y también del conocimiento adquirido durante una década, no sólo a los profesionales de emergencias, sino también a la ciudadanía en general, como se pretende documentar y explicar en esta primera parte.

En la segunda parte se analizarán las respuestas obtenidas a través de cuatro instrumentos: Un cuestionario sociodemográfico, un cuestionario motivacional, el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) de Rudolph Moos (1993), según adaptación española de Kirchner, Forns i Santacana (2010) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) en su adaptación española de Cano, Rodríguez y García (2006, 2007).

Los Inventarios CRI-A y CSI, serán fundamentales para la consecución de los objetivos del estudio, analizando y comparando las respuestas de ambos Inventarios a través de diferentes métodos estadísticos, desde una perspectiva laboral en el primero y desde un punto de vista personal, familiar y social en el segundo. El interés de este análisis se centra en descubrir si la relación entre el tipo de respuestas obtenidas en el CRI-A y en el CSI, puede confirmar la idoneidad de un instrumento sobre otro o proponer un nuevo instrumento que permita, de una forma ágil y específica, determinar cuáles son las respuestas que mejor discriminan al personal de emergencias para la elaboración de un determinado perfil.

Cabe destacar que el objetivo final, una vez concluido el presente estudio, es facilitar un programa de selección, evaluación e intervención en profesionales de emergencias, dado el creciente interés que desde las Instituciones y desde la misma población suscita este nuevo campo de trabajo.

El estudio se ha podido llevar a cabo gracias a la colaboración de diferentes Instituciones públicas y privadas de la Comunidad de *les Illes Balears*, todas ellas mencionadas en el apartado de agradecimientos, a través de profesionales y voluntarios cualificados en las diferentes áreas de emergencias, cuyas respuestas han sido objeto de análisis para el presente estudio.



# **PRIMERA PARTE**

## **REVISIÓN TEÓRICA**



## **Primera Parte. Revisión teórica**

### **1. Introducción**

En el desarrollo de la primera parte, se tratará de analizar las variables psicológicas implicadas en el proceso de intervención, a nivel personal, grupal, laboral y situacional. Este análisis va asociado al estudio de los riesgos emergentes dentro del actual contexto global, que representan una amenaza tanto para los profesionales de una emergencia como para la población en general.

El objetivo principal es poner de relieve los elementos y variables más destacadas que configuran el desarrollo de una emergencia, con el soporte de un cuerpo teórico que permita una mejor comprensión de los datos empíricos.

En esta línea, trataremos de analizar los diferentes factores que pueden alterar, modificar o modular la respuesta del personal de emergencias.

Siguiendo los trabajos de Lazarus y Folkman (1986), Lazarus (1991), Moos (1995, 2002) y Ellen Skinner y cols. (2003), entre otros, veremos la interacción continua entre la persona y el ambiente y, como cada uno de ellos puede influir sobre el otro, ya que la emergencia ocurre en un contexto dinámico y cambiante. Con el fin de facilitar la exposición de los mismos, seguiremos el orden establecido en el índice general, dando prioridad a los diferentes modelos explicativos y las bases teóricas que sustentan las respuestas en situación de crisis o emergencias, en especial las respuestas de ansiedad, estrés y afrontamiento, consideradas tradicionalmente las más comunes.

Siguiendo la línea de Peiró (1986), junto a otros autores más recientes, trataremos el contexto organizacional, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la función del rol, la implicación con la tarea, el reconocimiento social y la percepción del riesgo, con objeto de mostrar aspectos relevantes de estas variables y su relación con los diferentes tipos de respuesta (Peiró y Salvador, 1993). Igualmente, dentro del contexto organizacional es inevitable mencionar los aspectos motivacionales del trabajo y la tarea, sin olvidar la importancia del estrés laboral respecto a la salud.

Una vez situados en el escenario de una emergencia, analizaremos distintos factores que confluyen en el mismo, desde que se da la voz de alarma hasta que se cierra la intervención, como las condiciones del terreno, la magnitud de la tragedia, la frecuencia de la misma, la disponibilidad o accesibilidad de los recursos -sean técnicos o humanos- y las características de los afectados, entre otros.

Por su propia naturaleza, el desarrollo de una emergencia va siempre asociado al concepto de riesgo. Por ello se analizará el concepto de riesgo laboral dentro de un contexto global y los nuevos retos en materia de prevención y salud laboral enfocados a modelos más eficaces respecto a las actuales condiciones laborales. Finalmente, se analizará el concepto de emergencia psicosocial y la función del psicólogo en el contexto de las emergencias.

## 2. Variables psicológicas. Ansiedad, estrés y afrontamiento

Una situación de emergencia pone a prueba la capacidad de respuesta de los diferentes equipos de intervención y de las personas afectadas. Son respuestas inmediatas, donde el margen de error debe ser mínimo. Sin embargo, la propia naturaleza del ser humano y las características de la situación conllevan diferentes conductas de potencial riesgo, universalmente conocidas como el miedo, la ansiedad, el estrés y el afrontamiento, que podemos operativizar en respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras (Caballo, 1993).

Definir el concepto de ansiedad no es fácil, ya que a lo largo de la historia este concepto ha sido muy ambiguo por ser el eje central de muchas corrientes psicológicas. En este sentido, Dance y Neufeld (1988), expusieron la complejidad de este tipo de respuestas porque, si se analiza cada una de ellas, la llamada conducta cognitiva implica acciones observables, verbales y no verbales. A la inversa, la conducta motora puede ir acompañada de una conducta o manifestación encubierta y de las respuestas preparatorias, tales como la tensión o relajación muscular.

Este antiguo debate nos conduce a revisar algunos modelos sobre las respuestas de ansiedad y estrés, a partir de los estudios pioneros de Selye (1936, 1960, 1974) sobre la respuesta fisiológica del estrés como mecanismo de afrontamiento.

Selye explicó que la conducta emocional o psicofisiológica a menudo va acompañada de respuestas observables motoras y verbales. Su modelo del *Síndrome General de Adaptación* (SGA), destaca tres fases en la respuesta de afrontamiento, definidas como fase de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento.

También Lang (1968), comentó la dificultad surgida para trazar un constructo que definiera la conducta del miedo e introdujo el *Modelo Tridimensional* (1971), el cual contempla la conducta en sus tres canales de respuesta, cognitivo, motor y fisiológico. Este triple sistema de respuestas se regula por normas diferentes que pueden resultar discordantes, dando lugar a perfiles de respuesta diferenciales que deben ser evaluados por separado y que son de gran utilidad en el ámbito clínico y de la salud.

Una revisión del Modelo Tridimensional de Lang (1968), realizada por Martínez, Inglés, Cano Vindel y García (2012), confirma la vigencia, relevancia y actualidad del modelo.

Posteriormente, Lang (1979) presentó el *Modelo Bio-informacional*, donde puso de relieve los mecanismos de activación de la emoción. Según este modelo, la respuesta emocional incluye tres características -dirección, intensidad y control- que a su vez configuran tres dimensiones de orden superior -valencia (agradable/desagradable, *arousal* (activado/calmado) y dominancia (controlador/controlado)-, dando lugar a los dos tipos de respuesta más comunes, la aproximación y la evitación. Así mismo, Lang (1995) investigó los procesos de la emoción y su relación con la motivación.

Al mismo tiempo, a partir de los años 60, hubo una serie de cambios respecto al concepto unitario de ansiedad que dieron paso a nuevos modelos en los que se

contemplaban aspectos cognitivos y variables de personalidad. Cabe destacar el *Modelo de Ansiedad Estado-Rasgo* de Spielberger (1972), el cual matizó dos aspectos sobre la ansiedad. El primero de ellos, contempla la ansiedad como un estado emocional transitorio, que puede fluctuar en el tiempo en función de la percepción del individuo más que del peligro real u objetivo ante una determinada situación. El segundo, contempla la ansiedad como un rasgo de personalidad estable, sujeto a las diferencias individuales relativamente estables respecto a la propensión de cada individuo a generar ansiedad, o bien, a la disposición de percibir estímulos situacionales en forma de peligro y la tendencia a reaccionar ante ellos con ansiedad.

Respecto a los diferentes estilos atribucionales, nos interesa especialmente el modelo inicial de Seligman sobre la *Indefensión Aprendida* (1975,1981). Revisado posteriormente por Abramson, Seligman y Teasdale (1978), el modelo destaca que, en algunos casos, las personas con déficits conductuales, previamente ya presentaban déficits de autoestima y percepción distorsionada de la realidad. Así pues, el estilo atribucional juega un papel primordial como facilitador o inhibidor de la respuesta conductual, configurando la percepción o el enfoque de una determinada situación y determinando en mayor o menor medida que la respuesta sea adaptativa o disfuncional en función de sus tres dimensiones, interna/externa, estable/inestable y global/específica.

En el terreno de la Psicopatología, estas consideraciones guardan relación con el distrés subjetivo, como resultado de una evaluación cognitiva que supera subjetivamente las demandas del medio, interno o externo, o su capacidad para afrontarlas.

En una revisión del modelo, Seligman (1991) enfatizó la vivencia de un evento estresor importante como desencadenante de la indefensión aprendida e incidió sobre la pérdida de control de los acontecimientos para explicar la etiología de los llamados “trastornos neuróticos”.

En realidad, no son las condiciones objetivas de incontrolabilidad las responsables de la indefensión, sino las expectativas de incontrolabilidad, ya que según este modelo, existiría una disposición cognitiva negativa que bloquearía la capacidad de percibir sucesos, junto a la percepción de ineficacia de la propia respuesta, que iría desde la ansiedad hasta la inhibición motora.

Una revisión del modelo de Seligman por Camuñas y Miguel-Tobal (2005), muestra que la indefensión está relacionada con la depresión, pero también se encuentran relaciones con la dimensión interna del estilo atribucional, de forma que la depresión estaría caracterizada por la tendencia a atribuir los sucesos negativos a causas internas, estables y globales.

En esta línea, las consecuencias emocionales que los sujetos experimentan al pasar por situaciones incontrolables llevarían a respuestas emocionales negativas como la tristeza-depresión, destacando el valor que el estilo atribucional tiene en la aparición de esta emoción negativa. Por tanto, la gravedad y dificultad de la situación, estaría modulada

por el estilo atribucional, siendo la atribución externa, específica e inestable, en condiciones generales, el perfil más adaptativo para el interviniente de emergencias.

Por otra parte, algunos autores consideran el autocontrol como una herramienta necesaria en la elección de una determinada respuesta de afrontamiento frente al estrés. El autocontrol y su relación con el estrés podría estar integrado en las aptitudes personales, pero es también una habilidad que se puede aprender (Ardila, 1980) y ha sido objeto de estudio a través de diferentes modelos que resultan de gran utilidad para entender la conducta ante una determinada situación crítica, como veremos más adelante en la estructura del Inventario CRI-A, donde la elección de respuesta enfatiza sobre el estrés y el grado de control percibido.

Al respecto, según explicó Kanfer (Kanfer y Philips, 1970), son las situaciones de emergencia las que requieren una serie de habilidades en la persona implicada para su mejor adaptación. El modelo de Kanfer se basa en el autorreforzamiento, resaltando que es el propio individuo quien establece la relación entre ciertos eventos ambientales y su propio comportamiento, de forma que éste recaiga sobre su propio control.

También B.F. Skinner (1981, 1982) mencionó las técnicas de autocontrol, diseñadas con el fin de compensar un efecto aversivo, presentando la conducta de evitación como condición indispensable para la existencia del autocontrol. Sugerir que una persona tiene el control sobre el resultado es sugerir que la persona puede alterar el resultado, es decir, el impacto de su presencia, la calidad o la acción de la respuesta o intervención (Wright, 1998).

Por su parte, Mahoney (1970, 1988), presentó el autocontrol en función de tres categorías, autorrefuerzo, autocastigo y técnicas auxiliares. Las dos primeras pueden significar estímulos reforzantes de tipo positivo o de tipo aversivo, donde el autocastigo tendría como fin disminuir la probabilidad de un comportamiento, mientras que las técnicas auxiliares integran procedimientos de autocontrol donde se dan variables de estímulo-respuesta incompatibles, otorgando gran relevancia a los procesos cognitivos. Respecto al autocastigo, podríamos mencionar aquellos pensamientos intrusivos y respuestas desadaptativas, tales como “no sirvo para nada”, “no soy capaz de restaurar el orden”, etc.

El estudio de Mahoney se centró en destacar la importancia de los procesos cognoscitivos y la posibilidad de una intervención directa sobre los mismos.

Anteriormente, Albert Bandura (1969, 1971) ya había planteado la posibilidad de abordar los procesos "internos" como la motivación, la atención y la memoria mediante sistemas de medición objetiva, pero carecía de fuerza el abordaje del proceso cognoscitivo. Posteriormente, y en sucesivas fases, Bandura (1977, 1978, 1987) explicó la capacidad de aprendizaje por observación y la capacidad de autorregulación como mecanismo de control.

El estudio de la regulación afectiva (afecto positivo y afecto negativo) efectuado por Carver y Scheir (1981, 1990) se ocupó de analizar las variables que pudiesen afectar a un correcto funcionamiento de los procesos de regulación de la emoción. Según estos autores, regular estados de ánimo implicaría la activación de ciertos mecanismos de control, de forma que las conductas de regulación se podrían considerar conductas de autocontrol (Carver y Scheir, 2001). En consecuencia, el funcionamiento de estas conductas se podría explicar siguiendo un modelo general de autorregulación. Estas aportaciones son consideradas como una de las herramientas más eficaces para el tratamiento de las conductas de ansiedad.

Dentro del estudio de las respuestas de ansiedad, cabe destacar el *Modelo Transaccional* de Lazarus y Folkman (1984) y el *Modelo Transaccional* de Moos (1984), si bien el modelo de Moos enlaza directamente con el *afrontamiento*, como veremos más adelante. Estos modelos nos proporcionarán las bases teóricas para entender la relación entre los estímulos amenazantes y los recursos adaptativos, o no adaptativos (Lazarus, 2006), así como la forma de abordarlos, cuya importancia radica en su aportación al conocimiento del afrontamiento como un proceso transaccional entre persona y contexto.

El eje central de la teoría de Lazarus y Folkman (1984, 1986) se fija en la evaluación cognitiva o *appraisal* para analizar los múltiples problemas relacionados con el estrés dentro de un contexto social complejo, como es el escenario de una emergencia. La evaluación cognitiva es el elemento clave para discriminar si una determinada situación se convierte, o no, en estresora, en función de dos secuencias:

- Evaluación primaria, ¿me perjudica o beneficia esta situación, ahora o en un futuro?...Si de la respuesta se desprende daño, pérdida o amenaza, conllevará una respuesta de estrés.

- Evaluación secundaria, ¿puedo hacer algo al respecto?...Si la respuesta es “no, o muy poco”, igualmente surgirá una respuesta de estrés.

Estos autores plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros momentos o situación, con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. En definitiva, ésta es la aportación más importante del Modelo Transaccional.

Como se desprende de estas dos premisas, la evaluación secundaria incluye el elemento crucial del modelo transaccional, *el afrontamiento*, entendido como un proceso de puesta en marcha de aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas (internas y externas) que son evaluadas como excedentes o que pueden desbordar los recursos del individuo, atentando contra su bienestar físico y psíquico (Lazarus, 1986). El hecho de que un determinado riesgo se perciba como una amenaza o no, estará en función de las propias creencias, el compromiso con la situación y los recursos personales, además de la

capacidad de afrontamiento, de tal forma que la emociones se convierten en un elemento necesario para la supervivencia.

Resumiendo, la ansiedad implica dos elementos objetivos básicos, por un lado, una determinada situación que actúa como estímulo desencadenante y, por otro, una determinada respuesta emitida por el individuo, de forma que cierto tipo de respuestas consideradas adaptativas, actuarían como mecanismo de defensa para escapar de una situación de riesgo o amenaza, mientras que la ansiedad anticipatoria, mediada por sentimientos de temor, miedo o amenaza en ausencia del estímulo real, podría dar lugar a una respuesta patológica, como veremos a continuación.

Una revisión de Miguel-Tobal (1996) sobre el modelo cognitivo hace referencia al concepto de expectativa, de manera que el condicionamiento de la respuesta de ansiedad se establece tan pronto como el organismo relaciona los estímulos temidos, entrando en un proceso de auto-activación mediante respuestas anticipatorias a la ansiedad. Así mismo, en el campo de la investigación Miguel-Tobal nos aporta gran información sobre las conductas psicopatológicas y su relación con las emergencias. Cabe destacar su estudio sobre los atentados del 11 de Marzo de 2004 en la población de Madrid y el impacto psicológico derivado de los mismos, concluyendo con la aparición de diversas patologías, tanto en las víctimas y sus familiares como en el personal implicado en la intervención, tales como el ataque de pánico, el trastorno por estrés postraumático y la depresión (Vindel, Miguel-Tobal, Díez, Gonzalez y Galea, 2004).

El estudio describe los factores de vulnerabilidad y resistencia que pueden facilitar o inhibir su aparición. Entre los resultados de prevalencia psicopatológica en la población destaca el 10,9% de ataque de pánico, el 8% de depresión mayor, y el 4% de trastorno por estrés postraumático, atribuible directamente a los atentados.

Es importante observar como este tipo de respuestas pueden fluctuar y, lo que en principio puede ser valorado como una conducta de estrés, con el paso del tiempo puede devenir en un trastorno por estrés postraumático. Seis meses después del atentado se realizó un nuevo estudio para valorar los trastornos psicopatológicos entre los supervivientes. El estudio incluía un seguimiento al cabo de un año; la muestra estuvo formada por 182 supervivientes de las explosiones, pero únicamente 141 personas de la misma participaron en el seguimiento por diversos motivos sin especificar.

Los resultados pusieron de manifiesto que el 45% de los sujetos presentó algún tipo de trastorno tras el atentado, incluyendo trastorno por estrés postraumático (34,3%), depresión mayor (22,5%), abuso de alcohol (9,4%), trastorno de pánico (6,6 %), ansiedad generalizada (4,4 %) y abuso de drogas (2,2 %). Aproximadamente la mitad de la muestra cumplía los criterios de uno o más trastornos tras el atentado, resultando afectados por estrés postraumático más de un tercio, como veremos en el punto de los trastornos más comunes (Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González-Ordi, 2004).

Ya hemos comentado anteriormente que la ansiedad es una respuesta emocional compleja ligada al concepto de malestar general y que, en ocasiones, puede quedar

enmascarada por las características o exigencias del contexto laboral. Este tipo de respuestas (la ansiedad y la depresión), al igual que las conductas autolíticas, pueden tener una connotación negativa y un estigma social para quien las padece, especialmente en instituciones militares y cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, si bien no se conocen estudios sobre el tema, por la propia naturaleza de la Institución y por el respeto a los mismos y a sus familiares.

Los últimos estudios realizados sobre este tipo de trastornos, arrojan nuevos datos sobre la diferenciación de los síntomas entre ansiedad y depresión (Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2007), una de las grandes preocupaciones en psicopatología, dadas las profundas implicaciones para las tareas de diagnóstico y de intervención, en especial cuando estos síntomas se solapan. Todo ello ha propiciado llevar a cabo diferentes revisiones, con muestras de jóvenes y adultos, del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI, (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008).

A su vez, Agudelo (2009), en un estudio sobre las propiedades del Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER), sugiere nuevamente la necesidad de avanzar en el estudio diferencial de la depresión y la ansiedad, dado que los estudios de prevalencia presentan datos de alta comorbilidad entre ambos tipos de trastorno.

De igual forma, respecto a los procesos emocionales en este tipo de trastornos, el estudio realizado por Assunçao Ferreira (2014) sobre la regulación emocional de síntomas psicopatológicos de los bomberos, destaca la importancia del control emocional y los programas de intervención y prevención en grupos y población destinada a la tarea de emergencias con objeto promover el desarrollo de capacidades adaptadas y ajustadas a la regulación emocional.

A todo ello, la reciente investigación aporta nuevos modelos que surgen como alternativa a los enfoques tradicionales del *estrés* y *afrontamiento* hacia una línea más participativa, como ocurre en el Modelo de *Conservation of Resources* COR (Hobfoll, 2001), el cual veremos de nuevo más adelante. Este modelo considera la falta o pérdida de recursos personales como principal factor en las situaciones de estrés y, al mismo tiempo introduce la importancia de soluciones colectivas en situaciones generadoras de estrés.

La tendencia de esta nueva generación, se centra en la solución frente al problema y en los recursos o capacidades frente a la vulnerabilidad, como veremos en el estudio del afrontamiento y en el apartado de riesgo psicosocial.

Finalmente, para complementar lo anterior, cabe destacar los puntos relacionados con las conductas o trastornos susceptibles de ser desarrollados en una situación de crisis o emergencias, descritos en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del recién editado DSM-5™ (2013), tales como, trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico (ataques de pánico imprevistos y recurrentes), agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada.

Así mismo, en relación al tratamiento de la ansiedad, nos ha parecido útil mencionar la gran amplitud de técnicas auxiliares y su aplicación terapéutica, recogidas en el Manual de Técnicas y Terapia de Conducta (Justicia, Cruzado y Muñoz, 2001), tales como, técnicas de control de la activación (relajación, respiración y desensibilización sistemática), técnicas de exposición (hipnosis y terapia de autorregulación), técnicas operantes para el desarrollo de conductas, técnicas para la reducción de conductas operantes y sistemas de organización de contingencias (economía de fichas y contratos conductuales), técnicas aversivas, técnicas de autocontrol, técnicas de modelado, técnicas de *biofeedback*, control del diálogo interno y autoinstrucciones, terapias racionales y de reestructuración cognitiva, técnicas de solución de problemas, técnicas de prevención de respuesta, inoculación de estrés, condicionamiento encubierto, entrenamiento en habilidades sociales, etc. que no vamos a analizar por la extensión y complejidad de las mismas, puesto que no forma parte de nuestro objetivo.

Estas consideraciones sobre la *ansiedad*, nos conducen al concepto de *afrontamiento* como la utilización de los recursos personales para afrontar las distintas situaciones generadoras de estrés, a través de diferentes líneas y diferentes autores.

Carver y Scheir (1989, 1994) fueron pioneros en el estudio de la respuesta humana ante situaciones adversas, considerando dos tipos de afrontamiento: El *afrontamiento situacional*, como un recurso cambiante a medida que va cambiando la situación y el *afrontamiento disposicional*, o la forma habitual de enfrentarse por parte del sujeto, a situaciones estresantes. Así pues, este tipo de respuestas se convertirían en estilos relativamente estables que podrían influir en la elección de una determinada respuesta para situaciones futuras.

Según estos autores, los *estilos de afrontamiento*, se refieren a predisposiciones personales o preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional, mientras que las *estrategias de afrontamiento* hacen referencia a los procesos cognitivos y concretos que se utilizan en un determinado contexto. Así mismo diferenciaron dos estilos de afrontamiento, el primero, *enfocado al problema* (afrontamiento activo) y el segundo, *enfocado a la emoción* (reinterpretación positiva), incluyendo además la conducta de evitación, bien como desentendimiento conductual, bien como desentendimiento cognitivo (Carver, Scheir y Weintraub, 1989).

A partir de estos planteamientos, la evolución en el estudio e investigación del afrontamiento considera que la respuesta ante una determinada situación estaría modulada por las variables internas, situacionales o interaccionales (Suls, David y Harvey, 1996). Desde sus inicios hasta la actualidad, estos autores destacan *varias generaciones* que comentaremos a continuación.

*En una primera etapa*, hacia los años 60, el interés por el estudio del afrontamiento se centró en dos líneas de trabajo, la psicología dinámica y la psicología del rasgo. La primera línea de trabajo explicó el afrontamiento a través de los *mecanismos de defensa* con el fin de proteger al sujeto de las sucesivas demandas internas o pulsionales (Freud,

1896, 1980). La reducción de la tensión y los esfuerzos para lograr una adaptación a la realidad y la integración y control de las situaciones estresantes, fueron conceptos clave para la mayoría de teorías sobre el *coping* (Bergeret, 1975, 1989).

Por el contrario, la segunda línea de trabajo sobre la psicología del rasgo, se centró en la dimensión de la *represión y sensibilización*, como respuestas de afrontamiento ante una situación generadora de ansiedad o estrés.

En la *segunda generación*, hacia los años 80, el estudio avanzó hacia el poder explicativo de las *variables situacionales*, frente a *las variables disposicionales*, tales como estímulos, entorno y clima social, entre otras, tratando de explicar cómo las situaciones actúan o inciden sobre la conducta.

En esta línea se encuentra el modelo ABC de conducta, representando por Antecedentes, Conducta (*Behavior*) y Consecuentes, el cual, en su origen dio lugar al análisis funcional de la conducta. En general, se enfatizó el proceso cognitivo por encima de las capacidades o disposiciones personales.

En esta época, las mayores aportaciones fueron realizadas por Lazarus y Folkman (1984) y Moos (1984). La definición de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), como ya se comentó anteriormente, se refiere a esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas específicas externas y/o internas habidas en la transacción entre persona y situación.

La propuesta de Lazarus y Folkman respecto a la *variable situacional* incide directamente sobre un estresor concreto, al tiempo que la valoración o *appraisal* del mismo tiene un valor cognoscitivo, relacionado con *variables personológicas*. Al respecto, Suls et al. (1996) señalan que la diferenciación entre la valoración del estresor y la selección de las conductas de afrontamiento fue novedosa y original de Lazarus y Folkman (1984). De esta forma, las respuestas de afrontamiento se convierten en variables mediadoras o moduladoras entre la persona y la situación y entre el estrés y la salud.

Los trabajos de Lazarus sobre el *afrontamiento* muestran como los pacientes que negaban la gravedad de los hechos o los problemas derivados de los mismos (conductas de evitación), tardaban más tiempo en recuperarse que los que eran más conscientes de la realidad (conductas de aproximación). De igual forma, encontró que el nivel de estrés guardaba más relación con los propios recursos (valoración subjetiva) que con la situación real (valoración objetiva) (Lazarus, 1982).

Según se desprende de lo anterior, las *respuestas de afrontamiento y la incontrolabilidad*, estarían relacionadas con aspectos cognitivos y con la frecuencia e intensidad de las demandas, que a su vez interactúan con los aspectos ambientales. Las conductas de afrontamiento, de especial interés para el estudio, pueden estar *centradas en el problema*, de forma real y objetiva, para tratar de solucionar las demandas

ambientales o pueden estar *centradas en los aspectos cognitivos*, intentando controlar las propias *emociones* (Lazarus, 2000, 2006).

En este sentido, el concepto de afrontamiento puede ser confuso porque las condiciones del medio en una intervención en emergencias son difíciles de modificar, de tal forma que, estrategias de afrontamiento tales como “implicarse en el problema”, “intentar solucionarlo”, “luchar por controlarlo”, etc. pueden llevar al desgaste físico y emocional y a determinadas enfermedades psíquicas y físicas, como veremos más adelante, en el apartado de riesgos asociados a la intervención en emergencias.

Por otra parte, el *Modelo Transaccional* de Moss, propuesto en los años 80 y consolidado en 1995, tiene el mérito de haber incorporado aspectos relevantes para las siguientes generaciones sobre el afrontamiento. El modelo vincula la conducta humana al contexto, lo cual obligó a profundizar en las teorías que pudieran explicar las dimensiones del mismo.

De esta forma surgen los estudios sobre el clima familiar, social y organizacional, dirigidos a comprender los factores ambientales y facilitar el desarrollo de tratamientos más eficaces. Su importancia radica en el valor otorgado a los recursos (estables y fluctuantes), a los valores sociales y a las características de personalidad en la elección del tipo de afrontamiento, sugiriendo que el *coping*, además de mediador puede ser un motivo de estrés futuro.

El modelo, revisado por Moos y Holahan (2003), concreta las diferentes variables en cinco paneles (ambiental, personal, crisis vitales o transacciones de cambio, valoración cognitiva y respuestas de *coping*, salud y bienestar) que describen el proceso de afrontamiento en forma de esquema-marco, donde se contemplan *factores personales estables* y *factores situacionales transitorios* como precursores de los esfuerzos del *coping*. Todos estos paneles pueden influir o ser influidos por las variables comprendidas en otros paneles, produciéndose una respuesta de retroalimentación en todos ellos.

Así mismo, Moos destaca el papel de los estresores en la conducta de afrontamiento, como mecanismos esenciales para canalizar y modificar la influencia de los contextos vitales generadores de estrés, tanto los estables como los transitorios, hacia el desarrollo y crecimiento personal (Moos 2002).

En relación a la diferenciación del estilo de respuesta de *aproximación/evitación*, propuesta por Moos, los estudios de Kirchner, Forns y Amador (2006) concluyen que, a menor número de conductas patológicas referidas por la persona, mayor es el porcentaje de respuestas de aproximación y evitación, que expresa a favor de las primeras, y a mayor número de éste tipo de conductas, disminuye la diferencia entre la elección de una u otra respuesta. El modelo de Moos cuenta con elementos *cognitivos* y *conductuales*, en función del *método* de elección y, estilos de respuesta de *aproximación/evitación*, en función del *foco* de elección de las diferentes respuestas de afrontamiento (Moos, 1993), como se puede apreciar en la siguiente tabla.

**Tabla N° 1. Diferentes canales, escalas y estilos de respuesta según R.H. Moos**

		Foco	
		Aproximación	Evitación
Método	Cognitivo	Análisis lógico (AL)	Evitación cognitiva (EC)
		Reevaluación positiva (RP)	Aceptación-resignación (AR)
	Conductual	Búsqueda de guía y apoyo (BG)	Búsqueda de recompensas (BR)
		Solución de problemas (SP)	Descarga emocional (DE)

La *tercera generación* sobre el estudio del afrontamiento deja a un lado las *variables situacionales*, ya que éstas no lograban explicar totalmente la conducta humana. Esto condujo a un renovado interés por el estudio de las variables de personalidad y al estudio conjunto de persona-situación en la resolución de conflictos ante situaciones adversas, puesto que aportaba mayores posibilidades de análisis y explicación. Estas variables se introdujeron bajo el concepto de “repertorio básico de conductas” (RBS), (Staats, 1981), las cuales son aprendidas por el individuo a lo largo del ciclo vital y se presentan y mantienen de forma relativamente estable.

Sin embargo, la mayor importancia hacia las *estrategias disposicionales*, vinculadas a *factores de personalidad*, frente a las *estrategias situacionales*, suscitó cierta controversia, ya que las primeras, al estar vinculadas a dichos factores, deberían ser más resistentes al cambio y no siempre ocurría así, obligando a una revisión del modelo de los cinco factores de personalidad (McCrae y Costa, 1987). Los estudios de Costa sobre el afrontamiento en función de los factores de personalidad, partían de la definición conceptual entre afrontamiento y adaptación, llevándole a diferenciar entre *perfiles de afrontamiento adaptativo* frente a otros *no adaptativos* (Costa, Somerfield y McCrae, 1996).

También el estudio de los “*cinco grandes rasgos de personalidad*” (Big-five) de Caprara, Barbaranelli y Borgogni, en la adaptación española de J. Bermúdez (1993,1995), supuso un gran avance al otorgar mayor importancia a las *variables de personalidad* en la resolución de conflictos y en considerar las repercusiones conjuntas de personalidad y afrontamiento en la salud física y mental.

El propio Lazarus (2006), a la vista de las controversias y discrepancias al respecto, sugirió la conveniencia de abandonar la diferenciación entre estrategias centradas en el problema y centradas en la emoción para dirigir la atención a las *estrategias adaptativas frente a las estrategias disfuncionales*.

A partir de los trabajos de estos autores, se profundizó en el estudio de estas variables, iniciándose una nueva forma de entender el estrés y las conductas de afrontamiento, que podría entenderse como el inicio de una *cuarta generación*.

Desde este punto de partida cabe destacar el ya mencionado Modelo de *Conservation of Resources* (COR) de Hobfoll (2001), el cual introduce la importancia de soluciones

colectivas en las situaciones estresantes proponiendo un sistema de variables anidadas, en las que lo individual se anida en la familia, ésta en el grupo y, éste en el contexto social. La novedad del modelo radica en supeditar la valoración y estresor a nivel individual a los recursos personales, sociales, económicos y ambientales como responsables de guiar la dirección de las respuestas al estrés.

Esto representa una nueva propuesta de *coping proactivo y social* en el estudio del afrontamiento, lo que implica una búsqueda constante de soluciones, no solo ante situaciones generadoras de estrés, sino también frente a *problemas cotidianos*, de tal forma que los sujetos bien integrados en un sistema social tendrán más recursos adicionales.

El planteamiento de este modelo nos ha sugerido la incorporación del Inventario CSI al estudio, ya que la situación estresante ante una *situación cotidiana* descrita en la parte contextual, ofrece la posibilidad de clasificar la misma en cinco categorías o dimensiones, del orden personal, familiar, laboral, social y emergencia, como se verá más adelante.

En la misma línea de Moos y Hobfoll, se han estudiado los diferentes tipos de estrategia respecto a situaciones estresantes, identificando diversas *familias de coping*, entre las que destacan, solución de problemas, búsqueda de apoyo, evitación, distracción, reestructuración cognitiva, rumiación, indefensión, aislamiento social y regulación emocional, así como diferentes técnicas de autocontrol. (Ellen Skinner et al., 2003).

A partir de estos modelos, nuestro estudio se ha centrado en la búsqueda de estrategias adaptativas frente a las disfuncionales, dejando a un lado las características de personalidad. Por otra parte, el estudio del afrontamiento ante un evento crítico, es uno de los temas más innovadores y a la vez más complejos de la Psicología, tanto para el estudio de los procesos adaptativos como para el estudio de los procesos psicopatológicos. Desde este planteamiento creemos que este enfoque teórico podría aportar nuevos elementos al estudio del afrontamiento.

Igualmente, los trabajos sobre la motivación, las fuentes de estrés y la implicación en el trabajo y en la organización, resultan de especial interés en el campo de investigación de la intervención en emergencias, de los que haremos una breve descripción.

En este sentido, un estudio realizado con una muestra de soldados profesionales sobre la implicación con el trabajo, es decir, sobre *la motivación*, como una variable moduladora entre *el estrés y la satisfacción laboral*, concluyó que si la motivación sobre las dimensiones de implicación en el trabajo, la identificación psicológica y el sentimiento de deber-obligación es elevada, el estrés no influirá sobre la satisfacción laboral. Estos datos se analizaron a través de las seis fuentes de estrés contempladas en el Cuestionario OSI (*Occupational Stress Indicador*) tales como los factores intrínsecos al trabajo, desempeño del rol, las relaciones con los otros, el desarrollo de la carrera y el logro, la estructura y el clima organizacional y, sobre todo, la relación familia-trabajo (López-Araujo, Osca y Peiró, 2007).

En otro estudio realizado con la misma muestra, se destacó la importancia de que el rol y la tarea estén bien definidos y también la necesidad de que las directrices de la organización sean compartidas por los integrantes de la misma. El estudio analizó la relación entre el estrés de rol y el *burnout* (síndrome de estar quemado) cuando se da a causa de una sobreimplicación en el trabajo. Como solución a este tipo de conflictos, se propuso la minimización o reducción de los estresores pero también la consideración de aquellas variables personales que puedan repercutir en la salud laboral. (Lopez-Araujo, Osca y Rodríguez, 2008).

En esta línea, se realizó un estudio con una muestra del ejército profesional, donde se analizaron las fuentes del estrés laboral, en especial el conflicto de rol y sus implicaciones en el contexto social donde se desarrolla el trabajo, así como la satisfacción y la permanencia en la organización, en función de las variables organizacionales y su relación con la salud laboral. El estudio concluyó afirmando que el conflicto y la ambigüedad de rol inciden directamente sobre el agotamiento emocional y la despersonalización (Bardera y Osca, 2009).

Respecto a la exigencia y carga emocional en el trabajo, relacionada con el contenido de la tarea, los eventos y el contexto donde ésta se desarrolla, el trabajo de Puelles (2009) sobre la intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas pone de manifiesto la necesidad de profundizar en la conducta emocional desde la salud en lugar de establecerse rígidamente en la perspectiva de los modelos patógenos.

Posteriormente, en un estudio realizado con una muestra de las Unidades de Intervención Policial (UPI's), se comentó que la investigación en general ofrece una visión poco frecuente de los aspectos emocionales en el trabajo, en una población muy poco estudiada, refiriéndose al ámbito de las emergencias. El estudio describe siete escalas de contenido emocional, tales como el miedo o terror, la vergüenza, la compasión, la ansiedad, la ira, la tristeza y la culpa. Así mismo destaca los escenarios más frecuentes a los que se ven sometidos los intervinientes, tales como el hecho de dormir fuera de casa, recibir insultos o agresiones y participar en dispositivos de alto riesgo.

Los autores del estudio concluyen que los profesionales de las UPI's tienen una gran madurez en el manejo de las emociones pero también una mayor frecuencia de conductas básicas relacionadas con los escenarios de intervención, como son la ira y la ansiedad, en especial ante el hecho de tener que disparar o ante la muerte de un compañero (Martínez Arias y Puelles, 2010). Igualmente, Assunção Ferreira (2014) en el trabajo realizado con una muestra de bomberos, recomienda la necesidad de intervenir directamente sobre la fuente de los estresores e identificar las variables personales de fácil manipulación, como medida de prevención y con el fin de mejorar la satisfacción y el bienestar laboral.

Finalmente, queremos destacar que son pocos los estudios que se han hecho respecto a la importancia de la función del psicólogo en grandes catástrofes, si bien, está más que demostrada la necesidad y la eficacia de su intervención, tanto para el manejo de las conductas propias de la situación como para detectar y prevenir futuras conductas disfuncionales (Losada, 2004).

Con objeto de aportar una visión global, los modelos sobre la ansiedad estrés y estrategias de afrontamiento, así como los diversos estudios comentados, se reflejan en las *Tablas N° 2 y 3*.

**Tabla N° 2. Algunos modelos teóricos sobre las respuestas de ansiedad y estrés**

<b>Autores</b>	<b>Modelo</b>	<b>Sinopsis</b>
Selye, H. 1936, 1960, 1974	Síndrome General de Adaptación (SGA)	- Fase de alarma - Fase de resistencia - Fase de agotamiento
Lang, Peter J. 1968, 1971	Estudio sobre el constructo Modelo Tridimensional	Tres canales de respuesta: - Cognitivo - Motor - Fisiológico
Lang, Peter J. 1979	Modelo Bio-informacional	Activación de la emoción a través de tres características: - Dirección, intensidad y control Que se dan en tres dimensiones: - Valencia, <i>arousal</i> y dominancia
Spielberger 1972	Modelo de ansiedad Estado-Rasgo	Énfasis en las variables de personalidad y mayor relevancia a las variables cognitivas
Seligman 1975, 1991	Indefensión aprendida	Elemento clave: Percepción de incontrolabilidad para explicar los “trastornos neuróticos”
Abramson, Seligman y Teasdale 1978	Atribuciones causales: Incontrolabilidad subjetiva como rasgo de personalidad	Tres dimensiones: - Interna/externa - Estable/inestable - Global/específica
Kanfer 1970	Modelo de Autocontrol	Implica habilidades de: - Autoobservación - Autoevaluación y - Autorrefuerzo, ante un evento crítico
Skinner 1981, 1982	Técnicas de Autocontrol	- Compensar un efecto aversivo - Conducta de evitación
Mahoney 1970, 1988	Modelo de Autocontrol	Tres categorías: - Autorrefuerzo, - Autocastigo - Técnicas auxiliares
Bandura. 1977, 1987	Autocontrol y Autorregulación por aprendizaje vicario	Implica la capacidad de aprendizaje por observación y la capacidad de autorregulación
Carver y Scheier 1981,1990, 2001	Autorregulación	-Mecanismos internos que pueden ser innatos o adquiridos -Autorregulación como mecanismo de control
<b>Lazarus y Folkman</b> 1984, 1986	Modelo Transaccional	Elemento clave: La evaluación cognitiva y la inclusión de un nuevo elemento, tal como las respuestas de afrontamiento
Miguel-Tobal 1996	Revisión modelo cognitivo	Concepto de expectativa. Proceso de autoactivación mediante respuestas anticipatorias a la ansiedad

Hobfoll 2001	Modelo COR ( <i>Conservation of Resources</i> ), conservación de recursos que posee cada individuo	- Alternativa al enfoque tradicional del estrés y afrontamiento. - La falta o pérdida de recursos como el principal factor en el estrés
Costa y López 2003	Modelo ABC	A- Antecedentes B- Biografía de la persona C- Consecuencias situación
Lopez-Araujo, Oisca y Peiró 2007	Modelo OSI ( <i>Occupational Stress Indicator</i> )	Estudia las fuentes de presión laboral y la implicación en el trabajo

**Tabla N° 3. Algunos modelos teóricos sobre el afrontamiento**

<b>Autores</b>	<b>Modelo</b>	<b>Sinopsis</b>
Freud 1896,1980	Teoría dinámica: Afrontamiento como mecanismo de defensa	Actividades del yo dirigidas a proteger al sujeto ante las excesivas exigencias de las fuerzas pulsionales
Carver y Scheier 1989, 1994	Estrategias: -De tipo situacional -De tipo disposicional	Estilos: - Centrados en el problema - Centrados en la emoción
<b>Lazarus y Folkman</b> 1984,1986, 2006	Modelo Transaccional Revisión de variables respecto a las estrategias de afrontamiento	- Estrategias centradas en el problema - Estrategias centradas en la emoción, <b>Vs.</b> - Estrategias adaptativas - Estrategias disfuncionales
<b>Rudolph H. Moos</b> 1984, 1995	Modelo Transaccional	Relación entre las variables que interactúan en la situación y el proceso explicativo de la conducta
<b>Rudolph H. Moos</b> 2002	Modelo de Afrontamiento en dos dimensiones: Foco y Método	- Foco: Orientación hacia el problema (aproximación vs. evitación) - Método: Tipo de esfuerzo realizado (cognitivo vs. conductual)
Costa, Somerfield y McCrae, 1986, 1996	Relación personalidad y estrategias de afrontamiento	- Perfil adaptativo - Perfil disfuncional
Hobfoll 2001	Modelo COR ( <i>Conservation of Resources</i> ),	Propone soluciones colectivas en situaciones estresantes, donde interviene el factor personal, social, económico y ambiental (en la misma línea de Moos)
Skinner, E. et al. 2003	Diferentes formas de <i>coping</i> y técnicas de autocontrol para compensar el efecto aversivo de la situación	- Solución de problemas - Búsqueda de apoyo - Evitación, distracción - Reestructuración cognitiva - Rumiación e indefensión - Aislamiento social y - Regulación emocional

Una vez finalizada la revisión acerca de las diferentes respuestas de ansiedad, estrés y afrontamiento, y la breve exposición de algunas teorías y modelos resumidos en las *Tablas N° 2 y 3*, siguiendo el orden establecido en el índice general, analizaremos estas respuestas cuando se dan como consecuencia de la interacción grupal dentro del contexto laboral, y el papel que ejercen sobre las mismas las diferentes variables motivacionales, también objeto de estudio y análisis en el presente trabajo.

### 3. Contexto Organizacional

Entendemos por contexto organizacional el lugar o espacio donde se desarrolla el trabajo y la tarea, dentro de una estructura organizativa formada por equipos técnicos y recursos humanos, de los que solamente haremos un breve comentario.

El actual contexto organizacional aboga por nuevas formas de gestión, transformando el capital humano en agentes activos y creativos, proporcionando espacios interactivos y poniendo a su disposición todas las herramientas tecnológicas adecuadas para la consecución de estos fines. En este marco hay un consenso unánime en considerar el área de Recursos Humanos como una de las herramientas más poderosas de transformación organizacional (Ulrich, 1998, 2000).

#### 3.1. Grupos de trabajo y equipos de trabajo

Desde una perspectiva tradicional, un grupo de trabajo se considera un sistema social abierto (Peiró, 1996). A partir de esta conceptualización, surgen numerosas definiciones que hemos tenido en cuenta para explicar la dinámica de grupo en emergencias, especialmente en función de la interacción e interrelación de los individuos que lo forman y de los aspectos motivacionales dentro de la organización.

De igual modo, las *características de la tarea* se han utilizado como criterio para diferenciar y clasificar los diferentes grupos y equipos de trabajo (Dieterly, 1988), siendo las más importantes la interactividad y la meta grupal. Otra definición estaría en base a la permanencia, diferenciada entre *grupos formales* y *grupos informales*, los primeros de carácter permanente y con una estructura organizacional establecida por la propia organización, mientras que los otros surgen de forma espontánea por intereses particulares, no forman parte de la estructura organizacional ni tienen carácter permanente, como sucede en el voluntariado, si bien estos conceptos, dados los continuos cambios en materia laboral, estarían sujetos a revisión continuada.

Así mismo, dadas las características de la intervención, los diferentes grupos o equipos de trabajo pueden tener carácter temporal (a corto y medio plazo) o carácter permanente (a largo plazo). Respecto al objetivo o meta, ésta viene determinada siempre por una necesidad, de forma que una vez resuelta la misma, el equipo tiende a disolverse.

Concluyendo, dentro de la estructura organizacional destacan la combinación de las características de la tarea y la temporalidad o permanencia para diferenciar entre grupo de trabajo y equipo de trabajo, también el concepto de rol, autonomía y compromiso con la organización (Blader y Tyler, 2009).

De las recientes aportaciones podemos definir el *grupo de trabajo* como un conjunto de personas que realizan una misma tarea dentro de una organización. Suelen tener habilidades y formación específica para realizar el mismo tipo de trabajo, son autónomos pero a la vez interdependientes y cada uno es responsable de sí mismo, aunque existe una jerarquización y un mando (P.ej. el grupo de bomberos o el grupo de policía local).

Los miembros del *equipo de trabajo*, a diferencia del grupo de trabajo, pueden pertenecer a diferentes organizaciones, cada una especializada en tareas complementarias entre sí, razón por la cual las jerarquías se diluyen, encontrándose únicamente un jefe de equipo con una serie de colaboradores que interactúan en condiciones de igualdad aunque tengan diferentes conocimientos y diferentes categorías laborales.

Una intervención en emergencias es un método de trabajo colectivo y coordinado, donde los participantes intercambian su experiencia, respetando sus roles y funciones para conseguir objetivos comunes en una labor conjunta. En base a esto, en el equipo de trabajo se requieren cinco condiciones básicas, tales como la complementariedad, la comunicación, la confianza, el compromiso y la coordinación, cualidades que encuadran perfectamente con la intervención de los profesionales de una emergencia, siendo las más relevantes la coordinación y la comunicación (Rodríguez Porras, 2007).

Las acciones de los *miembros de un equipo* están interrelacionadas y coordinadas. Tienen el sentido compartido de unidad y se identifican con el equipo y entre sí. *Utilizan más el "nosotros" que el "yo"*. El grupo logra su rendimiento con la suma de las contribuciones individuales de sus miembros y el equipo lo hace con el esfuerzo de todos.

Los nuevos modelos organizacionales, fijan sus objetivos en el capital humano, la satisfacción y la moral laboral, el compromiso y el crecimiento personal (Bakker, 2010). Sin embargo, un estudio realizado por Felipe y León del Barco (2010), con objeto de diferenciar el *estrés personal y situacional* frente al estrés producido en la interacción personal, ha mostrado diferencias significativas, con cierta tendencia a estrategias de afrontamiento activo o conductual en la interacción grupal y cognitivas a nivel individual.

En la siguiente tabla, se muestra una visión global entre ambos conceptos.

**Tabla N° 4. Diferencias entre grupo de trabajo y equipo de trabajo**

<p><b>Grupo de trabajo</b> Ej. Grupo de bomberos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los miembros del grupo tiene una formación similar y son interdependientes, realizando el mismo tipo de trabajo</li> <li>- Responden de forma individual, pudiendo aportar su peculiar forma de realizar el trabajo con una meta grupal</li> <li>- No hay cohesión entre los miembros</li> <li>- Hay una jerarquía de mando, en función de sus habilidades</li> <li>- Suelen ser de carácter permanente</li> </ul>
<p><b>Equipo de trabajo</b> Ej. Todos los grupos de intervención en su conjunto: Bomberos, policía, sanitarios, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cada miembro domina una determinada faceta o conocimiento y asume una determinada parte del proyecto o meta</li> <li>- Cada individuo responde en su conjunto</li> <li>- Es necesaria la coordinación y cohesión entre sus miembros, en función de unos objetivos comunes de actuación</li> <li>- La jerarquía se diluye y recae sobre un líder y sus colaboradores, en función de sus conocimientos</li> <li>- Suelen ser de carácter temporal</li> </ul>

### 3.2. Motivación laboral

El factor motivacional es una constante dentro de la organización, como se puede apreciar en la evolución histórica de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones.

“Los Individuos están dispuestos a aceptar su condición de miembros de la organización cuando su actividad dentro de ella, contribuya directa o indirectamente a sus propios fines personales” (Simón, 1971).

“La motivación es un término que designa los determinantes de la decisión de iniciar un esfuerzo para realizar una determinada tarea, la decisión de realizar un determinado nivel de esfuerzo y la decisión de persistir en el desarrollo de ese esfuerzo durante un determinado período de tiempo” (Campbell y Pritchard, 1976).

Como se puede apreciar, las necesidades del individuo son consideradas como un aspecto motivacional básico, inmersas dentro de un proceso dirigido a la consecución de metas y objetivos con el fin de reducir esas necesidades o lograr la consecución de expectativas.

Algunos autores diferencian las teorías motivacionales *centradas en el contenido*, tratando de identificar las variables que motivan la conducta y las teorías motivacionales *centradas en el proceso*, que explicarían la búsqueda, dirección y persistencia de la conducta relacionada con expectativas y metas (Miner y Dachler, 1973).

Según estos criterios, pasamos a revisar algunos *modelos centrados en el contenido*, destacando en primer lugar la *Teoría del Logro* (Murray, 1938), la cual describe un amplio número de necesidades que impulsan la conducta humana, entre las que se encuentran la degradación, el logro, afiliación, agresión, autonomía, contracción, defensa, diferencia, dominación, exhibición, evitación del daño, evitación de la vergüenza, protección, orden, juego, rechazo, sexo, consolidación y comprensión.

A partir de estas premisas, McClelland (1989) reformuló tres tipos de necesidades en el contexto organizacional, a saber, la necesidad de logro, como medio para superarse a sí mismo, cuya meta es la probabilidad de éxito en el desempeño de la tarea efectiva, la necesidad de poder o dominación, como medio para tener influencia y ejercer el control sobre otras personas cuyo fin es el estatus organizacional y la necesidad de afiliación, cuya meta implica una fuerte necesidad de agrandar y ser aceptado por los demás en el seno del grupo.

Dentro de nuestra línea de trabajo, uno de los modelos más respetados y considerados hasta hoy es el desarrollado por Maslow (1954, 1987), el cual presenta cinco niveles de necesidades dispuestos en una estructura piramidal de la siguiente forma: Las necesidades básicas o irracionales, llamadas también de supervivencia, se encuentran en la base de la pirámide (fisiológicas y de seguridad) y las superiores o racionales, de forma escalonada, se encuentran en la parte superior (sociales, estimación o autoestima y autorrealización). Únicamente cuando la persona logra satisfacer las necesidades inferiores, tiene suficiente motivación para acceder y satisfacer las necesidades superiores de autorrealización.

Las primeras exposiciones de Maslow, ejercieron una gran influencia en McGregor (1966), el cual desarrolló la *Teoría X* y la *Teoría Y*, plasmada más tarde en “*El aspecto humano de las empresas*” (1969), con una amplia difusión en el campo de la Psicología Organizacional, donde la teoría X representaba la parte más mecanicista de la empresa, anteponiendo la teoría Y, con una visión más humanista y más positiva del ser humano. En ésta se explicaba como el esfuerzo, el compromiso y la responsabilidad con los objetivos, se convierten en un valor intrínseco que en sí mismo supone una recompensa.

La teoría de McGregor, se acerca mucho al actual panorama laboral. En este sentido, la teoría X, define a la persona como un ser perezoso motivado a través del castigo, mientras que la teoría Y otorga al individuo el esfuerzo y la responsabilidad para alcanzar la motivación y la recompensa. Más adelante, avanzó en el estudio con la *Teoría Z*, contemplando una mayor participación del individuo en la organización y cómo motivar sin esfuerzo por parte de la organización a través de la tarea.

En la misma línea de Maslow, Alfederer (1969, 1972), en base a las relaciones jerárquicas ya existentes, formuló el *Modelo Jerárquico ERC* y agrupó las necesidades en las siguientes tres categorías: Las necesidades de *existencia*, relacionadas con la supervivencia, las necesidades de *relación* interpersonal o interacción con otras personas y las necesidades de *crecimiento* y desarrollo personal.

Respecto a los *modelos centrados en el proceso*, el crecimiento industrial y el desarrollo organizacional propiciaron la proliferación de nuevas teorías, cuyo objeto de atención fueron las variables cognitivas, explicando el esfuerzo, la dirección y el cambio de comportamiento, de las que seguidamente, haremos una breve exposición.

Algunos autores como Georgopoulos, Mahoney y Jones (1957), ya estudiaron el comportamiento del individuo en función de las necesidades, las expectativas y las constricciones de la situación, pero la primera formulación sobre las *valencias* y *expectativas* pertenece a Vroom (1964, 1967), completada más tarde por Porter y Lawler (1968) y Porter, Lawler y Hackman (1975) en un tratado sobre la conducta en las organizaciones y, desarrollada en los mismos términos por Campbell y Pritchard (1976).

Lo más importante del modelo de Vroom (1967), radica en que por primera vez se habla de incentivos, de liderazgo, de la adhesión, la aceptación y valoración del grupo, de la implicación en la tarea e identificación con los objetivos, siendo estas últimas variables las que determinarán la permanencia en el trabajo y en la organización. Así mismo destaca el valor de las creencias y expectativas que los individuos tienen acerca de los sucesos futuros de su vida. La conducta es el resultado de elegir entre varias alternativas y estas elecciones están basadas en creencias y actitudes. El objetivo de estas elecciones es maximizar las recompensas y minimizar el “dolor” (Pinder, 1985).

Estas consideraciones son oportunas para entender las respuestas comportamentales, donde la fuerza de la motivación de una persona en una situación determinada equivale al producto entre el valor que la persona le asigna a la recompensa y la expectativa de su posible logro, según vemos en la siguiente ecuación (Galbraith, 1977).

Fuerza de la motivación = Valor de la recompensa x Probabilidad de logro
--

Esto requiere por parte de la persona la convicción de que las recompensas que recibe son justas y la confianza de que el desempeño es proporcional a la recompensa. Así mismo el concepto de expectativa, puede modular la conducta de los miembros de la organización y la realización estricta de la tarea. Los incentivos generales, como el salario, de gran vigencia en la actualidad, son un aliciente para la incorporación y permanencia en la organización. Entre las aportaciones de Galbraith (2007), está “*la nueva situación en la empresa*”, refiriéndose a las nuevas tecnologías y al concepto de organización dinámica.

En la misma línea se encuentra la *Teoría del Establecimiento de Metas* formulada por Locke dentro del contexto organizacional (Locke, 1968), otorgando un papel motivacional central a las intenciones del individuo respecto a la tarea, de tal forma que los objetivos o metas que el individuo persigue a través de la tarea son los que determinarán el nivel de esfuerzo empleado en su ejecución, adquiriendo éstos un papel de *drive* o guía para cualquier actividad o función, tales como, centrar la atención, aumentar la persistencia y ayudar a elaborar estrategias (Locke y Latham, 1985).

Para que la elección de metas resulte efectiva, éstas deben ser específicas, difíciles y desafiantes, aunque posibles de lograr, y se incluye además un elemento importante, el *feedback*, con el fin de potenciar al máximo el rendimiento y los logros, contemplados como un reto (Yulk y Latham, 1978).

Respecto a los procesos de comparación social, cabe mencionar la *Teoría de la Equidad* propuesta por Adams (1965), centrada en la fuerza motivadora de la disonancia cognitiva, anteriormente formulada por Festinger (1957) dentro del contexto laboral y organizacional, la cual se resume de la siguiente forma.

En primer lugar, se observa que los individuos distinguen entre las contribuciones que aportan y las compensaciones obtenidas a cambio, estableciendo una razón proporcional entre ambas. En segundo lugar, se da un proceso de comparación social, estableciendo también una razón de sus contribuciones-compensaciones con las que perciben en los demás y en tercer lugar, ante cualquier percepción de desigualdad, el individuo tiende a restablecer la igualdad en alguna de las siguientes formas: Distorsionando su percepción, tratando de influir en la otra parte para que cambie, modificando sus contribuciones o compensaciones, cambiando el marco de referencia y finalmente, abandonando las relaciones de intercambio.

Complementando a los anteriores modelos, Herzberg (1966, 1967) formuló la *Teoría del Factor Dual*, cuya principal aportación se centra en los objetivos y consecuencias de la motivación, a saber, la *motivación intrínseca*, respecto a los factores implicados en la

propia tarea y la *motivación extrínseca*, respecto a los beneficios tangibles de la misma (Herzberg, Mausner y Sniderman, 1967).

Este enfoque avanza hacia una nueva dimensión que es el punto de partida de las nuevas teorías sobre la satisfacción laboral y un nuevo concepto organizacional, el *job enrichment* (enriquecimiento del trabajo) como factor de motivación intrínseca descrito también por Davis (1979) en “Relaciones Humanas y Conducta Organizacional” (*Human Behavior of Work: Human Relations and Organizational Behavior*).

A partir de este marco teórico, surgen numerosos estudios que analizan la motivación organizacional. Un trabajo realizado por Luna-Arocas (2002) sobre la motivación de logro, considera esta variable clave para el éxito empresarial y la relaciona con personas emprendedoras y con aptitudes de mando que son capaces de afrontar problemas de modo efectivo. Su estudio “*Análisis del concepto multidimensional de la motivación de logro*”, basado en la escala de motivación de logro de Cassidy y Lynn (1989), ha sido adaptado a una muestra española, diferenciando siete dimensiones de la motivación de logro: Excelencia, competitividad, adquisición de dinero, liderazgo, ética, búsqueda de estatus y el dominio de tareas, analizando el valor que otorgan los individuos a cada uno de estos factores. Los resultados muestran una alta tendencia a la búsqueda de estatus en la empresa, a la excelencia y al trabajo duro representado por la ética laboral. El estudio encuentra diferencias significativas en variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el nivel educativo, así como en la motivación de logro socioeconómico (motivación extrínseca) y la motivación de excelencia laboral (motivación intrínseca).

Posteriormente, una revisión realizada por Sánchez Carbajal y cols. (2006) sobre planificación estratégica, tanto para el personal fijo como para el personal voluntario, propone una serie de factores facilitadores o inhibidores de la motivación. En términos generales, la fuente de los mismos fluye desde la organización y, entre los *factores facilitadores* se encuentran la clara comprensión y conocimiento del trabajo a desarrollar, la clarificación de roles, la inclusión de tareas que incrementan la responsabilidad, la libertad y la creatividad, la disposición de los medios adecuados, el desarrollo de las habilidades personales, la inclusión de recompensas y alabanzas, la participación del personal voluntario en tareas de solución de problemas, haciéndoles saber cómo su trabajo contribuye al logro de los objetivos de la organización, según vimos en los diferentes aspectos de la estructura organizacional.

En el lado opuesto, se encuentran los *factores que dificultan la motivación* tales como la inclusión de tareas rutinarias, sea de forma consciente o inconsciente, la eliminación de reconocimientos o elogios merecidos, la implementación de castigos sin especificar y la crítica continuada hacia el trabajo, la escasa o nula definición de la tarea y sus objetivos, ignorando la evaluación o supervisión de la misma, el menoscabo de nuevos planteamientos o sugerencias, la ausencia de comunicación y el hecho de fomentar sentimientos de no pertenencia al grupo, entre otros.

Según estos autores, se puede afirmar que la motivación es un elemento fundamental en el rendimiento personal y grupal, como facilitador de la tarea y del grado de cohesión

grupales. Por el contrario, la falta de motivación puede provocar una distorsión de la tarea con efectos físicos y psíquicos tan importantes como la fatiga y el *burnout* o síndrome de estar quemado, entre otros (Katzenbach y Smith 2006). De igual forma, el *empowerment* (dar mayor fuerza a la tarea) o “*empoderamiento*” de la tarea, frente a la tarea rutinaria, supone un elemento clave en la motivación, ofreciendo la posibilidad de ser responsable de la propia tarea y otorgando mayor autonomía personal, lo cual incide directamente sobre la autoestima y el rendimiento personal.

Otros trabajos recientes se centran en las características del trabajo y la tarea, como sucede en el estudio “*El factor humano en la empresa*” de Rodríguez Porras (2007). Este autor, otorga un papel primordial a la motivación, centrando su investigación en la dinámica de grupos, el trabajo en equipo, las técnicas de comunicación, las relaciones interpersonales y la formación para ejercer el mando, gestión o dirección organizacional. En este sentido, presenta aspectos ya consolidados y de fácil aplicación sobre los problemas a que se enfrentan los responsables de dirección de gestión en la actualidad, a través de los siguientes *seis aspectos clave*: Cómo motivar a las personas en el trabajo, qué funciones cumplen los grupos en las organizaciones y cuáles son las bases del trabajo en equipo, la dinámica de la comunicación (interpersonal, lateral y vertical), qué es el liderazgo y cuáles son las bases para el ejercicio del mando, cómo se configura la cultura de una organización y cómo gobernar el cambio organizativo.

De forma similar, Salanova (2008, 2009) se centra en el concepto de *Organizaciones Saludables* a través de la psicología positiva aplicada y estudia el compromiso con la tarea como medio para conseguir la motivación ocupacional. Salanova y cols. (2012) investigaron sobre el citado *Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes* (HERO), a través del análisis de ecuaciones estructurales, las cuales revelaron que el afecto positivo y el compromiso en el trabajo son mediadores entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio. Concretamente, aquellos empleados con mayores creencias de eficacia, presentan mayor afecto positivo y más compromiso en el trabajo que a su vez, se relaciona positivamente con mayor calidad de servicio.

Finalmente, el estudio de la motivación en la estructura organizacional, entendida como el motor o *drive* que activa y dirige el comportamiento y que subyace en el individuo para la función más importante del ser humano, la supervivencia, es de especial interés en contextos de alto riesgo. En este proceso se contempla la suma de diferentes factores entre los que destacan el componente biológico, emocional y la conducta aprendida. En este sentido el trabajo realizado por González Serra (2008) describe la *motivación reactiva*, propia de la adolescencia y juventud, frente a la *motivación no reactiva*, propia de la etapa adulta, definida a través de dos niveles: La motivación adaptativa y la motivación autónoma. La primera, supone la aceptación de fines y proyectos marcados por el medio social externo, como medio de satisfacer sus propias necesidades, apoyados en sentimientos de obligación y compromiso hacia la organización. Por el contrario, la motivación autónoma parte de las propias convicciones y de los proyectos elaborados por parte del propio sujeto, apoyados en aspectos de la personalidad entre los que destaca la creatividad o motivación intrínseca.

En otra investigación realizada por Hernández-Vargas y cols. (2014) en el departamento de Psicología Social de la Universidad Jaime I de Castellón, utilizando el modelo HERO (*Organizaciones Saludables y Resilientes*), se analizó el papel mediador de los afectos positivos y el *engagement* o compromiso con el trabajo, las creencias de eficacia y la calidad de servicio basadas en el desempeño y la calidad percibida.

Merece especial atención la relevancia otorgada al concepto de *Organizaciones Inteligentes*, correspondiente a las organizaciones que abordan la eficacia a través del aprendizaje, el concepto constructivo de trabajo en equipo, la visión compartida y la autonomía personal, junto al modelo cognitivo basado en el *pensamiento sistémico*, es decir, trabajar en una dirección común, donde todos los individuos forman parte de un conjunto o engranaje global (León, Tejada y Yataco, 2014).

Este enfoque del *pensamiento sistémico* procede de la Teoría General de Sistemas, planteada en 1950 por Ludwig Von Bertalanffy (1956, 1979). Dichas teorías incluyen sistemas de multiagente que han llegado a ser una herramienta importante en el estudio de los sistemas sociales y complejos, donde se contempla que cualquier sistema u organismo tiene su propia capacidad de respuesta, siendo este término muy estudiado en ámbitos laborales o en aquellas tareas que requieren una respuesta inmediata frente a una demanda continua o compleja, es decir, obtener el máximo beneficio y rendimiento con el mínimo coste y esfuerzo.

En la siguiente tabla vemos algunos de los modelos y estudios comentados

**Tabla N° 5. Algunos modelos teóricos sobre la motivación**

<b>Autores</b>	<b>Modelo</b>	<b>Sinopsis</b>
H. A. Murray 1938 (Pionero en el estudio de la motivación organizacional)	<i>Modelos centrados en el contenido.</i>  Teoría del Logro	Necesidades en función de:  La degradación, el logro, afiliación, agresión, autonomía, contracción, defensa, diferencia, dominación, exhibición, evitación del daño, evitación de la vergüenza, protección, orden, juego, rechazo, sexo, consolidación y comprensión
McClelland 1989	Teoría del Logro (revisión) Diferentes tipos de necesidades	- Necesidad de Logro - Necesidad de poder o dominación - Necesidad de afiliación
Maslow 1954	Jerarquía de las necesidades	- Necesidades básicas o de supervivencia - Necesidades superiores o racionales
McGregor 1976	Teoría dual X-Y Revisión: Teoría Z	X: Aspecto mecanicista del ser humano Y: Nueva concepción humanista Z: Mayor participación del individuo
Alfederer 1969, 1972	Modelo jerárquico ERC	- Necesidades de existencia - Necesidades de relación interpersonal - Necesidades de crecimiento y desarrollo personal

Vroom 1964, 1967	<i>Modelos centrados en el proceso.</i>	- La conducta es el resultado de elegir entre varias alternativas
Porter-Lawler 1968, 1975	Teoría de las Valencias y Expectativas	- La fuerza de la motivación determina el valor de estas alternativas - Se habla por primera vez de incentivos, liderazgo y adhesión al grupo
Locke 1969	Teoría del Establecimiento de Metas. Contexto Organizacional	Los objetivos determinan el nivel del esfuerzo a desarrollar en la tarea
Stancey Adams 1965	Teoría de la Equidad. Contexto laboral y organizacional	Búsqueda del equilibrio entre las <i>contribuciones</i> que aportan y las <i>compensaciones</i> que reciben las personas
Herzberg, Mausner y Snyderman 1967	Teoría del Factor Dual. Introduce el término de satisfacción y enriquecimiento de la tarea	- Factores extrínsecos al propio trabajo: Ejercen una función de mantenimiento (materiales) - Factores intrínsecos a la tarea: Logro, realización y crecimiento personal
Bertalanffy 1956, 1979	Teoría General de Sistemas	Cualquier sistema u organismo tiene su propia capacidad de respuesta. Término muy estudiado en ámbitos laborales o en aquellas tareas que requieren una respuesta inmediata
Luna- Arocas 2002	Motivación de Logro	Análisis del concepto multidimensional de la motivación de logro
Rodríguez Porras 2007	Dinámica de grupos: El factor humano en la empresa, explicado a través de seis aspectos clave	- Cómo motivar a las personas en el trabajo - Funciones que cumplen los grupos en la organización - Dinámica de la comunicación - El liderazgo: Bases para el ejercicio del mando - Cómo se configura la cultura de una organización - Cómo gobernar el cambio organizativo
González Serra 2008	Psicología de la Motivación	- Motivación reactiva - Motivación no reactiva: Adaptativa y Autónoma
Salanova, Llorens, Cifre y Martínez 2012	HERO: Modelo de Organizaciones Saludables y Resilientes	Presentado a través del análisis de ecuaciones estructurales, éstas revelan que el afecto positivo y el compromiso en el trabajo median entre las creencias de eficacia y la calidad de servicio
León, Tejada y Yataco 2014	Organizaciones Inteligentes	Organizaciones abiertas al aprendizaje y al concepto constructivo de trabajo en equipo, visión compartida y autonomía personal

La Psicología de Emergencias integra estos planteamientos, en especial por la dinámica de la propia tarea, por el contexto donde se desarrolla y por el componente grupal, tan complejo respecto al concepto de grupo. Esto implica planificación, dotación de recursos y formación adecuada con el fin de conseguir empleados saludables y

motivados (Leidecker y Hall, 1989), si bien, debido a la actual precariedad laboral, resulta difícil conseguir una buena motivación para llevar a cabo intervenciones eficaces y seguras en el marco de las emergencias, lo cual será objeto de análisis en la segunda parte del estudio.

## **4. Psicología y Emergencias**

Con objeto de situar el conjunto de variables personales, grupales y motivacionales expuestas con anterioridad, es necesario introducir el concepto de emergencia, el cual tiene varias acepciones. Según la RAE, la emergencia surge de unas características causadas en el tiempo, sin embargo, para los profesionales de emergencias es un término mucho más amplio, que se define en función de unas determinadas variables, tales como la intensidad y duración y otras características comunes a cualquier emergencia, como son la *imprevisibilidad, inevitabilidad e incontrolabilidad*.

La Psicología de Emergencias es un área relativamente nueva como rama profesional, si bien, podemos remontarnos a principios de siglo XX, coincidiendo con los inicios de la Primera Guerra Mundial, para explicar su origen y su evolución hasta llegar a la actual línea de trabajo, siguiendo la revisión realizada por Pujadas y Pérez-Pareja (2013).

### **4.1. Antecedentes históricos**

Los estudios iniciados a principios del siglo XX en el campo de la Psicología Industrial, del Trabajo y de las Organizaciones, tuvieron una gran repercusión en la Psicología de emergencias. En 1913, el fundador de la Psicología Aplicada y profesor de la Universidad de Harvard, Hugo Münsterberg, mostraba los beneficios de adaptar la persona al puesto de trabajo en la publicación de su obra “La eficiencia de la Psicología Industrial” (*The Psychology of Industrial Efficiency*).

Este hecho coincidió con la Primera Guerra Mundial, donde hubo un gran número de víctimas, lo cual obligó al ejército americano a planificar, estructurar y organizar cualquier intervención, recurriendo para ello a las recientes investigaciones de Münsterberg en Harvard. Éste fue el inicio de la colaboración conjunta entre el Ejército y la APA (*American Psychological Association*), con objeto de seleccionar y clasificar a un gran número de reclutas que debían ser integrados en programas de adiestramiento militar para la guerra. El trabajo fue realizado por un buen número de psicólogos que también seleccionaron y clasificaron a personas con dotes de mando y liderazgo para designar oficiales. El estudio de colaboración llevado a cabo se dividió en dos partes, bajo el lema, “el mejor hombre posible” y “el mejor trabajo posible”. En nuestra opinión, deberíamos añadir “el mejor equipo posible” y “la mayor seguridad y eficacia posible”.

El inicio de estas actividades abrió paso a diferentes líneas de investigación, que a día de hoy se mantienen en el ámbito organizacional. La primera y más importante, fue la consideración del factor humano, estableciendo normas para la interrelación hombre y máquina en función de las capacidades y habilidades de la persona para el manejo de las mismas. La segunda, estudió la interrelación del hombre con el medio donde se desarrolla

el trabajo, considerando las condiciones del terreno, la rotación de turnos y horarios, el diseño de la nueva maquinaria y los posibles riesgos, como la resistencia y la fatiga. Estos estudios dieron lugar a nuevas ramas como la Ergonomía y la Psicología Diferencial aplicada a la industria. De igual forma, se introdujeron nuevas variables relacionadas con los factores psicosociales y ambientales. La tercera línea de investigación, se centró en los diferentes grupos o equipos de trabajo. Se desarrollaron y aplicaron teorías sobre la motivación y comunicación y sobre los diferentes procesos cognitivos, como la percepción y los factores de personalidad, entre otras (Peiró, 1995).

Respecto a la Psicología de Emergencias, se consideran pioneros los trabajos de la Universidad de Harvard realizados en 1944 por Erick Linderman con las personas y familiares que sobrevivieron a un incendio ocurrido en 1942 en Boston, en el cual se describían por primera vez los síntomas psicológicos de los afectados, dando lugar al primer tratado de *“Terapia Breve de Urgencia”* en el área de Psicología Aplicada.

Por su parte, Gerald Caplan, colaborador de Linderman y director del programa de Salud Mental en Harvard durante el periodo 1952-1964, publicó *“Principios de Psiquiatría Preventiva”* en el que describía las diferentes respuestas emocionales durante y después de la crisis y la forma de salir adelante. Su gran aportación fue la primera *“Teoría de Crisis e Intervención en Crisis”*.

En 1970, la APA publicó un *“Manual de Primeros Auxilios Psicológicos en casos de catástrofes”* que recogía las reacciones físicas y psíquicas posteriores a los desastres. Simultáneamente en Europa, en pleno auge de la Psicología Industrial, se empezaron a estudiar con mayor interés las consecuencias psicosociales de los desastres naturales e industriales, así como los efectos postraumáticos en las víctimas de guerra. Se introdujeron términos como “neurosis de guerra”, “fatiga de combate”, “estrés postraumático”, “*flashback* o revivencia de la situación”, “indefensión aprendida” y “estrategias de afrontamiento”, otorgando una nueva dimensión a este tipo de respuestas, que fueron consideradas “normales” ante una situación anormal.

En 1980, se incluyó el término “Trastorno por Estrés Postraumático” (TEPT) en el DSM III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la APA, sustituyendo al de “Neurastenia o Neurosis Traumática” (Nicolás y Martínez, 1997), lo que supuso un considerable avance en la nosología de los trastornos mentales.

Por otra parte, se contemplaron mejores condiciones laborales, sociales y económicas, desarrollando programas de bienestar y calidad de vida a todos los niveles. Se puso de relieve la importancia de los factores socioambientales y socioeconómicos, la dimensión del riesgo y su impacto sobre la salud y sobre todo, las necesarias medidas de prevención. En este sentido, las crisis socioeconómicas, como sucede en la actualidad, empezaron a ser tomadas en cuenta como riesgo suplementario para la salud comunitaria. De estos principios conceptuales se ha derivado que la investigación actual haya comenzado a centrarse en el riesgo psicosocial, la depresión, la ansiedad, el estrés, la fatiga psíquica, la insatisfacción laboral y el síndrome de estar quemado (*burnout*), entre otros, (De Juan-Espinosa, Colom y Quiroga, 1996).

La Psicología de Emergencias llega a la actualidad como una rama de la Psicología Aplicada, cuyas primeras intervenciones se dieron en nuestro país a raíz de la tragedia ocurrida en 1996, en el camping de *Las Nieves*, en Biescas (provincia de Huesca), donde hubo un gran número de víctimas (87 fallecidos y 183 heridos). Este desastre marcó el inicio de la intervención en emergencias y puso de manifiesto la necesidad y la importancia de la intervención psicológica en grandes catástrofes.

Esta necesidad iría calando en la mayoría de Instituciones, dando lugar a la primera Unidad de Intervención Psicológica en emergencias y desastres, creada en 1997, la Unidad ISIS, del Instituto de Psicoterapia y Psicoanalítica de Sevilla. El mismo año se organizó a nivel estatal la primera Comisión Nacional de intervención Psicológica en Catástrofes. En 1998 se creó, en las Islas Baleares, el primer grupo de intervención directa en situaciones de crisis y emergencias, mediante convenio entre el Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares (COPIB) y el Centro de Emergencias 112 de la Consejería de Interior del Gobierno de las Islas Baleares, siendo la primera propuesta de intervención inmediata en el ámbito nacional.

Esta breve revisión histórica, nos lleva a contemplar un sinfín de variables inmersas en la intervención en emergencias en función de las diferentes categorías que se podrían dar, los diferentes escenarios, el tipo de intervención requerida, el lugar, el tiempo, el número y gravedad de los afectados y por último, las diferentes tareas del interviniente o intervinientes, que iremos desarrollando en los siguientes apartados.

#### **4.2. Concepto de emergencia. Diferentes categorías**

Según hemos visto en los trabajos de Lazarus (1986, 1991), Moos (2002) y Ellen Skinner y cols. (2003), una situación de emergencia es una interacción continua entre persona y ambiente a través de un determinado tipo de respuesta por parte del individuo o colectivo social, que a su vez es determinante para modificar la situación o su percepción de la misma.

En términos operativos, una emergencia es un acontecimiento crítico que viene determinado por su inmediatez, intensidad y duración, que suele generar alarma social y que puede sobrevenir por diferentes causas, de naturaleza social o ambiental, entre otras. Su ocurrencia supone una ruptura en la rutina diaria de la persona o comunidad y la necesidad de restaurar el equilibrio por parte de la misma. El factor de incertidumbre que sigue a la situación crítica, se considera un riesgo añadido (Sainz y Nomen, 2012).

Con objeto de unificar criterios en los diferentes equipos de intervención a nivel operativo, una emergencia se estructura en función de sus *diferentes niveles o categorías* y en función de su *magnitud*, que pueden ir desde una crisis personal o colectiva hasta un desastre o calamidad: Una *crisis* puede sobrevenir por la pérdida o amenaza de perder a los seres queridos, los bienes materiales, el trabajo, la salud, la propia integridad física y psíquica o las crisis relativas a las diferentes etapas del ciclo vital, entre otras. Un *desastre* es una situación crítica a nivel colectivo, que puede sobrevenir por diferentes causas, como un accidente múltiple, un desastre medioambiental, grandes riadas o

inundaciones, etc., donde hay daños personales y materiales de gran magnitud, siendo necesario activar los recursos comunitarios. Cuando un desastre adquiere mayores proporciones, que afectan a toda la comunidad, se expresa en términos de *catástrofe*, tal como sucede en un movimiento sísmico o atentado terrorista, donde se requiere activar medios y recursos propios, y/o extracomunitarios, para restablecer la situación. La reiteración de los supuestos anteriores y la aparición de un nuevo acontecimiento cuando todavía no se ha podido restaurar la normalidad, adquiere el grado de *calamidad*.

En general, una emergencia es una situación dada que, en función de su intensidad y magnitud, obliga al individuo y a la comunidad a reconsiderar el sentido de la misma en un breve y preciso espacio de tiempo, con el supuesto de que tanto la persona como la propia comunidad cuentan con los medios adecuados para solucionar la situación.

Finalmente, la actual crisis económica y social en un sentido global, ha generado la necesidad de contemplar las necesidades de aquellas personas o colectivos más desfavorecidos o en riesgo de exclusión social, bajo el epígrafe de emergencia psicosocial, que junto a los trastornos relacionados con la salud mental, representan el gran reto del siglo XXI (Andújar y Pujadas, 2008), como veremos a continuación.

**Tabla N° 6. Diferentes categorías o magnitud de una emergencia**

Crisis	Riesgo o amenaza para los propios intereses o la propia vida, tanto a nivel individual como a nivel colectivo
Desastre	Situación de crisis de gran magnitud, donde puede haber gran número de afectados y grandes daños, a nivel individual, social y comunitario
Catástrofe	Desastre masivo, de consecuencias destructivas, con pérdida de vidas humanas y destrucción de bienes materiales a todos los niveles
Calamidad	Reiteración de los anteriores en el tiempo sin posibilidad de recuperarse a corto o medio plazo
Acto terrorista (crimen organizado, etc.)	Intencionalidad de hacer daño. Hay un objetivo específico e inmediato por parte de grupos organizados, en ocasiones con fines de carácter ideológico o político, como medida de presión para un cambio determinado
Emergencia Psicosocial	Situación de desamparo a todos los niveles, pobreza extrema y riesgo de exclusión social que puede afectar al colectivo de personas y a toda la comunidad

Todas estas categorías tienen en común una situación de riesgo *¿imprevisible, inevitable e incontrolable?*. Sin embargo, desde un enfoque dinámico e interactivo, el riesgo se puede modular con planes de prevención, educación, formación e información en general, y también con medidas respecto al entorno medioambiental, considerado *riesgo circunstancial*. Respecto al *riesgo psicosocial*, derivado de la propia intervención, es necesario conocer y detectar las respuestas más frecuentes que se dan ante este tipo de situaciones ya que pueden ser objeto de posteriores desajustes psíquicos o emocionales.

### 4.3. Respuestas más frecuentes ante una situación de emergencia

En general, una situación de crisis o emergencia por sus propias características de imprevisibilidad, puede poner a prueba los propios recursos y los diferentes medios de toda la comunidad respecto a la capacidad de reacción del ser humano.

Cada persona afronta la situación de diferente forma en función las propias características, su estado emocional, los propios recursos, sus experiencias previas, el grado de intensidad y duración de la situación y sus expectativas de resolución respecto a la misma, pudiéndose dar una serie de respuestas comunes en la mayoría de afectados durante y después de la misma, que se describen a continuación.

**Tabla N° 7. Respuestas más frecuentes durante y después de una emergencia**

Respuesta motora	- Conducta desorganizada, trastornos del habla, desconfianza, abuso de sustancias tóxicas, fatiga generalizada, llanto, tristeza, inhibición, agresividad y conductas lesivas y autolíticas, entre otras
Respuesta cognitiva/ emocional	- Sentimientos de culpa (en especial si hay un familiar fallecido), confusión, negación, pérdida de control, desorientación, amnesia, despersonalización, disociación, desrealización, ideación suicida...  - Miedo irracional, episodios de pánico, estado de shock, ansiedad anticipatoria, ansiedad generalizada, que puede ir acompañada de inhibición o agitación motora y estrés postraumático, entre otras
Respuesta fisiológica	- Temblores, taquicardia, sensación de ahogo, opresión en el pecho, tensión muscular, cefalea, escalofríos, relajación de esfínteres, etc.

Este tipo de respuestas se pueden instaurar y permanecer, o por el contrario, desaparecer tras la resolución del incidente crítico. Como ya se comentó, son respuestas “normales” ante una situación anormal y pueden estar moduladas por la intensidad y duración del evento crítico y por el factor incertidumbre tras la situación.

Cualquiera de estas respuestas pueden indicar un desajuste momentáneo en la conducta, o bien, constituirse en un elemento discriminativo que anticipa un desajuste adaptativo más consistente o generalizado que debe ser evaluado por el profesional de la salud. En este sentido, si después de la situación crítica la persona consigue integrar y redefinir la nueva situación hacia un cambio positivo, tendrá mayores posibilidades de restaurar el equilibrio emocional.

Si por el contrario estas conductas permanecen en el tiempo, se pueden condicionar y generalizar a situaciones posteriores, dando lugar a trastornos relacionados con el estrés postraumático, la ansiedad generalizada, las fobias, ataques de pánico –en general trastornos emocionales- y, en el peor de los casos, el suicidio consumado. La prevención del riesgo psicológico respecto a este tipo de conductas supone la atención inmediata de los afectados (Parada, 2009).

#### 4.4. Diferentes escenarios o áreas de intervención en emergencias

La evidencia de la intervención en emergencias, configura un escenario dinámico y cambiante en cada situación llevada a cabo por los grupos y equipos de emergencias, delimitando diferentes áreas. Se entiende por escenario el lugar, persona o circunstancia que requiere una determinada intervención, pudiendo darse a nivel individual o colectivo, en el día a día, de forma puntual en un suceso determinado, o de forma continuada en grandes catástrofes que afectan al conjunto de la población.

La intervención en el día a día va dirigida a situaciones de *crisis*, personal o colectiva, tales como la comunicación de malas noticias, primeros auxilios, apoyo en duelo y apoyo psicosocial, entre otras. Por el contrario, en las grandes catástrofes, el área de intervención viene determinada por el lugar de los hechos, pudiendo alcanzar a otras comunidades lejos del foco que la originó (Pujadas y Pérez-Pareja, 2013).

Respecto a las personas afectadas, existen determinados colectivos más vulnerables situados en el umbral de la pobreza, con riesgo de exclusión social o con riesgo de salud mental que requieren una mayor atención psicológica y apoyo social por parte de diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales, siendo el área de intervención los centros de acogida, la propia familia en su domicilio o la atención a pie de calle. La Organización Mundial de la Salud (OMS), junto a los crecientes trastornos en salud mental, ha definido esta nueva situación psicosocial como la epidemia del siglo XXI. Un breve resumen de todo ello se puede ver en la siguiente tabla.

**Tabla Nº 8. Diferentes áreas de intervención en emergencias**

En el día a día. Suceso acaecido puntualmente	Accidentes de tráfico, comunicación de malas noticias, ahogamiento, suicidio u homicidio, violencia de género, violencia familiar y violencia generalizada, apoyo en duelo, atención social, problemática mental, etc.
Grandes catástrofes en la propia comunidad	Puede tratarse de un accidente múltiple, un derrumbe, un incendio, etc. dónde se requieren diferentes equipos de trabajo (bomberos, policía, sanitarios...) para atender a las personas o comunidad afectada por la situación, donde se integra el profesional de psicología en las diferentes fases de intervención
Grandes catástrofes en otras comunidades que pueden afectar a la propia comunidad	El escenario puede estar muy lejos de la propia comunidad. Tal es el caso de secuestros, actos terroristas y desastres medioambientales, entre otros, que afectan a determinados colectivos (cooperantes, periodistas, turistas, etc.), coordinado a través del Ministerio Exterior y aportando soporte emocional a los familiares
Área de atención psicosocial	Los trastornos en salud mental, las nuevas psicopatías y sociopatías y la actual problemática psicosocial, es atendida por Instituciones gubernamentales tales como, Asuntos Sociales y AECID (Cooperación Internacional para el Desarrollo) y también no gubernamentales, tales como Cruz Roja y Cáritas, entre otras
Psicología Organizacional	Tareas de gestión y organización en el desarrollo de una emergencia, en sus diferentes momentos y, tareas de planes de prevención y formación

Según se ha visto, las diferentes necesidades y diferentes situaciones (*Tablas N° 6, 7 y 8*) determinarán el tipo de recursos necesarios para la intervención y las diferentes medidas de planificación, gestión e intervención.

#### **4.5. Gestión e intervención en emergencias. Riesgos asociados**

La gestión y el control de una emergencia son todas aquellas medidas organizativas y operativas que se llevan a cabo a nivel institucional con objeto de dar una respuesta rápida y eficaz a un incidente crítico desde los órganos de dirección y coordinación y a través del puesto de mando avanzado (PMA) y el centro de coordinación operativa (CECOP). La intervención en emergencias se refiere a las actuaciones llevadas a cabo por los diferentes equipos, dentro de un marco normativo organizacional y un protocolo previamente establecido en seis diferentes etapas, desde que se da la voz de alarma hasta que se estabiliza la situación, cuyo objetivo es conseguir actuaciones seguras, coordinadas y organizadas en el mínimo tiempo posible para tratar de garantizar el máximo nivel de efectividad ante un evento crítico.

En términos generales, la operativa de la intervención se inicia tan pronto se recibe la voz de alarma en el Centro de Gestión de Emergencias (112): La primera fase se centra en la recogida de información, localización y tipificación del suceso con objeto de iniciar la gestión de los medios de intervención necesarios. De inmediato le sigue la fase de gestión, coordinación y activación de los protocolos correspondientes al tipo de suceso (fuego, derrumbe, inundación, etc.) y a la categoría o magnitud, así como el número de víctimas, con objeto de movilizar los recursos técnicos y humanos necesarios. Prosigue la intervención, en los primeros momentos (o primeros auxilios), las siguientes horas y los días posteriores, si fuese necesario. La siguiente fase, de recuperación y estabilización, se realiza a través de programas específicos asistenciales, seguida de la fase de desmovilización o desactivación, que surge de la decisión conjunta entre los intervinientes y los responsables de la gestión y coordinación (112). Finalmente, si el incidente crítico se ha resuelto, se lleva a cabo el cierre de la emergencia, se realiza el informe de evaluación final y la validación del mismo para futuras intervenciones (Andújar y Pujadas, 2008).

Como se desprende de todo ello, la operativa de la intervención en emergencias viene determinada por las propias circunstancias de la situación y por su inmediatez, intensidad y duración, pero también por el nivel de riesgo asociado. Los múltiples riesgos, presentes en el entorno, generan una serie de componentes que podemos definir como *Riesgo circunstancial* y los riesgos derivados de la propia intervención se definen como *Riesgo operativo* (Gárriz, 2014), los cuales serán analizados en el apartado correspondiente.

Como medida de prevención, seguridad y protección en toda intervención, el protocolo de actuación contempla unos principios básicos de *flexibilidad y planificación* para tratar de eliminar o minimizar el riesgo.

El principio de *flexibilidad*, trata de proporcionar una perspectiva evolutiva o temporal del suceso con objeto de conseguir la máxima información y previsión para las

siguientes horas, ya que al tratarse de un proceso dinámico y cambiante, es susceptible de haber empeorado las condiciones del suceso acaecido. En consecuencia, el principio de *planificación* e intervención implica, por parte de los gestores de la emergencia, la coordinación de los diferentes equipos y diferentes campos de acción, que obliga a plantearse una serie de cuestiones previas (Sainz y Nomen, 2012).

-¿A quién va dirigida la intervención?, ¿individual o colectiva?, ¿asistencial o de apoyo a la gestión?. La respuesta definirá el tipo de medios técnicos y humanos a utilizar.

-¿Quién debe realizar la intervención?. Hay que valorar el grado de formación y especialización del interviniente en función de la situación y del tipo de afectados.

-¿Cuándo y dónde intervenir?. Hay que valorar los planes de acción en función de la inmediatez y el contexto, así como los diferentes escenarios de intervención.

-¿Objetivos de la intervención?, ¿a corto, medio y/o a largo plazo?. La respuesta definirá el tipo de intervención.

-¿Con qué medios se cuenta?. Ello implica conocer la disponibilidad y accesibilidad de los mismos y si éstos son suficientes y adecuados para la intervención.

En líneas generales la intervención en emergencias se desarrolla en función de tres parámetros, a saber, tiempo, personas y lugar, como vemos en la siguiente tabla.

**Tabla Nº 9. La intervención en emergencias. Tiempo personas y lugar**

<p><b>El tiempo:</b> Diferentes momentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes: Campañas de prevención, estudios de riesgo, simulacros y planificación de recursos</li> <li>- Durante: Intervención con los afectados, familiares y población en general. Medios y recursos de los diferentes equipos de intervención y accesibilidad de los mismos</li> <li>- Después: En los días sucesivos prestar atención a conductas consideradas de riesgo. Realizar evaluaciones, tratamiento y seguimiento y/o derivación</li> </ul>
<p><b>Las personas:</b> Número de víctimas y su clasificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primer grado: Afectados por el impacto directo de la situación</li> <li>- Segundo grado: Familiares, amigos o allegados de los anteriores</li> <li>- Tercer grado: Integrantes de los equipos de primera respuesta o intervinientes</li> <li>- Cuarto grado: La comunidad en todo su conjunto de forma directa o indirecta</li> <li>- Quinto grado: Personas cuya vulnerabilidad se ve afectada por la noticia o por identificación con la misma</li> <li>- Sexto grado: Personas que aun estando fuera de la comunidad, tienen intereses comunes con la zona afectada</li> </ul>
<p><b>El lugar:</b> Espacio físico donde se desarrolla la intervención. Diferentes sectores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona Cero: El propio lugar del siniestro o catástrofe</li> <li>- Zona Caliente: Área de intervención directa con los afectados</li> <li>- Zona Templada: Área de función de soporte a toda la operativa de los diferentes equipos</li> <li>- Zona Fría: Área en el entorno próximo, dónde se encuentra el comité de dirección, las áreas de descanso y atención a los medios de comunicación. Todas ellas consideradas zonas de seguridad</li> </ul>

Según esta clasificación, los centros de dirección, coordinación e información (CECOP y PMA), centros asistenciales y centros de acogida, deben estar situados lo más cerca posible de la zona cero para atender a las víctimas con la mayor rapidez posible.

Cabe destacar que en la operativa de una intervención en crisis o emergencia, el *psicólogo de emergencias*, se encuentra integrado como profesional sanitario en todo el proceso de emergencias, cuya importancia radica en el manejo de las respuestas emocionales respecto a la prevención de conductas de riesgo, como el estrés y el estrés postraumático.

Lejos de la victimización o sobreprotección, el enfoque de la intervención se centra en las tareas de atención especializada, especialmente en la detección y prevención de posibles desajustes posteriores en base a redefinir lo sucedido, enseñar habilidades de afrontamiento y estrategias de solución de problemas, ayudar a restaurar la autoestima, facilitar redes sociales respecto a la familia o grupo de referencia, ayudar a identificar necesidades inmediatas, a corto y medio plazo, acompañar en tareas de reconocimiento de cadáveres y acompañar el duelo, entre otras muchas, entre las que merecen especial atención el apoyo los colectivos de mayor vulnerabilidad, niños, mujeres, ancianos, discapacitados, desplazados y personas fuera de control que puedan poner en peligro su propia vida o la de los otros, incluido el interviniente (Echeburúa, 2009).

Su intervención no se limita a la atención y recuperación integral de la persona, pudiendo colaborar en las tareas de prevención, planificación y gestión de la emergencia. Cuando la situación lo requiere, a continuación de una emergencia, existen diferentes programas de atención inmediata, tanto para los afectados como para los intervinientes. En todo caso, es el profesional de atención psicológica quien decidirá la necesidad de su implementación y la forma más adecuada de aplicar cualquiera de ellas. Veamos algunas de las técnicas más utilizadas por su reconocida eficacia.

- *Defusing* (Inmediatamente después del incidente). Es una técnica de ventilación emocional en grupos de 3 a 20 personas aplicada en siete diferentes pasos, a saber, contacto y apertura de conversación, evaluación y enfoque de los hechos (percepción y valoración subjetiva), evaluación de ideas y pensamientos, evaluación de sentimientos, información, apoyo y redefinición.

- *Debriefing* (dentro de las 24-72 horas siguientes) o CISD (*Critical Incident Stress Debriefing*), implementada por Mitchell en 1983, es una técnica de descarga o desahogo emocional. Las críticas realizadas a esta técnica, se fundamentan en el carácter íntimo de las emociones y la presión ejercida sobre la persona afectada para hablar en público, ya que pueden aparecer dudas, lagunas o alteración de los hechos, generando un mayor nivel de estrés o ansiedad. Aunque su finalidad es reducir las mismas y evitar secuelas del estrés postraumático (ESPT), hay que considerar y respetar las diferencias individuales y no forzar la intervención.

- *Counseling*, o técnica basada en la terapia breve. El psicólogo o terapeuta interviene a modo de consejero cuando la persona, habiendo agotado sus propios recursos, se

encuentra bloqueada para solucionar el problema. Se ofrece apoyo, orientación y manejo de posibles soluciones a la persona afectada, planificando y estableciendo metas cuyo objetivo es el desarrollo y autonomía personal, a través de alguna de las siguientes técnicas sencillas, tales como, narrativa o exposición libre de los hechos moderada por el terapeuta, escucha activa y/o negociación, aplicación del cuestionario de valoración de los síntomas de estrés postraumático, “*Mindfulness*” o “conciencia plena”, respiración y/o relajación o muscular en sus diferentes modalidades, entre otras.

En último término, la finalidad de una intervención psicológica en emergencias viene marcada por la total estabilización de la situación y de los afectados, si bien la intervención no finaliza con el cierre de la emergencia, ya que es necesario hacer un seguimiento de los afectados en los días posteriores al incidente para detectar si hay conductas problema, tales como agitación motora, hiperactividad, episodios de *flashback* o pesadillas, alteraciones del sueño, llanto o inestabilidad emocional, que pudieran indicar futuros desajustes emocionales.

Este es el momento de hacer informes y evaluación de resultados, tanto por los equipos de rescate como por los equipos de atención psicológica, como aprendizaje y prevención para futuras intervenciones, especialmente haciendo referencia al factor humano y todas las respuestas registradas durante la emergencia.

#### **4.6. El factor humano. Perfil del profesional de emergencias**

Ya hemos comentado que la mayor parte de la muestra de este estudio pertenece a cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado y en menor medida a instituciones privadas, donde cada una de ellas tiene sus propios medios de selección, evaluación y formación.

El profesional de emergencias tiene formación específica para cada una de las diferentes áreas de intervención y al mismo tiempo, unas características personales, habilidades, aptitudes y actitudes necesarias para el desarrollo de la tarea, si bien por la naturaleza de la misma, el patrón de respuestas puede variar en función de múltiples variables ya que el hecho de trabajar en condiciones límites y de máxima presión, es por sí mismo una fuente de estrés. Se consideran requisitos necesarios, la capacidad de comunicación y un elevado grado de motivación, la flexibilidad cognitiva, la resistencia a la fatiga, la adaptación a situaciones de riesgo imprevisible o cambiante, la adaptación a una línea de mando y estar en disposición de ayuda y colaboración para llevar a cabo las tareas de coordinación entre los diferentes equipos (Fernández Millán, 2004, 2013).

Dentro de las instituciones militares, el grupo de referencia de intervención en situaciones críticas es la Unidad Militar de Emergencias (UME), la cual dispone de un exhaustivo plan de selección de personal en el que se contemplan unas determinadas condiciones personales, como la madurez y estabilidad emocional, la buena forma física, la capacidad de trabajo en equipo, orden y disciplina, autocontrol, resiliencia, habilidades sociales y habilidades de comunicación y manejo del estrés. Dentro de las competencias en el mismo ámbito, destacan las habilidades de análisis y toma de decisiones, compromiso y motivación, iniciativa, creatividad, liderazgo, resolución de problemas y

habilidades de negociación entre otras. Todo ello forma parte de un plan estratégico llevado a cabo por el departamento de Recursos Humanos J1/Psicología.

Al respecto, la UME tiene su propio proyecto de capacitación de competencias, USAR (*Urban Search and Rescue*). El citado Proyecto de Desarrollo Competencial (selección y evaluación de competencias y desarrollo formativo), está certificado por INSARAG, organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en las que se incluyen pruebas de orden técnico, médico y psicológico.

Como ya se ha comentado, *el psicólogo especializado en atención psicológica* ocupa una posición relevante como interviniente en las tareas de prevención, atención y gestión de respuestas comportamentales. Así mismo, tiene formación para intervenir y colaborar en planes de prevención, evaluación, gestión y asesoramiento a los diferentes equipos.

La importancia del psicólogo de emergencias radica en la protección integral de la persona en situaciones generadoras de estrés o crisis vitales, cuyo fin es restablecer su equilibrio emocional y el control de los pensamientos adaptados al medio. El hecho de estar capacitado para el manejo de las diferentes respuestas emocionales en situaciones de crisis y emergencias, no le hace inmune al dolor, pero en momentos de ayuda y atención a los afectados, el psicólogo se convierte en un profesional aséptico con objeto de poder intervenir de forma eficaz y objetiva (Losada, 2004)

Finalmente, el actual empeño respecto al perfil del profesional de emergencias, en general, se dirige hacia parámetros mucho más realistas, dado que el riesgo físico, psíquico y social es inherente a la tarea del interviniente y que, en ocasiones, éste también puede necesitar ayuda (Pujadas y Pérez-Pareja, 2013).

La exposición realizada de las diferentes situaciones y diferentes respuestas que se dan en el transcurso de una emergencia, deja constancia del riesgo explícito, tanto a *nivel circunstancial* como a *nivel operativo*.

Esto nos conduce a presentar algunas características del riesgo, desde una perspectiva tradicional hacia la evolución de los riesgos emergentes y los nuevos modelos en prevención, evaluación y gestión e intervención del riesgo.

#### **4.7. Concepto de riesgo en el ámbito laboral. Enfoque tradicional**

Cualquier relación laboral, incluida la dinámica de la intervención en emergencias, contempla dos tipos de riesgos, ya definidos como *circunstanciales* y *operativos*, que en mayor o menor medida, se recogen en la vigente Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Legislación Laboral sobre seguridad y salud en el trabajo, 2002).

En este sentido, el *riesgo circunstancial* está determinado por el contexto y las características del lugar, pudiendo causar una situación crítica a consecuencia del mismo, como ocurre en los desastres ocasionados por movimientos sísmicos, grandes riadas, inundaciones, desbordamientos o desprendimientos del terreno, emanación de gases a causa de los anteriores, etc. Por el contrario, el *riesgo operativo*, está marcado por la

propia dinámica de la intervención y es el resultado de un daño, físico o psíquico, de diferente naturaleza que puede ser causado por accidente laboral, por accidente de tráfico, por caída o precipitación, por agresión, por fuego y/o por las diferentes condiciones meteorológicas, que pueden ocasionar estados de congelación o deshidratación en las personas o intervinientes. Así mismo, dentro de un marco global, merecen especial atención los riesgos NRBQ (nuclear, radiológico, bacteriológico y químico).

Respecto a la todavía vigente normativa sobre prevención de riesgos laborales y salud laboral, en su conceptualización más tradicional, ésta contempla factores relativos al binomio salud-enfermedad en base a las variables tradicionales de salud física, pero en ningún momento se habla de riesgos psíquicos o emocionales, indicados anteriormente como factores de vulnerabilidad en situaciones de riesgo.

**Tabla Nº 10. Normativa en Prevención de Riesgos Laborales. Legislación Laboral sobre seguridad y salud en el trabajo, 2002**

Ley 31/1995	“Todo trabajador que realice una tarea concreta deberá estar protegido adecuadamente y formado e informado sobre los riesgos y el uso de aquellos dispositivos de protección que tenga que utilizar”
Real Decreto 773/1997. Equipos de Protección Individual (EPI)	“Todos los EPI’S (equipos de protección individual) deberán estar homologados y certificados según las normas correspondientes, además de etiquetados y con la marca CE”. El etiquetado debe recoger identificación y pictograma de la función que cumplen. P.ej. (N.R.B.Q.)
Condiciones de seguridad en lugares de trabajo. Real Decreto 486/1997, de 14 de Abril B.O.E. nº 97, de 23 de abril	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguridad estructural: Solidez en techos, suelos, escaleras, desniveles, balcones, barandillas, etc.</li> <li>- Espacios de trabajo y zonas peligrosas: Respetar la dimensión, evitar el bloqueo en la salida, etc.</li> <li>- Puertas y portones: Especial atención a rotura en puertas de cristal...</li> </ul>
Condiciones ambientales, respecto a la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “La exposición a las condiciones ambientales no debe suponer un riesgo...” tales como frío o calor extremo, heladas, ruido intenso y continuado, hacinamiento, cambios bruscos de temperatura, olores...y especial importancia de los EPI’s (equipos de protección individual)</li> <li>- Iluminación de los lugares de trabajo en condiciones, servicios higiénicos y áreas de descanso, material y áreas de primeros auxilios</li> </ul>
Valoración del riesgo en función de tres variables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia de la exposición al riesgo: Continua, parcial o intermitente</li> <li>- Probabilidad de ocurrencia: Alta, media y baja</li> <li>- Tipo de riesgo: Alto, medio y bajo, en función de la gravedad o resultado de accidente, incidente o enfermedad que surge en la interacción entre la persona, la tarea y el entorno a causa de un conjunto de circunstancias negativas</li> </ul>
Factores que indican el nivel de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación e información sobre el lugar y la tarea</li> <li>- El desarrollo de la tarea o forma de trabajar</li> <li>- Los medios y equipos de protección necesarios (humanos y técnicos, individuales y colectivos)</li> <li>- Roles claros y establecidos y observación de los turnos y horarios</li> </ul>

La regla de oro de cualquier intervención es preservar la propia vida, sin arriesgar la integridad física o psíquica, por ello, también la ley exige el cumplimiento de las normas y la responsabilidad recae tanto en el profesional como en los responsables de la gestión organizacional.

Sin embargo, la realidad de una intervención en emergencias, por la propia naturaleza de la situación y por la inmediatez de respuesta es muy peculiar y, las nuevas líneas de investigación se centran en el desajuste emocional como el principal riesgo laboral.

Por otra parte se contemplan las nuevas amenazas de riesgo, derivadas de un contexto global, que no solo afectan a la persona, sino también al grupo social, comunidad y sistema medioambiental, como veremos a continuación.

## **5. Nuevos riesgos y amenazas derivados de un contexto global**

El fenómeno de la globalización y el auge de las nuevas tecnologías han puesto de manifiesto las múltiples amenazas y riesgos de cualquier índole que acontecen en cualquier lugar del mundo y que pueden afectar a nuestro entorno más próximo. La nueva organización geopolítica y económica ha configurado una situación laboral y social que implica nuevos riesgos para los trabajadores, derivados de un contexto global, de la presión e inestabilidad laboral y de las exigencias de la tarea, a los que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha clasificado como Riesgo Psicosocial.

Algunos autores lo han definido como la cultura del capitalismo o las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo (Sennett, 2000, 2006, 2011).

Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado a conocer el incremento de las nuevas enfermedades profesionales y trastornos relacionados con esta situación, como el estrés, la ansiedad y la depresión.

En general, los riesgos y amenazas derivados de un contexto global son difusos y difíciles de controlar, pudiendo afectar a las personas, a sus bienes y a los valores y bienes comunitarios.

Entre los riesgos emergentes destacan, el crimen organizado, la piratería aérea y marítima, los atentados terroristas, el uso de armas químicas o armas de destrucción masiva, la política de terror en estados fallidos, los conflictos bélicos regionales (entre o inter naciones), los refugiados y desplazados, la inmigración masiva, el tráfico de armas, personas y estupefacientes, la explotación laboral y la precariedad laboral a consecuencia de lo anterior, la falta o escasez de recursos naturales, como el agua o alimentos básicos, la pobreza extrema y las enfermedades infecciosas, entre otras.

Aunque muchas de estas amenazas suceden fuera de la propia comunidad, pueden afectar de forma directa o indirecta, a cualquier persona o comunidad del entorno próximo como consecuencia de la libre circulación y la política y economía de libre mercado, resultado de la globalización, como trataremos de resumir en la siguiente tabla.

**Tabla N° 11. Diferentes tipos de riesgo o amenaza. Enfoque global**

Personal y social (riesgo psicosocial)	- Riesgo de carga física y/o psíquica, operativo o circunstancial, bien sea por la carencia de los medios necesarios, bien sea por la falta de los propios recursos, explotación laboral, tráfico de personas, epidemias, enfermedades infecciosas, etc.
Social y económico	- Derivado de acciones destructivas como el vandalismo, pillaje, alarma social, empobrecimiento masivo por determinadas condiciones sociales, entre las que se encuentran factores políticos, ideológicos y culturales, desplazados e inmigrantes, pobreza extrema, concentración de masas en locales, edificios o en el exterior, etc.
Natural de tipo ambiental	- Riesgo geológico: Terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, etc. - Riesgo meteorológico: Precipitaciones, huracanes, tornados, sequías, heladas, inundaciones, riadas, etc.
Socionatural de tipo ambiental	- Es la ocurrencia e intensidad de los fenómenos naturales en donde interviene la acción humana, causando daños medioambientales por diferentes intereses
Tecnológicos o antrópicos (a causa de la acción humana)	- Fabricación, almacenamiento y manipulación de productos químicos peligrosos y productos explosivos, utilización de maquinaria pesada, transporte de materiales peligrosos por el medio aéreo, marítimo, fluvial o rodado (por carretera y ciudad) - Riesgo para la población en general, debido a vertido de residuos tóxicos, residuos tecnológicos, excavación de minas, plataformas marinas, centrales nucleares, depósitos de combustible, obras de infraestructura, socavones, etc.
Terrorismo y acciones bélicas	- Riesgo para la población derivado de acciones provocadas e intencionadas. Políticas de terror con medios que pueden ser convencionales o con armas de destrucción masiva, nuclear, radiológico, bacteriológico y químico (NRBQ)

Este planteamiento ha obligado a las diferentes comunidades a revisar las actuales líneas de actuación ante un evento crítico, desarrollando nuevas estrategias, tanto a nivel nacional como internacional, para hacer frente a este tipo de amenazas.

Tradicionalmente el concepto de riesgo o amenaza y seguridad o defensa son complementarios y su tratamiento requiere una estructura y un plan de acción por parte de las instituciones gubernamentales. Dentro de esta estructura, los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, a nivel gubernamental, y también algunas organizaciones no gubernamentales, constituyen el sector de profesionales implicados en la resolución de situaciones consideradas de riesgo o emergencia para la población.

Igualmente, es de gran importancia la implicación del sistema educativo, sanitario, asistencial, económico y legal, con objeto de fomentar conductas adaptativas que requieren la colaboración conjunta de toda la población a través de planes de prevención y educación en emergencias, por recomendación de la UNESCO, según muestra la siguiente ecuación.

<p><b>MIEDO = Vulnerabilidad e Indefensión vs. CONFIANZA = Control y Seguridad</b></p>
--

La UNESCO, ha definido la educación en emergencias como un conjunto de actividades educativas, formales y no formales destinadas a niños, jóvenes y sus familias, que contribuyen a salvar vidas en tiempos de crisis, en especial en los países más necesitados o en vías de desarrollo, y que pueden neutralizar una emergencia ante la carencia de otros medios o recursos (Jiménez y Grave, 2008).

La idea es proporcionar a la población en general, en especial a grupos de mayor vulnerabilidad (niños, ancianos, mujeres, refugiados, desplazados, discapacitados, etc.), el aprendizaje y desarrollo de estrategias y capacidades personales y sociales para afrontar cualquier tipo de emergencia.

Aun así, la vulnerabilidad social en los desastres disminuye con el grado de desarrollo pero se incrementa con el grado de complejidad social. Aunque los recursos de los países en vías de desarrollo son precarios o insuficientes, la compleja estructura política y social de las grandes naciones, incluidas las nuevas tecnologías, puede representar una situación de riesgo cuando fallan los sistemas establecidos.

De esta forma, el riesgo se convierte en desastre por la siguiente ecuación.

Amenaza x Condiciones de vulnerabilidad = RIESGO  
Riesgo no conocido, no identificado y no manejado = DESASTRE

Este planteamiento supone un posible reflejo de los cambios en las condiciones de vida en la población y en la sociedad en general, lo cual nos conduce a redefinir el tradicional concepto de riesgo circunstancial y riesgo operativo, en función de una determinada situación en el primer caso y, en función de la intervención requerida por la misma, en el segundo caso.

### **5.1. Consideración del riesgo circunstancial. La relación persona-ambiente**

En general, el riesgo circunstancial viene determinado por las características del terreno y de la situación ambiental y social, y el trabajo que se realiza va dirigido a la recuperación de las personas afectadas, al medio ambiente y al medio social. El contexto de la intervención implica personas, lugar, espacio, tiempo, momento del día, situaciones demográficas y medios de los que se dispone.

Si bien es cierto que la mayoría de desastres medioambientales suceden por causas naturales, derivadas o no del cambio climático, tales como movimientos sísmicos, maremotos, erupciones volcánicas, huracanes, etc. también es cierto que el riesgo surge a consecuencia de la acción humana. En ocasiones guarda relación con intereses de política económica asociados a la especulación del terreno en detrimento de los propios recursos comunitarios, tal como sucede en la deforestación de algunas zonas, el cauce de un río o la ladera de una montaña para construir de forma masiva en lugares de riesgo, lo

cual puede dar lugar a derrumbes, grandes riadas, inundaciones, grandes hectáreas afectadas por el fuego, vertidos tóxicos y contaminación, entre otros.

Otras veces suceden por negligencia y falta de planes de prevención, como ocurre en accidentes de centrales nucleares, accidentes masivos en diferentes medios de transporte, naufragios, etc. Cabe mencionar el tsunami ocurrido en el Sudeste Asiático en 2004 y el accidente de la central nuclear de Fukushima en 2011 en Japón. En ambos casos las consecuencias fueron especialmente devastadoras y, aún hoy, se están haciendo grandes esfuerzos para la reconstrucción a nivel personal y emocional, social y comunitario.

Más próximo a nuestro entorno, el seísmo ocurrido en 2011 en Lorca (Murcia), que causó la muerte de nueve personas y más de 300 heridos, la continua erupción del volcán situado en la Isla del Hierro (Canarias), desde Octubre de 2011 hasta la actualidad, con una magnitud de 5.1 en la escala Richter y el reciente seísmo en febrero de 2015 en Albacete a pocos kilómetros de Murcia, cuando todavía no se habían recuperado del primer impacto, generó una gran alarma social. También las recientes inundaciones en enero de 2015, causadas por el desbordamiento del río Ebro a su paso por Zaragoza y Navarra, han ocasionado grandes daños y pérdidas para la población en general.

El movimiento sísmico ocurrido a gran escala en Nepal, en Abril de 2015, considerado el seísmo más devastador de los últimos 80 años (7, 8 de la escala Richter), causó más de 7.000 fallecidos e innumerables desaparecidos entre los que, en un momento dado, se censaron alrededor de 350 españoles. Una vez más, una gran catástrofe en el otro lado del mundo ha sacudido a nuestro entorno más próximo.

A todo ello se suma la acción intencionada de grupos radicales para causar alarma social con determinados fines de desestabilizar un sistema económico, social, político y comunitario, como ocurre en las revueltas y atentados terroristas (Horgan, 2009).

Lamentablemente, son cada vez más frecuentes este tipo de sucesos, entre los cuales cabe mencionar el atentado a las Torres Gemelas en Nueva York el 11 de Septiembre de 2001, el atentado del 11 de Marzo de 2004 en la estación de Atocha en Madrid, con cerca de doscientas personas fallecidas y numerosos heridos, el atentado en Julio de 2011 en Noruega, en el distrito gubernamental de Oslo y en la Isla de Utoya, donde hubo casi ochenta personas fallecidas y un centenar de heridos, el atentado de Abril de 2013 durante la maratón de la ciudad de Boston en EE.UU. y, el último atentado contra la libertad de expresión ocurrido en París en Enero de 2015, en la sede del semanario satírico francés *Charlie Hebdo*. En todos ellos se puso de relieve la conciencia ciudadana y la participación activa como un valioso recurso para toda la comunidad.

También cabe recordar los atentados terroristas en el Museo Egipcio en la ciudad del Cairo en 1997, con diez fallecidos, y el último atentado del Estado Islámico (EI), hasta la fecha, en el Museo Nacional del Bardo, el 17 de Marzo de 2015 en Túnez, dejando 23 muertos, algunos de ellos de nacionalidad española, entre otros muchos actos de este tipo. Un desastre masivo de este género, además de numerosas víctimas, supone un ataque contra los valores y los bienes sociales, comunitarios y extracomunitarios (Rutter, 1990).

En el área del transporte y comunicaciones, los diferentes medios, terrestre marítimo y aéreo son objeto de continuos ataques de piratería internacional, como sucede en los abordajes a barcos de bandera española que transitan por aguas de Somalia y los secuestros y sabotajes aéreos con final desgraciado, como el ocurrido durante el mes de Marzo de 2015 en los Alpes franceses. Muy cerca de nuestro entorno, aunque no hubo víctimas mortales, el incendio ocurrido en el *ferry* “Sorrento” que cubría la ruta marítima Palma-Valencia con 157 personas a bordo, en Abril de 2015, nos lleva a reflexionar sobre la seguridad a todos los niveles, tanto si se trata de actos intencionados como de actos fortuitos.

Igualmente, las grandes migraciones y la libre circulación han propiciado la reaparición de enfermedades infecciosas, como los casos del virus del Ébola que se dieron en 2014 y enfermedades tropicales sin determinar, que han generado gran alarma social.

Como se desprende de estos acontecimientos, el riesgo adquiere una dimensión social. Cualquier acto violento, sea o no intencionado, puede afectar a las personas que se encuentran lejos de su entorno habitual. En esta situación podemos citar a personas que hacen turismo o trabajan en otro país, a los efectivos del ejército español en campañas militares, al personal de prensa y voluntarios de organizaciones no gubernamentales como Cruz Roja, entre otros muchos, que por razones de ocio o trabajo se encuentran desplazados en lugares de alto riesgo como Afganistán, Irak, Siria, Somalia, Kenia, etc.

Por otra parte, los continuos desastres acaecidos en centros escolares y universitarios, como el ocurrido en Barcelona en Abril de 2015, donde un menor de 13 años mató a un profesor e hirió de gravedad a otros docentes y alumnos, así como el siniestro provocado por el piloto del avión en los Alpes franceses, sugieren que algo está fallando en la gestión de los sistemas de seguridad y que la sociedad actual vive una época marcada por los grandes desastres a todos los niveles. Esto nos lleva a plantear varios tipos de reflexión.

-¿Son eficaces las medidas de seguridad que hay en centros públicos, transporte, lugares abiertos, etc.?

-¿Ofrecen garantías suficientes las medidas de selección de personal en aquellas personas que por su trabajo utilizan armas o tienen una responsabilidad hacia terceros, como son los conductores de los medios de transporte, personal de seguridad, etc.?

-¿Debería haber mayor presencia de profesionales de psicología en Instituciones y Recursos Humanos para detectar, valorar o prevenir este tipo de conductas y situaciones?

Respecto a este tipo de reflexiones, cabe recordar que la vulnerabilidad se incrementa con el grado de complejidad social y que la compleja estructura política y social de los países desarrollados, incluidas las nuevas tecnologías, puede representar una situación de riesgo cuando fallan los sistemas establecidos. Puede que nos encontremos ante un nuevo riesgo todavía sin valorar.

## 5.2. Prevención, valoración y evaluación del riesgo circunstancial

Desde un enfoque global, la emergencia tiene carácter social y, en ocasiones, la amenaza surge de la interacción entre lo natural y lo humano que actúa como detonante ante una situación crítica. Esto implica desarrollar nuevas estrategias en los planes de prevención, valoración, evaluación, intervención y gestión del riesgo, teniendo en cuenta que las personas, el contexto, el lugar, el tiempo y la situación demográfica, son elementos susceptibles de valoración, pero también pueden ser agentes sociales activos en la resolución de un conflicto a través de la educación en emergencias.

Algunas medidas a tomar respecto a la prevención, valoración y evaluación del riesgo circunstancial, resumidas en la siguiente tabla.

**Tabla N° 12. Prevención, valoración y evaluación del riesgo circunstancial**

Tiempo y lugar. Medidas a tomar	- Estudiar la probabilidad de que surjan amenazas y riesgos de cualquier índole a través de observatorios y prospecciones - Identificar y definir diferentes tipos de riesgo y su naturaleza
Personas y su contexto. Medidas a tomar	- Conocer los colectivos de personas vulnerables, infraestructuras y elementos susceptibles de sufrir un determinado riesgo - Estimación del número de víctimas en función del contexto

Así pues, lo que en principio fueron considerados elementos propios de una emergencia, como *la indefensión, la imprevisibilidad, inevitabilidad e incontrolabilidad*, este nuevo enfoque en el marco de las emergencias implica una redefinición de los mismos, susceptibles de cambio o modificación (Fernández Millán, 2004, 2013).

Una buena planificación y gestión, junto a las nuevas tecnologías, ofrece la posibilidad de redefinir el riesgo que, en algunos casos, puede ser evaluado, gestionado y controlado.

**Tabla N°. 13. Redefinición del riesgo. Previsible, evitable y controlable**

Riesgos previsibles	Se pueden prevenir a través de observatorios para fenómenos meteorológicos adversos y cálculo del riesgo de movimientos sísmicos, entre otros muchos
Riesgos evitables	Se pueden evitar respetando las medidas de seguridad, como ocurre en el transporte de mercancía peligrosa en diferentes medios, en especial en zonas urbanas, el control de vertidos tóxicos, la edificación en laderas o valles y las aglomeraciones en infraestructuras deficitarias, entre otros muchos
Riesgos controlables	No se pueden evitar, pero se pueden prevenir y controlar atenuando o amortiguando sus efectos, como es el mantenimiento en centrales nucleares, movimientos sísmicos, lluvias torrenciales, heladas...
Riesgos incontrolables	Son aquellos que por su naturaleza no se pueden predecir, por consiguiente, es difícil adoptar medidas de prevención, tales como los accidentes de tráfico múltiples, descarrilamiento de trenes, accidentes aéreos, naufragios, actos terroristas, etc. Si bien una continua vigilancia y aplicación de las normas de seguridad, podría paliar o minimizar este tipo de sucesos

### **5.3. Gestión e intervención del riesgo circunstancial**

En el aspecto social y comunitario, la comunicación y la información, como estrategias de gestión e intervención en su sentido más amplio, pueden modular la percepción del riesgo. Por consiguiente, el manejo de estas variables es de gran interés para los gestores de una emergencia. La gestión del riesgo implica la elaboración de programas de prevención, formación, información e intervención, seguido de planes de acción para valorar y cuantificar daños en función de su coste, número de afectados, asistencia médica, asistencia psicológica, labores de limpieza, reparación del tendido eléctrico y suministro de agua, entre otros.

La recomendación de la Organización Mundial de Salud (OMS), respecto a las pérdidas no cuantificables, se centra en prestar mayor atención y valorar los efectos sociales y psicológicos de las personas y de la comunidad, el sufrimiento, la recuperación social y psíquica y las pérdidas laborales entre otras y, finalmente prevenir este tipo de situaciones mediante la elaboración de mapas de riesgo y la planificación de futuras construcciones o instalaciones con mayores medidas de seguridad.

En este sentido, la OMS, todos los años en su campaña del Día Mundial de la Salud, celebrada el día 7 de abril, bajo el lema “Salvar vidas”, hace un requerimiento a las Instituciones para que los hospitales sean lugares seguros y funcionales, insistiendo en la “construcción de hospitales seguros en situaciones de emergencias”, así como el entrenamiento y formación de los profesionales de emergencias, en especial el personal sanitario. Este renovado interés por la seguridad y las continuas recomendaciones institucionales, han propiciado la aparición de nuevos modelos de aplicación.

El Modelo de Gestión por Competencias ABC (Costa y López, 2003), donde A, explica los antecedentes de la situación, B, la biografía de la persona y C, las consecuencias de la situación. Los tres factores interactúan entre sí, consiguiendo diferentes resultados en la gestión de la intervención, en función de los mismos. La biografía personal (B) o repertorio básico de conductas en el individuo, muestra cinco dimensiones o formas de llevar a cabo la conducta, a saber, percepción, pensamiento, emoción, activación y biología. Dentro de estas cinco dimensiones se encuentran los recursos o competencias, habilidades y conocimientos de los que puede hacer uso como facilitadores en un momento determinado, considerados factores de protección y, por otra parte se encuentran las barreras o déficits, tanto personales como materiales, como inhibidores de la acción, considerados factores de riesgo, al igual como sucede con los antecedentes y consecuentes.

La importancia del modelo ABC radica en la visión integral de la interacción entre la persona y los aspectos del medio ambiente ante un evento crítico, convirtiéndose en un sistema interdependiente y transaccional, más que un sistema de relación causa-efecto. Esta reciprocidad entre el contexto y la persona no siempre es simétrica, ya que en determinadas ocasiones son las condiciones ambientales o las personales, según cada caso, las que determinarán la interacción (Parada, 2009).

El Modelo de Gestión de Riesgos presentado por Leka y Cox (2010), conduce previamente a identificar, valorar y evaluar posibles riesgos (*Tabla N° 11, pág. 68*), teniendo en cuenta a las personas y bienes o valores comunitarios como medida de protección y seguridad, seguido del análisis de los mismos por parte de los responsables de la gestión. El siguiente paso contempla la búsqueda de una amplia gama de posibilidades a todos los niveles, el diseño de la intervención, susceptible de ser aplicada y, el seguimiento, evaluación y contrastación de los resultados en función de su eficacia o ineficacia, lo cual supone la continua revisión de información y formación.

Cabe añadir que tanto en los planes de prevención, valoración y evaluación del riesgo, como en la gestión e intervención del mismo, es necesario contemplar la vulnerabilidad física y psíquica de las personas y de las edificaciones e infraestructuras existentes, pero también la vulnerabilidad social o comunitaria, ligada a su cultura y nivel de desarrollo, proporcionando y desarrollando nuevas estrategias a nivel personal y comunitario (*ver ecuación del riesgo, pág.69*).

#### **5.4. Consideración del riesgo operativo. Riesgo psicosocial**

El riesgo psicosocial viene definido por los “aspectos del diseño del trabajo y de la gestión de la organización, así como de su contexto social y ambiental, susceptibles de causar daño psicológico, social y físico” (Cox y Griffiths, 1996).

Según hemos comentado, la actual organización geopolítica y económica, junto al auge de las nuevas tecnologías en el orden mundial, ha configurado una situación laboral y social que implica nuevos riesgos para los trabajadores, derivados de un contexto global, de la presión e inestabilidad laboral, de las nuevas formas de contratación, de la intensificación del trabajo y la tarea (con una mayor carga física y mental), de la prolongación en la edad de jubilación, del desempleo y de la dificultad para conciliar la vida familiar y laboral, entre otros, propiciando nuevas enfermedades profesionales y trastornos emocionales, como el estrés, la ansiedad y la depresión, considerados trastornos del orden psicosocial.

En este sentido, los estudios realizados por Smith y Lazarus (1992) se presentan como una herramienta muy eficaz para analizar la nueva situación laboral, especialmente la intensificación del trabajo y la tarea respecto a la salud y los síntomas psicofisiológicos.

Inicialmente, estos autores presentaron una serie de problemas para su resolución con un nivel de exigencias cada vez mayor, de tal forma que los últimos problemas eran prácticamente irresolubles para la muestra. El estudio registró las respuestas de afrontamiento en función de la personal valoración del problema. En los problemas de menor dificultad se observó un afrontamiento activo sin cambios fisiológicos, sin embargo en los que presentaban una mayor dificultad de la tarea, se observaron respuestas de afrontamiento pasivo, acompañadas de aumento de temperatura periférica y de la actividad electrodérmica. Esta idea de la valoración de la situación, en función de la motivación orientada a objetivos y metas del individuo fue propuesta inicialmente por Lazarus (1982).

El estudio concluye que si la situación no afecta al propio bienestar, no habrá respuestas de estrés u otro tipo de respuestas emocionales (Lazarus y Folkman, 1986).

Posteriormente fue revisado por Lazarus y Smith (1988), de forma que en el nivel superior de la valoración aparecen los núcleos emocionales enlazados directamente con la motivación, lo que permite explicar la activación de estas respuestas de forma inmediata en condiciones de gran dificultad o complejidad. El núcleo está compuesto por un conjunto de emociones básicas que pueden ser o no adaptativas en función de las estrategias de afrontamiento utilizadas, tales como la ira, o ataque hacia uno mismo, la ansiedad o percepción de amenaza, la culpa o sentimiento de transgresión moral, la vergüenza o desacuerdo con los propios principios, la tristeza o sensación de pérdida, los celos o resentimiento ante la amenaza de pérdida, el asco o repulsión hacia sí mismo, hacia otra persona, objeto, idea o situación desagradable y el orgullo, relacionado con la propia autoestima y felicidad como consecución de una meta (Lazarus, 1991).

En otro estudio, Pecchinnenda (Pecchinnenda y Smith, 1996) sostiene que los cambios positivos derivados del factor motivación, aportan resultados que relacionan los cambios fisiológicos con la valoración de la situación. Por su parte, los trabajos de Wright basados en la *teoría motivacional de Brehm* (Wright y Brehm, 1989), muestran como la personal valoración de la dificultad modula la respuesta cardiovascular durante la tarea de afrontamiento activo.

Como se desprende de todo ello, la dimensión personal del riesgo psicosocial abarca múltiples variables como el género, la edad, el nivel de formación, la motivación, las estrategias de afrontamiento, el estilo de personalidad, las redes familiares y sociales, la gestión del ocio y el entorno socioeconómico entre otras, convirtiéndose en factores de riesgo o factores protectores en función de su carencia o disponibilidad.

A nivel organizacional, el sistema de recompensas, la moral laboral y la consecución de metas y objetivos, pueden fomentar la motivación, la satisfacción laboral, la adhesión a la tarea y la permanencia en el puesto de trabajo. (French y Bell, 1995).

Estos trabajos resultan de gran utilidad para nuestro estudio, considerando las variables motivacionales, la percepción y valoración del riesgo y el afrontamiento como factores de riesgo psicosocial. Al mismo tiempo, éste es el objeto de la mayoría de estudios realizados, tratando de analizar y explicar que tipo de estrategias de afrontamiento se eligen cuando la persona se enfrenta a diferentes estresores y cuales son más efectivas para promover la salud y el bienestar (Costa et al., 1996).

Esta línea de investigación, abre paso a las necesidades y demandas del nuevo contexto laboral, económico y social, que implica un cambio cualitativo y cuantitativo en la conceptualización del riesgo. Los diferentes estudios realizados, entre los que destacan la influencia del estrés y la satisfacción laboral en el desempeño de la tarea, se centran en el análisis de las causas que motivan la permanencia o abandono de la organización, el absentismo laboral y la siniestralidad respecto a los aspectos básicos de la salud (Bardera, Osca y González-Camino, 2002).

Por otro lado, el nivel de exigencia del trabajo, la complejidad de la tarea, la presión temporal y el conflicto y ambigüedad de rol, pueden ser elementos generadores de estrés (Osca, González-Camino, Bardera y Peiró, 2003). Desde este planteamiento, la reconceptualización del riesgo psíquico contempla el análisis del desajuste entre los mecanismos de adaptación de la persona y la demanda de las diferentes variables que intervienen en el contexto y la tarea.

A todo ello hay que añadir que en el área de emergencias hay escenas que por sí mismas suponen un factor de riesgo psíquico, susceptibles de atrapar emocionalmente al interviniente y capaces de generar sentimientos de culpa o impotencia, frustración, pena, tristeza y compasión. Este tipo de escenarios, dentro de un marco imprevisible y cambiante, tienen un potencial generalizado para suscitar y contagiar emociones en el colectivo de los trabajadores que puede desbordar y colapsar las capacidades de la persona, tanto del profesional como de los afectados. Por ello, el esfuerzo actual va dirigido al riesgo psicosocial, que se puede dar en primera persona o a través del sufrimiento ajeno (Puelles, 2009).

En la literatura revisada se observa el renovado interés por el enfoque psicosocial del trabajo y las organizaciones y el análisis de las conductas más frecuentes en el desarrollo de la intervención, consideradas conductas de riesgo para la salud. Así mismo se plantean las diferentes patologías que se pueden presentar cuando fallan los mecanismos de defensa o estrategias de afrontamiento, entre las que cabe destacar el estrés y la sobrecarga mental, la neurosis de fatiga o fatiga por compasión, el *burnout* (síndrome de estar quemado) y el *flighout* (*subidón* de adrenalina), el trastorno de pánico, la agorafobia, la indefensión aprendida, la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada y especialmente el trastorno por estrés postraumático.

El DSM IV-R y el recién editado DSM-5™, describen el estrés postraumático como la presencia, revivencia o reexperiencia del acontecimiento traumático a través de pesadillas, recuerdos desagradables, recurrentes e invasores, acompañados de conductas de sobresalto, como si el agente traumático actuase de nuevo (*flash-back*).

El ataque de pánico se describe como la aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen síntomas tales como palpitaciones, golpeteo del corazón, aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias o sensación de entumecimiento u hormigueo, desrealización, o sensación de irrealidad de la situación, despersonalización o sensación de desprenderse de uno mismo, miedo a perder el control o de “volverse loco” y miedo a morir.

También la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™, relaciona los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, en primer lugar con el estrés postraumático, seguido del trastorno de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés agudo, trastorno de adaptación, otro trastorno relacionado

con traumas y factores de estrés especificado y trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado.

La evidencia ante una situación de crisis y/o emergencia, muestra que un 45% de sujetos desarrollan algún tipo de trastorno psicopatológico, siendo el estrés postraumático el de mayor prevalencia, con un 34,3% sobre los demás (Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González-Ordi, 2004). La elevada prevalencia de este trastorno en personas que han sufrido un evento crítico, requiere especial atención hacia el colectivo afectado. La gravedad de los hechos, puede derivar en trastornos que afectan a diferentes áreas, a nivel personal, familiar, laboral y social (Pujadas y Pérez-Pareja, 2013).

En la práctica, el riesgo personal y laboral surge a consecuencia de un desequilibrio entre las necesidades e intereses de la organización y las necesidades o intereses personales, influyendo las características personales y el contexto donde se desarrolla la propia tarea. El incidente crítico siempre se da por la interferencia emocional en la tarea (Salanova, Agut y Peiro, 2005). De acuerdo con esto, es fácil entender la actual situación laboral y social, la falta de motivación, la inmensa rotación en el puesto de trabajo y en la empresa y, lo más preocupante, la apatía generalizada y la creciente situación de indefensión aprendida (Peiró, 1995). Así mismo, merecen especial atención las tareas rutinarias o por el contrario, las que requieren mayor capacidad de iniciativa y cierto grado de responsabilidad en la toma de decisiones.

Como se puede observar hay un sinnúmero de factores que pueden modular el riesgo operativo, además del riesgo inherente a la propia intervención, si bien cabe destacar que los riesgos físicos son más evidentes que los riesgos psíquicos y por ello, es más común establecer medidas de prevención en relación al entorno, a la situación y a la persona, como se ha visto en la *Tabla N° 10 (pág. 66)*.

### **5.5. Prevención, valoración y evaluación del riesgo operativo**

Desde este enfoque, las respuestas para manejar el riesgo y las situaciones críticas se muestran bajo una perspectiva dinámica, interactiva y comunitaria. Los nuevos modelos de afrontamiento, como el Modelo COR (Hobfoll, 2001), se presentan como factor de prevención, a nivel personal, familiar, grupal, social y comunitario, basándose en el crecimiento personal y en las propias fortalezas, así como en la integración y adaptación de la persona en el sistema social.

A nivel institucional, la evaluación de toda la operativa en emergencias, resulta compleja porque no hay una relación causal inmediata y los efectos pueden aparecer a medio o largo plazo, sin embargo, en la investigación actual surgen modelos teóricos explicativos que pueden orientar o modular las carencias a nivel organizacional

El interés de los mismos se centra en los estresores psicosociales, como ocurre en el modelo OSI, *Occupational Stress Indicator* (Cooper y cols, 1988, 1991) y de forma similar en el modelo ABC (Costa y López, 2003). Con este objeto, se analizan tres tipos

de variables, los antecedentes o estresores psicosociales intrínsecos al puesto de trabajo, las variables moduladoras y los consecuentes sobre el individuo y sobre la organización.

En la primera de ellas, se analiza el clima y la estructura organizacional, las relaciones en el trabajo, los estresores físicos y psíquicos propios de la tarea como el trabajo en contextos peligrosos, posturas forzadas mantenidas en el tiempo, el uso de equipos de protección, rotación de turnos o intervenciones prolongadas y especialmente el conflicto familia-trabajo, entre otros.

Las variables moduladoras incluyen factores personales y organizacionales. Los consecuentes con mayor incidencia sobre el individuo son la insatisfacción laboral, el malestar físico y psicológico y la siniestralidad, y los de mayor incidencia sobre la organización son el absentismo, el abandono y la reducción del rendimiento laboral.

La valoración tradicional del riesgo dio lugar a numerosos instrumentos de medida para evaluar el afrontamiento ante este tipo de situaciones, evolucionando hacia modelos e instrumentos que incluyen las variables personales, sociales y ambientales, como se aprecia en el Inventario CRI-A.

Entre los más utilizados, cabe mencionar el Inventario COPE (*Coping Estimation*) de Carver, Scheier y Weintraub (1989), cuyo planteamiento teórico está basado en el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984) y en el modelo de autorregulación de Carver Scheier (1981), el Inventario CSI (*Coping Strategies Inventory*), de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984,1989), el IVA (Inventario de Valoración y Afrontamiento), de Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1992) y el Inventario CRI-A de R.H. Moos (1993), que se centra en las respuestas de aproximación/evitación (conductuales y cognitivas), en los valores sociales y en las características de personalidad.

## **5.6. Gestión e intervención del riesgo operativo**

El concepto de riesgo psicosocial y el tipo de amenazas emergentes, tanto en el plano operativo como en el circunstancial, han propiciado un consenso en el ámbito nacional e internacional y la activación y puesta en práctica de diferentes medidas, a nivel personal, laboral, social, ambiental e institucional.

Por su parte, desde el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (Gobierno de España), el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), puso en marcha en los años 90 un programa de “*Promoción de la salud en el Trabajo*” (PST), definido por la Red Europea de Promoción de Salud en el Trabajo (ENHWP) con el objetivo de “*aunar los esfuerzos de los empresarios, los trabajadores y la sociedad para mejorar la salud y el bienestar de las personas en el lugar de trabajo*”.

El INSHT, que ostenta la presidencia de la ENHWP, creó en 2013 el proyecto “*Red Española de Empresas Saludables*”, un espacio de encuentro entre las empresas, las administraciones públicas y los técnicos en seguridad y salud en el trabajo con el objetivo de fomentar la salud en el trabajo y el bienestar de los trabajadores. Su última Jornada

Técnica, se celebró en Madrid en Abril de 2015 bajo el epígrafe “*Un camino hacia la salud integral de los trabajadores*”.

Como se puede apreciar, surgen normas y recomendaciones institucionales para afrontar el riesgo psicosocial, sin embargo, según el informe de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA, 2012), hay una falta de consenso de las normativas en los diferentes países de la Unión Europea, lo que supone una escasa intervención en los riesgos psicosociales a nivel legislativo.

Aun así, se ha dado un gran paso en la investigación, concienciando a las organizaciones de la necesidad de llevar a cabo programas de gestión del riesgo para mejorar la calidad de vida a nivel personal, laboral y social, de tal forma que los elementos de la intervención en situaciones de crisis y emergencia, se centran en la participación responsable de la persona, las instituciones y la comunidad.

A partir de ello, surgen modelos y nuevas estrategias de intervención que contemplan la *vulnerabilidad* de las personas y del entorno, diferenciando *factores de riesgo* y *factores protectores*. En este sentido, se habla de potenciar la propia autonomía y los propios recursos, tanto de la persona como de la organización y de la comunidad.

Al respecto, cabe recordar que Lazarus desarrolló el concepto de *vulnerabilidad* como la tendencia de cada individuo a reaccionar con estrés psíquico frente a diversos acontecimientos, presentando diferencias respecto a la percepción de sentir daño o amenaza, según las características de personalidad y el contexto, familiar, social y cultural (Lazarus y Smith, 1988; Lazarus, 1991). Estas variables han sido objeto de estudio por nuestra parte, respecto a las diferentes categorías del problema referido en el Inventario de estrategias de afrontamiento CSI, en la segunda parte del trabajo empírico.

En nuestra opinión, merece especial atención el *Modelo de Desequilibrio entre Esfuerzo-Recompensa* (Siegrist, 1996), basado en la teoría del intercambio social, la reciprocidad y el reconocimiento social. El modelo explica que el desequilibrio entre estas variables produce repercusiones negativas sobre la salud, de tal forma que la intervención va dirigida a compensar el equilibrio entre las demandas y recursos y entre el esfuerzo y recompensa (Siegrist et al., 2004).

En esta misma línea, el *Modelo de Demandas-Recursos* (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufelo, 2001) presenta dos tipos de riesgos, a saber, las elevadas demandas frente a la falta de recursos. Esto conduce a un proceso dual, traducido como el incremento de estrés frente a la pérdida de motivación.

A partir de estos planteamientos, surge la base del modelo de Vulnerabilidad-Resiliencia (Galende, 2004). El modelo se presenta como un enfoque complementario, donde los *factores de riesgo* son considerados como la falta de recursos o estrategias de afrontamiento, mientras que los *factores protectores* se encuentran en las propias capacidades y fortalezas de la persona, grupo o comunidad. La capacidad para movilizar estos factores está en función de los valores e identidad cultural, las redes de apoyo

sociales y familiares y la percepción del riesgo como una variable susceptible de ser manejada y modificada (Zuckerfeld, 1999).

Una revisión del modelo de Vulnerabilidad-Resiliencia, considera la interacción de la persona con el grupo y con el entorno en función de tres factores, tales como el apoyo social percibido, la fortaleza y autonomía personal (respecto a la autoestima) y las habilidades sociales y relaciones personales.

Según se desprende de ello, si el individuo es capaz de adaptarse a la situación integrando las nuevas estrategias sin la necesidad de una ruptura significativa en su rutina diaria o trayectoria vital, conseguirá una restauración más o menos rápida del equilibrio emocional. El modelo se basa en diferentes estrategias, tales como, capacidad de resistencia frente a la situación de crisis y capacidad de resistencia ante la frustración, entendidas como *factores de protección* sobre la integridad física y psíquica. Lo más relevante del modelo, es la capacidad de recuperación cuando se dan estas condiciones o estrategias, desarrollando la capacidad de aprendizaje y una conducta vital positiva, entendida como el paso hacia a una vida *significativa* y productiva, basada en el crecimiento y desarrollo personal.

En esta misma línea, los rasgos más destacados de la personalidad resiliente, según Wolin (2010), son la introspección o *insight*, autonomía e independencia, capacidad de relacionarse o competencia social, creatividad, iniciativa, sentido del humor y moralidad o ética.

Sobre la conducta resiliente, algunos autores destacan que ésta puede ser innata, pero también se puede entrenar y aprender, siendo una herramienta muy valiosa como estrategia de afrontamiento para los profesionales de salud (Grotberg, 1998, 2001). Respecto al concepto de resiliencia, cabe mencionar la esencia de la misma a través del testimonio de algunos autores destacados en este nuevo enfoque.

“Es una estrategia en sí misma, descubierta por la propia persona en función de unas premisas que implican el cambio en uno mismo, reforzando la autoestima y confianza en sí mismo, lo cual supone un cambio en las relaciones interpersonales, fortaleciendo las relaciones sociales y un cambio en la filosofía de vida, en la forma de verse a sí mismo, a los demás y al mundo que le rodea” (Zuckerfeld y Zonis, 2006).

“Cada edad posee su fuerza y su debilidad y los momentos sin heridas de la existencia son el resultado de nuestra capacidad de dominar y de superar aquello que, dentro de nosotros implica una constante reorganización de lo biológico, lo afectivo, el medio social y cultural” (Cyrulnik, 2007).

Así pues, frente al concepto patológico de algunos trastornos, como el estrés postraumático, desde la psicología positiva surge un nuevo enfoque basado en la autonomía y el crecimiento personal como mecanismo o estrategia de afrontamiento para resolver y superar situaciones difíciles o traumáticas. Se trata del concepto de *resiliencia* y *crecimiento postraumático*, de los que comentamos algunas aportaciones.

“Un importante número de personas que buscan ayuda psicológica, acuden con secuelas de haber sufrido una ruptura importante en su equilibrio vital, describiendo términos específicos entre los que se encuentran la palabra *crisis*, *acontecimiento traumático* y *factor estresante traumático extremo*” (Tedeschi y Calhoun, 1995, 2004).

Otros autores han utilizado términos positivos para definir las situaciones relacionadas con el estrés, la indefensión y las habilidades o respuestas de afrontamiento, tales como *crecimiento relacionado con el estrés* (Park et al., 1996) y *emociones positivas* (Folkman y Moskowitz, 2000).

Los factores más destacados en el campo del *crecimiento postraumático*, bajo el concepto de crisis vital o desafío al que se enfrenta el individuo, son la propia vida, la pérdida de un ser querido, la pérdida de la casa o enseres por incendio o condiciones ambientales adversas, la pérdida del trabajo o sustento, el divorcio, el nacimiento de un hijo con dificultad o enfermedad congénita, la violación, el trasplante de médula ósea o cualquier órgano vital, el combate y la cautividad en guerra, el secuestro, diagnóstico de sida o enfermedades graves, entre otros (Calhoun y Tedeschi, 1999, 2001).

El eje central de un desafío vital, se encuentra en su naturaleza sísmica. A igual que ocurre en un movimiento sísmico, los acontecimientos que propician una crisis vital importante, sacuden, desafían, incluso destruyen gravemente la forma del individuo de entender el mundo (Janoff-Bulman, 1992, 2004).

Martín Seligman, aboga por la psicología positiva para contrarrestar la indefensión, centrándose en las fortalezas humanas frente a la patología o enfermedad mental, ya que nos permiten aprender, disfrutar, ser alegres, generosos, serenos, solidarios y optimistas. Seligman (2003) sostiene que la auténtica felicidad no sólo es posible, sino que puede aprenderse y cultivarse.

Todos ellos tienen en común, el cambio positivo que experimenta el individuo en su lucha contra el trauma, es decir, la vivencia de las situaciones adversas que se presentan en un momento dado, y la forma de salir delante aprendiendo de lo sucedido, en tres grandes líneas de afrontamiento que comentamos a continuación.

-El cambio en la percepción sobre sí mismo, resumida de forma paradójica, “soy más vulnerable, aunque más fuerte” (Janoff-Bulman, 1992, 2004). “Soy mucho más fuerte de lo que nunca imaginé que sería” (Calhoun y Tedeschi, 1999, 2001).

-El cambio en las relaciones con los demás, siendo éstas más profundas y significativas, con la sensación de sentir mayor proximidad a las personas importantes de su entorno.

-El cambio en la filosofía de vida, estableciendo un orden de prioridades en lo cotidiano, “ahora valoro más las pequeñas cosas” y experimentando cambios significativos en sus creencias religiosas, espirituales y existenciales.

Según Baltes y Smith (1990, 2003), estos elementos se contemplan como un complemento a los conceptos vitales ya existentes de la sabiduría innata o pragmática fundamental de la vida y de un posterior desarrollo de la propia narrativa vital del individuo, revirtiendo en una mayor sensación de bienestar psicológico. Ello no implica alejar las preocupaciones, riesgos o amenazas vitales, sino la conciencia de una vida más plena y satisfactoria (Tedeschi y Calhoun, 2004).

Sin que la exposición de estas teorías o corrientes, indique su adhesión por nuestra parte, estrechamente vinculado al concepto de *crecimiento postraumático* encontramos otra aportación de la psicología positiva, bajo el término de “*Mindfulness*” o “conciencia plena”, también llamado “atención plena”. Kabat-Zinn (1990, 2003) la definió como “llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar” y Hanh (2007) como “mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente”. Según estos autores, la conciencia plena implica una mejora en la relación de la atención y la conciencia y comentan que el *crecimiento postraumático* no es en sí mismo una nueva técnica, sino un proceso muy útil en el tratamiento de la distorsión cognitiva y traumas existentes a causa de un acontecimiento vital estresante que permite afrontar y adaptarse satisfactoriamente a las principales dificultades de la vida.

Ante este tipo de reflexiones y sin entrar en la discusión de las mismas, el marco de referencia del crecimiento postraumático y las estrategias de afrontamiento se basa en la respuesta cognitiva. Ésta juega un papel fundamental para tratar de explicar lo que en ocasiones es imposible explicar con la razón, como sucede a un padre ante la muerte de un hijo, o tratar de comprender porque un ser querido tomó la decisión de suicidarse. El compromiso para este tipo de situaciones estriba en dar sentido a las circunstancias inmediatas y dar sentido a los elementos más importantes de estas circunstancias a las que el individuo se tiene que enfrentar.

Según se desprende de todo ello, el proceso del *crecimiento postraumático* no es estático, se desarrolla en el tiempo, constituyendo un proceso dinámico y continuo que suele producir cambios beneficiosos en el bienestar físico y psíquico de las personas que lo experimentan. La intervención clínica desde la perspectiva postraumática, “supone un cambio positivo en el individuo, como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático” (Calhoun y Tedeschi, 1999).

Respecto a las intervenciones en autoeficacia y aceptación de la realidad o conciencia plena, cabe recordar aquí el modelo de autoeficacia y establecimiento de objetivos inmediatos de Bandura (1971, 1977) y las aportaciones de Meichenbaum (1994, 2004) desarrolladas en el terreno del trauma, como antecesores de esta corriente.

En primer lugar, la evidencia de estas formas de autoeficacia resulta altamente exitosa si se plantea en función de la propia autonomía, “¿te sientes capaz de dar el siguiente paso para salir de esta situación por ti mismo?”. En segundo lugar, como ya se dijo anteriormente, se evita juzgar los pensamientos irracionales, tratando de que la persona sea consciente del “aquí y ahora” a través de una profunda aceptación de sí mismo, de los

demás y de lo sucedido, de manera que todo ello pueda proporcionar una nueva visión de uno mismo y de los hechos amenazantes desde una perspectiva más real y constructiva. Sin entrar en valoraciones subjetivas, exponemos un breve resumen de las diferentes teorías y corrientes en el ámbito de la psicología positiva.

**Tabla N° 14. Algunos modelos sobre la valoración, evaluación, gestión e intervención del riesgo psicosocial**

<b>Autores</b>	<b>Modelo/Teoría</b>	<b>Sinopsis</b>
Joanes Siegrist 1996, 2004	Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa	- Esfuerzo: Estrés y carga de trabajo, física y mental - Recompensa: El salario, la estima, la seguridad laboral y la promoción o carrera profesional
Grotberg 1998, 2001	Resiliencia en función de tres factores	- Apoyo social percibido - Fortaleza y autonomía personal - Habilidades sociales y relaciones personales
Folkman y Moskowitz 2000	Emociones positivas o desafío ante una crisis vital	Cambio positivo experimentado por el individuo en la percepción de: - Sí mismo - Las relaciones interpersonales - La filosofía de vida
Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufelo 2001	Modelo de Demandas y Recursos	Dos tipos de riesgo - Elevadas demandas frente a la falta de recursos - Proceso dual: Motivación vs. estrés
Hobfoll 2001	Modelo COR <i>Conservation of Resources</i>	Considera la pérdida o falta de recursos, la principal fuente de estrés
Calhoun y Tedeschi 2001	Crecimiento postraumático	Crisis vital o desafío al que se enfrenta el individuo
Seligman 2003	Psicología positiva	Se centra en las fortalezas humanas frente al concepto de patología
Kabat-Zinn 1990, 2003	<i>Mindfulness</i>	Focaliza la propia atención en las experiencias experimentadas en el momento presente
Janoff-Bulman 1992, 2004	Eje central del desafío de naturaleza sísmica	Los acontecimientos pueden destruir la propia naturaleza del individuo
Zuckerfeld y Zonis 2006	Modelo de Vulnerabilidad-Resiliencia	Vulnerabilidad en función de - Factores de riesgo - Factores protectores
Hanh 2007	<i>Mindfulness</i>	Conciencia plena o atención plena
Cyrlnick 2007	Psicología positiva: Resiliencia	Constante reorganización de lo biológico, lo afectivo y el medio social y cultural
Jiménez y Grave 2008	Definido por la UNESCO	Miedo = Vulnerabilidad e Indefensión Confianza = Control y Seguridad
Leka y Cox 2010	Psicología de la Salud	Revisión continua de información y formación
Wollin 2010	Rasgos de la Personalidad Resiliente	-Introspección o <i>insight</i> -Autonomía e independencia -Capacidad de relacionarse -Creatividad e iniciativa -Sentido del humor -Moralidad ética

Como ya se ha comentado, estas teorías y modelos de intervención en situaciones críticas son, en algunos casos, corrientes filosóficas sin evidencia empírica, si bien, su aplicación puede aportar resultados satisfactorios para el bienestar psicológico, motivo por el cual nos ha parecido oportuno mencionarlas.

## 6. Conclusiones

Los nuevos retos en salud laboral, incluyendo los aspectos clínicos en el área de la intervención en emergencias, se dirigen a potenciar las respuestas o estrategias de afrontamiento más eficaces para la salud y para el entorno desde un enfoque psicosocial. La corriente de la psicología positiva, contempla el concepto vulnerabilidad-resiliencia, tanto a nivel personal como a nivel social y comunitario y el crecimiento postraumático o crecimiento personal, frente al concepto de enfermedad, trastorno y respuestas disfuncionales o desadaptativas.

Respecto a las personas afectadas por una situación crítica, lejos de modelos tradicionales, centrados en la victimización y sobreprotección de los afectados, aparecen nuevas aplicaciones y nuevos modelos desde un enfoque interactivo, que otorga a la persona la capacidad de enfrentarse a sí misma y al medio en que se encuentra, fomentando la autonomía personal, el bienestar psicológico y una amplia gama de respuestas adaptativas.

En esta línea, nuestro estudio se centra en la explicación y búsqueda de perfiles más adaptativos. Nos interesa saber cuáles son las respuestas de los intervinientes en situaciones críticas, que tipo de variables intervienen o modulan estas respuestas, y cómo se puede seleccionar y entrenar de forma eficaz al personal de emergencias.

El gran avance en el concepto de riesgo psicosocial, supone la inclusión en el mismo de las variables emocionales y la conceptualización del riesgo más allá de los fenómenos naturales, otorgando una especial relevancia a la interacción entre lo humano y lo social y, contemplando el riesgo como un elemento dinámico y cambiante, más allá de la propia comunidad, tanto a nivel operativo como a nivel circunstancial, el cual se puede *prevenir, evitar y controlar*.

En este sentido las organizaciones e instituciones se han concienciado de los nuevos riesgos emergentes, centrandó el interés en desarrollar programas de prevención, evaluación, gestión e intervención del riesgo, sin embargo, la deficiente implementación de los mismos, junto a los estresores laborales derivados de la sobrecarga del trabajo y la tarea, la complejidad de rol y la precariedad laboral, entre otros (como se ha visto en las recientes investigaciones), es el origen de determinados desajustes emocionales que inciden directamente sobre la persona, la satisfacción y motivación laboral y el compromiso organizacional.

Respecto a los avances en la investigación de las ciencias de la salud y su aplicación a nivel personal, social y comunitario, los recientes estudios en el campo de las neurociencias, relacionan la neuroplasticidad cerebral con la resiliencia, como la

capacidad de regular las emociones para conseguir una respuesta adaptativa (Azcárate Mengual, 2007). También la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda planes de actuación en emergencias, donde el personal sanitario, además de estar preparado y entrenado, posea la *resiliencia* necesaria para resistir las crisis y actuar en cualquier situación de emergencias (7 de abril de 2009, en el Día Mundial de la Salud).

Así mismo la Asociación Americana de Psicología, APA (*American Psychological Association*) ha publicado una serie de recomendaciones para manejar el estrés postraumático y, las diferentes comunidades, en colaboración con Protección Civil, han publicado guías de actuación en situaciones de emergencia, tanto para los profesionales como para la población en general. A partir de ello, nosotros también queremos exponer una serie de planteamientos que consideramos necesarios para el avance en el área de la seguridad y salud laboral, que comentaremos a continuación.

Respecto a los intervinientes, siguiendo dichas recomendaciones se han hecho esfuerzos para redefinir el perfil del profesional de emergencias hacia unos patrones más realistas en función de la vulnerabilidad del ser humano y atendiendo a las características personales, más allá de las propias características profesionales, considerando además el riesgo psicosocial y fomentando campañas de prevención del riesgo, formación continuada y apoyo psicológico. El gran dilema en esta línea de intervención, es la actual crisis social y económica y la ausencia de una gestión efectiva por parte de la administración, en el área de la educación y la salud, lo cual supone un retroceso en el panorama laboral respecto a la seguridad y salud laboral y la dificultad para llevar a cabo la puesta en marcha de estos avances por falta de recursos materiales e institucionales.

En cuanto a la dinámica de la intervención en emergencias, es necesario potenciar la intervención psicológica como medida de prevención y como elemento estabilizador en las diferentes respuestas que se dan en el proceso de una emergencia, en sus diferentes etapas. La intervención no solo debe estar dirigida al colectivo de profesionales, sino también a sus familiares, a la institución y a la sociedad a la que pertenecen. Insistimos en la importancia de fomentar la educación en emergencias y potenciar conductas de *resiliencia* y autonomía personal tanto en los intervinientes como en la población en general. El término *resiliencia*, procedente de la física, hace referencia a las cualidades de algunos materiales, como el acero, respecto a su capacidad de adaptación y recuperación para volver a su estado natural. En 2003, el Congreso de Estados Unidos, aprobó la *Ley sobre el Desarrollo Nacional de Resiliencia*, para fomentar el reconocimiento, importancia y desarrollo de la misma.

Respecto al futuro de la intervención en emergencias, que afecta a las personas o colectivo social, es necesario profundizar en las actuales necesidades sociales, en especial las condiciones laborales, la marginación, pobreza y problemática en salud mental, a través de mayores prestaciones y planes de actuación y educación en emergencias. El objetivo principal de esta intervención debería centrarse en proporcionar, tanto a los afectados como a los intervinientes, recursos personales, técnicos y materiales necesarios para elaborar estrategias de afrontamiento constructivas, adaptativas y eficaces con el fin

de redefinir la situación, potenciar la autonomía y el crecimiento personal, siguiendo las recomendaciones internacionales y los diferentes modelos basados en el intercambio social, la psicología positiva, el crecimiento postraumático y el equilibrio entre demandas y recursos.

Según hemos podido observar a través de las diferentes Instituciones, está demostrado que la intervención estratégica en emergencias, incluida la atención psicológica, a nivel personal, organizacional y comunitario, es fundamental para resolver de manera eficaz las situaciones de crisis y emergencias.

Por este motivo, para dar cierre a este capítulo, a modo de reflexión, es oportuno recordar el modelo DAFO (Análisis y estudio de las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades en una situación determinada), presentado por Albert Humphrey, consultor de negocios y gestión organizacional durante los años sesenta y setenta en Estados Unidos, con el fin de averiguar por qué fallaba la planificación corporativa. El modelo se resume en la siguiente matriz.

	<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
Análisis Interno	Capacidades distintas Ventajas naturales Recursos superiores	Recursos y capacidades escasas Resistencia al cambio Problemas de motivación del personal
	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
Análisis Externo	Nuevas tecnologías Debilidad de competidores Posicionamiento Estratégico	Altos riesgos Cambios en el entorno Ausencia de recursos

En definitiva, se trata de desarrollar y entrenar las capacidades comportamentales, personales y comunitarias, descubriendo nuevas fortalezas y oportunidades, en la línea de la Psicología Positiva, especialmente la capacidad de *Resiliencia* con el fin de obtener mejores respuestas o estrategias adaptativas ante un evento crítico.

Por ello, nuestra aportación va dirigida a mejorar las respuestas de afrontamiento del personal de emergencias en sus diferentes áreas de intervención, cuyo análisis nos llevará a la segunda parte de este trabajo, basado en el desarrollo empírico de las variables psicológicas y estrategias de afrontamiento en el proceso de una emergencia.

Finalmente, después de los últimos desastres y grandes catástrofes ocurridas como resultado de los riesgos y amenazas emergentes en un contexto global, la intervención en emergencias y la atención psicológica han cobrado mayor relevancia en el panorama internacional, si bien ésta última todavía no está institucionalizada en los planes de emergencia a nivel nacional o a nivel comunitario, motivo por el cual se sigue trabajando desde el Colegio Profesional de Psicología para que se incluya como parte integral del equipo de intervención.

## **SEGUNDA PARTE**

### **TRABAJO EMPÍRICO**



## **Segunda parte. Trabajo empírico**

### **1. Introducción**

Tras los últimos acontecimientos acaecidos a nivel personal, social y medioambiental, tales como accidentes en los diferentes medios de transporte, movimientos sísmicos y atentados terroristas, entre otros, resulta alarmante el número de fallecidos en diferentes escenarios, entre los que se encuentran personas de los equipos de rescate y emergencias. En respuesta a todo ello, ¿qué hacer ante este tipo de situaciones?.

Si retrocedemos en el tiempo, la tarea iniciada en la primera mitad del siglo XX por el Dr. Münsterberg en la Universidad de Harvard (recogida en su obra “La eficiencia de la Psicología Industrial”), nos recuerda la importancia de seguir avanzando en el estudio de la selección, evaluación, formación y adiestramiento del personal de emergencias. Es indiscutible la necesidad de conocer, evaluar y gestionar los riesgos, sean operativos o circunstanciales, pero a su vez, la necesidad de adaptar la persona al puesto de trabajo, ya que ésta forma parte de un continuo que es de vital importancia para ofrecer las mayores garantías laborales a los intervinientes y la mayor eficacia en la intervención.

En esta línea se encuentra el estudio de las diferentes respuestas comportamentales del personal de emergencias que desarrollaremos en el presente trabajo empírico, especialmente aquellas conductas que pueden ser de especial riesgo para la salud, por tanto, nuestro interés fundamental se centra en evaluar cuáles son los patrones de conducta más adecuados para formar parte de un grupo o equipo de emergencias.

Son varios los estudios que confirman y avalan el riesgo operativo, reconocido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como riesgo psicosocial (ansiedad, estrés y depresión). La propia naturaleza de la intervención, afecta directamente a los equipos de intervención con grave riesgo sobre la salud, como bien ha destacado la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La elección del tema de la investigación viene propiciada por el interés creciente de la comunidad científica y de las propias Instituciones en desarrollar métodos más eficaces para la resolución de este tipo de trastornos. Al mismo tiempo, el gran reto de las Organizaciones e Instituciones que operan en el área de emergencias, es proporcionar medios y recursos adecuados con objeto de mejorar la calidad de vida personal, laboral y social del personal de emergencias.

El llamado “bienestar psicológico” es sumamente importante para este colectivo de trabajadores cuya labor principal es garantizar la seguridad y defensa de las personas y sus bienes, además de su propia seguridad y los valores y bienes de toda la comunidad. Por ello, el objeto primordial de nuestro trabajo es aportar información respecto a las variables psicológicas del personal de emergencias, con el fin de obtener mejores respuestas o estrategias de afrontamiento adaptativas ante un evento crítico.

En este sentido, el eje central del estudio se encuentra en los planteamientos sobre el afrontamiento de Lazarus y Moos. El modelo cognitivo de Lazarus y Folkman (1984), respecto al estrés y la vulnerabilidad, explica la tendencia del individuo a reaccionar con estrés psíquico frente a determinados acontecimientos, lo cual nos proporciona las bases teóricas para analizar la relación entre un estímulo amenazante y los recursos adaptativos, o no, de la persona para abordar el problema.

Igualmente, el modelo transaccional desarrollado por Rudolph Moos (1995) y revisado por Moos y Holahan (2003), establece una relación entre la persona y su contexto, reflejada en una serie de factores o categorías que detallan esta relación. Desde nuestro punto de vista, el modelo de Moos complementa al modelo de Lazarus y amplía el campo de análisis de los factores que pueden modular las estrategias de afrontamiento, presentados a través de cinco dimensiones que interactúan entre sí, tales como el *sistema ambiental* (condiciones ambientales relativamente estables y recursos sociales), el *sistema personal* (características biogenéticas y variables personales respecto al *coping*), las *transacciones o condiciones de cambio a lo largo del ciclo vital* (crisis vitales agudas y condiciones ambientales susceptibles de generar estrés en el individuo), la *valoración cognitiva* (respecto a las diferentes respuestas del estrés y respuestas del *coping* como mediadoras entre persona-ambiente y conducta) y la *salud y bienestar* (estado de salud o bienestar del individuo en un momento dado).

El presente trabajo se ha realizado en dos etapas, iniciando el estudio con la aplicación del cuestionario sociodemográfico y motivacional y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento de R. H. Moos CRI-A (1993), en su adaptación española de Kirchner, Forns i Santacana (2010), en el cual se analiza el nivel de estrés generado y el grado de control percibido ante la representación mental de una situación laboral extrema ocurrida durante los últimos doce meses, así como las diferentes estrategias utilizadas en la resolución de este problema, en función de las variables sociodemográficas.

La introducción del cuestionario motivacional se realizó en función de los avances al respecto dentro del contexto organizacional, considerando que el factor motivacional es un elemento clave en la conducta y en la resolución de problemas relacionados con el ámbito laboral y, que a su vez, podría modular las respuestas consideradas de riesgo para la salud, como la ansiedad o estrés. Así pues, son varios los objetivos de nuestro estudio, uno de los cuales es conocer las diferentes respuestas motivacionales en función de las variables sociodemográficas, además de conocer y analizar las diferentes estrategias utilizadas, adaptativas o disfuncionales, con objeto de redefinir o justificar un determinado perfil para el profesional de emergencias.

En esta primera etapa quedaban algunas dudas respecto a las situaciones personales previas a la intervención que pudiesen mediar en las respuestas obtenidas modulando la eficacia de la misma. Por esta razón, en una segunda etapa se incorporó al estudio un nuevo instrumento, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), *Coping Strategies Inventory* de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989), en su adaptación española de Cano, Rodríguez y García (2006), en el cual se analizan las respuestas

emitidas ante la descripción textual y representación mental de una situación cotidiana que haya producido malestar durante el último mes en los participantes.

Este matiz laboral-personal es el hilo conductor que nos llevará al siguiente objetivo, presentar o validar un instrumento ágil y eficaz que nos permita establecer cuáles son las estrategias de afrontamiento más adecuadas en los procesos de selección, formación e intervención del personal de emergencias, en función de las variables “situación laboral” y “situación personal”, comparando a su vez estos resultados con las respuestas de la muestra de la población española en general.

El desarrollo del trabajo empírico se ha estructurado en varios apartados. A partir de la Introducción, se presentarán los objetivos e hipótesis así como la metodología aplicada, seguida del análisis de las respuestas del cuestionario motivacional, de las respuestas sobre el nivel de estrés generado y grado de control percibido (Inventario CRI-A) ante la *representación mental de una situación laboral extrema* en una intervención realizada por el personal de emergencias de la Comunidad de *les Illes Balears*. A continuación se analizarán las respuestas sobre las estrategias utilizadas para afrontar la misma situación (Inventario CRI-A), y también para resolver una *situación cotidiana* (Inventario CSI) en función del problema referido y en función de las variables sociodemográficas. También se analizarán las respuestas informadas por la muestra del personal de emergencias, respecto a la muestra de la población española en general y finalmente se realizará un análisis factorial de ambos instrumentos, el Inventario CRI-A y el Inventario CSI.

Para la recogida de datos se han utilizado un cuestionario sociodemográfico, un cuestionario motivacional, el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) de Rudolph Moos (1993), según adaptación española de Kirchner, Forns i Santacana (2010) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) en su adaptación española de Cano, Rodríguez y García (2006).

El Inventario CRI-A y el Inventario CSI, serán fundamentales para la consecución de los objetivos del estudio, analizando y comparando las respuestas de ambos Inventarios a través de diferentes métodos estadísticos, desde una perspectiva laboral en el primero y desde un punto de vista personal familiar y social en el segundo.

El principal interés futuro, una vez concluido el estudio, es facilitar un programa de selección, evaluación e intervención en personal de emergencias que permita detectar y reducir desajustes personales a la vez que mejorar las condiciones del trabajo y la tarea en la organización, en los términos ya descritos de “empleados saludables” y “organizaciones inteligentes”.

## **2. Objetivos e hipótesis**

Son varios los objetivos que se persiguen en este estudio y que diferenciaremos en objetivos generales y objetivos específicos, cuyo planteamiento está encaminado, en primer lugar, a conocer un determinado perfil y, en segundo lugar, averiguar cuáles son

las mejores respuestas de afrontamiento. Este análisis contempla la posibilidad de elaborar un nuevo instrumento que permita agilizar y simplificar el proceso de evaluación en el que se incluyan las respuestas más destacadas o mejor ponderadas, o dicho de otro modo, averiguar las respuestas que nos permitan identificar un perfil idóneo para el desarrollo eficaz de una emergencia. En este sentido, nos hemos formulado una serie de preguntas sobre los objetivos con el fin de establecer las correspondientes hipótesis:

-¿Pueden las variables motivacionales estar moduladas por las variables sociodemográficas?... ¿Presentarán relación con las respuestas de estrés?

-¿Existe una mejor gestión de las emociones en el personal de emergencias ante una situación crítica, respecto a las conductas de estrés y autocontrol?

- ¿Existen estrategias más adecuadas para un determinada situación de riesgo?

-¿Pueden los problemas descritos en la parte textual del CSI, agrupados en diferentes categorías, modular o influir sobre las estrategias de afrontamiento?

-¿Existe un perfil idóneo para el personal de emergencias?

-¿Son las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de emergencias más eficaces que las del resto de la población en general?

-¿Cabe la posibilidad de encontrar un nuevo instrumento que aglutine de forma eficaz las respuestas de afrontamiento contempladas en el Inventario CRI-A y el CSI?

Con el propósito responder a las mismas, el **objetivo general se estratifica en dos niveles:**

1- Identificar el *perfil del interviniente de emergencias*, mediante el análisis de las respuestas del *cuestionario motivacional* y las respuestas de las *variables intensidad de estrés generado y grado de control percibido* ante una situación crítica, así como el proceso de elección de las estrategias de afrontamiento contempladas en *las escalas y estilos de Inventario CRI-A*, en función de las variables sociodemográficas, sexo, edad, nivel de estudios, rama profesional y antigüedad en la Institución.

2- Análisis de las *respuestas* informadas en las *escalas del Inventario CSI* y comparación con las *respuestas del Inventario CRI-A*, con objeto de validar la idoneidad de ambos instrumentos o, si cabe, proponer un nuevo *instrumento ágil y eficaz* para el proceso de selección y evaluación del personal de emergencias.

#### **Objetivos específicos correspondientes al primer nivel:**

*Primer objetivo:* Analizar las respuestas del personal de emergencias respecto a las variables del cuestionario motivacional “¿le atrae la idea de trabajar en equipo?”, “¿le gusta tomar decisiones?”, “¿prefiere ejecutar órdenes recibidas por un superior?”, “¿le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?”, “¿se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?”, “¿siente que su trabajo es reconocido socialmente?” y

“¿estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?”, en función de las variables sociodemográficas sexo, edad, nivel de estudios alcanzado, rama profesional y antigüedad en la Institución, respecto a un determinado perfil.

*Segundo objetivo:* Analizar las respuestas del personal de emergencias respecto al *nivel de estrés generado* y el *grado de control percibido* ante la evocación mental de una *situación laboral extrema* ocurrida en los últimos doce meses, en función de *las variables sociodemográficas* sexo, edad, nivel de estudios, rama profesional y antigüedad en la Institución. Posterior análisis y comparación de las respuestas del personal de emergencias en las dos primeras variables mencionadas (*nivel de estrés generado* y *grado de control percibido*) con la muestra de la población española en general.

*Tercer objetivo:* Analizar las respuestas del personal de emergencias, ante el mismo supuesto (evocación mental de una situación laboral extrema), respecto a las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A: Análisis lógico (AL), reevaluación positiva (RP), búsqueda de guía y soporte (BG), solución de problemas (SP), evitación cognitiva (EC), aceptación o resignación (AR), búsqueda de recompensas alternativas (BR) y descarga emocional (DE) y, también respecto a los *estilos de afrontamiento*: Aproximación cognitiva (ACG), aproximación conductual (ACN), evitación cognitiva (ECG) y evitación conductual (ECN), *en función de las variables sociodemográficas* sexo, edad, nivel de estudios alcanzado, rama profesional y antigüedad en la Institución. Posterior análisis y comparación de las respuestas del personal de emergencias con la muestra de la población española en general.

#### **Objetivos específicos correspondientes al segundo nivel:**

*Cuarto objetivo:* Analizar las respuestas referidas por el personal de emergencias ante la *descripción y evocación un problema cotidiano* que haya producido malestar durante el último mes, respecto a *las escalas de afrontamiento* del Inventario CSI: Resolución de problemas (REP), autocrítica (AUC), expresión emocional (EEM), pensamiento desiderativo (PSD), apoyo social (APS), reestructuración cognitiva (REC), evitación de problemas (EVP) y retirada social (RES), *en función de las variables sociodemográficas* sexo, edad, nivel de estudios alcanzado, rama profesional y antigüedad en la Institución. Posterior análisis y comparación de las respuestas del personal de emergencias con la muestra de la población española en general.

Complementando este objetivo, se analizarán las respuestas autoinformadas, diferenciando el *problema cotidiano* descrito en cinco dimensiones o categorías: Situación personal, familiar, laboral, social y emergencia, con objeto de averiguar si este tipo de problemática puede influir o mediar en la elección de las estrategias de afrontamiento, tanto en las respuestas del Inventario CRI-A como en las respuestas del Inventario CSI.

*Quinto objetivo:* Analizar y comparar los instrumentos utilizados, CRI-A y CSI, en la *búsqueda de un instrumento eficaz* para discriminar las mejores estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de emergencias en sus principales componentes.

En base a estos cinco objetivos, se ha considerado la reciente incorporación de la mujer en el área de emergencias, tradicionalmente formada por hombres, así como la mayor experiencia de los mismos en función de la edad y la antigüedad en este colectivo, especialmente en el ejército y en los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, para la formulación de las siguientes hipótesis:

- *Hipótesis referidas al primer objetivo del primer nivel (H1-H2-H3)*

Respecto a las *variables motivacionales* descritas en el primer objetivo “¿le atrae la idea de trabajar en equipo?”, “¿le gusta tomar decisiones?”, “¿prefiere ejecutar órdenes recibidas por un superior?”, “¿le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?”, “¿se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?”, “¿siente que su trabajo es reconocido socialmente?” y “¿estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?”, analizadas en función de las *variables sociodemográficas* sexo, edad, nivel de estudios alcanzados, rama profesional y antigüedad, se dará el siguiente perfil diferencial:

H1- Las mujeres, los intervinientes de mayor edad y mayor antigüedad (sean hombres o mujeres) estarán más interesados en la variable “¿le gusta tomar decisiones?”.

H2- Las mujeres, los intervinientes de menor edad y menor antigüedad (sean hombres o mujeres) estarán más interesados en la variable “¿le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?”.

H3- Los intervinientes de las categorías intervención directa y asistencia sanitaria presentarán mayor interés hacia las variables “¿se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?” y “¿siente que su trabajo es reconocido socialmente?”.

- *Hipótesis referidas al segundo objetivo del primer nivel (H4-H5-H6)*

Respecto a las variables “*intensidad de estrés generado*” y “*grado de control percibido*”, formuladas en el Inventario CRI-A ante la evocación mental de una situación laboral extrema ocurrida en los últimos doce meses, analizadas en función de las *variables sociodemográficas*, sexo, edad, nivel de estudios alcanzado, rama profesional y antigüedad, se espera encontrar el siguiente perfil diferencial:

H4- Las mujeres y los intervinientes de menor edad (sean hombres o mujeres) serán más vulnerables al estrés, respecto a la variable *nivel de estrés generado*.

H5- Los hombres y los intervinientes de mayor edad y mayor antigüedad (sean hombres o mujeres), percibirán mayor control de la situación respecto a la variable *grado de control percibido*.

H6- La muestra del *personal de emergencias* será más resistente y menos vulnerable ante situaciones de estrés, respecto a la variable *nivel de estrés*, que la muestra de la *población española en general*. Igualmente, la muestra del *personal de emergencias* presentará mayor *grado de control percibido*, respecto a esta variable, que la muestra de la *población española en general*.

- *Hipótesis referidas al tercer objetivo del primer nivel (H7-H8-H9-H10-H11-H12-H13)*

Respecto a las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A: Análisis lógico (AL), reevaluación positiva (RP), búsqueda de guía y soporte (BG), solución de problemas (SP), evitación cognitiva (EC), aceptación o resignación (AR), búsqueda de recompensas alternativas (BR) y descarga emocional (DE), analizadas *en función de las variables sociodemográficas* sexo, edad, nivel de estudios alcanzado, rama profesional y antigüedad en la Institución, se dará el siguiente perfil diferencial.

H7- Los hombres y los intervinientes de mayor edad y mayor antigüedad (sean hombres o mujeres) elegirán en mayor grado las estrategias contempladas en la escala de afrontamiento *análisis lógico* (AL).

H8- Las mujeres y los intervinientes de las categorías intervención directa y asistencia sanitaria (sean hombres o mujeres) elegirán en mayor grado las estrategias contempladas en la escala de afrontamiento *solución de problemas* (SP).

H9- Los intervinientes de menor edad y menor antigüedad elegirán indistintamente respuestas de evitación/aproximación, contempladas en la escala *evitación cognitiva* (EC) y *búsqueda de guía y soporte* (BG).

H10- La *muestra del personal de emergencias* presentará mayor grado de elección en la totalidad de las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A, que la *muestra de la población española en general* (ante la representación mental de una situación laboral extrema).

Como se desprende de las anteriores hipótesis, en nuestra opinión, las escalas análisis lógico (AL), solución de problemas (SP), evitación cognitiva (EC) y búsqueda de guía y soporte (BG), podrían ser más representativas *durante el proceso de intervención* en emergencias (siendo las escalas AL, SP y BG estrategias de aproximación y EC, estrategias de evitación).

El resto de escalas mencionadas, reevaluación positiva (RP), aceptación o resignación (AR), búsqueda de recompensas alternativas (BR) y descarga emocional (DE), se podrían considerar estrategias más propias a desarrollar *después del proceso de intervención*, siendo todas ellas, a excepción de la escala reevaluación positiva (RP), estrategias de evitación, motivo por el cual no se han planteado en las hipótesis.

Consecuentemente, en los *estilos de afrontamiento* del Inventario CRI-A, Aproximación cognitiva (ACG), aproximación conductual (ACN), evitación cognitiva (ECG) y evitación conductual (ECN), se analizaran aquellos que en principio guardan relación con las hipótesis planteadas (ACG, ACN, ECN), en función de las *variables sociodemográficas* sexo, edad, nivel de estudios alcanzados, rama profesional y antigüedad, dándose el siguiente perfil diferencial.

H11- Las mujeres, los intervinientes de mayor edad y mayor antigüedad y los de las categorías intervención directa y asistencia sanitaria (sean hombres o mujeres), mostrarán preferencia por las estrategias de afrontamiento de *aproximación conductual* (ACN).

H12- Los intervinientes de menor edad y menor antigüedad, mostrarán preferencia por las estrategias de afrontamiento de *aproximación cognitiva* (ACG).

H13- Los intervinientes de las categorías administrativa y profesiones liberales, mostrarán preferencia por las estrategias de afrontamiento de *evitación cognitiva* (ECG).

- *Hipótesis referidas al cuarto objetivo, respecto al segundo nivel* (H14-H15-H16-H17)

Respecto al análisis de las *escalas de afrontamiento* del Inventario CSI: Resolución de problemas (REP), autocrítica (AUC), expresión emocional (EEM), pensamiento desiderativo (PSD), apoyo social (APS), reestructuración cognitiva (REC), evitación de problemas (EVP) y retiradas social (RES), el análisis *en función de las variables sociodemográficas* sexo, edad, nivel de estudios alcanzado, rama profesional y antigüedad, presentará el siguiente perfil diferencial:

H14- Las mujeres y los intervinientes de menor edad y menor antigüedad (sean hombres o mujeres) mostrarán preferencia por las respuestas contempladas en la escala *resolución de problemas* (REP).

H15- Los hombres y los intervinientes de mayor edad y mayor antigüedad (sean hombres o mujeres) mostrarán preferencia por las respuestas contempladas en la escala *reestructuración cognitiva* (REC).

En nuestra opinión, las escalas resolución de problemas (REP) y reestructuración cognitiva (REC), consideradas *estrategias adaptativas centradas en el problema*, podrían ser más propias a desarrollar *durante el proceso* de la resolución de un problema cotidiano, mientras que las escalas, expresión emocional (EEM) y apoyo social (APS), consideradas *estrategias adaptativas centradas en la emoción*, se podrían considerar estrategias a desarrollar *después del proceso* de la resolución del problema, razón por la cual no se han formulado hipótesis sobre las mismas.

El resto de escalas, autocrítica (AUC), pensamiento desiderativo (PSD), evitación de problemas (EVP) y retirada social (RES), inicialmente consideradas disfuncionales, en nuestra opinión podrían devenir en conductas de evitación *después del proceso* de intervención, por lo cual tampoco se han formulado hipótesis sobre las mismas, si bien se analizarán en el apartado de conclusiones.

Respecto a las mencionadas *escalas* del Inventario CSI (REP, AUC, EEM, PSD, APS, REC, EVP y RES), ante la posibilidad de que otro tipo de variables pudieran modular las respuestas de afrontamiento, se ha formulado la variable *problema referido*, derivada del relato contenido en la parte textual del Inventario CSI y clasificada en cinco niveles o categorías: Situación personal, familiar, laboral, social y emergencia. En función del *problema referido*, respecto a las diferentes escalas, se dará el siguiente perfil diferencial:

H16- Los intervinientes que hayan referido su problema en las categorías laboral y emergencias, elegirán en mayor grado, o se sentirán más identificados con las respuestas de afrontamiento contempladas en las escalas *resolución de problemas* (REP) y *reestructuración cognitiva* (REC).

H17- La muestra del *personal de emergencias* no presentará diferencias en la comparación con la muestra de la *población española en general* respecto a la elección de las respuestas de afrontamiento en las escalas del Inventario CSI (ante un problema cotidiano que haya generado malestar durante el último mes).

*-Hipótesis referidas al quinto objetivo, respecto al segundo nivel (H18-H19)*

En el quinto objetivo se estableció analizar y comparar los Inventarios CRI-A y CSI mediante el análisis factorial de sus componentes principales, con objeto de proporcionar un instrumento ágil y eficaz en el proceso de selección del personal de emergencias, por lo cual, se plantean las siguientes hipótesis.

H18- El análisis factorial realizado para la *comparación de ambos instrumentos* (CRI-A y CSI) presentará mayor peso en las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A (situación laboral extrema), frente a las del Inventario CSI (situación cotidiana) informadas en el conjunto de respuestas de la muestra del *personal de emergencias*.

H19- El Inventario CRI-A de R.H. Moos será más eficaz y efectivo para discriminar el *perfil del personal de emergencias*. Se presentará como un *instrumento válido* para la selección y evaluación del personal de emergencias, por encima del Inventario CSI.

### **3. Metodología**

#### **3.1. Población, muestra y procedimiento**

La población para este estudio procede en su mayoría de diferentes organismos gubernamentales y no gubernamentales. Entre los primeros, el mayor número de participantes se encuentra en las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, Cuerpo Nacional de Policía y responsables de seguridad ciudadana, policía local, bomberos, personal de emergencias de 112 (intervención directa e inmediata) y personal del Instituto Balear de la Naturaleza, entre otros. Entre los segundos se encuentran profesionales y voluntarios de Cruz Roja en atención psicosocial y atención sanitaria. Ambos grupos, destinados en la Comunidad de *les Illes Balears*, tienen en común la intervención en emergencias, si bien, en cada uno de los colectivos participantes se encuentra una mayoría de profesionales de intervención directa e inmediata y, en menor número, personas que dirigen, gestionan o planifican la intervención, pertenecientes a la rama administrativa y profesiones liberales. Así mismo, en todas las Instituciones participantes se encuentran profesionales de psicología y atención psicosocial.

Previamente a la presentación de los cuestionarios, se contactó con los diferentes mandos o responsables de cada una de las Organizaciones, indicándoles la finalidad del

estudio, así como su carácter anónimo y voluntario. El diseño del procedimiento para llevar a cabo la cumplimentación de los diferentes instrumentos, que explicaremos más adelante, se hizo de forma que pudiesen acceder hasta 1000 participantes, teniendo en cuenta el gran número de profesionales adscritos a cada uno de los cuerpos de seguridad y emergencias, si bien, por diversas razones, en especial la reticencia de las Instituciones y de los propios participantes, la muestra final se redujo a 120 personas.

La distribución de la muestra, contempla las variables sociodemográficas, sexo, edad, estado civil, hijos, nivel de estudios alcanzados, rama profesional, antigüedad en la Institución y lugar de origen y nacimiento, presentando los siguientes datos.

La variable *sexo* se compone de 76 hombres (63, 3 %) y 44 mujeres (36.7 %). La mayoría de hombres en los servicios de emergencias, ha sido un dato a tener en cuenta para la formulación de hipótesis, aunque en comparación con otros estudios, (90 % de hombres frente a un 10 % de mujeres), en el presente estudio la media está por encima de los mismos.

La estratificación de la *edad* se distribuye en cinco niveles: Edad entre 18 y 25 años, 7 personas (5.8 %), edad entre 26 y 35 años, 37 personas (30.8 %), edad entre 36 y 45 años, 46 personas (38.3 %), edad entre 46 y 55 años, 21 personas (17.5 %), edad entre 56 y 65 años, 9 personas (7.5 %). La edad media es de 40.13 años (SD = 9.86), si bien, la mayor concentración de la muestra se encuentra en la franja de edad comprendida entre 36 y 45 años. En la comparación de la misma con otros estudios (cuya media es de 23/24 años), se observa una media de edad relativamente superior en el nuestro.

El *estado civil* se distribuye en tres niveles: Soltero, 47 personas (39.2 %), casado o pareja de hecho, 66 personas (52.5 %), divorciado o viudo, 10 personas (8.3 %). El hecho de *tener hijos* ofrece una respuesta dicotómica: SI, 63 personas (52.5 %) y NO, 57 personas (47.5 %).

El *nivel de estudios* o formación, se estratifica en cuatro niveles: ESO o equivalente, 18 personas (15 %), bachillerato o equivalente, 46 personas (38.3 %), universitario o equivalente, 45 personas (37.5 %) y finalmente, estudios de postgrado, 11 personas (9.2 %).

Respecto a la *rama profesional* en el área de seguridad/emergencias, ésta se distribuye de la siguiente forma: Rama administrativa, 16 personas (13.3 %), rama sanitaria, 40 personas (33.33 %), rama de profesiones liberales, 3 personas (2.5 %), *entendiendo ésta como personas que realizan labores de gestión y apoyo a la organización* y finalmente la opción, *ninguna de las anteriores*, 61 personas (50.8 %), entendiéndose esta última como *los diferentes profesionales de la intervención directa o inmediata* en emergencias, tales como bomberos, policía local, policía nacional, personal de IBANAT (*Institut Balear de la Natura. Govern de les Illes Balears*) y voluntarios. Se observa que la mayoría de personas corresponden a la rama de intervención inmediata o directa (50.8 %) y a la rama sanitaria (33.3 %), lo que supone el 94.1 % de la muestra, dejando un margen de un 5.9 % al resto de profesionales, lo cual es un dato de interés para los resultados del estudio.

Respecto a la *antigüedad* en las diferentes Organizaciones o Instituciones, se contabilizaron 11 personas con menos de un año de antigüedad (9.2 %), 23 personas de entre 1 y 5 años de antigüedad (19.2 %), 39 personas de entre 6 y 10 años de antigüedad (32.5 %) y el resto, 47 personas con más de 10 años de antigüedad (39.2 %), correspondiendo la mayor franja de antigüedad a los intervinientes con más de 10 años de servicio, es decir, un colectivo con mayor experiencia acumulada.

Respecto al *lugar de origen*, la inmensa mayoría de los intervinientes son personas de la propia comunidad, frente a una minoría del resto de la península y otros países, motivo por el cual no se ha tenido en cuenta esta variable para el estudio. Al respecto, cabe destacar que algunos de los intervinientes nacidos en la propia comunidad o en otras comunidades, aun siendo de nacionalidad española, tiene raíces familiares de otros países, especialmente Latinoamérica, razón por la cual aún siendo baleares o peninsulares conservan la idiosincrasia de su cultura de origen. Éste es un sesgo que debería ser motivo de estudio en futuras investigaciones.

La estratificación de la muestra se puede ver resumida en la siguiente tabla

**Tabla Nº 1. Estratificación de la muestra**

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hombre	76	63.3
Mujer	44	36.7
<b>Edad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Entre 18 y 25 años	7	5.8
Entre 26 y 35 años	37	30.8
Entre 36 y 45 años	46	38.3
Entre 46 y 55 años	21	17.5
Entre 56 y 65 años	9	7.5
<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Soltero	47	39.2
Casado/pareja de hecho	63	52.5
Divorciado/viudo	10	8.3
<b>Tiene hijos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sí	63	52.5
No	57	47.5
<b>Nivel de estudios</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ESO o equivalente	18	15
Bachillerato o equivalente	46	38.3
Universitario o equivalente	45	37.5
Postgrado	11	9.2
<b>Ramas de Seguridad/Emergencias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Administrativa	16	13.33
Sanitaria	40	33.33
Profesiones liberales	3	2.5
Ninguna de las anteriores (intervención directa o inmediata)	61	50.83
<b>Antigüedad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Menos de 1 año	11	9.1
De 1 a 5 años	23	19.2
De 6 a 10 años	39	32.5
Más de 10 años	47	39.2
<b>Lugar de nacimiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Baleares	71	59.2
Península/Canarias	40	33.3
Europa	2	1.7
América latina	6	5
Resto del mundo	1	0.8

Tal como se comentó al principio, un buen número de participantes omitieron, por razones varias, de forma intencionada o no intencionada, el estado civil, el hecho de tener hijos y el lugar de nacimiento, perdiendo un buen número de participantes. Finalmente pensamos que la inclusión de estas variables en el cuestionario sociodemográfico, pudo haber sido uno de los obstáculos que limitaron la muestra a 120 personas.

Aunque no es nuestra intención inferir en este tipo de planteamiento, este hecho pudiera obedecer a cierto temor o reticencia a la hora de proporcionar información personal en el ámbito laboral, especialmente en los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado. Todo y que el análisis de estas variables hubiese enriquecido el estudio de los perfiles de emergencias nos hemos ceñido a las variables de mayor aceptación.

Queremos enfatizar que para una mayor adhesión a la cumplimentación de los cuestionarios e inventarios, así como a posibles sesgos, tales como deseabilidad social o el falseamiento de datos, no se tuvo en cuenta la Institución o Cuerpo de pertenencia. Al mismo tiempo, se tomó esta decisión pensando en el posible rechazo o reticencia de la muestra, ya que podría darse un agravio comparativo entre los diferentes cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado (por ejemplo, entre policía local y nacional).

En base a todo ello, se optó por incluir un único criterio, tal como “pertenecer a la unidad de seguridad/emergencias en sus diferentes ramas tanto a nivel operativo como administrativo y de gestión”, incluyendo los voluntarios, sin especificar el origen u organización de los intervinientes, de la misma forma que se les indicó en la información inicial. Así mismo, se han considerado criterios de exclusión el estado civil, los hijos y el lugar de origen, por ser el mayor motivo de pérdida o abandono de la muestra, como ya se comentó.

El procedimiento para hacerles llegar a cada uno de los participantes la información y los citados autoinformes, se hizo a través de sus respectivos mandos, siendo éstos distribuidos por diferentes medios de comunicación interna (intranet) y también en formato de papel para los que no tuviesen acceso a la red. Así pues, los participantes pudieron acceder a la información y cumplimentación de los cuestionarios on-line, a través de un link creado por el equipo investigador para tal fin, y también a través de los diferentes cuestionarios en formato de papel distribuidos en todas las Instituciones participantes.

El diseño del programa de respuestas on-line se hizo de tal forma que era necesario finalizar todo el cuestionario para que éste pudiese pasar directamente a la base de datos, mientras que los cuestionarios en papel, ofrecían la ventaja de poder ser interrumpidos y reanudados posteriormente. De hecho, a pesar de haber recogido un mayor número de respuestas on-line que en papel, las exigencias y la inmediatez de la tarea en profesionales de intervención inmediata, ocasionó un gran número de abandonos.

A partir del momento de la puesta en marcha de estas dos vías de cumplimentación, el programa estuvo abierto durante tres meses y se fueron enviando mensajes de recordatorio para estimular y motivar a un mayor número de participantes.

### 3.2. Variables e Instrumentos

*Las variables independientes* del estudio se presentan a través del cuestionario sociodemográfico, mientras que las *variables dependientes* se presentan a través del cuestionario motivacional y los Inventarios de estrategias de afrontamiento, CRI-A y CSI.

#### - Variables sociodemográficas. Cuestionario autobiográfico

Este cuestionario se elaboró expresamente, teniendo en cuenta las características más comunes a cualquier grupo de referencia, cuyas variables presentamos a continuación:

- Sexo: (1) hombre, (2) mujer
- Edad. ( ), (1) entre 18 y 25 años, (2) entre 26 y 35 años, (3) entre 36 y 45 años, (4) entre 46 y 55 años, (5) entre 56 y 65 años
- Estado civil: (1) soltero, (2) casado/pareja de hecho, (3) divorciado o viudo.
- Hijos: SI / NO
- Nivel de estudios: (1) E.S.O. o equivalente, (2) bachillerato o equivalente, (3) universitario o equivalente y (4) postgrados
- Rama de seguridad/emergencias: (1) administrativa, (2) sanitaria, (3) profesiones liberales y (4) ninguna de ellas (cuerpos de seguridad/intervención inmediata, bomberos, policía, etc.)
- Antigüedad: (1) menos de un año, (2) entre 1 y 5 años, (3) entre 6 y 10 años y (4) más de 10 años
- Lugar de origen: (1) Baleares, (2) Península y Canarias, (3) resto de Europa, (4) América latina y (5) resto del mundo

#### - Variables motivacionales. Cuestionario motivacional

Este cuestionario se elaboró expresamente a partir de la revisión efectuada sobre la literatura al respecto sobre la motivación organizacional, como el trabajo en equipo, el liderazgo, la implicación con la tarea, el conflicto de rol y la decisión por parte del personal de emergencias de incorporarse y permanecer en la Organización, entre otros.

De esta forma, surgieron siete cuestiones, valoradas en escala *Likert* de cinco puntos

- ¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?
- ¿Le gusta tomar decisiones?
- ¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?
- ¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?
- ¿Se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?
- ¿Siente que su trabajo es reconocido socialmente?
- ¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?

A = (1) Nada; B = (2) Muy poco; C = (3) Poco; D = (4) Mucho; E = (5) Muchísimo
--

- *Inventario CRI-A: Coping Responses Inventory (Adults) de R.H. Moos (1993)*

Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (estilos y escalas o estrategias de afrontamiento) en su adaptación española de Kirchner y Forns i Santacana (2010)

Antes de introducir el Inventario CRI-A, con objeto de situarlo en un marco teórico y facilitar la comprensión de su estructura, haremos una breve revisión sobre los modos de afrontamiento.

Algunos autores como R.H. Moos (1993) diferencian los *estilos de afrontamiento*, o predisposición personal para afrontar determinadas situaciones (siendo las preferencias, o predisposición individual, las responsables de elegir el tipo de estrategia y su estabilidad temporal y situacional), frente a las *estrategias de afrontamiento*, o procesos concretos que se utilizan en cada contexto, las cuales pueden ser altamente cambiantes en función de las condiciones desencadenantes (Fernández Abascal, 1997).

*Las estrategias de afrontamiento como proceso* hacen referencia a los pensamientos, sentimientos y actos específicos y no a los informes de la persona, respecto a lo que quería o podría hacer, lo cual implica que la medición se realice sobre un contexto específico y en un determinado tiempo (Díaz, Sánchez y Fernández-Abascal, 1997).

Otros autores han considerado que ambos conceptos son complementarios, definiendo los *estilos de afrontamiento* como formas estables y consistentes de afrontar el estrés y, las *estrategias de afrontamiento* como acciones o conductas más específicas respecto a la situación (Pelechano, 2000). Igualmente, Moos y Holahan (2003) se han referido a la *perspectiva disposicional* (factores personales) y *contextual* (factores ambientales) como aspectos complementarios y han defendido los vínculos entre ambos constructos.

Por su parte, Carver y Scheier (1994), pioneros en el estudio del afrontamiento, ya habían formulado el *afrontamiento situacional* y el *afrontamiento disposicional*. En el primero de ellos, el afrontamiento puede cambiar de un momento a otro a medida que va cambiando su relación con el entorno, mientras que en el segundo, la persona desarrolla formas habituales de enfrentar la situación crítica, de manera que estas respuestas devienen en diferentes *estilos* que pueden influir en su reacción ante una nueva situación crítica. El *estilo conductual activo enfocado al problema* y el *estilo cognitivo enfocado a la emoción, que puede derivar en un estilo positivo o negativo*. El primero llevaría a una reinterpretación positiva del problema o por el contrario el segundo llevaría a una conducta de evitación con objeto de reducir el malestar.

De igual forma, Moos (1993) diferencia las respuestas de afrontamiento *centradas en el problema*, cuando los esfuerzos van dirigidos a la acción directa con objeto de alterar o modificar el nivel de estrés (conducta de aproximación) y, las respuestas de afrontamiento *centradas en la emoción*, cuando los esfuerzos realizados por el individuo para manejar la situación van encaminados a reducir el malestar emocional (conducta de evitación).

Inicialmente, Lazarus (1991, 2000) compartió esta diferenciación sobre las respuestas de afrontamiento, si bien, ante la complejidad de las mismas y la falta de consenso entre diferentes autores, posteriormente enfocó estos conceptos hacia un perfil de afrontamiento adaptativo frente a otros no adaptativos (Lazarus, 2006).

Seguidamente pasamos a comentar el *Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos* de Moos, CRI-A, el instrumento elegido para nuestro estudio, en su adaptación española de Kirchner, Forns i Santacana (2010), el cual se divide en dos partes.

En la *primera parte*, se le pide al sujeto que visualice mentalmente el problema más importante o la situación más difícil relacionada con su trabajo, que haya sufrido en los últimos doce meses, incluso se le pide que visualice hasta qué punto se puede agravar. La situación revivida “en imagen” se valora en base a dos factores.

- Intensidad de *ansiedad o estrés* que le ha generado la situación
- Grado de *control* que creía tener sobre dicha situación

La valoración se realiza en una escala *Likert* de cinco niveles, de la siguiente forma

A = (1) Nada ; B = (2) Muy poco; C = (3) Poco; D = (4) Mucho; E = (5) Muchísimo

A continuación el sujeto debe contestar a diez preguntas relacionadas con la valoración primaria o *appraisal* ante la misma situación estresante que ha visualizado previamente

- ¿Había tenido que resolver antes un problema como este?
- ¿Sabía que este problema le iba a ocurrir a usted?
- ¿Tuvo suficiente tiempo de preparación para afrontar este problema?
- Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como un reto?
- Este problema, ¿fue causado por algo que hizo usted?
- Este problema, ¿fue causado por algo que hizo otra persona?
- ¿Sacó algo bueno de enfrentarse a este problema?
- ¿Se ha resuelto ya este problema o situación?
- Si el problema se ha solucionado, ¿le va ya todo bien?

La valoración se realiza en una escala *Likert* de cuatro niveles

A = (1) Seguro que NO; B = (2) Generalmente NO; C = (3) Generalmente SI; D = (4) Seguro que SI

(Esta relación se hace a título informativo, ya que no se ha utilizado en el análisis de datos)

En la *segunda parte* se pide una respuesta en función del problema, compuesta por 48 cuestiones (llamadas dimensiones primarias), medida en escala *Likert* de cuatro puntos

A = (1) NO, nunca; B = (2) Una o dos veces; C = (3) Bastantes veces; D = (4) SI, casi siempre

Estos 48 ítems, se distribuyen en *ocho escalas*, cada una de las cuales contiene seis factores o estrategias de afrontamiento que se comentarán en el punto de conclusiones.

- *Análisis lógico* (AL). Intentos *cognitivos* para prepararse mentalmente ante el estresor y sus consecuencias: (P.ej. *¿pensó en diferentes maneras de resolver el problema?*)

- *Reevaluación positiva* (RP). Intentos *cognitivos* para reestructurar un problema de forma positiva, a la vez que acepta la realidad de la situación: (P.ej. *¿intentó ver el lado positivo de la situación?*)

- *Búsqueda de guía y soporte* (BG). Intentos *conductuales* para buscar información, guía o soporte: (P.ej. *¿habló con su cónyuge u otro familiar para resolver el problema?*)

- *Solución de problemas* (SP). Intentos *conductuales* para emprender acciones que lleven a la solución directa del problema: (P.ej. *¿decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?*)

- *Evitación cognitiva* (EC). Intentos *cognitivos* para evitar pensar de forma realista sobre el problema: (P.ej. *¿intentó no pensar en el problema?*)

- *Aceptación o resignación* (AR). Intentos *cognitivos* para aceptar el problema, puesto que no se le ve solución: (P.ej. *¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?*)

- *Búsqueda de recompensas alternativas* (BR). Intentos *conductuales* para implicarse en las actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción: (P.ej. *¿empleó mucho tiempo en actividades de recreo?*)

- *Descarga emocional* (DE). Intentos *conductuales* para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos: (P.ej. *¿lloró para manifestar sus sentimientos?*)

A su vez, estas ocho escalas o dimensiones primarias, se agrupan en cuatro *estilos de afrontamiento*, llamadas dimensiones secundarias. Cada persona tiene una tendencia que indica la forma habitual de enfrentarse a una determinada situación, según el *método* elegido, que puede ser de naturaleza *cognitiva o conductual* y, según el *foco* de atención ejercido sobre la misma, que puede ser de *aproximación o evitación*, resumidos en cuatro *estilos de respuesta*: *Aproximación cognitiva* (ACG), *aproximación conductual* (ACN), *evitación cognitiva* (ECG) y *evitación conductual* (ECN), según muestra la *Tabla N° 2*.

**Tabla N° 2. Estilos de afrontamiento (R.H. Moos)**

		Foco	
		Aproximación	Evitación
<b>Método</b>	<b>Cognitivo</b>	Análisis lógico (AL)	Evitación cognitiva (EC)
		Reevaluación positiva (RP)	Aceptación-resignación (AR)
	<b>Conductual</b>	Búsqueda de guía y apoyo (BG)	Búsqueda de recompensas (BR)
		Solución de problemas (SP)	Descarga emocional (DE)

Las propiedades psicométricas del instrumento fueron revisadas y validadas, como se puede observar en la Adaptación Española del Inventario CRI-A, realizada por Kirchner, Fornis i Santacana (2010).

- *Inventario CSI: Coping Strategies Inventory* de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989). Inventario de Estrategias de Afrontamiento en su adaptación española de Cano, Rodríguez y García (2006)

De igual forma, antes de mostrar la estructura del Inventario CSI, comentaremos el origen y fundamento teórico del mismo. El Inventario CSI, creado inicialmente por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1984, 1989), en su adaptación española de Cano, Rodríguez y García (2006), es un instrumento diseñado a partir del Inventario WOC (*Ways of Coping Inventory*) de Folkman y Lazarus (1980) para medir el grado de utilización de las estrategias de afrontamiento.

El WOC fue el inventario más utilizado en los comienzos de la evaluación del afrontamiento, incorporando *ocho escalas o estrategias* dirigidas a *dos estilos* diferentes, las estrategias *centradas en el problema* y las *estrategias centradas en la emoción* (Lazarus y Smith, 1988). Más adelante su planteamiento teórico evolucionó hacia una teoría centrada en aspectos cognitivos para controlar las emociones, orientada hacia posiciones *constructivistas y cualitativas*, sugiriendo un enfoque hacia las estrategias propiamente adaptativas (Lazarus (2006).

Se encuentran versiones anteriores en la adaptación española del Inventario CSI (2006), entre las cuales figura la de Otero y cols. (1998). En esta versión, a partir de los 40 ítems del cuestionario se extraen *ocho escalas o estrategias* de afrontamiento, diferenciando las *estrategias de afrontamiento activo* o dirigidas a la acción, tales como resolución de problemas (REP), reestructuración cognitiva (REC), expresión emocional (EEM) y apoyo social (APS), frente a las *estrategias de afrontamiento pasivo*, no dirigidas a la acción, tales como evitación de problemas (EVP), pensamiento desiderativo o ansioso (PSD), autocrítica (AUC), y retirada social (RES).

A título informativo, en esta versión se establecieron *ocho escalas primarias* y *cuatro secundarias*. De estas últimas, una va *dirigida a la acción centrada en el problema* (resolución de problemas, REP y reestructuración cognitiva, REC), otra *dirigida a la acción centrada en la emoción* (apoyo social, APS y expresión emocional, EEM), la tercera *no dirigida a la acción, centrada en el problema* (evitación de problemas, EVP y

pensamiento desiderativo, PSD) y la cuarta, *no dirigida a la acción, centrada en la emoción* (retirada social, RES y autocrítica, AUC). Hay además *dos escalas terciarias*, una *dirigida a la acción o activa* y otra *no dirigida a la acción o pasiva*.

- En el *Inventario CSI*, según adaptación española de Cano, Rodríguez y García (2006, 2007) las *ocho escalas primarias* que utilizaremos, se definen de la siguiente forma:

- *Resolución de problemas (REP)*. Estrategias *cognitivas y conductuales* encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce: (P.ej. *“luché para resolver el problema”*)

- *Autocrítica (AUC)*. Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo: (P.ej. *“me culpé a mí mismo”*)

- *Expresión emocional (EEM)*. Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso del estrés: (P.ej. *“dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés”*)

- *Pensamiento desiderativo (PSD)*. Estrategias cognitivas que reflejan el deseo que la realidad no fuera estresante: (P.ej. *“deseé que la situación nunca hubiera empezado”*)

- *Apoyo social (APS)*. Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional: (P.ej. *“encontré a alguien que escuchó mi problema”*)

- *Reestructuración cognitiva (REC)*. Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante: (P.ej. *“repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente”*)

- *Evitación de problemas (EVP)*. Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante: (P.ej. *“no dejé que me afectara, evité pensar demasiado tiempo en ello”*)

- *Retirada social (RES)*. Estrategias que implican apartarse de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante: (P.ej. *“pasé algún tiempo solo”*)

Las respuestas se presentan a través de 40 ítems mediante una escala *Likert* de cinco niveles

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente
---

Al final de la escala se contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida sobre el afrontamiento: *“Me consideré capaz de afrontar la situación”*, del cual, en el presente estudio no se han extraído conclusiones.

La *diferenciación de las escalas secundarias y terciarias* del Inventario CSI, realizadas por Otero y cols. (1998), no serán estudiadas debido a su gran complejidad, sin embargo, serán de gran ayuda para la formulación de las hipótesis y para las conclusiones finales, por lo que haremos una breve descripción de las mismas.

Las *escalas secundarias* surgen de la agrupación empírica de las escalas primarias, diferenciadas en cuatro grupos:

- *El afrontamiento adaptativo centrado en el problema* (manejo adecuado centrado en el problema), bien sea modificando la situación, bien sea su significado, que incluye las subescalas resolución de problemas (REP) y reestructuración cognitiva (REC).

- *El afrontamiento adaptativo centrado en la emoción* que aflora en la situación (manejo adecuado centrado en la emoción), incluye las subescalas apoyo social (APS) y expresión emocional (EEM).

- *El afrontamiento desadaptativo centrado en el problema* (manejo inadecuado centrado en el problema), bien sea evitando las situaciones estresantes, bien sea fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras. Incluye las subescalas evitación de problemas (EVP) y pensamiento desiderativo (PSD).

- *El afrontamiento desadaptativo centrado en la emoción* (manejo inadecuado centrado en la emoción), basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación. Incluye las subescalas retirada social (RES) y autocrítica (AUC).

### Escalas secundarias

Afrontamiento adaptativo centrado en el problema ( <i>manejo adecuado</i> )	Resolución de problemas (REP) Reestructuración cognitiva (REC)
Afrontamiento adaptativo centrado en la emoción ( <i>manejo adecuado</i> )	Apoyo social (APS) Expresión emocional (EEM)
Afrontamiento desadaptativo centrado en el problema ( <i>manejo inadecuado</i> )	Evitación de problemas (EVP) Pensamiento desiderativo (PSD)
Afrontamiento desadaptativo centrado en la emoción ( <i>manejo inadecuado</i> )	Retirada social (RES) Autocrítica (AUC)

Las *escalas terciarias* surgen de la agrupación empírica de las anteriores, igualmente diferenciadas en dos grupos:

- *Manejo adecuado, centrado en el esfuerzo activo y adaptativo* para compensar la situación estresante, incluye las subescalas resolución de problemas (REP), reestructuración cognitiva (REC), apoyo social (APS) y expresión emocional (EEM).

- *Manejo inadecuado, caracterizado por un afrontamiento pasivo y desadaptativo* ante la situación, incluye las subescalas evitación de problemas (EVP), pensamiento desiderativo (PSD), retirada social (RES) y autocrítica (AUC).

## Escalas terciarias

<p><i>Manejo adecuado,</i> centrado en el esfuerzo activo y adaptativo</p>	<p>Resolución de problemas (REP) Reestructuración cognitiva (REC) Apoyo social (APS) Expresión emocional (EEM)</p>
<p><i>Manejo inadecuado,</i> caracterizado por un afrontamiento pasivo y desadaptativo</p>	<p>Evitación de problemas (EVP) Pensamiento desiderativo (PSD) Retirada social (RES) Autocrítica (AUC)</p>

De igual forma, tal como vimos en el Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A, el proceso de afrontamiento en el Inventario CSI se ha elaborado en función del modo cómo las personas manejan la respuesta, dividiéndose en *estrategias y estilos de afrontamiento* (Cano, Rodríguez y García, 2006), convertidos a su vez en dos conceptos complementarios, que no detallaremos porque ya se hizo en la definición del CRI-A.

Así mismo, en ambos Inventarios, aparece una medición cuantitativa en escala Likert y una medición cualitativa, en el que el sujeto puede valorar subjetivamente la situación estresante, siendo ésta una forma de valoración mucho más reciente y más abierta al análisis narrativo, cuya ventaja radica en la posibilidad de profundizar el significado individual de la situación.

La técnica narrativa da mayor información acerca de la situación estresante a la que se enfrenta la persona y descubre nuevas formas de afrontamiento que tal vez no estaban contempladas en los cuestionarios. En este sentido, en el Inventario CSI, antes de responder a las preguntas, se le pide al sujeto que *describa por escrito* una situación que le haya causado problema o malestar en su vida cotidiana en el *último mes*. En cambio, en el Inventario CRI-A, se le pide al sujeto que *reviva mentalmente* (no tiene que escribir nada) una situación laboral extrema que haya sufrido en los *últimos doce meses*.

En la aplicación del CSI, se ha utilizado la *descripción textual* para elaborar o definir significados que potencialmente pudieran modular o afectar al estrés laboral, respecto al problema referido en la vida cotidiana, diferenciando *cinco dimensiones o categorías: Personal, familiar, laboral, social y emergencia*, que comentaremos a continuación.

1- *Situación personal*. Asuntos o circunstancias intrínsecas a la persona que pueden crear malestar en los tres canales de respuesta, motor, cognitivo y fisiológico. Entendemos por asuntos o circunstancias intrínsecas a la persona, algunas situaciones tal como se resume en el siguiente ejemplo: *“La ruptura de mi última relación emocional supuso un período de varios meses de tensión y estrés físico y emocional”*.

En este punto también se incluyen situaciones de emergencia psicosocial, tales como pobreza extrema, deshaucio, pérdida de enseres, pérdida de la situación laboral, etc.

2- *Situación familiar*. Asuntos o circunstancias relacionadas con los problemas resultantes de la interacción con la pareja, los hijos y/o el entorno familiar, como se resume en el siguiente ejemplo: “*Para mí, es un problema estar en medio de la relación entre mi hija mayor y mi pareja sentimental actual*”.

3- *Situación laboral*. Asuntos o circunstancias relacionadas con el desarrollo de la profesión y el contexto laboral, como se resume en el siguiente ejemplo: “*Soy víctima de acoso laboral desde hace ya un tiempo, llegando incluso a perder temporalmente mi categoría laboral, ya que estaba asignada por la dirección de la Empresa*”.

4- *Situación social*. Asuntos o circunstancias que originan malestar como resultado de la interacción en cualquier área social, como vemos en el siguiente ejemplo: “*Tengo unos vecinos que molestan mucho y tras llamarles la atención, ya no me dejan tranquila y además me insultan*”.

5- *Situación de emergencia*. Asuntos o circunstancias que implican riesgo para la propia persona, para terceros o para el medio ambiente, lo cual implica la necesidad de una intervención inmediata que además se puede dar en cualquiera de las anteriores situaciones, como vemos en el siguiente ejemplo: “*Tuve que saltar al agua para salvar a una persona que se estaba ahogando. Tuve que practicarle la respiración artificial y la salvé*”.

### **3.3. Estrategia en el tratamiento de resultados**

El análisis de los datos se ha llevado a cabo utilizando el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versión 17).

Las variables utilizadas para realizar los análisis necesarios con objeto de cumplimentar los objetivos y poder explicar las hipótesis referidas a los mismos, son las siguientes:

- *Variables independientes*

Del cuestionario sociodemográfico se obtienen las siguientes variables:

- *Sexo*: Cualitativa de dos niveles
- *Edad*: Cuantitativa
- *Nivel de estudios*: Cualitativa de cuatro niveles
- *Rama profesional*: Cualitativa de cuatro niveles
- *Antigüedad*: Cualitativa de cuatro niveles

Respecto al Inventario CSI, a partir de la descripción y evocación de una situación cotidiana que haya producido malestar en el último mes, como ya se ha comentado, se ha diferenciado la *variable cualitativa* “problema referido” en cinco dimensiones o categorías: *Personal, familiar, laboral, social y emergencia*.

- *Variables dependientes*

Del cuestionario motivacional se obtienen estas variables, todas en escala cualitativa *Likert* de cinco niveles:

- ¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?
- ¿Le gusta tomar decisiones?
- ¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?
- ¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?
- ¿Se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?
- ¿Siente que su trabajo es reconocido socialmente?
- ¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?

De los 48 ítems formulados en la segunda parte del Inventario CRI-A, se deducen ocho escalas de afrontamiento de nivel cuantitativo:

- Análisis lógico (AL)
- Reevaluación positiva (RP)
- Búsqueda de guía y soporte (BG)
- Solución de problemas (SP)
- Evitación cognitiva (EC)
- Aceptación o resignación (AR)
- Búsqueda de recompensas alternativas (BR)
- Descarga emocional (DE)

De las cuales se reflejan cuatro estilos de afrontamiento, también medidos en escala cuantitativa:

- Aproximación cognitiva (ACG)
- Aproximación conductual (ACN)
- Evitación cognitiva (ECG)
- Evitación conductual (ECN)

De los 40 ítems formulados en el Inventario CSI se deducen ocho escalas de afrontamiento a nivel cuantitativo:

- Resolución de problemas (REP)
- Autocrítica (AUC)
- Expresión emocional (EEM)
- Pensamiento desiderativo (PSD)
- Apoyo social (APS)
- Reestructuración cognitiva (REC)
- Evitación de problemas (EVP)
- Retirada social (RES)

Según la *normalidad* de las variables dependientes cuantitativas respecto a las dependientes, se utilizarán las siguientes técnicas:

- Cuantitativa contra cualitativa de dos niveles, *T-test* si hay normalidad en ambos niveles y *U-Mann-Whitney* en caso contrario.

- Cuantitativa contra cualitativa de más de dos niveles, *ANoVA* si hay normalidad en todos los niveles o *Kruskal-Wallis* en caso contrario.

- Cualitativa contra cualitativa, *Chi-cuadrado de independencia*.

- Cuantitativa contra cuantitativa, Coeficiente de correlación lineal de Pearson y su T-test asociado.

Exponemos a continuación el glosario de notaciones respecto al estudio, que serán utilizadas en la presentación de resultados con las siguientes abreviaciones:

- **M**: Media
- **DE**: Desviación estándar
- **EC**: Estadístico de contraste (en cada caso, éste dependerá de la técnica utilizada según la normalidad de las variables)
- **p**: P-Valor , o significación del contraste

A partir de estas variables, pasamos al análisis de todos los resultados de la muestra con objeto de poder validar o rechazar las hipótesis referidas a los objetivos propuestos.

## 4. Resultados

### 4.1. Estudio de Normalidad

En las *Tablas N° 1, 2 y 3* presentamos, respectivamente, los estudios de normalidad de las variables:

1- *Intensidad del estrés y grado de control percibido*

2- *Escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A:*

Análisis lógico (AL); Reevaluación positiva (RP); Búsqueda de guía y soporte (BG); Solución de problemas (SP); Evitación cognitiva (EC); Aceptación o Resignación (AR), Búsqueda de recompensas alternativas (BR) y Descarga emocional (DE), y

*Estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A:*

Aproximación cognitiva (ACG); Aproximación conductual (ACN); Evitación cognitiva (ECG); Evitación conductual (ECN)

3- *Estrategias de afrontamiento del Inventario CSI:*

Resolución de problemas (REP); Autocrítica (AUC); Expresión emocional (EEM); Pensamiento desiderativo (PSD); Apoyo social (APS); Reestructuración cognitiva (REC); Evitación de problemas (EVP) y Retirada social (RES)), respecto a todas las categorías de las variables sociodemográficas y a las categorías del problema referido

Todas aquellas variables que presenten normalidad respecto a todas las categorías de una variable sociodemográfica serán tratadas por la vía paramétrica en los posteriores análisis, mientras que aquellas en las que alguna categoría no presente normalidad serán tratadas por la vía no paramétrica.

**Tabla N° 1. Estudio de normalidad de la intensidad de estrés y grado de control percibido respecto a las variables categóricas contra las que serán contrastadas**

	Intensidad de estrés		Grado de control	
	p	Conclusión	p	Conclusión
<b>Total de la muestra</b>	0*	No Normal	0*	No Normal
<b>Sexo</b>				
Hombre	0*	No Normal	0*	No Normal
Mujer	0,005*	No Normal	0*	No Normal
<b>Nivel de estudios</b>				
Eso o equivalente	0,184	Normal	0,002*	No Normal
Bachillerato o equivalente	0,022*	No Normal	0*	No Normal
Universitario o equivalente	0*	No Normal	0*	No Normal
Postgrado	0,468	Normal	0,215	Normal
<b>Rama profesional</b>				
Administrativa	0,062	Normal	0,017*	No Normal
Sanitaria	0,001*	No Normal	0*	No Normal
Profesiones liberales	0,766	Normal	0,991	Normal
Ninguna de ellas	0,02*	No Normal	0*	No Normal
<b>Antigüedad</b>				
Menos de 1 año	0,377	Normal	0,033*	No Normal
Entre 1 y 5 años	0,005*	No Normal	0,004*	No Normal
Entre 6 y 10 años	0,027*	No Normal	0*	No Normal
Más de 10 años	0,024*	No Normal	0*	No Normal

- Se ha utilizado el test de Kolmogorov-Smirnov para el estudio de normalidad en todas las subescalas

-\* corresponde a ser significativo al 5% de significación

**Tabla N° 2. Estudio de normalidad de las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A respecto a las variables categóricas contra las que serán contrastadas**

	AL		RP		BG		SP	
	p	Conclusión	p	Conclusión	p	Conclusión	p	Conclusión
<b>Total de la muestra</b>	0,074	Normal	0,163	Normal	0,215	Normal	0,082	Normal
<b>Sexo</b>								
Hombre	0,156	Normal	0,424	Normal	0,249	Normal	0,69	Normal
Mujer	0,535	Normal	0,432	Normal	0,658	Normal	0,107	Normal
<b>Nivel de estudios</b>								
Eso o equivalente Bachillerato o equivalente	0,859	Normal	0,932	Normal	0,856	Normal	0,999	Normal
Universitario o equivalente	0,646	Normal	0,683	Normal	0,739	Normal	0,7	Normal
Postgrado	0,141	Normal	0,657	Normal	0,715	Normal	0,125	Normal
	0,745	Normal	0,851	Normal	0,886	Normal	0,973	Normal
<b>Rama profesional</b>								
Administrativa	0,91	Normal	0,548	Normal	0,886	Normal	0,442	Normal
Sanitaria	0,693	Normal	0,399	Normal	0,893	Normal	0,657	Normal
Profesiones liberales	0,904	Normal	0,997	Normal	0,991	Normal	0,991	Normal
Ninguna de ellas	0,431	Normal	0,345	Normal	0,626	Normal	0,47	Normal
<b>Antigüedad</b>								
Menos de 1 año	0,734	Normal	0,761	Normal	0,512	Normal	0,976	Normal
Entre 1 y 5 años	0,983	Normal	0,955	Normal	0,720	Normal	0,89	Normal
Entre 6 y 10 años	0,422	Normal	0,855	Normal	0,522	Normal	0,499	Normal
Más de 10 años	0,419	Normal	0,468	Normal	0,856	Normal	0,16	Normal
	EC		AR		BR		DE	
	p	Conclusión	p	Conclusión	p	Conclusión	p	Conclusión
<b>Total de la muestra</b>	0,004*	No Normal	0,003*	No Normal	0,518	Normal	0,023*	No Normal
<b>Sexo</b>								
Hombre	0,03*	No Normal	0,001*	No Normal	0,325	Normal	0,046*	No Normal
Mujer	0,299	Normal	0,134	Normal	0,411	Normal	0,636	Normal
<b>Nivel de estudios</b>								
Eso o equivalente Bachillerato o equivalente	0,872	Normal	0,656	Normal	0,803	Normal	0,325	Normal
Universitario o equivalente	0,242	Normal	0,14	Normal	0,73	Normal	0,221	Normal
Postgrado	0,09	Normal	0,101	Normal	0,841	Normal	0,314	Normal
	0,956	Normal	0,626	Normal	0,348	Normal	0,756	Normal
<b>Rama profesional</b>								
Administrativa	0,987	Normal	0,788	Normal	0,86	Normal	0,735	Normal
Sanitaria	0,254	Normal	0,218	Normal	0,404	Normal	0,365	Normal
Profesiones liberales	1	Normal	0,944	Normal	1	Normal	0,991	Normal
Ninguna de ellas	0,071	Normal	0,032*	No Normal	0,349	Normal	0,131	Normal
<b>Antigüedad</b>								
Menos de 1 año	0,692	Normal	0,536	Normal	0,815	Normal	0,743	Normal
Entre 1 y 5 años	0,894	Normal	0,201	Normal	0,461	Normal	0,234	Normal
Entre 6 y 10 años	0,387	Normal	0,032*	No Normal	0,731	Normal	0,101	Normal
Más de 10 años	0,049*	No Normal	0,471	Normal	0,873	Normal	0,308	Normal

- Se ha utilizado el test de Kolmogorov-Smirnov para el estudio de normalidad en todas las subescalas  
 -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación  
 - **AL:** Análisis lógico; **RP:** Reevaluación positiva; **BG:** Búsqueda de guía y soporte; **SP:** Solución de problemas; **EC:** Evitación cognitiva; **AR:** Aceptación o resignación; **BR:** Búsqueda de recompensas alternativas; **DE:** Descarga emocional  
 - **ACG:** Aproximación cognitiva; **ACN:** Aproximación conductual; **ECG:** Evitación cognitiva; **ECN:** Evitación conductual

**Tabla N° 3. Estudio de normalidad de los estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A respecto a las variables categóricas contra las que serán contrastadas**

	ACG		ACN		ECG		ECN	
	p	Conclusión	p	Conclusión	p	Conclusión	p	Conclusión
<b>Total de la muestra</b>	0,314	Normal	0,227	Normal	0,1	Normal	0,104	Normal
<b>Sexo</b>								
Hombre	0,505	Normal	0,286	Normal	0,29	Normal	0,163	Normal
Mujer	0,246	Normal	0,746	Normal	0,351	Normal	0,708	Normal
<b>Nivel de estudios</b>								
Eso o equivalente	0,917	Normal	0,966	Normal	0,956	Normal	0,821	Normal
Bachillerato o equivalente	0,757	Normal	0,432	Normal	0,229	Normal	0,859	Normal
Universitario o equivalente	0,631	Normal	0,886	Normal	0,503	Normal	0,133	Normal
Postgrado	0,862	Normal	0,987	Normal	0,964	Normal	0,796	Normal
<b>Rama profesional</b>								
Administrativa	0,693	Normal	0,984	Normal	0,971	Normal	0,995	Normal
Sanitaria	0,844	Normal	0,469	Normal	0,186	Normal	0,492	Normal
Profesiones liberales	0,976	Normal	0,997	Normal	0,85	Normal	0,886	Normal
Ninguna de ellas	0,458	Normal	0,721	Normal	0,268	Normal	0,366	Normal
<b>Antigüedad</b>								
Menos de 1 año	0,794	Normal	0,964	Normal	0,939	Normal	0,909	Normal
Entre 1 y 5 años	0,949	Normal	0,865	Normal	0,717	Normal	0,967	Normal
Entre 6 y 10 años	0,637	Normal	0,851	Normal	0,504	Normal	0,528	Normal
Más de 10 años	0,668	Normal	0,521	Normal	0,498	Normal	0,209	Normal

- Se ha utilizado el test de Kolmogorov-Smirnov para el estudio de normalidad en todas las subescalas  
 -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación  
 - **AL:** Análisis lógico; **RP:** Reevaluación positiva; **BG:** Búsqueda de guía y soporte; **SP:** Solución de problemas; **EC:** Evitación cognitiva; **AR:** Aceptación o resignación; **BR:** Búsqueda de recompensas alternativas; **DE:** Descarga emocional  
 - **ACG:** Aproximación cognitiva; **ACN:** Aproximación conductual; **ECG:** Evitación cognitiva; **ECN:** Evitación conductual

**Tabla N° 4. Estudio de normalidad de las *escalas de afrontamiento* del Inventario CSI respecto a las variables categóricas contra las que se van a contrastar**

	REP		AUC		EEM		PSD	
	p	Conclusión	p	Conclusión	p	Conclusión	p	Conclusión
<b>Total de la muestra</b>	0*	No Normal	0,018*	No Normal	0,22	Normal	0,04*	No Normal
<b>Sexo</b>								
Hombre	0,03*	No Normal	0,134	Normal	0,429	Normal	0,094	Normal
Mujer	0,002*	No Normal	0,256	Normal	0,738	Normal	0,219	Normal
<b>Nivel de estudios</b>								
Eso o equivalente	0,448	Normal	0,333	Normal	0,854	Normal	0,326	Normal
Bachillerato o equivalente	0,224	Normal	0,289	Normal	0,718	Normal	0,333	Normal
Universitario o equivalente	0,006*	No Normal	0,077	Normal	0,519	Normal	0,476	Normal
Postgrado	0,475	Normal	0,469	Normal	0,965	Normal	0,48	Normal
<b>Rama profesional</b>								
Administrativa	0,094	Normal	0,513	Normal	0,786	Normal	0,25	Normal
Sanitaria	0,018*	No Normal	0,134	Normal	0,466	Normal	0,536	Normal
Profesiones liberales	0,991	Normal	0,952	Normal	1	Normal	0,836	Normal
Ninguna de ellas	0,1	Normal	0,289	Normal	0,575	Normal	0,14	Normal
<b>Antigüedad</b>								
Menos de 1 año	0,192	Normal	0,888	Normal	0,95	Normal	0,895	Normal
Entre 1 y 5 años	0,393	Normal	0,366	Normal	0,399	Normal	0,472	Normal
Entre 6 y 10 años	0,047*	No Normal	0,259	Normal	0,471	Normal	0,154	Normal
Más de 10 años	0,02*	No Normal	0,477	Normal	0,8	Normal	0,434	Normal
<b>Problema referido</b>								
Personal	0,105	Normal	0,101	Normal	0,39	Normal	0,458	Normal
Familiar	0,442	Normal	0,554	Normal	0,631	Normal	0,13	Normal
Laboral	0,052	Normal	0,921	Normal	0,847	Normal	0,985	Normal
Social	0,456	Normal	0,601	Normal	0,632	Normal	0,993	Normal
Emergencia	0,069	Normal	0,209	Normal	0,277	Normal	0,423	Normal

	APS		REC		EVP		RES	
	p	Conclusión	p	Conclusión	p	Conclusión	p	Conclusión
<b>Total de la muestra</b>	0,227	Normal	0,22	Normal	0,213	Normal	0,437	Normal
<b>Sexo</b>								
Hombre	0,539	Normal	0,248	Normal	0,349	Normal	0,686	Normal
Mujer	0,639	Normal	0,737	Normal	0,329	Normal	0,917	Normal
<b>Nivel de estudios</b>								
Eso o equivalente	0,627	Normal	0,566	Normal	0,974	Normal	0,574	Normal
Bachillerato o equivalente	0,883	Normal	0,356	Normal	0,913	Normal	0,81	Normal
Universitario o equivalente	0,715	Normal	0,609	Normal	0,16	Normal	0,634	Normal
Postgrado	0,632	Normal	0,991	Normal	1	Normal	0,611	Normal
<b>Rama profesional</b>								
Administrativa	0,424	Normal	0,779	Normal	0,986	Normal	0,91	Normal
Sanitaria	0,688	Normal	0,694	Normal	0,876	Normal	0,51	Normal
Profesiones liberales	1	Normal	0,85	Normal	0,997	Normal	0,894	Normal
Ninguna de ellas	0,683	Normal	0,531	Normal	0,667	Normal	0,658	Normal
<b>Antigüedad</b>								
Menos de 1 año	0,758	Normal	0,622	Normal	0,953	Normal	0,999	Normal

Entre 1 y 5 años	0,636	Normal	0,569	Normal	0,672	Normal	0,988	Normal
Entre 6 y 10 años	0,396	Normal	0,463	Normal	0,816	Normal	0,542	Normal
Más de 10 años	0,748	Normal	0,42	Normal	0,69	Normal	0,401	Normal

**Problema referido**

Personal	0,726	Normal	0,37	Normal	0,432	Normal	0,581	Normal
Familiar	0,854	Normal	0,936	Normal	0,896	Normal	0,4	Normal
Laboral	0,842	Normal	0,907	Normal	1	Normal	0,976	Normal
Social	0,864	Normal	0,929	Normal	0,99	Normal	0,964	Normal
Emergencia	0,817	Normal	0,766	Normal	0,87	Normal	0,953	Normal

---

- Se ha utilizado el test de Kolmogorov-Smirnov para el estudio de normalidad en todas las subescalas

-\* corresponde a ser significativo al 5% de significación

- **REP:** Resolución de problemas; **AUC:** Autocrítica; **EEM:** Expresión emocional; **PSD:** Pensamiento desiderativo; **APS:** Apoyo social; **REC:** Reestructuración cognitiva; **EVP:** Evitación de problemas; **RES:** Retirada social

## **4.2. Análisis de las respuestas del personal de emergencias respecto a las *variables motivacionales* en función de las *variables sociodemográficas* (1<sup>er</sup> objetivo: H1-H2-H3)**

En la primera parte de este estudio se comentó la estrecha relación del factor motivacional con las conductas de mayor riesgo laboral, *el estrés y la ansiedad*, por ello, procederemos en primer lugar al análisis de las respuestas sobre las *variables motivacionales*. Así mismo, estos resultados serán analizados en relación a diferentes modelos y trabajos expuestos en la introducción teórica que presentan la motivación como un elemento clave para el bienestar psicológico, la salud laboral y el desarrollo organizacional.

De las siete variables planteadas en el cuestionario motivacional, únicamente tres de ellas se mostraron estadísticamente significativas en función de las variables sociodemográficas, sexo, edad y antigüedad, a partir de las cuales iniciaremos el análisis de resultados. Estas variables, ¿le gusta tomar decisiones?, ¿le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones? y ¿estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?, están reflejadas en la *Tabla N° 5 (pág. 121)*.

Para el análisis de estos resultados seguiremos la secuencia establecida por el cuestionario motivacional, mostrando en primer lugar las variables motivacionales que presentan relaciones significativas con determinadas variables sociodemográficas. Para complementar el análisis cuantitativo, los resultados se analizarán cualitativamente a través de los gráficos expuestos en las “*Figuras de los contrastes de las variables motivacionales*”, contempladas en el *Cuadro N° 1, Figuras N° 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 (pág. 124)*.

### **4.2.1. Análisis de las respuestas del personal de emergencias respecto a la variable motivacional “¿le gusta tomar decisiones?”, en función del conjunto de *variables sociodemográficas* (H1)**

Según se aprecia en la *Tabla N° 5*, la variable motivacional *¿le gusta tomar decisiones?* únicamente presenta relación significativa respecto a la *variable antigüedad* ( $\chi^2(12) = 27.14$ ,  $p = 0.007$ ,  $C = 0.43$ ). Si bien, el valor medio del Coeficiente de Contingencia ( $C$ ), pudiera indicar que la *variable antigüedad* ejerce una relativa función moduladora en la *toma de decisiones*, como se puede observar en el análisis cualitativo de la *Figura N° 1.4*.

De las respuestas obtenidas en esta variable motivacional, sobre una escala *Likert* de 5 puntos, los intervinientes de menos de 1 año y entre 1 y 5 años de antigüedad tienden a distribuir sus respuestas entre las categorías poco (3) y mucho (4), mientras que los intervinientes entre 6 y 10 años y más de 10 años de antigüedad, tienden a distribuir sus respuestas entre las categorías mucho (4) y muchísimo (5).

Según vimos en la estratificación de la muestra, el número de intervinientes con antigüedad *superior a 10 años* (39.2 %), seguidos de los que tienen una antigüedad *entre*

6 y 10 años (32 %), representa más del 60 % de la muestra, por lo que el 40 % restante son de menor antigüedad. Estos datos nos indican que, sobre la totalidad de la muestra, a *mayor antigüedad, mayor tendencia a tomar de decisiones.*

Según estos resultados, se confirma parcialmente la **hipótesis 1**, donde se avanzó que las mujeres y los intervinientes de mayor edad y mayor antigüedad presentarían mayor interés en la toma de decisiones. Sin embargo, únicamente los intervinientes de *mayor antigüedad* presentaron relación con esta variable motivacional.

Finalmente, no se encontró relación significativa con el resto de variables sexo, edad, nivel de estudios y rama profesional respecto a la variable *¿le gusta tomar decisiones?*.

#### **4.2.2. Análisis de la variable motivacional “¿le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?”, respecto a la totalidad de las *variables sociodemográficas* (H2)**

Según podemos observar en los datos reflejados de la *Tabla N° 5*, la variable motivacional “¿le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?”, presenta relaciones significativas en función de las variables *sexo* y *edad* y, en menor grado, respecto a la variable *antigüedad*, cuyos resultados pasamos a comentar.

Los resultados obtenidos en esta variable motivacional respecto a la *variable sexo*, ( $\chi^2(4) = 9.953$ ,  $p = 0.019$ ,  $C = 0.28$ ), aun siendo estadísticamente significativos, muestran un pequeño tamaño del efecto (C). Esto se refleja en la *Figura N° 1.1*, donde se observa que las respuestas de las mujeres tienden a concentrarse en la categoría muchísimo (5) sobre una escala *Likert* de 5 puntos, seguidas de las respuestas de los hombres que tienden a concentrarse en la categoría mucho (4).

Respecto a la *variable edad*, en base a los resultados obtenidos, ( $F(4.115) = 3.846$ ,  $p = 0.011$ ,  $Eta2 = 0.09$ ), se observa una relación significativa con esta variable. El tamaño del efecto (*Eta2*) entre mediano y grande podría indicar que, efectivamente, la edad ejerce una función moduladora respecto al interés por experimentar nuevas sensaciones.

Según se aprecia en la *Figura N° 1.2*, podemos afirmar que los intervinientes que eligieron la categoría poco (3) son los que presentan mayor media de edad, ( $M = 43.9$ ,  $SD = 8.85$ ,  $N = 21$ ), mientras que los intervinientes que eligieron la categoría muchísimo (5) presentan la menor media de edad ( $M = 36.7$ ,  $SD = 9.97$ ,  $N = 49$ ).

Respecto a la *variable antigüedad* (sinónimo de experiencia acumulada), según los datos mostrados en la *Tabla N° 5*, ( $\chi^2(12) = 20.372$ ,  $p = 0.016$ ,  $C = 0.38$ ), existe una relación estadísticamente significativa, la cual no se había planteado en las hipótesis. El tamaño del efecto (C), entre pequeño y mediano, podría indicar que la variable antigüedad ejerce una relativa función moduladora respecto al *interés por experimentar nuevas sensaciones*. La magnitud entre estas diferencias es relativa, según se observa en el análisis cualitativo de la *Figura N° 1.3*.

Las respuestas informadas por los intervinientes con *mayor antigüedad* (o *mayor experiencia*), entre 6 y 10 años y más de 10 años de antigüedad, se distribuyen entre las categorías poco (3), mucho (4) y muchísimo (5), sobre una escala *Likert* de 5 puntos, mientras que los intervinientes con *menor antigüedad* (entre 1 y 5 años de antigüedad) eligen en su mayoría entre mucho (4) y muchísimo (5). Sin embargo, los recién incorporados, con menos de un año de antigüedad, distribuyen sus respuestas entre muy poco (2), mucho (4) y muchísimo (5).

Estas dos últimas categorías (entre 1 y 5 años de antigüedad y recién incorporados) apenas representan el 30 % de la totalidad de la muestra, por lo cual, resulta difícil justificar que la idea de *experimentar nuevas sensaciones* tenga mayor representación en el grupo de intervinientes de *menor antigüedad*.

Sin embargo, si comparamos los diferentes tamaños del efecto (*Coefficiente de Contingencia C*, en las variables *sexo* y *antigüedad* y el *tamaño del efecto Eta<sup>2</sup>*, en la variable *edad*), se observa que la relación con la *variable antigüedad* presenta mayor relevancia que la registrada con las variables *sexo* y *edad*.

Estos datos nos aportan información respecto al *perfil del personal de emergencias*. Nuestro criterio es que dentro del colectivo de emergencias, ***las mujeres, los intervinientes más jóvenes y los de menor antigüedad*** (sean hombres o mujeres), autoinforman mayor número de respuestas con tendencia a experimentar nuevas sensaciones, confirmando lo avanzado en la **hipótesis 2**, como se puede apreciar en la *Tabla N° 5*.

**Tabla N° 5. Contrastes de las respuestas del personal de emergencias de las *variables motivacionales* contra las *variables sociodemográficas sexo, edad y antigüedad* (1<sup>er</sup> objetivo: H1-H2-H3)**

	Sexo			Edad		
	EC	p-valor	C	EC	p-valor	Eta2
¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?	Chi2(4)=4,609	0,33		F(4,115)=0,649	0,629	
¿Le gusta tomar decisiones?	Chi2(4)=6,173	0,187		F(4,115)=1,44	0,225	
¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?	Chi2(4)=1,857	0,762		F(4,115)=1,471	0,216	
¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?	<b>Chi2(4)=9,953</b>	<b>0,019*</b>	<b>0,28</b>	<b>F(4,115)=3,846</b>	<b>0,011*</b>	<b>0,09</b>
¿Se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?	Chi2(4)=3,676	0,299		F(4,115)=0,18	0,91	
¿Siente su trabajo reconocido socialmente?	Chi2(4)=3,126	0,537		F(4,115)=1,331	0,263	
¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?	Chi2(4)=2,118	0,714		F(4,115)=1,033	0,394	
	Antigüedad					
	EC	p-valor	C			
¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?	Chi2(12)=18,607	0,098				
¿Le gusta tomar decisiones?	<b>Chi2(12)=27,14</b>	<b>0,007*</b>	<b>0,43</b>			
¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?	Chi2(12)= 9,015	0,702				
¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?	<b>Chi2(12)=20,372</b>	<b>0,016*</b>	<b>0,38</b>			
¿Se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?	Chi2(12)= 6,763	0,662				
¿Siente su trabajo reconocido socialmente?	Chi2(12)=10,677	0,557				
¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?	<b>Chi2(12)=21,239</b>	<b>0,047*</b>	<b>0,39</b>			

- Para contrastar las variables motivacionales respecto a la edad se ha utilizado el ANOVA y para contrastar respecto al resto de variables sociodemográficas el contraste de independencia de Chi cuadrado

- p: P-Valor o significación del contraste

- \* corresponde a ser significativo al 5% de significación

- C es el Coeficiente de Contingencia del contraste de independencia de Chi Cuadrado. (Cuanto más cercano a la unidad mayor es el efecto de la relación)

- Eta2 es el tamaño del efecto (Eta2=0.01, efecto pequeño, Eta2=0.06, efecto mediano, Eta2=0.14 efecto grande)

**4.2.3. Análisis de las respuestas del personal de emergencias respecto a la variable motivacional “¿estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?” en función de las *variables sociodemográficas*, sobre los datos reflejados en la *Tabla N° 5***

Estos datos muestran relación significativa con la *variable antigüedad* (*experiencia acumulada*) ( $\chi^2(12) = 21.239$ ,  $p = 0.047$ ,  $C = 0.39$ ), sin embargo, aun siendo estadísticamente significativa, el valor medio del *Coeficiente de Contingencia C* es pequeño. A pesar de ello, la *variable antigüedad* podría ejercer una relativa función moduladora respecto a *situaciones de mayor riesgo*, como se puede apreciar en la *Figura N° 1.5*.

El análisis cualitativo de estos resultados, muestra que los intervinientes con *mayor antigüedad*, entre 6 y 10 años y más de 10 años, tienden a responder en mayor medida, mucho (4) y, en menor medida, muchísimo (5), mientras que los intervinientes con *menor antigüedad*, menos de 1 año y entre 1 y 5 años, tienden a responder muchísimo (5).

Pese a que en la estratificación de la muestra se observa que los intervinientes entre 1 y 5 años y menos de 1 año de antigüedad apenas representan el 30 % de la totalidad de la muestra, este dato nos podría indicar que la idea de *asumir situaciones de mayor riesgo*, es más representativa en los intervinientes con *menor antigüedad*.

La variable “¿estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?”, no se planteó inicialmente en las hipótesis, bajo el supuesto de que el riesgo estaría implícito en la operativa de emergencias y en el protocolo del perfil profesional, sin embargo, se han encontrado diferencias significativas respecto a la *antigüedad* que hemos considerado oportuno comentar.

#### **4.2.4. Análisis del *resto de variables motivacionales* en función de las *variables sociodemográficas*, reflejadas íntegramente en la *Tabla N° 6* (H-3)**

De las siete cuestiones planteadas, únicamente las tres variables mencionadas resultaron ser estadísticamente significativas, si bien, haremos un breve comentario sobre las cuatro restantes: ¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?, ¿prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?, ¿se siente implicado en el trabajo que realiza en la Institución? y ¿siente que su trabajo es reconocido socialmente?.

A la vista de los resultados, ninguna de estas variables motivacionales presentaron relaciones significativas con las variables sociodemográficas sexo, edad, nivel de estudios, rama profesional y antigüedad. Pese a que algunas de ellas fueron planteadas como hipótesis para el presente estudio, pensando en una posible relación, los resultados mostraron todo lo contrario.

Inicialmente se dijo que las variables motivacionales “¿se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?” y “¿siente que su trabajo es reconocido socialmente?” tendrían relación con la variable sociodemográfica rama profesional, respecto a las categorías intervención directa y asistencia sanitaria. No habiendo encontrado relación alguna, se rechaza totalmente la **hipótesis 3**.

Seguidamente, con objeto de facilitar una exposición global de los resultados obtenidos sobre las *variables motivacionales* respecto a las *variables sociodemográficas*, estos datos se reflejan en su totalidad en la siguiente tabla (*Tabla N° 6*), seguida del *Cuadro* que contempla las *Figuras* de los contrastes de las *variables motivacionales* respecto a las *variables sociodemográficas* (pág. 124).

**Tabla N° 6. Contrastes de las respuestas referidas por el personal de emergencias de las variables motivacionales contra todas las variables sociodemográficas (1<sup>er</sup> objetivo: H1-H2-H3)**

	Sexo			Edad		
	EC	p-valor	C	EC	p-valor	Eta2
¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?	Chi2(4)=4,609	0,33		F(4,115)=0,649	0,629	
¿Le gusta tomar decisiones?	Chi2(4)=6,173	0,187		F(4,115)=1,44	0,225	
¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?	Chi2(4)=1,857	0,762		F(4,115)=1,471	0,216	
¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?	<b>Chi2(4)=9,953</b>	<b>0,019*</b>	<b>0,28</b>	<b>F(4,115)=3,846</b>	<b>0,011*</b>	<b>0,09</b>
¿Se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?	Chi2(4)=3,676	0,299		F(4,115)=0,18	0,91	
¿Siente su trabajo reconocido socialmente?	Chi2(4)=3,126	0,537		F(4,115)=1,331	0,263	
¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?	Chi2(4)=2,118	0,714		F(4,115)=1,033	0,394	
	Nivel de estudios			Rama Profesional		
	EC	p-valor	C	EC	p-valor	C
¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?	Chi2(12)= 9,431	0,666		Chi2(12)= 9,491	0,661	
¿Le gusta tomar decisiones?	Chi2(12)= 8,518	0,743		Chi2(12)=12,754	0,387	
¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?	Chi2(12)=18,262	0,108		Chi2(12)= 20,58	0,057	
¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?	Chi2(12)= 9,803	0,367		Chi2(12)= 6,917	0,646	
¿Se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?	Chi2(12)=14,003	0,122		Chi2(12)= 4,635	0,865	
¿Siente su trabajo reconocido socialmente?	Chi2(12)= 9,104	0,694		Chi2(12)= 7,81	0,8	
¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?	Chi2(12)= 8,728	0,726		Chi2(12)=17,973	0,117	
	Antigüedad					
	EC	p-valor	C			
¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?	Chi2(12)=18,607	0,098				
¿Le gusta tomar decisiones?	<b>Chi2(12)= 27,14</b>	<b>0,007*</b>	<b>0,43</b>			
¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?	Chi2(12)= 9,015	0,702				
¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?	<b>Chi2(12)=20,372</b>	<b>0,016*</b>	<b>0,38</b>			
¿Se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?	Chi2(12)= 6,763	0,662				
¿Siente su trabajo reconocido socialmente?	Chi2(12)=10,677	0,557				
¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?	Chi2(12)=21,239	0,047*	0,39			

- Para contrastar las variables motivacionales respecto a la edad se ha utilizado el ANOVA y para contrastar respecto al resto de variables sociodemográficas el contraste de independencia de Chi cuadrado

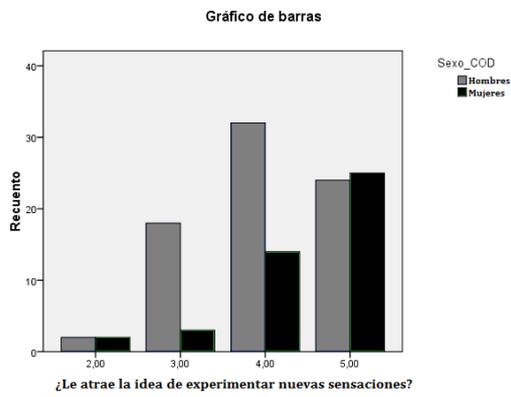
- p: P-Valor o significación del contraste

-\* corresponde a ser significativo al 5% de significación

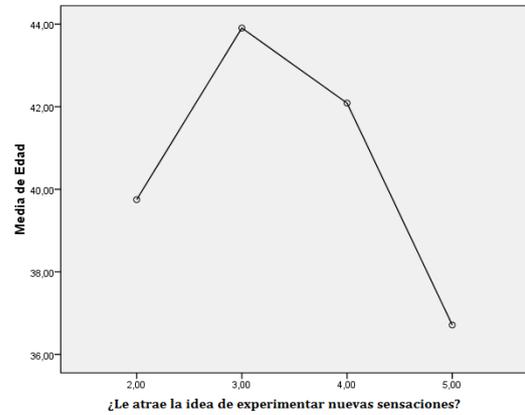
- C es el Coeficiente de Contingencia del contraste de independencia de Chi Cuadrado. (Cuanto más cercano a la unidad mayor es el efecto de la relación). Eta2 es el tamaño del efecto para la variable edad

**Cuadro N° 1. Figuras de los contrastes de las variables motivacionales respecto a las variables sociodemográficas, sobre una escala Likert de 5 puntos (1<sup>er</sup> objetivo: H1-H2-H3)**

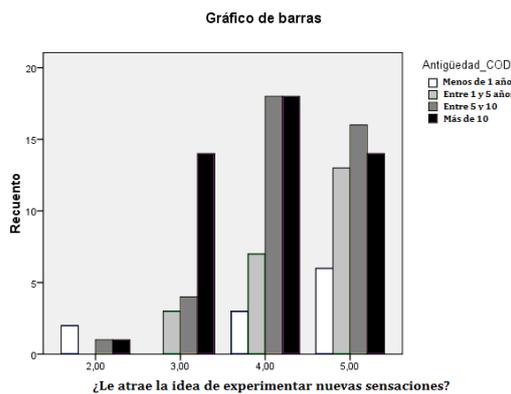
**Figura N°1.1**



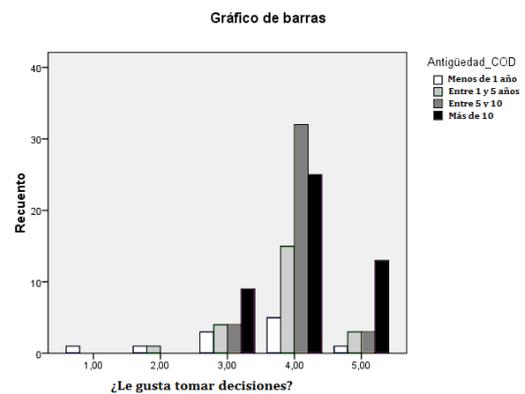
**Figura N°1.2**



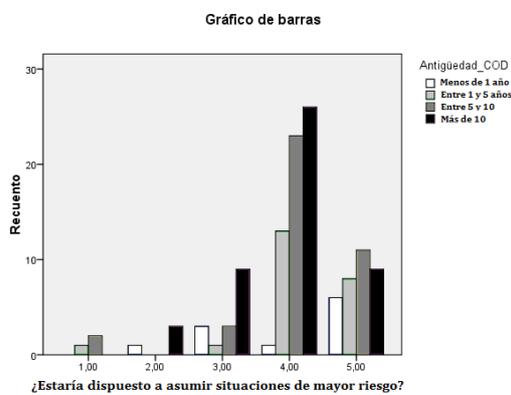
**Figura N°1.3**



**Figura N°1.4**



**Figura N°1.5**



Nota: en las figuras N° 1.3, 1.4 y 1.5, donde dice: Entre 5 y 10 años, debe entenderse entre 6 y 10 años

**4.3. Análisis de las respuestas del personal de emergencias** en las *variables intensidad de estrés y grado de control percibido* en función de las *variables sociodemográficas*. Análisis y comparación de las mismas con la muestra de población española (2º objetivo: H4-H5-H6)

**4.3.1. Análisis de las respuestas autoinformadas por el personal de emergencias** sobre la *intensidad de estrés generado* y el *grado de control percibido*, en función de las *variables sociodemográficas*, según se aprecia en la siguiente tabla (H4-H5).

**Tabla N° 7. Contrastes de la intensidad de estrés y el grado de control percibido referidos por el personal de emergencias respecto a todas las variables sociodemográficas (2º objetivo: H4-H5)**

	Intensidad de estrés		Grado de control	
	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	3,41	0,99	3,67	0,79
<b>Sexo</b>				
<b>Hombre</b>	3,34	0,94	<b>3,80</b>	0,65
<b>Mujer</b>	3,52	1,08	3,43	0,95
<b>EC</b>	Z = -1,168		Z = -2,331	
<b>p-valor</b>	0,243		<b>0,02*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>			r = 0,21	
<b>Nivel de Estudios</b>				
<b>Eso o equivalente</b>	3,22	1,11	3,67	0,77
<b>Bachillerato o equivalente Universitario o equivalente</b>	3,47	0,89	3,74	0,71
<b>Postgrado</b>	3,4	1,11	3,51	0,89
<b>EC</b>	Chi2(3) = 0,482		Chi2(3) = 3,511	
<b>p-valor</b>	0,923		0,319	
<b>Rama profesional</b>				
<b>Administrativa</b>	3,56	0,81	3,81	0,54
<b>Sanitaria</b>	3,4	1,08	3,57	0,93
<b>Profesiones liberales</b>	3,67	0,58	3,33	1,53
<b>Ninguna de ellas</b>	3,36	1,02	3,71	0,72
<b>EC</b>	Chi2(3) = 0,94		Chi2(3) = 0,893	
<b>p-valor</b>	0,816		0,827	
<b>Antigüedad</b>				
<b>Menos de 1 año</b>	3,64	1,03	3,64	0,67
<b>Entre 1 y 5 años</b>	3,44	1,04	3,65	0,78
<b>Entre 6 y 10 años</b>	3,31	0,92	3,72	0,74
<b>Más de 10 años</b>	3,43	1,06	3,64	0,89
<b>EC</b>	Chi2(3) = 1,39		Chi2(3) = 0,491	
<b>p-valor</b>	0,708		0,921	
<b>Edad</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>
	-0,132	0,152	-0,136	0,075

- Para contrastar estas variables respecto al sexo se ha usado el test de U-Mann-Whitney con su estadístico Z, respecto al nivel de estudios, la rama profesional y la antigüedad el contraste de Kruskal-Wallis con su estadístico Chi cuadrado y para contrastar con la edad el test T asociado al Coeficiente de Correlación de Pearson

-\* corresponde a ser significativo al 5% de significación

- r es el tamaño del efecto asociado al contraste U-Mann-Whitney.(r=0.1 efecto pequeño, r=0.3 efecto mediano, r=0.5 efecto grande)

Según vemos en la *Tabla N° 7*, no hay relación significativa alguna entre la variable *intensidad de estrés* y las variables *sociodemográficas*. Por tanto se rechaza plenamente la **hipótesis 4**, donde se dijo que las mujeres y los más jóvenes (hombres o mujeres) puntuarían en mayor grado con respecto a la variable estrés.

Estos datos difieren de los mostrados en la adaptación española del Inventario CRI-A, donde se observan mayores puntuaciones medias en las mujeres que en los hombres respecto a la variable estrés, lo cual podría generar dudas en los resultados de nuestro estudio, si bien, es necesario considerar la diferente procedencia de la muestra del personal de emergencias, integrada por el colectivo de profesionales y voluntarios en sus diferentes áreas de trabajo.

(M = 8.16, SD = 1.49, *en mujeres*), (M = 7.39, SD = 1.49, *en hombres*). Muestra española (M = 3.52, SD = 1.08, *en mujeres*), (M = 3.34, SD = 0.94, *en hombres*). Emergencias

Así mismo, se puede observar que esta diferencia en la totalidad de ambas muestras es muy relevante, tanto en la *variable intensidad de estrés* como en la *variable grado de control percibido*, lo cual se analizará sobre los datos del próximo apartado, *Tabla N° 8*.

Respecto a la segunda variable analizada, *grado de control percibido* por el personal de emergencias, se observan diferencias significativas en función de la *variable sexo* ( $Z = -2.331$ ,  $p = 0.02$ ,  $r = 0.21$ ). Estos resultados confirman parcialmente la **hipótesis 5**, donde se dijo que los hombres presentarían mayor grado de control percibido, si bien, esta relación estaría modulada por el pequeño tamaño del efecto ( $r = 0.21$ ).

**Resumiendo:** En contra de lo esperado, la variable *intensidad de estrés* no presenta relaciones significativas con ninguna de las *variables sociodemográficas*. Esto datos podrían indicar que independientemente de éstas variables, el personal de emergencias presenta un manejo adecuado de las situaciones adversas. Por el contrario la variable *grado de control percibido* presenta puntuaciones medias superiores en los hombres. Estos datos podrían estar justificados por la mayor trayectoria del hombre en este campo laboral. Sin embargo, cabe destacar que la variable *grado de control percibido* muestra puntuaciones medias superiores de los hombres en ambas muestras (población española en general y emergencias), como se refleja en estos datos.

(M = 5.59, SD = 2.42, *en hombres*), (M = 5.09, SD = 2.49, *en mujeres*). Muestra española (M = 3.80, SD = 0.65, *en hombres*), (M = 3.43, SD = 0.95, *en mujeres*). Emergencias

Una vez analizadas estas variables, el objeto del siguiente punto es el análisis comparativo entre ambas muestras.

**4.3.2. Análisis y comparación de las respuestas** sobre la intensidad de estrés y grado de control percibido entre la *totalidad de la muestra del personal de emergencias* y la *muestra de la población española*, contemplada en la adaptación española del Inventario CRI-A. Estos datos se muestran reflejados en la *Tabla N° 8* (H6)

**Tabla N° 8. Comparación de los resultados de la *intensidad de estrés* y el *grado de control percibido* referidos por el *personal de emergencias* respecto al conjunto de la *población española* (2° objetivo: H6)**

	Intensidad de estrés		Grado de control	
	M	SD	M	SD
<b>Ambos sexos</b>				
Muestra de emergencias	<b>3,408</b>	0,999	3,667	0,792
Conjunto población española	7,79	1,73	<b>5,39</b>	2,45
<b>Hombres</b>				
Muestra de emergencias	<b>3,342</b>	0,945	3,803	0,653
Conjunto población española	7,39	1,88	<b>5,59</b>	2,42
<b>Mujeres</b>				
Muestra de emergencias	<b>3,523</b>	1,088	3,431	0,949
Conjunto población española	8,16	1,49	<b>5,09</b>	2,49
<b>Significación del contraste en el conjunto de la población española respecto a la variable sexo</b>				
t		7,75		2,24
p		<b>0,001*</b>		<b>0,03*</b>
d		0,46		0,2

- Sólo se comparan las medias y las desviaciones estándar de la muestra del personal de emergencias y las de la adaptación española del estudio de Moos (Inventario CRI-A)

- \* corresponde a ser significativo al 5% de significación

- d es el tamaño del efecto de Cohen asociado al t-test. (d=0.2 efecto pequeño, d=0.5 efecto mediano, d=0.8 efecto grande)

Respecto a la *variable intensidad de estrés*, la media obtenida por los autoinformes de la totalidad de la muestra del personal de emergencias (M = 3.40, SD = 0.99) es muy inferior a la media obtenida por la totalidad de la muestra de la población española en general (M = 7.79, SD = 1.73).

Aunque estas muestras no han sido contrastadas estadísticamente, estos datos podrían indicar que la muestra del personal de emergencias, sean hombres o mujeres, ante situaciones generadoras de estrés, bien sea por su estatus, formación o entrenamiento, informan menor nivel de estrés que el resto de la población española.

Respecto a la *variable grado de control percibido*, contrariamente a lo previsto, la media obtenida por los autoinformes de la totalidad de la muestra del personal de emergencias (M = 3.66, SD = 0.79), es muy inferior a la media obtenida por la totalidad de la muestra de la población española en general (M = 5.39, SD = 2.45).

Aunque no es concluyente, la menor puntuación media en la muestra de emergencias se podría justificar por la diferente naturaleza de ambas muestras en cuanto a su formación y entrenamiento, especialmente por el grado de objetivación de la situación.

Según estos resultados, se valida el primer supuesto de la **hipótesis 6**, respecto al manejo de la ansiedad ante situaciones generadores de estrés y se rechaza el segundo supuesto respecto al mayor grado de control percibido por parte del personal de emergencias.

**Resumiendo:** Operativamente, la profesionalidad y entrenamiento de la muestra del personal de emergencias ante situaciones adversas, ofrece mayor eficacia en la resolución de las mismas que la desarrollada por la población española en general. Mientras que la percepción de la muestra del personal de emergencias se basa en información y objetivos reales, la percepción de la muestra de la población española en general, podría estar basada en valoraciones más subjetivas y menos realistas. En nuestra opinión, a mayor profesionalidad, mayor grado de objetivación en la valoración de la situación, si bien este supuesto se debería confirmar en futuras investigaciones.

Finalmente, el análisis de resultados de estas dos variables, *intensidad de estrés* y *grado de control percibido*, se ha realizado previamente al análisis de las *escalas y estilos de afrontamiento* del Inventario CRIA, dada su importancia en la elección de las diversas respuestas de afrontamiento, sean adaptativas o disfuncionales. Por la misma razón, la estructura del Inventario CRI-A, presenta estas dos variables justo a continuación de haber solicitado al sujeto la representación mental de una situación laboral extrema, con objeto de que *sienta o experimente* la revivencia de esta situación a nivel cognitivo y fisiológico, previamente a la puntuación de los ítems contemplados en las siguientes ocho escalas de afrontamiento.

La literatura al respecto (Mattlin et al., 1990) otorga un valor mediador a estas variables en la elección y el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento, las cuales serán comentadas en el apartado de conclusiones.

**4.4. Análisis de las respuestas del personal de emergencias en las escalas y estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A,** en función de las *variables sociodemográficas*. Análisis y comparación de la muestra del *personal de emergencias* con el conjunto de la *población española* (3<sup>er</sup> objetivo: H7-H8-H9-H10-H11-H12-H13)

Inicialmente, es oportuno recordar que la estructura del Inventario CRI-A se compone de *ocho escalas*, las cuales a su vez se reflejan en *cuatro estilos de afrontamiento*, derivados de las mismas.

El análisis de estas escalas, seguirá la secuencia establecida en las *Tablas N° 20 y 21* (págs. 146-148), analizando una tras otra la totalidad de *variables sociodemográficas* respecto a las *ocho escalas de afrontamiento* y, simultáneamente, la relación de éstas con los *cuatro estilos de afrontamiento*, derivados de las mismas.

**4.4.1. Análisis de las respuestas del personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A** (AL, RP, BG, SP, EC, AR, BR, DE) en función de la *variable sexo*, según los datos reflejados en la *Tabla N° 9* (H7-H8-H11)

- *Análisis lógico* (AL): (t (118) = -2.295, p = 0.023, d = 2.3);  
(M = 15.36, SD = 2.99, *en hombres*), (M = 16.71, SD = 3.28, *en mujeres*)

- *Reevaluación positiva* (RP): (t (118) = 4.38, p = 0, d = 4.38);  
(M = 14.68, SD = 3.34, *en hombres*), (M = 17.56, SD = 3.69, *en mujeres*)

- *Búsqueda de guía y soporte (BG)*: ( $t(118) = 3.259, p = 0.001, d = 3.26$ );  
( $M = 13.1, SD = 3.57, en\ hombres$ ), ( $M = 15.47, SD = 4.27, en\ mujeres$ )
- *Evitación cognitiva (EC)*: ( $Z = -2.356, p = 0.018, d = 0.22$ );  
( $M = 11.68, SD = 3.66, en\ hombres$ ), ( $M = 13.45, SD = 3.86, en\ mujeres$ )
- *Aceptación o resignación (AR)*: ( $Z = -3.741, p = 0, d = 0.34$ );  
( $M = 10.27, SD = 3.23, en\ hombres$ ), ( $M = 12.59, SD = 3.81, en\ mujeres$ )
- *Búsqueda de recompensas alternativas (BR)*: ( $t(118) = -2.119, p = 0.036, d = 2.12$ );  
( $M = 13.89, SD = 3.34, en\ hombres$ ), ( $M = 15.18, SD = 2.95, en\ mujeres$ )
- *Descarga emocional (DE)*: ( $Z = -2.37, p = 0.018, d = 0.22$ );  
( $M = 10.48, SD = 2.88, en\ hombres$ ), ( $M = 11.88, SD = 3.14, en\ mujeres$ )

Estos datos muestran diferencias significativas en la *variable sexo*, siendo la puntuación media de las mujeres superior a la de los hombres en todas las escalas (a excepción de la escala SP). El gran tamaño del efecto (*d*), incrementa el valor de estas diferencias.

**Tabla N° 9. Contrastes de las respuestas del personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A en función de la variable sexo (3<sup>er</sup> objetivo: H7-H8)**

	AL		RP		BG		SP	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	15,85	3,16	15,74	3,73	13,97	3,99	18,21	3,16
<b>Sexo</b>								
<b>Hombre</b>	15,36	2,99	14,68	3,34	13,1	3,57	18,11	2,86
<b>Mujer</b>	<b>16,71</b>	3,28	<b>17,56</b>	3,69	<b>15,47</b>	4,27	18,36	3,67
<b>EC</b>	$t(118) = -2,295$		$t(118) = -4,38$		$t(118) = 3,259$		$t(118) = -4,08$	
<b>p-valor</b>	<b>0,023*</b>		<b>0*</b>		<b>0,001*</b>		0,684	
<b>Tamaño del efecto</b>	d = 2,3		d = 4,38		d = 3,26			
	EC		AR		BR		DE	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	12,33	3,81	11,12	3,61	14,37	3,25	11	3,04
<b>Sexo</b>								
<b>Hombre</b>	11,68	3,66	10,27	3,23	13,89	3,34	10,48	2,88
<b>Mujer</b>	<b>13,45</b>	3,86	<b>12,59</b>	3,81	<b>15,18</b>	2,95	<b>11,88</b>	3,14
<b>EC</b>	$Z = -2,356$		$Z = -3,741$		$t(118) = -2,119$		$Z = -2,37$	
<b>p-valor</b>	<b>0,018*</b>		<b>0*</b>		<b>0,036*</b>		<b>0,018*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>	d = 0,22		d = 0,34		d = 2,12		d = 0,22	

- **AL**: Análisis lógico; **RP**: Reevaluación positiva; **BG**: Búsqueda de guía y soporte; **SP**: Solución de problemas; **EC**: Evitación cognitiva; **AR**: Aceptación o resignación; **BR**: Búsqueda de recompensas alternativas; **DE**: Descarga emocional

- *p*: P-Valor o significación del contraste

-\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- *d* es el tamaño del efecto de Cohen asociado al *t*-test. ( $d=0.2$  efecto pequeño,  $d=0.5$  efecto mediano,  $d=0.8$  efecto grande)

Estos resultados contradicen el primer supuesto de la **hipótesis 7**, ya que contrariamente a lo avanzado, son las mujeres las que informan mayor grado de elección en respuestas en la escala análisis lógico (AL). Quedan por comprobar los otros dos supuestos sobre *edad y antigüedad* que se realizará en los apartados correspondientes a estas variables

Como se ha comentado, no hay relación significativa de la escala *solución de problemas* (SP) en función de la *variable sexo*, por lo cual, se rechaza el primer supuesto de la **hipótesis 8**, donde se dijo que las mujeres elegirían en mayor grado este tipo de estrategias. Quedan por comprobar los otros dos supuestos de las *categorías intervención directa y asistencia sanitaria*.

Nos ha llamado la atención la ausencia de relación en la escala solución de problemas (SP) respecto a las variables sociodemográficas, ya que las estrategias de afrontamiento contenidas en esta escala se caracterizan por los *intentos conductuales para emprender acciones que lleven a la solución directa del problema*. En nuestra opinión, ello podría estar justificado por la propia dinámica de la intervención, por las exigencias de la tarea o por la incorporación automática de estas respuestas en el repertorio básico de conductas, como un requisito previo contemplado en el perfil profesional de emergencias. Este dato será nuevamente contrastado con las estrategias o respuestas integradas en la escala *resolución de problemas* (REP) del Inventario de estrategias de afrontamiento CSI.

Respecto las escalas análisis lógico (AL), reevaluación positiva (RP) y búsqueda de guía y soporte (BG), éstas presentan una relación de gran magnitud por su elevado tamaño del efecto. Estas escalas integran *estrategias de aproximación hacia el problema*.

La escala *análisis lógico* (AL) o intentos cognitivos de prepararse mentalmente para la situación estresora y sus consecuencias y la escala *reevaluación positiva* (RP) o intentos cognitivos para reestructurar un problema de forma positiva a la vez que se acepta la realidad de la situación, son *estrategias de aproximación cognitiva*.

A diferencia de las dos anteriores, la escala *búsqueda de guía y soporte* (BG) o intentos conductuales para buscar información, guía o soporte, está compuesta por *estrategias de aproximación conductual*.

Analizando los resultados del resto de escalas, en principio consideradas escalas disfuncionales, (EC, AR, BR, DE), también la puntuación media de éstas es superior en las mujeres. El tamaño del efecto (*d*) es pequeño en la escala *evitación cognitiva* (EC), *aceptación o resignación* (AR) y *descarga emocional* (DE), siendo mayor (*d*) en la escala *búsqueda de recompensas alternativas* (BR), lo cual incrementa el valor de la diferencia entre sexos en esta última escala.

Recordemos que estas escalas se componen de *estrategias de evitación hacia el problema*. La escala *evitación cognitiva* (EC) o intentos cognitivos para evitar pensar de forma realista sobre el problema y la escala *aceptación o resignación* (AR), o intentos

cognitivos para aceptar el problema, puesto que no se le ve solución, están compuestas por *estrategias de evitación cognitiva*.

Respecto a la escala *búsqueda de recompensas alternativas* (BR) o intentos conductuales para implicarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción y la escala *descarga emocional* (DE) o intentos conductuales para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos negativos, éstas representan *estrategias de evitación conductual*.

**Resumiendo:** Estos resultados obtenidos en la suma de las escalas *Likert* de 4 puntos, indican que las mujeres eligen una mayoría de respuestas en la categoría más alta de la escala (4 = sí, casi siempre), lo cual sugiere una *mayor proactividad* de la mujer en las diferentes estrategias de afrontamiento, bien sean estrategias de aproximación o de evitación, bien sean cognitivas o conductuales.

Es decir, la mujer se muestra más proactiva en todos los sentidos, bien sea en respuestas adaptativas o disfuncionales, cuyos resultados autoinformados se verán reflejados en los cuatro estilos de afrontamiento.

Las puntuaciones medias obtenidas en los *estilos de afrontamiento* en función de la *variable sexo* reflejan similares puntuaciones medias a las puntuaciones obtenidas en las escalas de afrontamiento, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

**Tabla N° 10. Contrastes de las respuestas del personal de emergencias en los estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A en función de la variable sexo (3<sup>er</sup> objetivo: H11)**

	ACG		ACN		ECG		ECN	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	31,59	6,17	32,18	5,87	23,46	6,65	25,37	5,32
<b>Sexo</b>								
<b>Hombre</b>	30,04	5,46	31,22	4,82	21,96	6,11	24,38	5,22
<b>Mujer</b>	<b>34,27</b>	6,46	<b>33,84</b>	7,11	<b>26,05</b>	6,83	<b>27,07</b>	5,09
<b>EC</b>	t(118) = -3,822		t(118) = -2,399		t(118) = -3,377		t(118) = -2,73	
<b>p-valor</b>	<b>0*</b>		<b>0,018*</b>		<b>0,001*</b>		<b>0,007*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>	d = 3,82		d = 2,17		d = 3,38		d = 2,74	

- **ACG:** Aproximación cognitiva; **ACN:** Aproximación conductual; **ECG:** Evitación cognitiva; **ECN:** Evitación conductual

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación

- *d* es el tamaño del efecto de Cohen asociado al t-test. (d=0.2 efecto pequeño, d=0.5 efecto mediano, d=0.8 efecto grande)

Para complementar el análisis de resultados, comentaremos nuevamente la estructura y la relación entre *escalas y estilos de afrontamiento* del Inventario CRI-A.

- *Aproximación cognitiva* (ACG). Comprende las escalas de afrontamiento análisis lógico (AL) y reevaluación positiva (RP):

( $t(118) = -3.822, p = 0, d = 3.82$ )

( $M = 30.04, SD = 5.46, en\ hombres$ ), ( $M = 34.27, SD = 6.46, en\ mujeres$ )

- *Aproximación conductual* (ACN). Comprende las escalas búsqueda de guía y apoyo (BG) y solución de problemas (SP):

( $t(118) = -2.399, p = 0.018, d = 2.17$ )

( $M = 31.22, SD = 4.82, en\ hombres$ ), ( $M = 33.84, SD = 7.11, en\ mujeres$ )

- *Evitación cognitiva* (ECG). Comprende las escalas evitación cognitiva (EC) y aceptación-resignación (AR):

( $t(118) = -3.377, p = 0.001, d = 3.38$ )

( $M = 21.96, SD = 6.11, en\ hombres$ ), ( $M = 26.05, SD = 6.83, en\ mujeres$ )

- *Evitación conductual* (ECN). Comprende las escalas búsqueda de recompensas alternativas (BR) y descarga emocional (DE):

( $t(118) = -2.73, p = 0.007, d = 2.74$ )

( $M = 24.38, SD = 5.22, en\ hombres$ ), ( $M = 27.07, SD = 5.09, en\ mujeres$ )

Como era de esperar, siendo las puntuaciones medias de las mujeres más elevadas en las diferentes escalas de afrontamiento, es evidente que las puntuaciones medias de las mujeres en los diferentes estilos, también serán superiores a las referidas por los hombres.

El gran tamaño del efecto ( $d$ ) en los diferentes estilos, incrementa el valor psicológico de estas diferencias, muy similares a las encontradas en las escalas de afrontamiento análisis lógico (AL), reevaluación positiva (RP) y búsqueda de guía y soporte (BG). Recordemos que las dos primeras (AL, RP) contienen estrategias de *aproximación cognitiva* (ACG) y la última (BG), contiene estrategias de *aproximación conductual* (ACN).

Estos datos referidos por la muestra en los *estilos de afrontamiento*, concuerdan en gran medida con los aportados por las *escalas de afrontamiento*, mostrando una *mayor proactividad de la mujer a todos los niveles*, tanto en los estilos de *aproximación cognitivo/conductual*, como en los estilos de *evitación cognitivo/conductual*.

En principio, se avanzó que la mujeres mostrarían preferencia hacia el *estilo de estrategias de aproximación conductual* (ACN), si bien, los resultados modificaron este planteamiento inicial. Las mujeres, además de presentar una mayor respuesta en el estilo de *aproximación conductual* (ACN), también destacan en el resto de estilos de afrontamiento (ACG, ECG, ECN), por lo que se confirma *parcialmente*, la **hipótesis 11**

respecto a la *variable sexo*. Queda pendiente analizar los supuestos relacionados con las variables edad, antigüedad y rama profesional, aunque se adelanta que no se presentaron relaciones significativas.

**4.4.2.** Análisis de las respuestas referidas por la muestra del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A (AL, RP, BG, SP, EC, AR, BR, DE) en función de la *variable edad*, según los datos reflejados en la siguiente tabla (H7-H9-H11-H12)

**Tabla N° 11. Contrastes de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A en función de la *variable edad* (3<sup>er</sup> objetivo: H7-H9)**

	AL		RP		BG		SP	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	15,85	3,16	15,74	3,73	13,97	3,99	18,21	3,16
<b>Edad</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>
	-0,103	0,263	-0,02	0,826	0,128	0,164	-0,005	0,96
	EC		AR		BR		DE	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	12,33	3,81	11,12	3,61	14,37	3,25	11	3,04
<b>Edad</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>
	0,008	0,931	-0,16	0,081	0,012	0,896	-0,228	<b>0,012*</b>

- **AL:** Análisis lógico; **RP:** Reevaluación positiva; **BG:** Búsqueda de guía y soporte; **SP:** Solución de problemas; **EC:** Evitación cognitiva; **AR:** Aceptación o resignación; **BR:** Búsqueda de recompensas alternativas; **DE:** Descarga emocional

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.  
- *r* es el Coeficiente de Correlación lineal de Pearson entre la variable edad y las escalas, cuanto más cercano a la unidad mayor correlación existe

En función de los resultados mostrados en la *Tabla N° 11*, sobre la totalidad de escalas de afrontamiento, únicamente hay correlación significativa en la escala *descarga emocional* (DE), respecto a *la variable edad*, ( $r = -0.228$ ,  $p = 0.012$ ). Aun siendo estadísticamente significativa, cabe señalar la baja magnitud del coeficiente de correlación (*r*).

El hecho de que esta relación tenga signo negativo, nos indica que a *mayor edad*, *menor descarga emocional* (DE). Recordemos que la escala *descarga emocional* (DE), se caracteriza por los intentos conductuales para evitar pensar de forma realista sobre el problema (*p.ej. ¿lloró para manifestar sus sentimientos?* o *¿se mantuvo apartado de la gente?*), siendo los más jóvenes los que muestran mayor tendencia, bien sea a manifestar sus emociones, bien sea al aislamiento social.

Contrariamente a lo propuesto inicialmente, según vemos en la *Tabla N° 11*, el resto de escalas no presenta ningún tipo de relación significativa respecto a la *variable edad*, por lo que se rechaza lo avanzado en el segundo supuesto de la **hipótesis 7**, donde se dijo que los intervinientes de mayor edad elegirían en mayor grado estrategias de la escala *análisis lógico* (AL). Se adelanta que esta escala, tampoco guarda relación con la variable antigüedad.

Por la misma razón, se rechaza el primer supuesto de la **hipótesis 9**, ya que en contra de lo avanzado, no hay relación entre las escalas *evitación cognitiva* (EC) y *búsqueda de guía y soporte* (BG) respecto a la *variable edad*. Sin embargo, en la escala *evitación cognitiva* (EC), referida a la misma hipótesis, se adelanta que hay relación significativa con la *variable antigüedad* como se verá en el apartado dedicado a esta variable.

**Resumiendo:** La *variable edad* podría ejercer una función moduladora en la escala *descarga emocional* (DE), presentando una relación inversa, es decir, *a mayor edad menor descarga emocional*. Esto podría indicar una mayor tolerancia o desensibilización a situaciones adversas en los intervinientes de mayor edad, si bien, habría que analizar otros factores de índole personal en futuras investigaciones.

Como era de esperar, no habiendo prácticamente relación en las *escalas de afrontamiento* respecto a la *variable edad*, es evidente que tampoco se refleje relación alguna de esta variable en los cuatro *estilos de afrontamiento*, según se aprecia en la siguiente tabla.

**Tabla N° 12. Contrastes de las respuestas referidas por el personal de emergencias en los estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A en función de la variable edad (3<sup>er</sup> objetivo: H11-H12)**

	ACG		ACN		ECG		ECN	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	31,59	6,17	32,18	5,87	23,46	6,65	25,37	5,32
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
<b>Edad</b>	-0,065	0,482	0,084	0,359	-0,082	0,371	-0,123	0,181

- **ACG:** Aproximación cognitiva; **ACN:** Aproximación conductual; **ECG:** Evitación cognitiva; **ECN:** Evitación conductual

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- *r* es el Coeficiente de Correlación lineal de Pearson entre la variable edad y los estilos. Cuanto más cercano a la unidad mayor correlación existe

Por consiguiente, no habiendo encontrado relación de la *variable edad* con los *estilos de afrontamiento*, se rechaza el segundo supuesto de la **hipótesis 11**, donde se dijo que los *intervenientes de mayor edad*, elegirían en mayor grado el estilo de respuestas de *aproximación conductual* (ACN). Por la misma razón, se rechaza el primer supuesto de la

**hipótesis 12**, donde se precisó que los *intervenientes de menor edad* presentarían mayor grado de elección en las respuesta de *aproximación cognitiva* (ACG).

Recordemos que el estilo de *aproximación conductual* (ACN), incluye las escalas búsqueda de guía y soporte (BG) y solución de problemas (SP) y el estilo de *aproximación cognitiva* (ACG), incluye las escalas análisis lógico (AL) y reevaluación positiva (RP). Estos datos concuerdan en gran medida con los resultados mostrados en las escalas de afrontamiento, ya que la única relación significativa, como se comentó anteriormente, corresponde a la escala descarga emocional (DE), con una relativa importancia debido a las bajas correlaciones.

**4.4.3.** Análisis de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A (AL, RP, BG, SP, EC, AR, BR, DE) en función de la *variable nivel de estudios*, según los datos reflejados en la siguiente tabla

**Tabla N° 13.** Contrastes de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A en función de la *variable nivel de estudios*

	AL		RP		BG		SP	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	15,85	3,16	15,74	3,73	13,97	3,99	18,21	3,16
<b>Nivel de estudios</b>								
<b>Eso o equivalente</b>	14,83	2,57	15,28	3,01	12,78	3,73	17,67	3,43
<b>Bachillerato o equivalente</b>	15,72	2,84	15,52	3,99	14,04	4,09	18,13	3,02
<b>Universitario o equivalente</b>	16,58	3,4	16,22	3,75	14,29	3,79	18,47	3,15
<b>Postgrado</b>	15,09	3,91	15,45	3,8	14,36	4,92	18,36	3,67
<b>EC</b>	F(3,116) = 1,685		F(3,116) = 0,411		F(3,116) = 0,665		F(3,116) = 0,289	
<b>p-valor</b>	0,174		0,746		0,575		0,834	
	EC		AR		BR		DE	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	12,33	3,81	11,12	3,61	14,37	3,25	11	3,04
<b>Nivel de estudios</b>								
<b>Eso o equivalente</b>	13,17	4,23	10,78	2,26	13,83	2,99	10,56	2,62
<b>Bachillerato o equivalente</b>	11,76	3,49	10,76	3,71	14,23	3,29	10,89	3,72
<b>Universitario o equivalente</b>	12,49	3,79	11,53	4,01	14,93	3,29	11,15	2,95
<b>Postgrado</b>	12,73	4,61	11,55	3,42	13,45	3,33	11,54	3,8
<b>EC</b>	F(3,116) = 0,691		F(3,116) = 0,446		F(3,116) = 0,926		F(3,116) = 0,299	
<b>p-valor</b>	0,56		0,72		0,431		0,826	

- **AL:** Análisis lógico; **RP:** Reevaluación positiva; **BG:** Búsqueda de guía y soporte; **SP:** Solución de problemas; **EC:** Evitación cognitiva; **AR:** Aceptación o resignación; **BR:** Búsqueda de recompensas alternativas; **DE:** Descarga emocional

- *p:* P-Valor o significación del contraste

-\* corresponde a ser significativo al 5% de significación

Como se puede observar en la anterior tabla, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las *escalas de afrontamiento* en función de la *variable nivel de estudios*.

En el planteamiento inicial, de forma intencionada, no se tuvo en cuenta la *variable nivel de estudios*, ya que tampoco se tuvo en cuenta la diferenciación respecto a las Instituciones participantes ni los diferentes grados de mando, sin embargo, pese a no mostrar diferencias significativas, esta variable será comentada en el apartado de conclusiones debido a su relación con los aspectos motivacionales del trabajo.

Como era de esperar, no habiéndose encontrado diferencias significativas en la totalidad de las *escalas de afrontamiento* respecto a la *variable nivel de estudios*, es evidente que tampoco se reflejen diferencias en los *estilos de afrontamiento*, como se aprecia en siguiente tabla

**Tabla N° 14. Contrastes de las respuestas referidas por el personal de emergencias en los estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A en función de la variable nivel de estudios**

	ACG		ACN		ECG		ECN	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	31,59	6,17	32,18	5,87	23,46	6,65	25,37	5,32
<b>Nivel de estudios</b>								
<b>Eso o equivalente</b>	30,11	5,02	30,44	5,71	23,94	5,76	24,39	4,77
<b>Bachillerato o equivalente</b>	31,23	6,35	32,17	5,91	22,52	6,39	25,13	5,47
<b>Universitario o equivalente</b>	32,8	6,11	32,75	5,5	24,02	7,11	28,09	5,23
<b>Postgrado</b>	30,54	7,21	32,73	7,54	24,27	7,64	25	6,19
<b>EC</b>	F(3,116) = 1,078		F(3,116) = 0,695		F(3,116) = 0,491		F(3,116) = 0,521	
<b>p-valor</b>	0,361		0,557		0,689		0,669	

- **ACG:** Aproximación cognitiva; **ACN:** Aproximación conductual; **ECG:** Evitación cognitiva; **ECN:** Evitación conductual

- *p:* P-Valor o significación del contraste

-\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

**4.4.4.** Análisis de las respuestas de la muestra del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A (AL, RP, BG, SP, EC, AR, BR, DE) en función de la *variable rama profesional*, según se aprecia en la siguiente tabla (H8)

**Tabla N° 15. Contrastes de las respuestas referidas por el personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A en función de la variable rama profesional (3<sup>er</sup> objetivo: H8)**

	AL		RP		BG		SP	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	15,85	3,16	15,74	3,73	13,97	3,99	18,21	3,16
<b>Rama profesional</b>								
<b>Administrativa</b>	16,88	3,22	15,43	4,67	14,68	4,96	18,81	2,59
<b>Sanitaria</b>	16,3	3,18	16,68	3,21	14,62	3,8	18,05	3,42
<b>Profesiones liberales</b>	15,67	3,21	14,33	4,04	13,67	3,05	18,67	1,53
<b>Ninguna de ellas</b>	15,29	3,08	15,27	3,74	13,37	3,87	18,13	3,22
<b>EC</b>	F(3,116) = 1,481		F(3,116) = 1,338		F(3,116) = 0,984		F(3,116) = 0,256	
<b>p-valor</b>	0,223		0,266		0,403		0,857	
<hr/>								
	EC		AR		BR		DE	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	12,33	3,81	11,12	3,61	14,37	3,25	11	3,04
<b>Rama profesional</b>								
<b>Administrativa</b>	12,56	4,08	10,94	3,68	<b>15,06</b>	3,73	12	3,61
<b>Sanitaria</b>	12,62	3,93	11,9	3,89	<b>15,47</b>	2,85	11,28	3,07
<b>Profesiones liberales</b>	10	1	10,67	4,72	12	3	8,33	1,53
<b>Ninguna de ellas</b>	12,19	3,77	10,68	3,35	<b>13,57</b>	3,16	10,68	2,85
<b>EC</b>	F(3,116) = 0,491		Chi2(3) = 3,009		F(3,116) = 3,774		F(3,116) = 1,695	
<b>p-valor</b>	0,689		0,39		<b>0,013*</b>		0,172	
<b>Tamaño del efecto</b>					Eta2 = 0,09			

- **AL:** Análisis lógico; **RP:** Reevaluación positiva; **BG:** Búsqueda de guía y soporte; **SP:** Solución de problemas; **EC:** Evitación cognitiva; **AR:** Aceptación o resignación; **BR:** Búsqueda de recompensas alternativas; **DE:** Descarga emocional

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- *Eta2* es el tamaño del efecto asociado al ANOVA. (Eta2=0.01 efecto pequeño, Eta2=0.06 efecto mediano, Eta2=0.14 efecto grande)

Según se puede observar en la *Tabla N° 15*, la *variable rama profesional* únicamente presenta diferencias significativas en la escala *búsqueda de recompensas alternativas* (BR): (F (3.116) = 3.774, p = 0.013, Eta2 = 0.09), donde se aprecia que el tamaño del efecto (Eta2), entre mediano y grande, aporta mayor valor a estas diferencias.

Esta escala, al estar caracterizada por los intentos conductuales encaminados a buscar actividades distractoras o alternativas, representa un *estilo de evitación conductual* (ECN) que no se contempló en la formulación de hipótesis. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, se han encontrado diferencias significativas en las categorías de la variable

rama profesional que ofrecen datos interesantes respecto al **perfil profesional de emergencias**, os cuales pasaremos a comentar.

- Categoría *asistencia sanitaria* (M = 15.47, SD = 2.85), superior a *intervención directa* (Respuestas en escala *Likert de 4 niveles*: 3 = bastantes veces; 4 = Si, casi siempre)
- Categoría *administrativa* (M = 15.06, SD = 3.73), superior a *intervención directa*
- Categoría de *intervención directa* (M = 13.57, SD = 3.16), inferior a las anteriores
- Categoría *profesiones liberales* (M = 12, SD = 3), presenta las menores puntuaciones

A la vista de estos resultados, las puntuaciones medias superiores en el personal de la *categoría sanitaria*, anulan el supuesto de que este colectivo de profesionales (afectados de tercer grado), *podieran* presentar mayor desensibilización ante situaciones críticas por el hecho de tener un contacto directo con la situación.

**Resumiendo:** Respecto a la variable *rama profesional*, solamente se encuentran diferencias significativas en la escala *búsqueda de recompensas alternativas* (BR). Por tanto, no habiendo relación significativa entre esta variable y la escala *solución de problemas* (SP) se rechaza la **hipótesis 8**, dónde se dijo que los intervinientes de las categorías *intervención directa* y *sanitaria* elegirían en mayor grado este tipo de estrategias.

Las puntuaciones medias obtenidas en las categorías *sanitaria* y *administrativa* en la escala *búsqueda de recompensas alternativas* (BR), se reflejan en gran medida en el *estilo de afrontamiento de evitación conductual* (ECN), según se observa en la siguiente tabla.

**Tabla N° 16. Contrastes de las respuestas referidas por el personal de emergencias en los estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A respecto a la variable rama profesional (3<sup>er</sup> objetivo: H11-H13)**

	ACG		ACN		ECG		ECN	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	31,59	6,17	32,18	5,87	23,46	6,65	25,37	5,32
<b>Rama profesional</b>								
<b>Administrativa</b>	32,31	7,18	33,5	6,47	23,5	7,29	<b>27,06</b>	5,74
<b>Sanitaria</b>	32,98	5,86	32,67	5,67	24,53	6,84	<b>26,75</b>	5,26
<b>Profesiones liberales</b>	30	7,21	32,33	4,04	20,67	5,51	20,33	3,78
<b>Ninguna de ellas</b>	30,57	6	31,51	5,95	22,88	6,46	<b>24,26</b>	4,98
<b>EC</b>	F(3,116) = 1,375		F(3,116) = 0,625		F(3,116) = 0,663		F(3,116) = 3,412	
<b>p-valor</b>	0,254		0,6		0,576		<b>0,02*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>							Eta2 = 0,08	

- **ACG:** Aproximación cognitiva; **ACN:** Aproximación conductual; **ECG:** Evitación cognitiva; **ECN:** Evitación conductual

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- *Eta2* es el tamaño del efecto asociado al ANOVA. (Eta2=0.01 efecto pequeño, Eta2=0.06 efecto mediano, Eta2=0.14 efecto grande)

En la *Tabla N° 16*, se puede observar la relación comentada entre la escala *búsqueda de recompensas alternativas* (BR) en las diferentes categorías de la *rama profesional* y los datos del *estilo de evitación conductual* (ECN)

( $F(3,116) = 3.412$ ,  $p = 0.02$ ,  $\eta^2 = 0.08$ ):

*Administrativa* (M = 27.06, SD = 5.74), *sanitaria* (M = 26.75, SD = 5.26), *intervención directa* (M = 24.26, SD = 4.98), *profesiones liberales* (M = 20.33, SD = 3.78)

Estas diferencias, además de ser estadísticamente significativas, presentan un tamaño del efecto ( $\eta^2$ ), entre mediano y grande, que aporta valor psicológico a las mismas.

En función de estos resultados, se rechaza el tercer supuesto de la **hipótesis 11**, donde se dijo que los intervinientes de las categorías *asistencia sanitaria* y *atención directa* mostrarían mayor grado de respuestas en el estilo de *aproximación conductual* (ACN), resultando todo lo contrario.

**Resumiendo:** Las puntuaciones medias que muestran mayores diferencias significativas corresponden a las *categorías administrativa* y *asistencia sanitaria* respecto al *estilo de evitación conductual* (ECN), coincidiendo en gran medida con las mismas categorías en la *escala búsqueda de recompensas alternativas* (BR), o estrategias de evitación conductual.

Aunque no es concluyente, estos datos podrían indicar que las *categorías administrativa* y *sanitaria* no son tan “*gratificantes*” como las categorías *profesiones liberales* o *intervención inmediata*, lo que podría justificar la *búsqueda de recompensas alternativas* (BR). Por el contrario, sobre la categoría *intervención directa* o *inmediata* (ninguna de ellas), con menor puntuación media, podría indicar un mayor grado de desensibilización, junto a otro tipo de factores como el mayor tiempo o el mayor grado de exposición respecto al resto de categorías profesionales, que debería ser contrastado más ampliamente en otro estudio.

**Finalmente**, en el planteamiento inicial se dio por hecho que los integrantes de las *categorías administrativa* y *profesiones liberales* podrían mostrar mayor vulnerabilidad ante un evento crítico. Por esta razón se planteó una relación de las mismas con el estilo de *evitación cognitiva* (ECG). Sin embargo, las respuestas autoinformadas en dichas categorías muestran mayor grado de elección en las estrategias del estilo de *evitación conductual* (ECN) por lo que se rechaza plenamente la **hipótesis 13**. Recordemos que el estilo de *evitación conductual* (ECN) se corresponde con la *escala búsqueda de recompensas alternativas* (BR).

**4.4.5.** Análisis de las respuestas referidas por la muestra del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A (AL, RP, BG, SP, EC, AR, BR, DE) en función de la *variable antigüedad*, según los datos reflejados en la siguiente tabla (H7-H9-H11-H12)

La variable antigüedad, al igual que las variables sexo y edad, ha sido una constante en los resultados del personal de las emergencias, ejerciendo un papel modulador en la gran mayoría de escalas y estrategias de afrontamiento.

**Tabla N° 17. Contrastes de las respuestas del personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A en función de la variable antigüedad (3<sup>er</sup> objetivo: H7-H9)**

	AL		RP		BG		SP	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	15,85	3,16	15,74	3,73	13,97	3,99	18,21	3,16
<b>Antigüedad</b>								
<b>Menos de 1 año</b>	17,72	2,57	<b>19,09</b>	2,26	16,36	3,26	17,27	3,77
<b>Entre 1 y 5 años</b>	15,74	3,32	15,17	4,02	13,78	3,89	17,78	3,33
<b>Entre 6 y 10 años</b>	15,34	3,05	15,15	3,38	13,72	4,31	18,25	2,99
<b>Más de 10 años</b>	15,87	3,22	15,72	3,82	13,72	3,86	18,59	3,1
<b>EC</b>	F(3,116) = 1,646		F(3,116) = 3,693		F(3,116) = 1,462		F(3,116) = 0,692	
<b>p-valor</b>	0,183		<b>0,014*</b>		0,229		0,559	
<b>Tamaño del efecto</b>			Eta2 = 0,07					
	EC		AR		BR		DE	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	12,33	3,81	11,12	3,61	14,37	3,25	11	3,04
<b>Antigüedad</b>								
<b>Menos de 1 año</b>	<b>15,27</b>	3,69	<b>15,18</b>	4,68	16,09	2,42	<b>13,54</b>	2,62
<b>Entre 1 y 5 años</b>	12,52	4,66	11,35	3,56	14,17	2,89	10,65	3,25
<b>Entre 6 y 10 años</b>	11,25	3,47	10,79	3,58	13,77	3,53	11,02	2,94
<b>Más de 10 años</b>	12,45	3,35	10,34	2,77	14,55	3,28	10,55	2,9
<b>EC</b>	Chi2(3) = 9,306		Chi2(3) = 11,737		F(3,116) = 1,568		F(3,116) = 3,169	
<b>p-valor</b>	<b>0,025*</b>		<b>0,008*</b>		0,201		<b>0,027*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>	Eta2 = 0,08		Eta2 = 0,14				Eta2 = 0,08	

- **AL:** Análisis lógico; **RP:** Reevaluación positiva; **BG:** Búsqueda de guía y soporte; **SP:** Solución de problemas; **EC:** Evitación cognitiva; **AR:** Aceptación o resignación; **BR:** Búsqueda de recompensas alternativas; **DE:** Descarga emocional

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- *Eta2* es el tamaño del efecto asociado al ANOVA. (Eta2=0.01 efecto pequeño, Eta2=0.06 efecto mediano, Eta2=0.14 efecto grande)

A la vista de los resultados, la *variable antigüedad* muestra diferencias significativas en varias *escalas de afrontamiento*. Como se puede apreciar en la *Tabla N° 17*, las puntuaciones medias más elevadas, en todas ellas, corresponden a los intervinientes de *menos de un año de antigüedad*, sean adaptativas (RP) o disfuncionales (EC, AR, DE), según se aprecia en los siguientes datos.

- *Reevaluación positiva* (RP): ( $F(3.116) = 3.693$ ,  $p = 0.014$ ,  $\eta^2 = 0.07$ )

( $M = 19.09$ ,  $SD = 2.26$ ), menos de 1 año de antigüedad

- *Evitación cognitiva* (EC): ( $\chi^2 = 9.306$ ,  $p = 0.025$ ,  $\eta^2 = 0.08$ )

( $M = 15.27$ ,  $SD = 3.69$ ), menos de 1 año de antigüedad

- *Aceptación o resignación* (AR): ( $\chi^2 = 11.737$ ,  $p = 0.008$ ,  $\eta^2 = 0.14$ )

( $M = 15.18$ ,  $SD = 4.68$ ), menos de 1 año de antigüedad

- *Descarga emocional* (DE): ( $F(3.116) = 3.169$ ,  $p = 0.027$ ,  $\eta^2 = 0.08$ )

( $M = 13.54$ ,  $SD = 2.62$ ), menos de 1 año de antigüedad

El análisis de resultados nos lleva a rechazar el tercer supuesto de la **hipótesis 7**, donde se precisó que los intervinientes con *mayor antigüedad* presentarían mayor tendencia a elegir respuestas de la escala *análisis lógico* (AL), la cual no mostró relación alguna con esta variable.

Por el contrario, se confirma parcialmente el segundo supuesto de la **hipótesis 9**, donde se dijo que los intervinientes con *menor antigüedad* se inclinarían en mayor grado hacia las respuestas de la *escala evitación cognitiva* (EC), no siendo así respecto a la *escala búsqueda de guía y soporte* (BG). Así pues, son los intervinientes con *menos de un año de antigüedad* los que destacan en sus puntuaciones medias por encima del resto.

**Resumiendo:** Los intervinientes con *menor antigüedad* se muestran más proclives hacia al uso de estrategias de las diferentes escalas. El elevado tamaño del efecto ( $\eta^2$ ) en todas ellas aporta valor psicológico a estas diferencias, observando mayor tendencia al uso de *estrategias consideradas disfuncionales* (EC, AR, DE), frente al uso de *estrategias consideradas adaptativas* (RP), de las que hacemos un breve repaso, respecto a *los estilos de afrontamiento*.

Las escalas *evitación cognitiva* (EC), *aceptación o resignación* (AR) y *descarga emocional* (DE), se consideran escalas de afrontamiento disfuncional. Las dos primeras (EC, AR) están relacionadas con el *estilo de evitación cognitiva* (ECG) y la última (DE), está relacionada con el *estilo de evitación conductual* (ECN).

Por el contrario, la *escala reevaluación positiva* (RP), contiene estrategias dirigidas a un *afrontamiento activo*. Dicha escala supone intentos cognitivos para reestructurar un problema de forma positiva a la vez que se acepta la realidad de la situación (*p.ej. ¿intentó ver el lado positivo de la situación?*). Esta escala, a su vez, guarda relación con el *estilo de aproximación cognitiva* (ACG).

**Finalmente**, estos datos aportan información sobre el perfil profesional del personal de emergencias que se analizarán y comentarán en el apartado de conclusiones, teniendo en cuenta la idoneidad del uso de estrategias consideradas adaptativas y disfuncionales, y la conveniencia de unas u otras en determinados contextos de alto riesgo o contagio

emocional. Evidentemente, estos datos se reflejan en los diferentes *estilos de afrontamiento* (ACG, ACN, ECG, ECN), que se muestran en la *Tabla N° 18*.

Anteriormente ya se comentó la función moduladora de la *variable antigüedad* respecto a la elección de estrategias y *estilos de afrontamiento*, con mayor tendencia hacia el uso de *estrategias consideradas disfuncionales*, tanto a nivel personal como a nivel profesional, cuyos datos se observan en la siguiente tabla.

**Tabla N° 18. Contrastes de las respuestas del personal de emergencias en los estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A en función de la variable antigüedad (3<sup>er</sup> objetivo: H11-H12)**

	ACG		ACN		ECG		ECN	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	31,59	6,17	32,18	5,87	23,46	6,65	25,37	5,32
<b>Antigüedad</b>								
<b>Menos de 1 año</b>	<b>36,82</b>	3,71	33,63	6,09	<b>30,45</b>	7,76	<b>29,64</b>	4,32
<b>Entre 1 y 5 años</b>	30,91	6,73	31,56	6,37	<b>23,86</b>	7,48	24,82	5,25
<b>Entre 6 y 10 años</b>	30,51	5,61	31,97	5,35	22,05	6,13	24,79	5,41
<b>Más de 10 años</b>	<b>31,59</b>	6,33	32,32	6,11	22,79	5,45	<b>25,11</b>	5,18
<b>EC</b>	F(3,116) = 3,3		F(3,116) = 0,329		F(3,116) = 5,345		F(3,116) = 2,746	
<b>p-valor</b>	<b>0,023*</b>		0,805		<b>0,002*</b>		<b>0,046*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>	Eta2 = 0,08				Eta2 = 0,12		Eta2 = 0,07	

- **ACG:** Aproximación cognitiva; **ACN:** Aproximación conductual; **ECG:** Evitación cognitiva; **ECN:** Evitación conductual

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- *Eta2* es el tamaño del efecto asociado al ANOVA. (Eta2=0.01 efecto pequeño, Eta2=0.06 efecto mediano, Eta2=0.14 efecto grande)

Como era de esperar, se encuentran diferencias significativas en el estilo de *aproximación cognitiva* (ACG), al igual que ocurría en la escala *reevaluación positiva* (RP), presentando puntuaciones medias superiores en los intervinientes con *menos de un año de antigüedad*.

De igual forma, hay diferencias significativas en el estilo de *evitación cognitiva* (ECG), coincidiendo en gran medida con las *escalas evitación cognitiva* (EC) y *aceptación o resignación* (AR) y también en el *estilo de evitación conductual* (ECN), coincidiendo con la escala *descarga emocional* (DE). Todas ellas se dan en los intervinientes con *menos de un año de antigüedad*. Estas diferencias, estadísticamente significativas, muestran un tamaño del efecto (Eta2) entre mediano y grande, que aporta valor psicológico a las mismas.

- *Aproximación cognitiva* (ACG): (F (3.116) = 3.3, p = 0.023, Eta2 = 0.08)

(M = 36.82, SD = 3.71), intervinientes con menos de un año de antigüedad

- *Evitación cognitiva* (ECG): (F (3.116) = 5.345, p = 0.002, Eta2 = 0.12)

(M = 30.45, SD = 7.76), intervinientes con menos de un año de antigüedad

- *Evitación conductual* (ECN): (F (3.116) = 2.746, p = 0.046, Eta2 = 0.07)

(M = 29.64, SD = 4.32), intervinientes con menos de un año de antigüedad

Como se puede apreciar, el *estilo de aproximación conductual* (ACN) no muestra diferencias significativas respecto a la variable antigüedad en ninguna de sus categorías.

En base a estos resultados se rechaza el segundo supuesto de la **hipótesis 11**, donde se precisó que los intervinientes con *mayor antigüedad* presentarían mayor grado de elección en las respuestas del *estilo de aproximación conductual* (ACN).

Sin embargo, se confirma el segundo supuesto de la **hipótesis 12**, donde se precisó mayor grado de elección en las respuestas del *estilo de aproximación cognitiva* (ACG) en los intervinientes con *menor antigüedad*. A su vez, éstos también destacan en la elección de los *estilos de evitación cognitiva* (ECG) y *evitación conductual* (ECN) ya comentados.

**Resumiendo:** Nuevamente, estos datos nos informan que los *intervinientes con menor antigüedad* (menos de 1 año), seguidos de los intervinientes de entre 1 y 5 años de antigüedad, tienden a elegir en mayor medida *estrategias de evitación* (ECG/ECN) o estrategias consideradas en principio disfuncionales, frente a las *estrategias de aproximación* (ACG) o estrategias adaptativas.

Al mismo tiempo, se observa que a la puntuación media de estas categorías le siguen las puntuaciones medias de los intervinientes con más de 10 años de antigüedad en los estilos de *aproximación cognitiva* (ACG) y *evitación conductual* (ECN) y, que los intervinientes de entre 1 y 5 años de antigüedad lo hacen en el *estilo de evitación cognitiva* (ECG).

Sin poner en duda que los intervinientes con *menor antigüedad* se inclinan en mayor medida hacia el uso de estrategias y estilos de evitación cognitivo/conductual, (ECG/ECN), frente a estrategias y estilos de aproximación (ACG), habría que considerar las posibles motivaciones o factores personales que pudieran mediar en las respuestas de los intervinientes con mayor antigüedad, tanto en los estilos *aproximación cognitiva* (ACG) como en los estilos de *evitación conductual*, especialmente por el hecho de que sus respuestas pudieran estar enmascaradas, como apuntan algunos estudios de referencia.

**4.4.6.** Análisis y comparación de los resultados de la *muestra del personal de emergencias*, en las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A, con la *muestra de la población española en general*, según la adaptación española del Inventario CRI-A, presentados en la siguiente tabla (H10)

Toda vez que se han analizado las *respuestas de estrés y grado de control percibido* en ambas muestras, considerando que estas variables pudieran ejercer una función moduladora en la elección del tipo de estrategias ante la evocación mental de una situación laboral extrema, el principal objetivo de este análisis es conocer las posibles diferencias entre la muestra del personal de emergencias y la muestra de la población española en general.

**Tabla N° 19.** Comparación de los resultados de la muestra del *personal de emergencias* en las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A con los resultados de la muestra de la *población española* (3<sup>er</sup> objetivo: H10)

Percentil	Hombres						Mujeres						Puntuación típica de la media de emergencias sobre la población española	Percentil de la media de emergencias sobre la población española
	Conjunto de la población española			Muestra de emergencias			Conjunto de la población española			Muestra de emergencias				
	25	50	75	25	50	75	25	50	75	25	50	75		
<b>AL</b>	8	10	13	13	15,5	18	8	11	13	14	17	19	1,39	91,83
<b>RP</b>	7	10	13	12	15	17	8	10	13	14,3	18	21	1,26	89,57
<b>BG</b>	5	8	10	11	13	16	6	9	11	13	15	18,8	1,53	93,73
<b>SP</b>	9	11	14	16	18	20	9	12	14	16	19	21	1,77	96,2
<b>EC</b>	4	7	10	9	11	15	5	8	11	10,3	12,5	16,8	1,25	89,37
<b>AR</b>	4	7	9	8	9	12	4	7	10	10	12	15	0,96	83,23
<b>BR</b>	3	6	9	11	14	16	4	7	9	13	15	17	2,16	98,46
<b>DE</b>	2	4	7	8,25	10	13	4	7	9	9	12	14	1,81	96,47

Cabe recordar que entre los objetivos específicos correspondientes al objetivo general del primer nivel, se propuso identificar el perfil del interviniente de emergencias mediante el proceso de elección de las estrategias y estilos contempladas en el Inventario CRI-A y, al mismo tiempo, comparar las respuestas del personal de emergencias con la muestra de la adaptación española del Inventario de Respuestas de Afrontamiento CRI-A.

Pues bien, corresponde en este punto analizar las respuestas obtenidas en los cuartiles de la totalidad de la muestra del personal de emergencias sobre las escalas de afrontamiento, como ya se comentó, ante la evocación de una situación laboral extrema.

A la vista de los datos reflejados en la *Tabla N° 19*, el personal de emergencias presenta mayores puntuaciones en todos los cuartiles respecto a todas las escalas de afrontamiento en comparación con el conjunto de la población española, de hecho,

podemos decir que las puntuaciones medias de los profesionales de emergencias están en un percentil medio del 90 % respecto al conjunto de la población española.

Estos resultados confirman la **hipótesis 10**, donde se precisó un mayor grado de elección del personal de emergencias en todo tipo de estrategias ante una situación laboral extrema, frente al resto de la población en general. Esta mayor proactividad del personal de emergencias podría estar justificada por su condición profesional, lo cual implica mayor preparación y mayor entrenamiento.

Cabe destacar que las puntuaciones son más elevadas tanto en las escalas de afrontamiento consideradas adaptativas como en las escalas consideradas disfuncionales, cuyos datos serán objeto de análisis en el apartado de conclusiones.

Revisando el conjunto de ambas muestras, se observa que las puntuaciones coinciden en gran medida con los datos obtenidos a lo largo del estudio, tanto en el conjunto de las escalas, como en cada una de ellas, en especial *la variable sexo*, donde destacan las mayores puntuaciones medias de las mujeres respecto a los hombres, en todas y cada una de las escalas y también en ambas muestras.

**Resumiendo:** Estos datos parecen confirmar que el Inventario CRI-A es un buen instrumento para discriminar al personal de emergencias respecto a la población en general, pudiendo afirmar que el perfil del personal de emergencias se ajusta al protocolo de selección establecido mostrado en la primera parte del estudio, si bien, estos datos se analizarán de nuevo a través del análisis factorial de sus componentes.

**Finalmente**, con objeto de tener una representación global de todos los datos expuestos en los diversos apartados del punto 4.4. -análisis de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas y estilos de afrontamiento* del Inventario CRI-A, en función de las variables sociodemográficas- se han unificado estos datos en dos tablas que contienen *todos los resultados* obtenidos en las *escalas y estilos de afrontamiento*.

Así pues, todo ello queda reflejado íntegramente en las *Tablas N° 20 y 21* que se muestran a continuación.

**Tabla N° 20. Contrastes de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A en función de todas las *variables sociodemográficas* (3<sup>er</sup> objetivo: H7-H8-H9)**

	AL		RP		BG		SP	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	15,85	3,16	15,74	3,73	13,97	3,99	18,21	3,16
<b>Sexo</b>								
Hombre	15,36	2,99	14,68	3,34	13,1	3,57	18,11	2,86
Mujer	<b>16,71</b>	3,28	<b>17,56</b>	3,69	<b>15,47</b>	4,27	18,36	3,67
EC	t(118) = -2,295		t(118) = -4,38		t(118) = 3,259		t(118) = -4,08	
p-valor	<b>0,023*</b>		<b>0*</b>		<b>0,001*</b>		0,684	
Tamaño del efecto	d = 2,3		d = 4,38		d = 3,26			
<b>Nivel de estudios</b>								
Eso o equivalente	14,83	2,57	15,28	3,01	12,78	3,73	17,67	3,43
Bachillerato o equivalente	15,72	2,84	15,52	3,99	14,04	4,09	18,13	3,02
Universitario o equivalente	16,58	3,4	16,22	3,75	14,29	3,79	18,47	3,15
Postgrado	15,09	3,91	15,45	3,8	14,36	4,92	18,36	3,67
EC	F(3,116) = 1,685		F(3,116) = 0,411		F(3,116) = 0,665		F(3,116) = 0,289	
p-valor	0,174		0,746		0,575		0,834	
<b>Rama profesional</b>								
Administrativa	16,88	3,22	15,43	4,67	14,68	4,96	18,81	2,59
Sanitaria	16,3	3,18	16,68	3,21	14,62	3,8	18,05	3,42
Profesiones liberales	15,67	3,21	14,33	4,04	13,67	3,05	18,67	1,53
Ninguna de ellas	15,29	3,08	15,27	3,74	13,37	3,87	18,13	3,22
EC	F(3,116) = 1,481		F(3,116) = 1,338		F(3,116) = 0,984		F(3,116) = 0,256	
p-valor	0,223		0,266		0,403		0,857	
<b>Antigüedad</b>								
Menos de 1 año	17,72	2,57	<b>19,09</b>	2,26	16,36	3,26	17,27	3,77
Entre 1 y 5 años	15,74	3,32	15,17	4,02	13,78	3,89	17,78	3,33
Entre 6 y 10 años	15,34	3,05	15,15	3,38	13,72	4,31	18,25	2,99
Más de 10 años	15,87	3,22	15,72	3,82	13,72	3,86	18,59	3,1
EC	F(3,116) = 1,646		F(3,116) = 3,693		F(3,116) = 1,462		F(3,116) = 0,692	
p-valor	0,183		<b>0,014*</b>		0,229		0,559	
Tamaño del efecto			Eta2 = 0,07					
<b>Edad</b>								
	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>
	-0,103	0,263	-0,02	0,826	0,128	0,164	-0,005	0,96

Sigue  
en la  
pág. Sg

(T. 20)	EC		AR		BR		DE	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	12,33	3,81	11,12	3,61	14,37	3,25	11	3,04
<b>Sexo</b>								
Hombre	11,68	3,66	10,27	3,23	13,89	3,34	10,48	2,88
Mujer	<b>13,45</b>	3,86	<b>12,59</b>	3,81	<b>15,18</b>	2,95	<b>11,88</b>	3,14
EC	Z = -2,356		Z = -3,741		t(118) = -2,119		Z = -2,37	
p-valor	<b>0,018*</b>		<b>0*</b>		<b>0,036*</b>		<b>0,018*</b>	
Tamaño del efecto	d = 0,22		d = 0,34		d = 2,12		d = 0,22	
<b>Nivel de estudios</b>								
Eso o equivalente	13,17	4,23	10,78	2,26	13,83	2,99	10,56	2,62
Bachillerato o equivalente	11,76	3,49	10,76	3,71	14,23	3,29	10,89	3,72
Universitario o equivalente	12,49	3,79	11,53	4,01	14,93	3,29	11,15	2,95
Postgrado	12,73	4,61	11,55	3,42	13,45	3,33	11,54	3,8
EC	F(3,116) = 0,691		F(3,116) = 0,446		F(3,116) = 0,926		F(3,116) = 0,299	
p-valor	0,56		0,72		0,431		0,826	
<b>Rama profesional</b>								
Administrativa	12,56	4,08	10,94	3,68	<b>15,06</b>	3,73	12	3,61
Sanitaria	12,62	3,93	11,9	3,89	<b>15,47</b>	2,85	11,28	3,07
Profesiones liberales	10	1	10,67	4,72	12	3	8,33	1,53
Ninguna de ellas	12,19	3,77	10,68	3,35	<b>13,57</b>	3,16	10,68	2,85
EC	F(3,116) = 0,491		Chi2(3) = 3,009		F(3,116) = 3,774		F(3,116) = 1,695	
p-valor	0,689		0,39		<b>0,013*</b>		0,172	
Tamaño del efecto					Eta2 = 0,09			
<b>Antigüedad</b>								
Menos de 1 año	<b>15,27</b>	3,69	<b>15,18</b>	4,68	16,09	2,42	<b>13,54</b>	2,62
Entre 1 y 5 años	12,52	4,66	11,35	3,56	14,17	2,89	10,65	3,25
Entre 6 y 10 años	11,25	3,47	10,79	3,58	13,77	3,53	11,02	2,94
Más de 10 años	12,45	3,35	10,34	2,77	14,55	3,28	10,55	2,9
EC	Chi2(3) = 9,306		Chi2(3) = 11,737		F(3,116) = 1,568		F(3,116) = 3,169	
p-valor	<b>0,025*</b>		<b>0,008*</b>		0,201		<b>0,027*</b>	
Tamaño del efecto	Eta2 = 0,08		Eta2 = 0,14				Eta2 = 0,08	
<b>Edad</b>								
	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>
	0,008	0,931	-0,16	0,081	0,012	0,896	-0,228	<b>0,012*</b>

- **AL:** Análisis lógico; **RP:** Reevaluación positiva; **BG:** Búsqueda de guía y soporte; **SP:** Solución de problemas; **EC:** Evitación cognitiva; **AR:** Aceptación o resignación; **BR:** Búsqueda de recompensas alternativas; **DE:** Descarga emocional

- p: P-Valor o significación del contraste

-\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- d es el tamaño del efecto de Cohen asociado al t-test. (d=0.2 efecto pequeño, d=0.5 efecto mediano, d=0.8 efecto grande)

- Eta2 es el tamaño del efecto asociado al ANOVA. (Eta2=0.01 efecto pequeño, Eta2=0.06 efecto mediano, Eta2=0.14 efecto grande)

**Tabla N° 21. Contrastes de las respuestas referidas por el personal de emergencias en los estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A en función de todas las variables sociodemográficas (3<sup>er</sup> objetivo: H11-H12-H13)**

	ACG		ACN		ECG		ECN	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	31,59	6,17	32,18	5,87	23,46	6,65	25,37	5,32
<b>Sexo</b>								
<b>Hombre</b>	30,04	5,46	31,22	4,82	21,96	6,11	24,38	5,22
<b>Mujer</b>	<b>34,27</b>	6,46	<b>33,84</b>	7,11	<b>26,05</b>	6,83	<b>27,07</b>	5,09
<b>EC</b>	t(118) = -3,822		t(118) = -2,399		t(118) = -3,377		t(118) = -2,73	
<b>p-valor</b>	<b>0*</b>		<b>0,018*</b>		<b>0,001*</b>		<b>0,007*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>	d = 3,82		d = 2,17		d = 3,38		d = 2,74	
<b>Nivel de estudios</b>								
<b>Eso o equivalente</b>	30,11	5,02	30,44	5,71	23,94	5,76	24,39	4,77
<b>Bachillerato o equivalente</b>	31,23	6,35	32,17	5,91	22,52	6,39	25,13	5,47
<b>Universitario o equivalente</b>	32,8	6,11	32,75	5,5	24,02	7,11	28,09	5,23
<b>Postgrado</b>	30,54	7,21	32,73	7,54	24,27	7,64	25	6,19
<b>EC</b>	F(3,116) = 1,078		F(3,116) = 0,695		F(3,116) = 0,491		F(3,116) = 0,521	
<b>p-valor</b>	0,361		0,557		0,689		0,669	
<b>Rama profesional</b>								
<b>Administrativa</b>	32,31	7,18	33,5	6,47	23,5	7,29	<b>27,06</b>	5,74
<b>Sanitaria</b>	32,98	5,86	32,67	5,67	24,53	6,84	<b>26,75</b>	5,26
<b>Profesiones liberales</b>	30	7,21	32,33	4,04	20,67	5,51	20,33	3,78
<b>Ninguna de ellas</b>	30,57	6	31,51	5,95	22,88	6,46	<b>24,26</b>	4,98
<b>EC</b>	F(3,116) = 1,375		F(3,116) = 0,625		F(3,116) = 0,663		F(3,116) = 3,412	
<b>p-valor</b>	0,254		0,6		0,576		<b>0,02*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>							Eta2 = 0,08	
<b>Antigüedad</b>								
<b>Menos de 1 año</b>	<b>36,82</b>	3,71	33,63	6,09	<b>30,45</b>	7,76	<b>29,64</b>	4,32
<b>Entre 1 y 5 años</b>	30,91	6,73	31,56	6,37	23,86	7,48	24,82	5,25
<b>Entre 6 y 10 años</b>	30,51	5,61	31,97	5,35	22,05	6,13	24,79	5,41
<b>Más de 10 años</b>	31,59	6,33	32,32	6,11	22,79	5,45	25,11	5,18
<b>EC</b>	F(3,116) = 3,3		F(3,116) = 0,329		F(3,116) = 5,345		F(3,116) = 2,746	
<b>p-valor</b>	<b>0,023*</b>		0,805		<b>0,002*</b>		<b>0,046*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>	Eta2 = 0,08				Eta2 = 0,12		Eta2 = 0,07	
<b>Edad</b>								
	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>
	-0,065	0,482	0,084	0,359	-0,082	0,371	-0,123	0,181

- **ACG:** Aproximación cognitiva; **ACN:** Aproximación conductual; **ECG:** Evitación cognitiva; **ECN:** Evitación conductual

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- *d* es el tamaño del efecto de Cohen asociado al t-test. (d=0.2 efecto pequeño, d=0.5 efecto mediano, d=0.8 efecto grande)

- *Eta2* es el tamaño del efecto asociado al ANOVA. (Eta2=0.01 efecto pequeño, Eta2=0.06 efecto mediano, Eta2=0.14 efecto grande)

**4.5. Análisis de las respuestas del personal de emergencias** respecto a las *escalas de afrontamiento del Inventario CSI* en función de todas las *variables sociodemográficas* y de las *categorías del problema referido*. Análisis y comparación de las mismas con el *conjunto de la población española* (4º objetivo: H14-H15-H16-H17)

Anteriormente ya se comentó cómo este instrumento, el Inventario CSI, se propuso en la parte empírica del estudio para complementar las respuestas de los intervinientes obtenidas en el Inventario CRI-A, ante la posibilidad de que otros factores de índole personal familiar o social pudieran modular la elección de las respuestas afrontamiento del personal de emergencias.

A diferencia del Inventario CRI-A, cuyas respuestas corresponden a cuestiones estrictamente laborales, el Inventario CSI contempla la problemática cotidiana, relatada en la parte textual del Inventario. En base a este relato, se han elaborado cinco categorías respecto al problema referido, que también se analizarán a continuación de las escalas de afrontamiento.

Así pues, en primer lugar se analizarán las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* con la misma secuencia establecida en el análisis del Inventario CRI-A, siguiendo el orden de las variables sociodemográficas, sexo, edad, nivel de estudios, rama profesional y antigüedad.

**4.5.1.** Análisis de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CSI (REP, AUC, EEM, PSD, APS, REC, EVP, RES) en función de la *variable sexo*, según los resultados mostrados en la siguiente tabla (4º objetivo: H14-H15)

Recordemos que dentro de los objetivos generales del segundo nivel, se planteó la posibilidad de validar el Inventario CSI como instrumento de selección de evaluación del personal de emergencias, en la búsqueda de un determinado perfil.

**Tabla N° 22. Contrastes de las respuestas referidas por el personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento del Inventario CSI* respecto a la *variable sexo* (4º objetivo: H14-H15)**

	REP		AUC		EEM		PSD	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	14,91	4,46	5	4,62	8,67	5,24	11,76	6,09
<b>Sexo</b>								
<b>Hombre</b>	14,51	4,59	4,76	4,29	8,07	5,12	10,83	6,15
<b>Mujer</b>	15,59	4,161	5,41	5,177	9,71	5,33	<b>13,36</b>	5,69
<b>EC</b>	Z = -1,38		t(118) = -0,736		t(118) = -1,663		t(118) = -2,234	
<b>p-valor</b>	0,168		0,463		0,099		<b>0,027*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>							d = 2,23	
	APS		REC		EVP		RES	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	10,7	5,66	10,16	4,69	5,9	3,69	5,49	3,62
<b>Sexo</b>								
<b>Hombre</b>	10,07	5,69	9,42	4,49	5,89	3,67	5,47	3,47
<b>Mujer</b>	11,77	5,49	<b>11,45</b>	4,82	5,91	3,78	5,52	3,89
<b>EC</b>	t(118) = -1,591		t(118) = -2,328		t(118) = -0,02		t(118) = -0,071	
<b>p-valor</b>	0,114		<b>0,022*</b>		0,984		0,943	
<b>Tamaño del efecto</b>							d = 2,33	

- **REP:** Resolución de problemas; **AUC:** Autocrítica; **EEM:** Expresión emocional; **PSD:** Pensamiento desiderativo; **APS:** Apoyo social; **REC:** Reestructuración cognitiva; **EVP:** Evitación de problemas; **RES:** Retirada social

- p: P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- d es el tamaño del efecto de Cohen asociado al t-test.(d=0.2 efecto pequeño, d=0.5 efecto mediano, d=0.8 efecto grande)

Según se puede observar en la *Tabla N° 22*, la *variable sexo* únicamente presenta diferencias significativas en las *escalas de afrontamiento* pensamiento desiderativo (PSD) y reestructuración cognitiva (REC):

- *Pensamiento desiderativo* (PSD): ( $t(118) = -2.234, p = 0.027, d = 2.23$ )

( $M = 10.83, SD = 6.15$ , en hombres), ( $M = 13.36, SD = 5.69$ , en mujeres)

- *Reestructuración cognitiva* (REC): ( $t(118) = -2.328, p = 0.022, d = 2.33$ )

( $M = 9.42, SD = 4.49$ , en hombres), ( $M = 11.45, SD = 4.82$ , en mujeres)

Esta diferencia, estadísticamente significativa, presenta mayores puntuaciones medias en las mujeres, cuyo tamaño del efecto ( $d$ ) es muy elevado.

A la vista de estos resultados, se rechaza el primer supuesto de la **hipótesis 14**, donde se dijo que las mujeres mostrarían preferencia por el tipo de estrategias contenidas en la escala resolución de problemas (REP), si bien, esta escala no presenta relación con la variable sexo. Se adelanta que tampoco hay relación de esta escala con las variables edad y antigüedad, como se había dicho, lo cual se comentará más adelante.

Igualmente se rechaza el primer supuesto de la **hipótesis 15**, donde se dijo que los hombres se inclinarían hacia el uso de estrategias de la escala *reestructuración cognitiva* (REC). Al contrario de lo esperado, son las mujeres las que informan un mayor grado de elección de las mismas. También se rechazarán los supuestos de esta hipótesis relacionados con las variables edad y antigüedad en el apartado correspondiente.

Respecto a las dos escalas que mostraron relación significativa con la *variable sexo*, recordemos que la escala *pensamiento desiderativo* (PSD), considerada un estilo de *afrentamiento desadaptativo centrado en el problema*, indica un manejo inadecuado de la situación, mientras que la escala *reestructuración cognitiva* (REC) o *afrentamiento adaptativo centrado en el problema*, indica un manejo adecuado de la situación, si bien estos conceptos serán analizados en el punto de conclusiones.

**Resumiendo:** Se observa mayor proactividad de las mujeres con respecto a los hombres en todas las escalas en general, sean adaptativas o disfuncionales, siendo una constante en todo el estudio. Cabe señalar que, aunque no se encontraron diferencias significativas en el resto de las escalas del Inventario CSI, se observa que la puntuación media en todas ellas, es ligeramente superior en las escalas de *afrentamiento adaptativo* (REP, APS, EEM), frente a las escalas de *afrentamiento desadaptativo* (EVP, AUC, RES), lo cual podría indicar un cierto equilibrio en la elección del tipo de estrategias.

**Finalmente**, respecto a las escalas *resolución de problemas* (REP) -caracterizada por *estrategias cognitivas y conductuales* encaminadas a eliminar el estrés, con objeto de modificar la situación que lo produjo- y la escala *reestructuración cognitiva* (REC) -caracterizada por *estrategias cognitivas*, con objeto de modificar el significado de la situación estresante-, inicialmente se planteó su relación con las variables sexo, edad y antigüedad. Al contrario de lo esperado, la única relación se ha dado en la escala *reestructuración cognitiva* (REC), aunque fueron las mujeres y no los hombres, las que presentaron mayores puntuaciones medias. En general, esto podría explicar que este tipo de estrategias estarían incorporadas en el repertorio básico de conductas del perfil

profesional, las cuales representan un *estilo de afrontamiento adaptativo centrado en el problema*.

**4.5.2.** Análisis de las respuestas del personal de emergencias respecto a las *escalas de afrontamiento* del Inventario CSI (REP, AUC, EEM, PSD, APS, REC, EVP, RES) en función de la *variable edad* dentro de los objetivos específicos del segundo nivel (H14-H15)

**Tabla N° 23. Contrastes de las respuestas referidas por el personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CSI en función de la variable edad** (4° objetivo: H14-H15)

	REP		AUC		EEM		PSD	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Total de la muestra	14,91	4,46	5	4,62	8,67	5,24	11,76	6,09
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Edad	-0,005	0,959	-0,043	0,64	-0,167	0,068	-0,202	<b>0,027*</b>
	APS		REC		EVP		RES	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Total de la muestra	10,7	5,66	10,16	4,69	5,9	3,69	5,49	3,62
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Edad	-0,19	<b>0,038*</b>	-0,191	<b>0,037*</b>	-0,151	0,099	0,001	0,988

- **REP:** Resolución de problemas; **AUC:** Autocrítica; **EEM:** Expresión emocional; **PSD:** Pensamiento desiderativo; **APS:** Apoyo social; **REC:** Reestructuración cognitiva; **EVP:** Evitación de problemas; **RES:** Retirada social

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- *r* es el Coeficiente de Correlación lineal de Pearson entre la variable edad y los estilos. Cuanto más cercano a la unidad mayor correlación existe.

Según los datos reflejados en la *Tabla N° 23*, se encuentran correlaciones significativas de la *variable edad* con las siguientes *escalas de afrontamiento*

- *Pensamiento desiderativo* (PSD): ( $r = -0.202$ ,  $p = 0.027$ )

- *Apoyo social* (APS): ( $r = -0.19$ ,  $p = 0.038$ )

- *Reestructuración cognitiva* (REC): ( $r = -0.191$ ,  $p = 0.037$ )

Estas correlaciones son estadísticamente significativas y de signo negativo, lo cual nos indica que **a mayor edad se aprecia menor puntuación** en las mencionadas escalas. En consecuencia los *más jóvenes* puntuarían en mayor grado en los niveles de la escala *Likert*.

A la vista de estos resultados, se rechaza el segundo supuesto de la **hipótesis 14**, donde se avanzó que los *más jóvenes* elegirían en mayor medida respuestas de la escala *resolución de problemas* (REP). Como ya se adelantó, también se rechaza el segundo supuesto de la **hipótesis 15**, donde se dijo que los intervinientes de mayor edad elegirían en mayor grado respuestas de la escala *reestructuración cognitiva* (REC). Justo al contrario de lo esperado, son los *más jóvenes* los que presentan mayor grado de puntuación en la elección de este tipo de estrategias.

**Resumiendo:** El análisis de resultados podría indicar que la *variable edad* ejerce una *función moduladora* en la elección de las estrategias de afrontamiento, inclinándose los más jóvenes hacia todo tipo de estrategias en general, bien sean adaptativas (APS, REC) o disfuncionales (PSD), con mayor tendencia hacia las estrategias adaptativas cuando se trata de un problema cotidiano.

Recordemos que la escala *pensamiento desiderativo* (PSD) se compone de *estrategias cognitivas* que reflejan el deseo de que la realidad no hubiera ocurrido (*p. ej. “deseé que la situación nunca hubiera empezado”*), lo cual, en principio la convierte en una *escala de afrontamiento desadaptativo centrado en el problema* o manejo inadecuado de la situación.

La escala *apoyo social* (APS), contiene estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional (*p. ej. “encontré a alguien que escuchó mi problema”*) y, es considerada una escala de afrontamiento adaptativo centrado en la emoción o manejo adecuado de las emociones.

La escala *reestructuración cognitiva* (REC), contiene estrategias cognitivas encaminadas a modificar el significado de la situación estresante (*p.ej. “repasé el problema una y otra vez y al final vi las cosas de forma diferente”*). Es una escala de afrontamiento adaptativo centrado en el problema o manejo adecuado de la situación.

La elección del tipo de estrategias consideradas disfuncionales se presenta de forma similar en ambos inventarios respecto a las respuestas de los más jóvenes. Según se ha comentado, la elección de respuesta de los más jóvenes en la escala *pensamiento desiderativo* (PSD) del Inventario CSI, coincide en gran medida con la escala *descarga emocional* (DE) del Inventario CRI-A, representada por un *estilo de evitación conductual* (ECN).

**Finalmente**, respecto al resto de escalas de afrontamiento (REP, AUC, EEM, EVP, RES), pese a no mostrar relación significativa, también presentaron una correlación negativa con la edad, lo cual indica que a **mayor edad, menor puntuación** en este tipo de estrategias, tal como ocurría en las anteriores escalas.

**4.5.3.** Análisis de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CSI (REP, AUC, EEM, PSD, APS, REC, EVP, RES) respecto a las variables *nivel de estudios y rama profesional* (4º objetivo, *Tabla N° 24*)

**Tabla N° 24. Contrastes de las respuestas referidas por el personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CSI respecto a las variables nivel de estudios y rama profesional**

	REP		AUC		EEM		PSD	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	14,91	4,46	5	4,62	8,67	5,24	11,76	6,09
<b>Nivel de estudios</b>								
<b>Eso o equivalente</b>	15,72	3,04	5,44	3,15	9,67	4,54	13,44	5,42
<b>Bachillerato o equivalente</b>	14,65	4,11	5,91	4,8	8,78	5,26	11,43	6,25
<b>Universitario o equivalente</b>	14,93	4,73	4,35	4,97	8,37	5,25	11,62	5,89
<b>Postgrado</b>	14,54	6,67	3,09	3,88	7,73	6,51	10,91	7,48
<b>EC</b>	Chi2(3) = 1,131		F(3,116) = 1,593		F(3,116) = 0,384		F(3,116) = 0,576	
<b>p-valor</b>	0,77		0,195		0,765		0,632	
<b>Rama profesional</b>								
<b>Administrativa</b>	15,06	6,28	6,13	5,58	9,81	6,67	13,19	7,59
<b>Sanitaria</b>	14,83	3,98	5,02	4,83	8,65	4,97	11,52	5,37
<b>Profesiones liberales</b>	18,67	1,52	9	8,89	11,33	3,51	8,67	6,66
<b>Ninguna de ellas</b>	14,74	4,29	4,49	3,92	8,25	5,09	11,69	6,15
<b>EC</b>	Chi2(3) = 6,451		F(3,116) = 1,321		F(3,116) = 0,64		F(3,116) = 0,568	
<b>p-valor</b>	0,092		0,271		0,591		0,637	
	APS		REC		EVP		RES	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	10,7	5,66	10,16	4,69	5,9	3,69	5,49	3,62
<b>Nivel de estudios</b>								
<b>Eso o equivalente</b>	11,39	5,69	10,17	4,38	6,78	2,69	6,11	4,09
<b>Bachillerato o equivalente</b>	11,09	5,08	10,83	4,06	6,3	3,88	5,15	3,27
<b>Universitario o equivalente</b>	10,53	6,24	9,98	5,15	5,58	3,92	5,64	3,94
<b>Postgrado</b>	8,64	5,64	8,18	5,71	4,09	2,91	5,27	3,1
<b>EC</b>	F(3,116) = 0,656		F(3,116) = 0,981		F(3,116) = 1,538		F(3,116) = 0,345	
<b>p-valor</b>	0,581		0,404		0,209		0,793	
<b>Rama profesional</b>								
<b>Administrativa</b>	11,25	7,32	10,56	5,67	6,56	4,02	5,94	3,82
<b>Sanitaria</b>	10,73	5,97	11,03	4,71	6,15	3,48	5	3,71
<b>Profesiones liberales</b>	10	3	10,33	5,51	4,67	4,04	5	7
<b>Ninguna de ellas</b>	10,57	5,14	9,49	4,39	5,62	3,78	5,72	3,39
<b>EC</b>	F(3,116) = 0,074		F(3,116) = 0,902		F(3,116) = 0,452		F(3,116) = 0,421	
<b>p-valor</b>	0,974		0,442		0,716		0,738	

- **REP:** Resolución de problemas; **AUC:** Autocrítica; **EEM:** Expresión emocional; **PSD:** Pensamiento desiderativo. **APS:** Apoyo social; **REC:** Reestructuración cognitiva; **EVP:** Evitación de problemas; **RES:** Retirada social

A la vista de los resultados reflejados en la *Tabla N° 24*, no hay relación significativa en ninguna de las escalas del Inventario CSI, respecto a las *variables nivel de estudios y rama profesional*.

**4.5.4.** Análisis de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CSI (REP, AUC, EEM, PSD, APS, REC, EVP, RES) respecto a la *variable antigüedad*, según los datos reflejados en la siguiente tabla (4° objetivo: H14-H15)

**Tabla N° 25. Contrastes de las respuestas referidas por el personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CSI en función de la variable antigüedad** (4° objetivo: H14-H15)

	REP		AUC		EEM		PSD	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	14,91	4,46	5	4,62	8,67	5,24	11,76	6,09
<b>Antigüedad</b>								
<b>Menos de 1 año</b>	15,91	4,44	<b>7,73</b>	6,37	10,36	6,34	12,09	5,84
<b>Entre 1 y 5 años</b>	14,22	3,93	5	4,54	9,78	4,73	13,13	5,1
<b>Entre 6 y 10 años</b>	14,28	4,58	5,92	5,22	8,95	5,27	13,1	5,9
<b>Más de 10 años</b>	15,53	4,61	3,59	3,09	7,49	5,08	9,89	6,42
<b>EC</b>	Chi2(3) = 7,148		F(3,116) = 3,438		F(3,116) = 1,584		F(3,116) = 2,604	
<b>p-valor</b>	0,067		<b>0,019*</b>		0,197		0,055	
<b>Tamaño del efecto</b>			Eta2 = 0,08					
	APS		REC		EVP		RES	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	10,7	5,66	10,16	4,69	5,9	3,69	5,49	3,62
<b>Antigüedad</b>								
<b>Menos de 1 año</b>	11,91	6,12	12,64	5,01	6,36	3,11	5,73	4,29
<b>Entre 1 y 5 años</b>	12,17	5,55	10,39	4,88	5,91	4,13	5,48	3,75
<b>Entre 6 y 10 años</b>	10,31	5,25	9,44	4,27	6,54	3,46	6,33	3,46
<b>Más de 10 años</b>	10,02	5,93	10,09	4,82	5,26	3,78	4,74	3,46
<b>EC</b>	F(3,116) = 0,976		F(3,116) = 1,363		F(3,116) = 0,922		F(3,116) = 1,399	
<b>p-valor</b>	0,407		0,258		0,433		0,247	

- **REP:** Resolución de problemas; **AUC:** Autocrítica; **EEM:** Expresión emocional; **PSD:** Pensamiento desiderativo. **APS:** Apoyo social; **REC:** Reestructuración cognitiva; **EVP:** Evitación de problemas; **RES:** Retirada social

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- *Eta2* es el tamaño del efecto asociado al ANOVA. (Eta2=0.01 efecto pequeño, Eta2=0.06 efecto mediano, Eta2=0.14 efecto grande)

Según se aprecia en la *Tabla N° 25*, la variable *antigüedad* únicamente muestra diferencias significativas en la escala de afrontamiento *autocrítica* (AUC), siendo los intervinientes con *antigüedad menor a 1 año*, los que presentan mayores puntuaciones medias: (M = 7.73, SD, = 6.37); (F (3.116) = 3.438, p = 0.019, Eta2 = 0.08).

Esta relación, estadísticamente significativa, presenta un tamaño del efecto (Eta2) pequeño. Si bien, hay que destacar que a lo largo del estudio, las mayores puntuaciones medias en las escalas consideradas disfuncionales, se han dado en los intervinientes de *menor antigüedad* y también en *los más jóvenes*.

A la vista de los resultados, como ya se había adelantado, se rechaza el tercer supuesto de la **hipótesis 14**, donde se precisó que los intervinientes con *menor antigüedad*, se inclinarían en mayor grado hacia las estrategias de la escala *resolución de problemas* (REP). Contrariamente a lo esperado, no hay relación alguna entre ambas variables.

Por la misma razón, se rechaza el tercer supuesto de la **hipótesis 15**, respecto a la escala *reestructuración cognitiva* (REC), ya que no hay relación de ésta con la variable *antigüedad*.

**Resumiendo:** La variable *antigüedad* parece ejercer una relativa función moduladora respecto a la escala *autocrítica* (AUC), donde se puede apreciar que los intervinientes con menor *antigüedad* (menos de 1 año), se inclinan en mayor medida hacia este tipo de *estrategias consideradas disfuncionales*, basadas en la autoinculpación (“*Me culpé a mí mismo de lo sucedido*”).

Esto podría indicar que los intervinientes con *mayor antigüedad* (más de 10 años), manejan de forma más eficaz los problemas cotidianos, frente a los intervinientes con *menor antigüedad* (menos de 1 año). Cabe suponer que los intervinientes con *mayor antigüedad* (los mayores), bien sea por la experiencia acumulada, por el mayor grado de habilidades o por razones de índole personal, laboral o social, no tendrían la misma necesidad de utilizar este tipo de estrategias, o por el contrario, pudieran ser más reacios a mostrar y/o aceptar sus fracasos o sus emociones.

**4.5.5.** Análisis de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento del Inventario CSI* respecto a las *categorías del problema referido* (4° objetivo: H16-H17)

La incorporación de la parte textual del Inventario CSI al estudio de las respuestas del personal de emergencias se utilizó para complementar el análisis cuantitativo de las escalas de afrontamiento. La definición y valoración cualitativa de una situación problemática en la vida cotidiana del sujeto tiene como objeto recabar información acerca de la relevancia del *problema referido*, pensando en la posibilidad de que pudiera mediar en la elección de estrategias, adaptativas o disfuncionales y, finalmente en el desarrollo de su tarea como personal de emergencias.

Así pues, analizaremos las diferentes escalas del Inventario CSI, en función de esta nueva variable asignada como *problema referido* en sus diferentes categorías, personal, familiar, laboral, social y emergencia, cuyos resultados se muestran en la *Tabla N° 26*

**Tabla N° 26. Contrastes de las respuestas del personal de emergencias en las escalas de afrontamiento del Inventario CSI respecto a las categorías del problema referido (4° objetivo: H16)**

	REP		AUC		EEM		PSD	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	14,91	4,46	5	4,62	8,67	5,24	11,76	6,09
<b>Problema referido</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
<b>Personal</b>	14,27	4,78	5,55	4,93	9,51	9,04	12,1	6,23
<b>Familiar</b>	14,6	4,81	6,16	4,63	9,04	4,47	13,08	5,61
<b>Laboral</b>	15,7	4,35	4,6	4,01	9,9	6,12	10,5	6,74
<b>Social</b>	14,83	4,12	5,67	6,41	<b>11,5</b>	7,06	12,83	6,15
<b>Emergencia</b>	15,97	3,69	3,13	3,49	<b>6</b>	4,86	10,3	6,05
<b>EC</b>	F(4,115) = 0,781		F(4,115) = 1,895		F(4,115) = 3,069		F(4,115) = 0,915	
<b>p-valor</b>	0,54		0,116		<b>0,019*</b>		0,458	
<b>Tamaño del efecto</b>					Eta2 = 0,1			
	APS		REC		EVP		RES	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	10,7	5,66	10,16	4,69	5,9	3,69	5,49	3,62
<b>Problema referido</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
<b>Personal</b>	11,35	5,45	9,69	4,34	5,82	3,54	5,41	3,56
<b>Familiar</b>	10,48	5,99	9,76	4,72	5,6	4,35	6,28	4,19
<b>Laboral</b>	12,1	4,12	12,7	5,49	6	3,59	4,7	3,97
<b>Social</b>	10	6,07	8,67	4,71	6,17	5,19	3,83	3,54
<b>Emergencia</b>	9,5	6,14	10,73	4,91	6,2	3,27	5,56	3,13
<b>EC</b>	F(4,115) = 0,676		F(4,115) = 1,167		F(4,115) = 0,103		F(4,115) = 0,734	
<b>p-valor</b>	0,61		0,329		0,981		0,571	

- **REP:** Resolución de problemas; **AUC:** Autocrítica; **EEM:** Expresión emocional; **PSD:** Pensamiento desiderativo; **APS:** Apoyo social; **REC:** Reestructuración cognitiva; **EVP:** Evitación de problemas; **RES:** Retirada social

- *p:* P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- *Eta2* es el tamaño del efecto asociado al ANOVA. (Eta2=0.01 efecto pequeño, Eta2=0.06 efecto mediano, Eta2=0.14 efecto grande)

Según los datos mostrados en dicha tabla, únicamente se encontró relación significativa en la escala **expresión emocional** (EEM), respecto a las categorías del **problema referido**: (F (4.115) = 3.069, p = 0.019, Eta2 = 0.1). El gran tamaño del efecto

(Eta<sup>2</sup>), aporta valor psicológico a estas diferencias, como se puede apreciar en las puntuaciones medias de las diferentes categorías.

- *Situación social*, caracterizada por asuntos o circunstancias que originan malestar como resultado de la interacción en cualquier área social (M = 11.5, SD = 7.06)

- *Situación laboral*, caracterizada por asuntos o circunstancias relacionadas con el desarrollo de la profesión y el contexto laboral (M = 9.9, SD = 6.12)

- *Situación personal*, caracterizada por asuntos o circunstancias intrínsecos a la persona susceptibles de crear malestar en los tres canales de respuesta (motor, cognitivo y fisiológico), (M = 9.51, SD = 9.04)

- *Situación familiar*, caracterizada por asuntos o circunstancias relacionadas con los problemas resultantes de la interacción con la pareja, los hijos y/o el entorno familiar (M = 9.04, SD = 4.47)

- *Situación de emergencia*, caracterizada por asuntos o circunstancias que implican riesgo para la propia persona, para terceros o para el medio ambiente y que requiere una intervención inmediata (M = 6, SD = 4.86)

Estos resultados nos indican que las diferentes categorías pudieran ejercer una función moduladora en la elección de respuestas de la *escala expresión emocional* (EEM), considerada una *escala de afrontamiento adaptativo centrado en la emoción*. Esto nos lleva a rechazar la **hipótesis 16**, donde se precisó una relación de las *categorías laboral y emergencias* respecto a las escalas *resolución de problemas* (REP) y *reestructuración cognitiva* (REC), en las cuales no se dio ningún tipo de relación.

Recordemos que la escala *expresión emocional* (EEM), se compone de estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de una situación estresante (p.ej. "*dejé aflorar mis sentimientos para reducir el estrés*").

**Resumiendo:** Estos resultados muestran que, a excepción de la escala *expresión emocional* (EEM), las diferentes categorías del problema referido no parecen ejercer ningún tipo de mediación en la elección del resto de estrategias de afrontamiento contempladas en el Inventario CSI. Esto podría indicar que los problemas cotidianos que acontecen en su vida personal, familiar, laboral, social o riesgo de cualquier índole, no modulan la elección de las respuestas contempladas en las diferentes escalas, por lo cual se podría generalizar que tampoco interfieren en el desarrollo de la tarea o intervención del personal de emergencias.

Cabe mencionar que la menor puntuación media corresponde a la categoría *emergencia* (M = 6, SD = 4.86), lo cual, dadas las circunstancias, podría entenderse como el hecho de estar *más familiarizado* o acostumbrado a resolver todo tipo de problemas, facilitando la toma de decisiones también en la vida cotidiana.

Por el contrario, la mayor puntuación media corresponde a la *categoría social* ( $M = 11.5$ ,  $SD = 7.06$ ). Este dato, tal vez podría explicarse a través de un proceso de generalización de esta problemática en la interacción con el equipo de trabajo. Recordemos que la categoría social se caracteriza por cuestiones o situaciones que crean malestar en el área social. En general, el análisis de resultados indica que el personal de emergencias discrimina bien su área personal, familiar, laboral y social del contexto laboral, si bien, estos resultados se validarán en el análisis factorial.

**Finalmente**, con objeto de tener una representación global de los resultados del punto 4.5.-análisis de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento* del Inventario CSI- éstos se han unificado en la siguiente tabla

**Tabla N° 27. Contrastes de las respuestas del personal de emergencias en las *escalas de afrontamiento del Inventario CSI* respecto a la totalidad de las *variables sociodemográficas* (H14-H15)**

	REP		AUC		EEM		PSD	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>Total de la muestra</b>	14,91	4,46	5	4,62	8,67	5,24	11,76	6,09
<b>Sexo</b>								
<b>Hombre</b>	14,51	4,59	4,76	4,29	8,07	5,12	10,83	6,15
<b>Mujer</b>	15,59	4,161	5,41	5,177	9,71	5,33	<b>13,36</b>	5,69
<b>EC</b>	Z = -1,38		t(118) = -0,736		t(118) = -1,663		t(118) = -2,234	
<b>p-valor</b>	0,168		0,463		0,099		<b>0,027*</b>	
<b>Tamaño del efecto</b>							d = 2,23	
<b>Nivel de estudios</b>								
<b>Eso o equivalente</b>	15,72	3,04	5,44	3,15	9,67	4,54	13,44	5,42
<b>Bachillerato o equivalente</b>	14,65	4,11	5,91	4,8	8,78	5,26	11,43	6,25
<b>Universitario o equivalente</b>	14,93	4,73	4,35	4,97	8,37	5,25	11,62	5,89
<b>Postgrado</b>	14,54	6,67	3,09	3,88	7,73	6,51	10,91	7,48
<b>EC</b>	Chi2(3) = 1,131		F(3,116) = 1,593		F(3,116) = 0,384		F(3,116) = 0,576	
<b>p-valor</b>	0,77		0,195		0,765		0,632	
<b>Rama profesional</b>								
<b>Administrativa</b>	15,06	6,28	6,13	5,58	9,81	6,67	13,19	7,59
<b>Sanitaria</b>	14,83	3,98	5,02	4,83	8,65	4,97	11,52	5,37
<b>Profesiones liberales</b>	18,67	1,52	9	8,89	11,33	3,51	8,67	6,66
<b>Ninguna de ellas</b>	14,74	4,29	4,49	3,92	8,25	5,09	11,69	6,15
<b>EC</b>	Chi2(3) = 6,451		F(3,116) = 1,321		F(3,116) = 0,64		F(3,116) = 0,568	
<b>p-valor</b>	0,092		0,271		0,591		0,637	
<b>Antigüedad</b>								
<b>Menos de 1 año</b>	15,91	4,44	<b>7,73</b>	6,37	10,36	6,34	12,09	5,84
<b>Entre 1 y 5 años</b>	14,22	3,93	5	4,54	9,78	4,73	13,13	5,1
<b>Entre 6 y 10 años</b>	14,28	4,58	5,92	5,22	8,95	5,27	13,1	5,9
<b>Más de 10 años</b>	15,53	4,61	3,59	3,09	7,49	5,08	9,89	6,42
<b>EC</b>	Chi2(3) = 7,148		F(3,116) = 3,438		F(3,116) = 1,584		F(3,116) = 2,604	
<b>p-valor</b>	0,067		<b>0,019*</b>		0,197		0,055	
<b>Tamaño del efecto</b>							Eta2 = 0,08	

	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>
<b>Edad</b>	-0,005	0,959	-0,043	0,64	-0,167	0,068	-0,202	<b>0,027*</b>
	<b>APS</b>		<b>REC</b>		<b>EVP</b>		<b>RES</b>	
	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
<b>Total de la muestra</b>	10,7	5,66	10,16	4,69	5,9	3,69	5,49	3,62
<b>Sexo</b>								
<b>Hombre</b>	10,07	5,69	9,42	4,49	5,89	3,67	5,47	3,47
<b>Mujer</b>	11,77	5,49	<b>11,45</b>	4,82	5,91	3,78	5,52	3,89
<b>EC</b>	t(118) =	-1,591	t(118) =	-2,328	t(118) =	-0,02	t(118) =	-0,071
<b>p-valor</b>	0,114		<b>0,022*</b>		0,984		0,943	
<b>Tamaño del efecto</b>			d = 2,33					
<b>Nivel de estudios</b>								
<b>Eso o equivalente</b>	11,39	5,69	10,17	4,38	6,78	2,69	6,11	4,09
<b>Bachillerato o equivalente</b>	11,09	5,08	10,83	4,06	6,3	3,88	5,15	3,27
<b>Universitario o equivalente</b>	10,53	6,24	9,98	5,15	5,58	3,92	5,64	3,94
<b>Postgrado</b>	8,64	5,64	8,18	5,71	4,09	2,91	5,27	3,1
<b>EC</b>	F(3,116) =	0,656	F(3,116) =	0,981	F(3,116) =	1,538	F(3,116) =	0,345
<b>p-valor</b>	0,581		0,404		0,209		0,793	
<b>Rama profesional</b>								
<b>Administrativa</b>	11,25	7,32	10,56	5,67	6,56	4,02	5,94	3,82
<b>Sanitaria</b>	10,73	5,97	11,03	4,71	6,15	3,48	5	3,71
<b>Profesiones liberales</b>	10	3	10,33	5,51	4,67	4,04	5	7
<b>Ninguna de ellas</b>	10,57	5,14	9,49	4,39	5,62	3,78	5,72	3,39
<b>EC</b>	F(3,116) =	0,074	F(3,116) =	0,902	F(3,116) =	0,452	F(3,116) =	0,421
<b>p-valor</b>	0,974		0,442		0,716		0,738	
<b>Antigüedad</b>								
<b>Menos de 1 año</b>	11,91	6,12	12,64	5,01	6,36	3,11	5,73	4,29
<b>Entre 1 y 5 años</b>	12,17	5,55	10,39	4,88	5,91	4,13	5,48	3,75
<b>Entre 6 y 10 años</b>	10,31	5,25	9,44	4,27	6,54	3,46	6,33	3,46
<b>Más de 10 años</b>	10,02	5,93	10,09	4,82	5,26	3,78	4,74	3,46
<b>EC</b>	F(3,116) =	0,976	F(3,116) =	1,363	F(3,116) =	0,922	F(3,116) =	1,399
<b>p-valor</b>	0,407		0,258		0,433		0,247	
	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>	<b>r</b>	<b>p-valor</b>
<b>Edad</b>	-0,19	<b>0,038*</b>	-0,191	<b>0,037*</b>	-0,151	0,099	0,001	0,988

- **REP**: Resolución de problemas; **AUC**: Autocrítica; **EEM**: Expresión emocional; **PSD**: Pensamiento desiderativo; **APS**: Apoyo social; **REC**: Reestructuración cognitiva; **EVP**: Evitación de problemas; **RES**: Retirada social

- p: P-Valor o significación del contraste -\* corresponde a ser significativo al 5% de significación.

- d es el tamaño del efecto de Cohen asociado al t-test. (d=0.2 efecto pequeño, d=0.5 efecto mediano, d=0.8 efecto grande)

- Eta2 es el tamaño del efecto asociado al ANOVA. (Eta2=0.01 efecto pequeño, Eta2=0.06 efecto mediano, Eta2=0.14 efecto grande)

**4.5.6.** Análisis y comparación de las respuestas del *personal de emergencias* en las *escalas de afrontamiento del Inventario CSI* con las respuestas del *conjunto de la población española en general*, según adaptación española del mismo (4º objetivo: H17)

Recordemos que dentro de los objetivos del estudio, nuestro interés se dirige a verificar si la preparación, formación y adiestramiento del personal de emergencias, a *nivel descriptivo*, muestra diferencias respecto a la muestra de la adaptación española del Inventario CSI, como se puede apreciar en los datos de la *Tabla N° 28*.

**Tabla N° 28. Comparación de los resultados referidos por la muestra del *personal de emergencias* en las escalas de afrontamiento del Inventario CSI con los resultados de la muestra de la *población española* (4º objetivo: H17)**

Percentil	Total de la muestra					
	Conjunto de la población española			Muestra de emergencias		
	25	50	75	25	50	75
REP	11	16	19	14	16	18
AUC	0	3	8	1	4	7
EEM	5	9	12	5	8	13
PSD	7	12	16	7	13	17
APS	7	11	15	6	11	15
REC	5	10	14	6	10	14
EVP	3	5	8	3	6	9
RES	1	3	6	3	5	8

Según se puede observar en dicha tabla, la puntuación obtenida por el personal de emergencias en los cuartiles de todas las escalas del Inventario CSI, son muy similares a las puntuaciones obtenidas por el conjunto de la población española, tanto en las escalas consideradas de *afrontamiento adaptativo* como en las escalas consideradas de *afrontamiento disfuncional*. Si bien hay algunas diferencias, debemos considerar que la elección de respuestas de afrontamiento en las escalas del Inventario CSI se dan, o siguen, a la representación mental de un problema cotidiano. Esto podría justificar que la elección de estrategias de afrontamiento ante este tipo de situaciones es similar, tanto para el personal de emergencias como para la población española en general.

El análisis de datos confirma la **hipótesis 17**, donde se dijo que *no habría diferencias* en la elección de estrategias de afrontamiento del Inventario CSI entre la muestra del personal de emergencias y la muestra de la población española, ante un problema cotidiano.

**Resumiendo:** A diferencia de las respuestas obtenidas en las escalas del Inventario CRI-A, el personal de emergencias no muestra cambios importantes en el uso de las estrategias de afrontamiento del Inventario CSI respecto al conjunto de la población española frente a la descripción y representación mental de un problema cotidiano. Es decir, fuera del contexto laboral, ambas poblaciones muestran conductas muy similares ante una situación cotidiana.

**4.6. Análisis factorial** de las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A y de las *escalas de afrontamiento* del Inventario CSI (5° objetivo: H18-H19), según los datos reflejados en la *Tabla N° 29*

El objeto principal del análisis factorial se enmarca dentro del segundo objetivo general de este estudio (5° objetivo específico). Nuestro interés va dirigido a conocer la relación entre el tipo de respuestas obtenidas en el Inventario CRI-A y el Inventario CSI con el fin de mostrar la idoneidad de un Inventario sobre otro, o en su caso, proponer un instrumento ágil y eficaz para la selección y evaluación del personal de emergencias.

En esta tabla se muestran los datos respecto a las componentes principales de la totalidad de las escalas del Inventario CRI-A y las escalas del Inventario CSI, las cuales serán objeto de este análisis.

**Tabla N° 29. Análisis de las componentes principales de las *escalas de afrontamiento* del Inventario CRI-A y de las *escalas de afrontamiento* del Inventario CSI (5° objetivo: H18-H19)**

	Comp. 1	Comp. 2	Comp. 3	Comp. 4
AL	<b>0,664*</b>	0,237	0,386	0,003
RP	<b>0,781*</b>	0,116	0,325	-0,063
BG	<b>0,735*</b>	0,234	0,161	-0,086
SP	0,229	0,244	<b>0,624*</b>	-0,191
EC	<b>0,783*</b>	0,071	-0,147	0,258
AR	<b>0,670*</b>	0,077	-0,375	0,296
BR	<b>0,663*</b>	-0,072	0,271	0,090
DE	<b>0,760*</b>	0,226	-0,062	0,266
REP	-0,03	0,101	<b>0,742*</b>	0,025
AUC	0,162	<b>0,442*</b>	-0,054	0,617
EEM	0,247	<b>0,787*</b>	0,223	0,162
PSD	0,06	<b>0,823*</b>	0,039	0,191
APS	0,157	<b>0,677*</b>	0,409	-0,087
REC	0,278	0,235	<b>0,631*</b>	0,407
EVP	0,081	-0,111	0,301	<b>0,818*</b>
RES	0,111	0,191	-0,245	<b>0,669*</b>
<b>% Varianza</b>	33,426	13,687	11,162	7,309
<b>% Varianza acumulada</b>	33,426	47,113	58,584	65,584

- Corresponde a un Análisis de Componentes Principales con Rotación Varimax  
 - Se han marcado con un asterisco las cargas más pesadas de cada variable sobre las componentes

En consecuencia, a través del análisis factorial se pretende identificar los factores o escalas que puedan explicar la variabilidad de las puntuaciones obtenidas en las diferentes respuestas del personal de emergencias en el Cuestionario CRI-A y el Cuestionario CSI.

En este proceso, se realizará el contraste de los factores del Inventario CRI-A: Análisis lógico (AL), reevaluación positiva (RP), búsqueda de guía y soporte (BG), solución de problemas (SP), evitación cognitiva (EC), aceptación o resignación (AR), búsqueda de recompensas alternativas (BR) y descarga emocional (DE), así como de los factores del Inventario CSI: Resolución de problemas (REP), autocrítica (AUC), expresión emocional (EEM), pensamiento desiderativo (PSD), apoyo social (APS), reestructuración cognitiva (REC), evitación de problemas (EVP) y retiradas social (RES), aislando o eligiendo aquellos factores que por sí mismos tengan mayor peso o puedan explicar la variabilidad del resto de factores y, que a la vez, nos puedan avalar la consistencia de los instrumentos contrastados o la superioridad de uno sobre otro a través de los factores más destacados.

**La primera componente** representa el 33, 426 % de la varianza y, a excepción de la escala solución de problemas (SP), aglutina todas las **escalas del Inventario CRI-A**, lo cual nos indica que, atendiendo a los pesos de las variables originales sobre los componentes, el primer componente resume prácticamente el Inventario CRI-A, mientras que el Inventario CSI, se diluye entre el resto de componentes. Podemos confirmar que la primera componente está saturada o definida por prácticamente todas las escalas del Inventario CRI-A y por ninguna de las escalas del Inventario CSI.

La distribución de estas variables satura en mayor medida *escalas de evitación* (EC, AR, BR, DE). Las dos primeras corresponden al estilo de *evitación cognitiva* (EC, AR, y las otras dos corresponden al estilo de *evitación conductual*. El resto de variables (AL, RP, BG) corresponden, las dos primeras al estilo de *aproximación cognitiva* y la escala BG, al estilo de *aproximación conductual*.

Recordemos que la escala *solución de problemas* (SP), situada en la tercera componente, no mostró relación significativa en ninguna de las variables sociodemográficas, lo cual justifica el poco valor otorgado a esta variable. Sin embargo, el resto de escalas, sean adaptativas o disfuncionales, mostraron diferencias significativas respecto a las variables sociodemográficas, en especial las variables sexo, edad y antigüedad, correspondiendo las mayores puntuaciones a las mujeres, a los intervinientes más jóvenes y a los de menor antigüedad, fueran hombres o mujeres.

El mayor peso de estas variables en el conjunto de componentes nos confirma el valor de las mismas en la búsqueda de un determinado perfil profesional, otorgando validez a este instrumento para la selección y evaluación del personal de emergencias.

**La segunda componente** representa el 13, 687 % de la varianza y aglutina con mayor peso a cuatro de las ocho escalas más puntuadas por el personal de emergencias del Inventario CSI: Autocrítica (AUC), expresión emocional (EEM), pensamiento desiderativo (PSD) y apoyo social (APS). Considerando que la elección de respuestas del

Inventario CSI, corresponde a una situación cotidiana, las escalas contenidas en la segunda componente son un reflejo de aquellos factores que pudieran mediar en la resolución de un conflicto, sin alterar los factores principales de las escalas del Inventario CRI-A, lo cual nos informa de su escaso valor para nuestro objetivo principal. Cabe mencionar que las citadas escalas, en su mayoría consideradas disfuncionales, tuvieron mayor grado de respuesta en las mujeres y en los intervinientes más jóvenes, concepto asociado a menor antigüedad (fueran hombres o mujeres). La variable expresión emocional (EEM), con gran peso respecto a las otras escalas, solamente presenta relación en la *categoría social* del problema referido, relatado en la parte textual del Inventario CSI, lo cual debería ser un dato a tener en cuenta para la dinámica del trabajo en equipo.

*La tercera componente* representa el 11, 62 % de la varianza, saturando por encima del resto la escala solución de problemas (SP) del Inventario CRI-A y las escalas resolución de problemas (REP) y reestructuración cognitiva (REC) del Inventario CSI. Las escalas solución de problemas (SP) y resolución de problemas (REP) tuvieron escasa o nula elección en las respuestas de afrontamiento del personal de emergencias, otorgando escaso valor a estas variables, consideradas de estilo adaptativo. Por el contrario, se observa que el peso de la escala reestructuración cognitiva (REC), también de estilo adaptativo, es superior, lo cual le otorga mayor valor respecto al resto de las escalas.

*La cuarta componente* representa el 7, 309 % de la varianza, saturando por encima del resto las escalas evitación de problemas (EVP) y retirada social (RES), consideradas escalas disfuncionales, si bien, este tipo de respuestas no presentaron relación alguna en la totalidad de la muestra del personal de emergencias.

Estos datos nos confirman que en el análisis y comparación entre las escalas del Inventario CRI-A y las escalas del Inventario CSI, informadas por el personal de emergencias, tiene mayor peso el Inventario CRI-A. En resumen, el CRI-A puede resultar eficaz en la selección de respuestas del personal de emergencias y se presenta como un buen instrumento de selección y evaluación.

El resultado de este análisis confirma **la hipótesis 18**, afirmando que el Inventario CRI-A (respuestas obtenidas ante la representación mental de una situación laboral extrema), tiene más peso en la totalidad de las escalas de afrontamiento, en comparación con el Inventario CSI (respuestas obtenidas ante la representación mental de una situación cotidiana), en la elección de respuestas de afrontamiento del personal de emergencias, pudiendo afirmar que el estilo de respuesta elegido en las escalas del Inventario CSI, no interfiere con el estilo de respuestas elegido en las escalas del Inventario CRI-A ante una situación laboral extrema.

Igualmente se confirma la **hipótesis 19**, concluyendo que el Inventario CRI-A, se muestra más eficaz para discriminar el perfil del personal de emergencias. Se confirma el mayor peso o saturación de las escalas del Inventario CRI-A en las cuatro componentes principales, según se ha visto en el análisis factorial, lo cual ha sido constatado a lo largo

del estudio, pudiendo afirmar que las escalas del Inventario CRI-A, presentan mayor relación con las variables sociodemográficas en general, que las del Inventario CSI.

**Resumiendo:** Según hemos visto en la *Tabla N° 29*, se obtienen cuatro factores, que resumen el 65,58 % de la variabilidad total de las 16 variables originales, que corresponden a la suma de variables del Inventario CRI-A y del Inventario CSI, donde se observa el mayor peso de las primeras en la primera componente.

La suma de estas cuatro componentes,  $C1 = 33,426 \%$ ;  $C2 = 13,687 \%$ ;  $C3 = 11,162 \%$ ;  $C4 = 7,309 \%$  = 65,58 %, explican la mayor parte de las respuestas obtenidas por el personal de emergencias ante una situación laboral extrema, aceptando el Inventario CRI-A como un Instrumento eficaz en la selección y evaluación del personal de emergencias.

Sin embargo, el porcentaje de respuestas sin explicar nos llevaría a considerar la inclusión de alguna de las escalas del Inventario CSI que han presentado mayor peso en el conjunto de las variables, las cuales comentaremos en el apartado de conclusiones.

## 5. Conclusiones y discusión

En este último epígrafe se tratará de analizar de forma integral los datos estadísticos obtenidos en las diferentes variables con objeto de poder explicar o responder a los objetivos marcados en el presente trabajo, los cuales van encaminados al estudio del perfil diferencial del personal de emergencias en base a los aspectos motivacionales de la tarea y del contexto organizacional, al grado de vulnerabilidad o resistencia y grado de control ante situaciones de estrés, al proceso de elección de estrategias de afrontamiento ante este tipo de situaciones y por tanto, sus preferencias en los estilos de respuesta, bien sean de aproximación/evitación, bien sean cognitivo/conductual.

El objetivo final de este análisis, trata, en primer lugar, de validar un instrumento eficaz para el proceso de selección y evaluación del personal de emergencias y, al mismo tiempo, proporcionar información basada en datos empíricos a las diferentes Instituciones participantes con objeto de avanzar en el estudio de los aspectos de salud laboral, enfocados hacia la salud y bienestar por encima de los aspectos patológicos que pudieran surgir en situaciones de riesgo o contagio emocional en el proceso de la intervención en emergencias. Para ello trataremos los objetivos propuestos en la misma secuencia establecida inicialmente, con el fin de poder dar respuesta a los mismos y a las hipótesis formuladas sobre estos objetivos.

En consecuencia, revisaremos la naturaleza de la muestra utilizada, tan diferente al concepto tradicional de organización laboral, respecto a la dinámica de la tarea y a la mayor participación de los hombres en este tipo de tarea. En el análisis de datos comentaremos algunos de los estudios realizados con profesionales de fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, personal de emergencias y ejército español (Bardera y cols. 2002, 2009; Osca y cols. 2003; Puelles, 2009 y Assunção Ferreira, 2013), entre otros.

Respecto a la *variable sexo*, la muestra de nuestro estudio presenta mayor participación de mujeres (36,7 %) respecto a otros trabajos revisados, cuya participación oscila entre un 10-20 %, lo cual podría explicarse por la integración de diversas Instituciones. Aún así, la variable sexo se tuvo en cuenta en la formulación de algunas hipótesis, bajo el supuesto de que la reciente incorporación de las mujeres en el área de emergencias (bomberos, policía, guardabosques, etc.) podría modular otro tipo de variables, tales como el estrés o grado de control percibido.

Respecto a la *variable edad*, la muestra del personal de emergencias oscila entre 18 y 65 años, cuya media de edad es de 40 años. Esta media está por encima de otros estudios revisados que oscilan entre 18 y 47 años, con una media de edad de 23/24 años. Igualmente, esto podría explicarse por la integración de un amplio sector social correspondiente a diversas Instituciones, civiles y militares.

La *variable antigüedad*, abarca cuatro categorías, de las cuales el mayor número de participantes corresponde a la categoría de más de 10 años (39,2 %), seguida de la categoría entre 6 y 10 años (32,5 %) y de 1 a 5 años (19,2 %). El menor número de

participantes corresponde a los recién incorporados, con menos de 1 año de antigüedad (9,1 %). Estos datos concuerdan con el límite de edad establecido para la incorporación en algunas Instituciones, entre 26 y 28 años, donde se observa que el menor número de participantes corresponde al menor porcentaje de antigüedad. Aunque estos datos no se han contrastado, se asume que *recién incorporado* es sinónimo de *menor edad* y *menor antigüedad* y que a *mayor edad* y *mayor antigüedad*, *mayor experiencia acumulada*.

**Resumiendo:** Estos datos, referidos a la muestra del personal de emergencias, corresponden a una población en la que predomina una *media de edad de 40 años* y una *antigüedad de más de 10 años*. Pese a la gran participación de las mujeres en esta muestra (por encima de lo habitual en esta área laboral), la *mayor participación de hombres* (63,3 %), agrupados en las categoría *de mayor edad* y *mayor antigüedad*, se tuvo en cuenta para la formulación de algunas hipótesis, bajo el supuesto de que las variables edad y antigüedad podrían modular la elección de determinadas respuestas de afrontamiento, tales como "*¿pensó en diferentes maneras de resolver el problema?*".

Pese a no haber encontrado grandes diferencias en el resto de variables sociodemográficas, el análisis de resultados aporta información práctica para el estudio del perfil profesional que será comentada en el apartado correspondiente.

A título informativo, la variable *nivel de estudios*, estratificada en cuatro categorías, muestra menor proporción de intervinientes en las categorías *estudios de postgrado* (9,2 %) y *ESO o equivalente* (15 %). La primera corresponde a puestos de mando o gestión y la segunda a tareas no cualificadas. La mayor proporción de intervinientes se encuentra en las categorías *estudios de bachiller* (38,3 %) y *universitario* (37,5 %) que se consideran requisitos mínimos en determinadas áreas laborales.

Respecto a la *variable rama profesional*, estratificada en cuatro categorías, destaca la mayor proporción de la categoría *intervención directa o inmediata*, (50,83 % de la muestra), seguida de la categoría *asistencia sanitaria* (33,33 %), de la categoría *administrativa* (13,3 %) y por último, *profesiones liberales* (2,5 %).

Según estos datos, la mayor parte de la muestra realiza tareas de *intervención directa o inmediata* en situaciones de emergencia (50,83 %). Evidentemente el área de seguridad/emergencias es básicamente una labor de intervención directa e inmediata con diferentes niveles de mando, a nivel asistencial en general y asistencia sanitaria, en la cual se integra la asistencia psicológica. Por sus propias características, la intervención en emergencias precisa de una estructura compuesta por otras áreas de apoyo, gestión y organización, que se incluyen en las categorías administrativa y profesiones liberales. Puede tratarse de personas que no tienen un vínculo permanente con la empresa o institución, tal como se presentó en los grupos y equipos de intervención.

A la vista de todo ello pasaremos a comentar las conclusiones respecto a las hipótesis planteadas en nuestro estudio, siguiendo el orden establecido en la formulación de las mismas respecto a los objetivos.

- Conclusiones referidas al primer objetivo del primer nivel (hipótesis 1-2-3)

Nuestro *primer objetivo*, correspondiente al objetivo general del primer nivel, refleja la preocupación por los aspectos motivacionales en el área de trabajo, relacionada con la salud laboral y la seguridad en el contexto organizacional.

Queremos destacar que en el planteamiento de las hipótesis se eligieron, de forma intencionada, algunas de las siete *variables motivacionales* que componen el cuestionario motivacional (*¿le gusta tomar decisiones?*, *¿le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?*, *¿se siente implicado en el trabajo que realiza en la Institución?* y *¿siente que su trabajo es reconocido socialmente?*), considerando aquellas que tenían mayor relevancia en el contexto organizacional y en la operativa de emergencias.

Las variables motivacionales “*¿le atrae la idea de trabajar en equipo?*” y “*¿prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?*”, se consideraron funciones implícitas en la dinámica de la intervención en emergencias, respecto al trabajo en equipo, a los diferentes niveles de mando y al rol de cada interviniente, por ello no se plantearon como hipótesis. Igualmente se advirtió la posibilidad de que hubiese reticencia o simulación en las respuestas de las mismas, que dicho sea de paso, estas variables no mostraron relación significativa respecto a las variables sociodemográficas.

La última de ellas, “*¿estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?*”, pese a no haber formulado hipótesis sobre la misma, presentó diferencias significativas que serán comentadas posteriormente. Procederemos en primer lugar a comentar los resultados mostrados por las hipótesis planteadas en el estudio.

Respecto a la variable, “*¿le gusta tomar decisiones?*”, únicamente se encontró relación significativa en función de la *variable antigüedad*, siendo los *intervinientes con mayor antigüedad* los que mostraron mayor interés por la toma de decisiones.

Sin embargo, en contra de lo avanzado en la primera hipótesis, respecto a las variables sexo, edad y antigüedad, las mujeres y los más jóvenes (hombres o mujeres) no mostraron interés hacia la toma de decisiones, por lo que se confirmó parcialmente la **hipótesis 1**, respecto a la variable *antigüedad*. Los intervinientes con *mayor antigüedad*, presentaron *mayor interés en la toma de decisiones*. A título informativo, según vimos en la estratificación de la muestra, el número de intervinientes con antigüedad *superior a 10 años* (39,2 %), seguidos de los que tienen una antigüedad *entre 6 y 10 años* (32%), representa más del 60 % de la muestra, por lo que el 40 % restante son los de menor antigüedad.

Recordemos que ante una situación crítica, el personal de emergencias se ve obligado a tomar decisiones rápidas y eficaces, que en ocasiones puede suponer un riesgo para sí mismo y para los demás, cuyo objetivo final es salvar vidas. Aún siendo una tarea implícita en la selección y formación del personal de emergencias, las personas con mayor antigüedad, podrían estar más familiarizadas con la toma de decisiones. A lo largo del tiempo, la variable antigüedad podría ejercer una función protectora respecto a la

salud laboral. Esto se explicaría por el mayor tiempo y grado de exposición, lo cual podría traducirse en mayor grado de desensibilización hacia cualquier tipo de decisión o actuación, pudiendo llegar al extremo de tener que abandonar el escenario de intervención.

Respecto a la relación observada entre esta variable motivacional y la variable *antigüedad*, el trabajo realizado con una muestra de bomberos por Assunção Ferreira (2013), ofrece resultados similares a los de nuestro estudio, mostrando mayores puntuaciones medias en los intervinientes con *mayor antigüedad* para hacer frente a situaciones adversas. En dicho estudio, la variable *antigüedad* es considerada sinónimo de *experiencia acumulada* y, en consecuencia, *mayor tiempo de exposición respecto a situaciones críticas*, coincidiendo igualmente en que la experiencia pudiera reportar mayor grado de desensibilización.

La literatura respecto a la motivación, referida al personal de emergencias, soldados y militares españoles, destaca que la *experiencia*, el autocontrol y el proceso cognitivo sobre las expectativas se presentan como variables moduladoras en la toma de decisiones, considerada ésta una de las tareas primordiales en emergencias (Bandura, 1978, 1987; Skinner, 1981, 1982; Mahoney, 1988; Lazarus y Folkman, 1984, 1986; Miguel Tobal, 1996, Lopez-Araujo, Osca y Peiró, 2007). Estos autores también coinciden en que la *experiencia* se muestra como un elemento protector ante situaciones adversas, además de los factores personales y de otra índole.

Cabe pensar que si la edad límite de incorporación en la mayoría de Instituciones oscila entre los 26-28 años, los más jóvenes o recién incorporados, independientemente del sexo, presentarían *menor experiencia acumulada*, si bien esto no ha sido contrastado.

Por el contrario, un estudio realizado por Alexander Klein (2001), cuestiona que la *experiencia acumulada* facilite una mayor capacidad para hacer frente a situaciones adversas. En dicho estudio, según manifestaron algunos intervinientes, en principio les había sido útil la *experiencia*, pero a medida que pasaba el tiempo se volvía en su contra. El propio Klein explica que esta contradicción podría estar relacionada con el fenómeno de que los más expertos, respecto a los menos experimentados, no quieren reconocer la presencia de síntomas emocionales negativos, lo que podría enmascarar sus carencias y las necesidades de apoyo real.

La variable “*¿le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?*”, presentó relación significativa respecto a las variables *sexo*, *edad* y *antigüedad*. Esto nos llevó a confirmar la **hipótesis 2**, donde se afirmaba que las *mujeres y los más jóvenes* (hombres o mujeres) mostrarían mayor interés en la idea de experimentar nuevas sensaciones, tal como se observó en los resultados.

En principio, la variable *antigüedad* no se había planteado en esta hipótesis, si bien, al igual que las mujeres y los más jóvenes, los participantes con menor *antigüedad* presentaron mayor interés hacia esta variable. Respecto a la variable *sexo*, la mayor puntuación media de las mujeres frente a los hombres, podría responder a la reciente

incorporación de las mismas en el área de emergencias (tradicionalmente desarrollada por hombres), lo que podría justificar su *interés* hacia este campo laboral.

Estos datos nos aportan información respecto al *perfil del personal de emergencias*. Nuestro criterio es que dentro del colectivo de emergencias, *las mujeres, los más jóvenes y los de menor antigüedad* (sean hombres o mujeres), autoinforman mayor número de respuestas con tendencia a experimentar nuevas sensaciones.

A título informativo, recordemos que los intervinientes con menor antigüedad (entre 1 y 5 años de antigüedad y recién incorporados) representan el 30 % de la totalidad de la muestra. Una aproximación al perfil del personal de emergencias, nos podría indicar que los recién incorporados (con antigüedad inferior a 1 año y entre 1 y 5 años), bien sea por su formación, por la novedad o por una elevada motivación, tendrían asumido que el riesgo está implícito en el desarrollo de la operativa de emergencias, si bien, en el lado opuesto sería conveniente considerar otras motivaciones de índole personal que pudieran devenir en disfuncionales, a tener en cuenta en futuras investigaciones.

Estos resultados coinciden con el trabajo realizado por González Serra (2008), respecto a la *motivación reactiva*, propia de la adolescencia y juventud, frente a la *motivación no reactiva*, propia de etapa adulta. Al respecto, es conveniente distinguir entre las conductas de riesgo inmersas en la propia operativa de la intervención, frente a posibles conductas o rasgos personales relacionados con la madurez emocional, que deberían ser contrastadas respecto a las variables relacionadas. Esta distinción es de especial relevancia en el *proceso de selección y evaluación del personal* para detectar posibles conductas o desajustes psicológicos previos a la selección.

Considerando algunas de las variables motivacionales más relevantes en el contexto organizacional, tales como *¿se siente implicado en el trabajo que realiza en la Institución?* y *¿siente que su trabajo es reconocido socialmente?*, inicialmente, estas se relacionaron con la variable *rama profesional*. Sin embargo, no se encontró relación alguna entre las mismas, lo cual nos llevó a rechazar la **hipótesis 3**, respecto a las categorías planteadas, intervención directa y asistencia sanitaria.

Tal como se comentó anteriormente, la ausencia de relación entre estas variables y las mencionadas categorías, supuestamente las más implicadas en la operativa de la intervención, merece nuestra atención. Estos resultados podrían generar diferentes planteamientos, entre los cuales cabría suponer que las categorías *intervención directa y asistencia sanitaria* (afectados de tercer grado), al tener contacto directo con los afectados de primer grado, podrían presentar mayor control y desensibilización ante situaciones críticas que el resto de categorías. También cabría suponer que son profesiones con vocación de servicio, en las que podrían confluir una serie de motivaciones personales o motivación intrínseca, por encima del reconocimiento social.

En este sentido, la pertenencia al grupo o equipo de emergencias, especialmente en las mencionadas categorías, implica un determinado perfil profesional, que ya se comentó en la primera parte, en el cual se destacaban unas determinadas actitudes, tales como

vocación de servicio y ayuda a los demás, resistencia a la fatiga, asumir ordenes de la jerarquía institucional, capacidad para tomar decisiones, habilidades sociales y habilidades de comunicación, entre otras. Al respecto, cabe mencionar los trabajos de Sánchez Carbajal y cols. (2006), el cual menciona, entre otros factores, aquellos que contribuyen al desarrollo organizacional, en especial los relacionados con la satisfacción laboral.

Los trabajos realizados por López-Araujo, Osca y Peiró (2007) con una muestra de soldados profesionales españoles sobre la implicación en el trabajo, destacan que la *motivación ejerce una función mediadora entre el estrés y la satisfacción laboral*.

En el lado opuesto, la literatura revisada sobre la motivación (Luna-Aroca, 2002) destaca el concepto multidimensional de la motivación de logro, diferenciando aspectos socioeconómicos, competitividad y liderazgo, que ofrecen puntuaciones medias superiores en los hombres, respecto a las mujeres. En el citado estudio, los participantes entre 30 y 44 años se decantaron por el status en la organización y la excelencia en el trabajo, considerados aspectos extrínsecos del mismo.

En función de la variable *nivel de estudios*, tampoco se encontraron relaciones significativas respecto a estas dos variable motivacionales. Bajo el supuesto de que los incentivos salariales podrían estar asociados a niveles de mayor responsabilidad o liderazgo, la *variable nivel de estudios* se relacionaría con mayor estatus y motivación extrínseca, aunque esto es una mera especulación que debería ser contrastada en *futuras investigaciones*.

Analizando el resto de variables motivacionales, merece especial atención la variable *“¿estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?”*. Si bien no se plantearon hipótesis sobre la misma, en el análisis de datos se observó una relación significativa con la *variable antigüedad*, destacando que a menor antigüedad mayor grado de puntuación. Dicho de otra forma, el personal de emergencias con *menor antigüedad* mostró *mayor grado de aceptación del riesgo*.

Este dato es de especial relevancia para el proceso de selección y formación del personal de emergencias. La variable *"asumir situaciones de mayor riesgo"* podría estar modulada por la “necesidad” o “urgencia” de la situación. El tipo de respuesta elegida estaría basada sobre una realidad cuya meta u objetivo fundamental sería “salvar vidas”, pero también podría indicar motivaciones o rasgos personales patológicos que pudieran suponer situaciones de riesgo tanto para el interviniente como para la operativa de emergencias

En ocasiones, las situaciones de riesgo, se pueden entender como un reto o desafío para los recién incorporados (Locke y Latham, 1985). En nuestra opinión, tal como se comentó respecto a la variable *¿le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?* es conveniente distinguir entre las conductas de riesgo inmersas en la propia operativa de la intervención y la falta de experiencia, frente a rasgos o motivaciones personales, que deberían ser contrastados en la **selección y evaluación del personal de emergencias**.

**Resumiendo:** Los datos analizados muestran un *determinado perfil profesional*, que nos proporciona información sobre las preferencias en la *mujeres*, los *más jóvenes* y los de *menor antigüedad* (hombres o mujeres), los cuales presentaron mayor grado de interés por el hecho de *experimentar nuevas sensaciones*, y también los de *menor antigüedad* (supuestamente los *más jóvenes*), para *asumir situaciones de mayor riesgo*.

Por el contrario, respecto a la *variable antigüedad*, únicamente los intervinientes con *mayor antigüedad* mostraron mayor grado de interés en la *toma de decisiones*. En contra de lo previsto, esta variable no presentó relación alguna con las variables sexo y edad.

El hecho de que los *intervinientes con mayor antigüedad*, supuestamente con mayor media de edad, se mostrasen más proactivos en la toma de decisiones, podría indicar que *la experiencia facilita la toma de decisiones* en los más antiguos, mientras que los recién incorporados, podrían sentir cierto temor o reticencia a tomar la decisión equivocada. Como medida de prevención, de ser así, esta variable debería tenerse en cuenta en los programas de entrenamiento para reforzar este tipo de respuesta en el personal recién incorporado.

Por nuestra parte, queremos insistir en la importancia de la vigilancia y aplicación de todas las medidas contempladas en salud y seguridad laboral, especialmente las dirigidas al riesgo psicosocial en el trabajo. Las Instituciones tienen el reto de motivar a los intervinientes sobre una serie de aspectos clave contemplados en la cultura y la moral organizacional, poniendo a su disposición todos los elementos y recursos necesarios para desarrollar su tarea de forma segura y eficaz. Entre los medios y recursos cabe destacar el entrenamiento continuado en escenarios de potencial riesgo y simulacros con objeto de minimizar y controlar la ansiedad en situaciones y escenarios reales.

Por último, queremos recordar que la motivación es lo opuesto a la rutina y al agotamiento emocional (*burnout*). El hecho de otorgar mayor autonomía (*empowerment*) y mayor enriquecimiento a la tarea (*Job enrichment*) como factor de motivación intrínseca del trabajo, toda vez que el personal de emergencias disponga de la formación y entrenamiento necesario, incide de forma positiva sobre la autoestima y el rendimiento personal, en el mismo sentido descrito por Katzenbach y Smith (2006).

**Finalmente**, el análisis de estos datos ha puesto de manifiesto la necesidad de seguir indagando en las diferentes motivaciones personales encaminadas a formar parte de los servicios de emergencias, entre las cuales figura el estudio de rasgos personales o desajustes emocionales, que pudieran poner en riesgo la seguridad de la persona, del equipo o de la intervención, especialmente en los más jóvenes y recién incorporados (sean hombres o mujeres).

- *Conclusiones respecto al segundo objetivo del primer nivel (hipótesis 4-5-6).*

En el segundo objetivo, se puso de manifiesto la necesidad de analizar las respuestas *intensidad de estrés y grado de control percibido* del personal de emergencias ante la representación mental de una situación laboral extrema, dada su importancia en el

proceso de elección de las respuestas de afrontamiento. El estrés, asociado al grado de control se ha descrito como una de las consecuencias patológicas más importantes en salud laboral.

Respecto al *estrés*, la literatura revisada muestra a las mujeres con mayor prevalencia en sintomatología patológica, en especial, depresión, estrés y ansiedad (Macías Fernández y cols., 2005). En base a estos datos y también a la reciente incorporación de la mujer al área de emergencias, se planteó el supuesto de que las mujeres presentarían mayor vulnerabilidad ante situaciones generadoras de estrés. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, no se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres, ni tampoco entre los más jóvenes, lo que nos llevó a rechazar la **hipótesis 4**.

Estos resultados ponen de manifiesto que las *variables sexo y edad* no ejercen una función moduladora ante las respuestas de ansiedad o estrés ante una situación laboral que suponga potencial riesgo o riesgo real para los intervinientes. Por tanto, el hecho de ser mujer o ser más joven (sean hombres o mujeres) no presenta mayor factor de riesgo en salud laboral.

El hecho de que en nuestro estudio haya mayor participación de mujeres (36, 6 %), nos confirma que estos resultados son aceptables. Si bien estos datos difieren de otros trabajos revisados (López-Araujo y col., 2007, 2008), esta discrepancia podría estar justificada por la menor participación de mujeres (10 %). Igualmente la media de edad en nuestra muestra se sitúa en 40 años, frente a los 23/24 años de la media de otros trabajos. Todo ello podría justificar las discrepancias encontradas con respecto a otros autores.

Al respecto, cabe mencionar los trabajos realizados por Assunção Ferreira (2013) con una muestra de bomberos, donde se puso de manifiesto que en la mayoría de casos, *las mujeres y los más jóvenes* (hombres o mujeres), *presentaron mayores síntomas patológicos*, especialmente estrés y estrés postraumático. El autor del estudio, lo atribuye al tradicional estatus social y a la mayor sensibilidad de la mujer, en la misma línea de otros autores como Macías y cols. (2005).

Sin cuestionar lo anterior, pensamos que en todo ello juega un importante papel el contexto y los estereotipos sociales. Independientemente de que la mujer pueda ser, o no, más propensa a experimentar situaciones patógenas, nos parece necesario y conveniente reclamar a las Instituciones las mismas oportunidades y los mismos derechos para el hombre y la mujer en áreas de trabajo tradicionalmente ocupadas por hombres. Esta consideración implica proporcionar mayores facilidades a las mujeres por parte de las empresas e Instituciones, es más, implica la vigilancia en el cumplimiento de normas y leyes, respecto a la conciliación laboral.

Recordemos que una gran parte de la muestra se perdió en la cumplimentación de los cuestionarios de autoinforme, donde algunas mujeres omitieron respuestas tales como el estado civil y el hecho de tener hijos. Este dato podría desvelar cierto temor a no ser contratadas en el ejército o en tareas tradicionalmente ocupadas por hombres

Respecto al *grado de control percibido*, a excepción de la variable sexo, no se encontraron relaciones con ninguna de las restantes variables sociodemográficas. Bajo el supuesto de que la mayor trayectoria del hombre en el área de emergencias respondería a mayor experiencia y mayor control de la situación, se planteó un mayor grado de control percibido en los hombres y en los intervinientes de mayor edad o antigüedad, sin embargo, los resultados únicamente mostraron diferencias a favor de los hombres, aceptando parcialmente la **hipótesis 5**. Así mismo, pese a no haber relaciones significativas en los resultados, se observó una relación inversa entre la variable *antigüedad y el grado de control percibido*, es decir, a *mayor antigüedad* (la cual podría estar asociada a mayor edad) *menor grado de control percibido*.

En nuestra opinión, respecto a *las variables sexo, edad y antigüedad*, median cuestiones culturales sociales y ambientales que refuerzan cierto tipo de estereotipos para la inmersión o por el contrario, para la continuidad o permanencia en el mundo laboral, especialmente en el actual contexto laboral y social, lo cual debería ser motivo de preocupación y vigilancia por parte de las Instituciones.

Concluyendo el segundo objetivo específico del estudio, análisis y comparación de la muestra del personal de emergencias con el conjunto de la población española ante *situaciones generadoras de estrés* en el ámbito laboral, tal como se avanzó, el personal de emergencias presenta niveles más bajos de estrés que la muestra de población española. Sin embargo, los resultados respecto al grado de *control percibido*, presentan todo lo contrario, es la población española quien refiere mayores puntuaciones medias respecto al personal de emergencias. Esto nos llevó a confirmar parcialmente **la hipótesis 6**.

Estos resultados respecto al *grado de control percibido* se podrían explicar por la diferente naturaleza de ambas muestras, especialmente por su formación y entrenamiento. Mientras que la percepción del personal de emergencias se basa en información y objetivos reales, la percepción de la muestra de la población española en general se basa en valoraciones más subjetivas y menos realistas, si bien, este supuesto se debería confirmar en futuras investigaciones.

La literatura al respecto (Mattlin et al., 1990) otorga un valor mediador a estas variables, estrés y control percibido o autocontrol, en la elección y el uso de las diferentes estrategias de afrontamiento. En esta misma línea, los trabajos de Lazarus (2006) sobre el afrontamiento, relacionados con el estrés y el grado de control, muestran como el estrés guarda más relación con los propios recursos o valoración subjetiva que con la situación real o valoración objetiva.

**Resumiendo:** En base a los resultados obtenidos, el personal de emergencias, independientemente de las variables sociodemográficas, presenta un perfil con bajos niveles de estrés y mayor grado de control efectivo y real, ante una situación laboral extrema, especialmente en los hombres, tal vez relacionado con su mayor trayectoria profesional en el área de las emergencias. Por otro lado, las puntuaciones obtenidas en el baremo de puntuaciones del inventario CRI-A en la adaptación española, son inferiores a las puntuaciones mostradas por el personal de emergencias, lo cual nos lleva a hipotetizar

que la muestra del personal de emergencias es más eficaz en la resolución de situaciones críticas, frente a la población española en general. Esto se podría explicar por su profesionalidad y mayor grado de objetivación en la valoración de la situación.

Recordemos que el concepto de seguridad ante situaciones de emergencia dentro de un contexto global adquiere una dimensión social. Además del entrenamiento y formación es necesario el cumplimiento de las recomendaciones de los distintos organismos nacionales e internacionales, desarrollando y haciendo un seguimiento de los programas de prevención y evaluación del riesgo psicosocial, derivados de la sobrecarga del trabajo y la tarea, la complejidad del rol y la precariedad laboral, entre otros.

En estos programas también cabe reclamar a las Instituciones la integración de los profesionales de psicología, dado que en la actualidad hay una amplia repercusión a nivel mundial de la psicología de emergencias. La prevención en seguridad y salud laboral debería incluir las variables emocionales, a nivel individual y las variables sociales a nivel comunitario. Consideramos de vital importancia seguir las recomendaciones de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el colectivo de emergencias, así como las recomendaciones de la UNESCO, para que toda la población reciba educación en emergencias, dentro de un conjunto de acciones formativas como herramienta eficaz para afrontar situaciones de riesgo o emergencias. Esto implica dotar a toda la comunidad de recursos materiales y habilidades personales para elaborar estrategias de afrontamiento funcionales y adaptativas frente a los nuevos riesgos y amenazas dentro del contexto global. No siendo el objetivo de nuestro estudio, estos datos se comentarán en *futuras investigaciones*.

**Finalmente**, el interés primordial en el estudio de las variables *intensidad de estrés* y *grado de control percibido*, considerando su función moduladora en la elección de estrategias de afrontamiento, va dirigido a los aspectos psicosociales de la salud y seguridad laboral.

- *Conclusiones respecto al tercer objetivo del primer nivel (hipótesis 7-13)*

El principal interés de analizar *las escalas y estilos* del Inventario CRI-A, va encaminado a saber qué tipo de estrategias podrían resultar más funcionales o adaptativas en el contexto de las emergencias, considerando que la intervención en este ámbito tiene un potencial riesgo para la salud, a nivel físico y psicológico, definido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como riesgo psicosocial.

Con este fin, trataremos de contrastar las hipótesis formuladas en base a las respuestas obtenidas por el personal de emergencias en las *escalas y estilos de afrontamiento* del Inventario CRI-A, de R.H. Moos (2003), nuestro principal referente teórico.

Bajo el supuesto que determinadas *escalas de afrontamiento* podrían tener mayor *relación con el proceso de intervención en emergencias*, se plantearon hipótesis en función de las mismas: Análisis lógico (AL), solución de problemas (SP), búsqueda de

guía y soporte (BG), consideradas *estrategias de aproximación cognitivo/conductual*, y evitación cognitiva (EC) o estrategias de *evitación cognitiva*. Sin embargo, los resultados obtenidos presentaron discrepancias con las hipótesis planteadas.

De igual forma, se plantearon hipótesis sobre *estilos de afrontamiento* relacionados con las mencionadas escalas: Aproximación conductual (ACN), aproximación cognitiva (ACG) y evitación cognitiva (ECG). Los resultados obtenidos en los *estilos de afrontamiento* propuestos en las hipótesis (ACN, ACG, ECG) fueron un fiel reflejo de los resultados obtenidos en las respuestas de las *escalas de afrontamiento*, por consiguiente, también presentaron discrepancias con el planteamiento inicial de las hipótesis.

*El análisis de estos resultados ya fue comentado en el apartado análisis de las respuestas del personal de emergencias del Inventario CRI-A en función de las variables sociodemográficas (punto 4.4. pág.128), si bien, trataremos de argumentar, validar o rechazar estas hipótesis con objeto de realizar una aproximación al perfil del personal de emergencias.*

El planteamiento inicial de las hipótesis, da lugar a una serie de reflexiones de vital importancia para la seguridad y eficacia de la intervención en emergencias:

- *¿Hay mejores o peores o estrategias de afrontamiento ante una situación crítica?*
- *¿Podemos afirmar que las llamadas estrategias adaptativas son funcionales ante un riesgo inminente o una catástrofe?*
- *¿Podemos afirmar categóricamente que las mujeres, los más jóvenes y recién incorporados (sean hombres o mujeres) representan un perfil más eficaz para la intervención?...*

Así pues, con el fin poder encontrar una respuesta adecuada, se irán analizando, una a una, todas las escalas del Inventario CRI-A.

*La escala análisis lógico (AL), a excepción de la variable sexo, no presentó relación significativa con el resto de variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, rama profesional y antigüedad), lo cual nos llevó a rechazar plenamente la hipótesis 7. Las mujeres presentaron mayores puntuaciones medias en el grado de elección de las mismas. Esta escala representa los intentos cognitivos, enfocados a prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuencias. Son estrategias de aproximación cognitiva (ACG).*

- *¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema?*
- *¿Intentó distanciarse del problema y ser más objetivo?*
- *¿Le dio vueltas en su cabeza sobre lo que tenía que hacer o decir?*
- *¿Intentó prever cómo podrían cambiar las cosas?*
- *¿Trató de dar algún sentido personal a la situación?*
- *¿Intentó anticipar las nuevas demandas que le podían pedir?*

*La escala solución de problemas (SP), en contra de lo previsto, no mostró relación significativa con ninguna de las variables sociodemográficas. Esto nos llevó a rechazar*

totalmente la **hipótesis 8**, donde se avanzó que las *mujeres* y los integrantes de las categorías *atención directa* y *asistencia sanitaria*, presentarían mayor grado de elección en esta escala. Dicha *escala*, supone intentos conductuales para emprender acciones que lleven a la solución directa del problema. Son *estrategias de aproximación conductual* (ACN).

- ¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?
- ¿Sabía lo que tenía que hacer y se esforzó para que las cosas funcionaran?
- ¿Decidió lo que quería y se esforzó en conseguirlo?
- ¿Intentó resolver el problema al menos de dos formas diferentes?
- ¿Intentó aprender a hacer más cosas por su cuenta?
- ¿Se tomó las cosas día a día, paso a paso?

De las escalas *evitación cognitiva* (EC) y *búsqueda de guía y soporte* (BG), se validó parcialmente el primer supuesto de **la hipótesis 9**. En la escala *evitación cognitiva* (EC) se encontró relación significativa en función de las *variables sexo* y *antigüedad*, pero no con la *variable edad*, como se había previsto.

Respecto a la *escala evitación cognitiva* (EC) las *mujeres* y los intervinientes con *menor antigüedad* (supuestamente los más jóvenes) presentaron mayor grado de elección en este tipo de estrategias. Dicha escala implica intentos cognitivos para evitar pensar de forma realista sobre el problema. Son *estrategias de evitación cognitiva* (ECG).

- ¿Intentó olvidarlo todo?
- ¿Intentó no pensar en el problema?
- ¿Recordó mejores tiempos y situaciones que los que estaba viviendo?
- ¿Intentó no pensar en su situación, aún sabiendo que tendría que hacerlo en otro momento?
- ¿Deseó que el problema desapareciera o deseó acabar con él de algún modo?
- ¿Intentó negar que el problema era realmente muy serio?

Respecto a la escala *búsqueda de guía y soporte* (BG), tampoco se encontró relación con las *variables edad* y *antigüedad*, como se había dicho en el segundo supuesto de la **hipótesis 9**, pero sí, con la *variable sexo*. Las *mujeres* presentaron mayor grado de elección, respecto a los hombres, en este tipo de estrategias. Esta *escala* implica intentos conductuales para buscar información, guía o soporte. Son *estrategias de aproximación conductual* (ACN).

- ¿Habló con su cónyuge u otro familiar para sentirse mejor?
- ¿Habló con algún amigo sobre el problema?
- ¿Habló con algún profesional (por ejemplo, doctor, abogado, sacerdote...)?
- ¿Buscó la ayuda de otras personas o grupos con el mismo tipo de problema?
- ¿Procuró informarse más sobre la situación?
- ¿Rezó para guiarse o fortalecerse?

Como es evidente, los resultados obtenidos en las mencionadas escalas (AL, SP, EC, BG) no fueron los previstos inicialmente, lo cual nos obliga a realizar un análisis detallado del conjunto de variables que mostraron diferencias significativas con respecto al resto de escalas (RP, AR, BR, DE).

Las estrategias contempladas en estas escalas, no fueron consideradas inicialmente en el planteamiento de las hipótesis, bajo el supuesto de que algunas estrategias de la escala *reevaluación positiva* (RP) ya podrían estar integradas en el perfil profesional. En cuanto al resto, aceptación-resignación (AR), búsqueda de recompensas alternativas (BR) y descarga emocional (DE), se las relacionó con respuestas posteriores a la intervención. Estos resultados se encuentran reflejados en las *Tablas N° 20 y 21 (págs.146-148)*.

La escala *reevaluación positiva* (RP), mostró relaciones significativas con las variables *sexo* y *antigüedad*. Las **mujeres** presentaron mayores puntuaciones medias respecto a los hombres y, los intervinientes con **menor antigüedad**, en la categoría *menos de 1 año* (hombres o mujeres), presentaron mayores puntuaciones medias en el grado de elección de la misma. Esta escala representa los intentos cognitivos para reestructurar un problema de forma positiva a la vez que se acepta la realidad de la situación. Son *estrategias de aproximación cognitiva* (ACG).

- ¿Se decía a si mismo algo para sentirse mejor?
- ¿Se recordó a si mismo que las cosas podían ser mucho peores?
- ¿Intentó ver el lado positivo de la situación?
- ¿Pensó que estaba mejor que otras personas con su mismo problema?
- ¿Intentó decirse a si mismo que las cosas mejorarían?
- ¿Pensó en cómo esta situación podía cambiar su vida a mejor?

La escala *aceptación-resignación* (AR) mostró relaciones significativas con las variables *sexo* y *antigüedad*. Las **mujeres** y los intervinientes con **menor antigüedad** (*menos de 1 año*), presentaron mayor grado de elección en este tipo de estrategias. Dicha escala contempla intentos cognitivos para aceptar el problema, puesto que no se le ve solución. Son *estrategias de evitación cognitiva* (ECG).

- ¿Pensó que el tiempo lo resolvería y que únicamente era cuestión de esperar?
- ¿Se dio cuenta de que no controlaba el problema?
- ¿Creyó que el resultado sería decidido por el destino?
- ¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?
- ¿Esperó que se resolviera de la peor manera posible?
- ¿Perdió la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?

La escala *búsqueda de recompensas alternativas* (BR) mostró diferencias significativas en la variable *sexo* y *rama profesional*. Las **mujeres** mostraron mayores puntuaciones medias respecto a los hombres y, también los intervinientes de las

categorías *administrativa, sanitaria e intervención directa* mostraron mayores puntuaciones medias respecto a la categoría *profesiones liberales*.

Esta escala representa los intentos conductuales para implicarse en actividades sustitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción. Son *estrategias de evitación conductual* (ECN).

- ¿Intentó ayudar a otros a resolver un problema similar?
- ¿Empezó a hacer nuevas actividades?
- ¿Intentó hacer nuevos amigos?
- ¿Leyó con más frecuencia como forma de distracción?
- ¿Empleó mucho tiempo en actividades de recreo?
- ¿Volvió al trabajo, o a otras actividades, para enfrentarse al problema?

La escala *descarga emocional* (DE) presentó relación significativa con las *variable sexo*, edad y antigüedad. *Las mujeres y los intervinientes con menor edad y menor antigüedad* (menos de 1 año), presentaron mayor grado de elección en este tipo de estrategias. Dicha escala representa los intentos conductuales para reducir la tensión, mediante la expresión de sentimientos negativos. Son *estrategias de evitación conductual* (ECN).

- ¿Descargó su enfado sobre otras personas cuando se sentía triste o enfadado?
- ¿Se aventuró e hizo algo arriesgado?
- En general, ¿se mantuvo apartado de la gente?
- ¿Gritó o chilló para desahogarse?
- ¿Lloró para manifestar sus sentimientos?
- ¿Alguna vez hizo algo que pensó no funcionaría, pero al menos usted estaba haciendo algo?

Según esto, la *variable edad* podría ejercer una función moduladora en la escala *descarga emocional* (DE), presentando una relación inversa, es decir, *a mayor edad menor descarga emocional*. Esto podría indicar una mayor tolerancia o desensibilización a situaciones adversas en los intervinientes de mayor edad, si bien, habría que analizar otros factores personales o motivacionales que pudieran enmascarar la realidad.

Estos datos podrían indicar que las *mujeres y los más jóvenes* (hombres o mujeres), sienten o precisan mayor necesidad de *ventilación emocional o, por el contrario, mayor aislamiento* (ambas, conductas de evitación) ante una situación crítica.

Según esto, los intervinientes de *mayor edad* y, en consecuencia, mayor periodo de tiempo a la exposición de situaciones adversas, no precisarían *ventilación emocional*. También cabría plantearse que pudieran ser reacios a mostrar sus emociones, enmascarando posibles desajustes emocionales, si bien, debería ser objeto de estudio en futuras investigaciones.

Respecto a la escala *búsqueda de recompensas alternativas* (BR), los resultados mostrados en relación a las variables *sexo* y *rama profesional*, nuevamente son motivo de reflexión. Las *mujeres* y los integrantes de las *categorías administrativa y sanitaria* mostraron mayor tendencia hacia este tipo de *estrategias de evitación* y, en menor grado, los integrantes de la *categoría de intervención directa o inmediata*.

En cuanto a estos últimos, de las categorías *intervención directa y asistencia sanitaria* (víctimas de tercer grado), se podría pensar que por su relación directa con los afectados (víctimas de primer grado), presentarían mayor grado de desensibilización y menor necesidad de realizar actividades distractoras posteriores a la intervención en emergencias. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, presentaron mayor tendencia hacia la elección de estrategias de evitación.

En base a este planteamiento, los intervinientes de la *categoría administrativa* (víctimas de cuarto grado), no tendrían que presentar sintomatología en las conductas de evitación, puesto que no hay un contacto directo con el evento crítico, sin embargo, se mostraron muy vulnerables hacia este tipo de situaciones relacionadas con su trabajo. En este colectivo cabría esperar puntuaciones medias inferiores a las obtenidas, como ocurre en *profesiones liberales*, lo cual debería ser motivo de análisis en futuras investigaciones.

Respecto a la *escala solución de problemas* (SP), nos ha llamado la atención la ausencia de relación respecto a las variables sociodemográficas. En base al tipo de estrategias contenidas en esta escala, la cual se caracteriza por los *intentos conductuales para emprender acciones que lleven a la solución directa del problema*, se podrían plantear varios supuestos, si bien, deberían ser contrastados en otro estudio. Estos supuestos se podrían explicar por la dinámica de la intervención, por las exigencias de la tarea o por la incorporación automática de este tipo de estrategias en el repertorio básico de conductas, siendo un requisito previo contemplado en el perfil profesional de emergencias. Como veremos en el apartado correspondiente al Inventario CSI, tampoco se encontraron relaciones entre la escala *resolución de problemas* (REP) y las variables sociodemográficas, lo cual refuerza nuestro planteamiento.

Con objeto de presentar un resumen gráfico de lo comentado, reproducimos algunos ejemplos reflejados en el gráfico de resultados, correspondientes a los ítems del Inventario CRI-A (*Anexo N° 5, págs. 232-235*), donde cada casilla representa el porcentaje de las respuestas (%) y el número de personas (X) correspondientes a cada uno de los 48 ítems en los cuatro niveles de la escala *Likert* (A = no nunca, B = una o dos veces, C = bastantes veces, D = si, casi siempre). Como se puede observar en dicho gráfico, el grado de elección de respuesta se presenta elevado, tanto en respuestas de aspecto adaptativo como disfuncional, lo que podría indicar un buen grado de sinceridad y equilibrio en las respuestas. Veamos algunos de estos ejemplos, que en nuestra opinión representan una aproximación objetiva.

<b>N° ítem</b>	<b>A</b> Porcentaje y n° de personas	<b>B</b> Porcentaje y n° de personas	<b>C</b> Porcentaje y n° de personas	<b>D</b> Porcentaje y n° de personas	<b>N° total de personas</b>
----------------	---	---	---	---	---------------------------------

Respecto a la escala análisis lógico (AL)

36- ¿Intentó distanciarse del problema y ser más objetivo?	16,54% (21)	20,47% (26)	44,88% (57)	18,11% (23)	127
--	----------------	----------------	----------------	----------------	-----

Respecto a la escala reevaluación positiva (RP)

37- ¿Se recordó a sí mismo que las cosas podías ser mucho peores?	12,6% (16)	22,05% (28)	41,73% (53)	23,62% (30)	127
---	---------------	----------------	----------------	----------------	-----

Respecto a la escala solución de problemas (SP)

31- ¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?	3,82% (5)	8,4% (11)	38,17% (50)	49,62% (65)	131
---	--------------	--------------	----------------	----------------	-----

Respecto a la escala evitación cognitiva (EC)

32- ¿Intentó olvidarlo todo?	49,61% (64)	13,95% (18)	21,71% (28)	14,73% (19)	129
------------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-----

Respecto a la escala aceptación-resignación (AR)

33- ¿Pensó que el tiempo lo resolvería y que únicamente era cuestión de esperar?	54,2% (71)	16,03% (21)	19,08% (25)	10,69% (14)	131
--	---------------	----------------	----------------	----------------	-----

Respecto a la escala búsqueda de guía y soporte (BG)

46- ¿Habló con algún profesional (por ejemplo, doctor, abogado, sacerdote,...)?	53,91% (69)	13,28% (17)	16,41% (21)	16,41% (21)	128
---	----------------	----------------	----------------	----------------	-----

Respecto a la escala búsqueda de recompensas alternativas (BR)

58- ¿Leyó con más frecuencia como forma de distracción?	57,81% (74)	21,09% (27)	14,84% (19)	6,25% (8)	128
---	----------------	----------------	----------------	--------------	-----

Respecto la escala descarga emocional (DE)

59- ¿Gritó o chilló para desahogarse?	58,27% (74)	24,41% (31)	11,81% (15)	5,51% (7)	127
---------------------------------------	----------------	----------------	----------------	--------------	-----

Finalmente, tratando de responder a las cuestiones iniciales planteadas en este objetivo sobre la utilidad o funcionalidad de las diferentes *estrategias* contempladas en las *escalas de afrontamiento*, cabe mencionar que las características que configuran las escalas de *aproximación o escalas adaptativas* (AL, RP, BG SP), contienen *estrategias de afrontamiento activo o aproximación a la situación estresante*. El uso de las mismas, muestra la capacidad de la persona para analizar la situación y emprender acciones encaminadas a resolver el problema, reevaluar positivamente la situación y buscar apoyo social, tanto instrumental como emocional. Las escalas *análisis lógico* (AL) y reevaluación positiva (RP) son estilos de *aproximación cognitiva* (ACG), mientras que las escalas *búsqueda de guía y soporte* (BG) y *solución de problemas* (SP) son estilos de *aproximación conductual* (ACN).

Por su parte, las características que configuran las escalas consideradas *disfuncionales* se componen de *estrategias de evitación hacia el problema* (EC, AR, BR, DE). La elección de este tipo de estrategias puede suponer un perfil derrotista ante los problemas, puesto que no se le ve, o no hay solución. Las escalas *evitación cognitiva* (EC) y *aceptación o resignación* (AR), son *estilos de evitación cognitiva* (ECG), mientras que las escalas *búsqueda de recompensas alternativa* (BR) y *descarga emocional* (DE) representan estilos de *evitación conductual* (ECN).

Esta breve exposición sobre los fundamentos del modelo teórico de R.H. Moos (2003), a través de las diferentes *escalas de afrontamiento*, nos conduce al análisis de los *estilos de afrontamiento* derivados de las mismas (ACN, ACG, ECG).

En el estilo de *aproximación conductual* (ACN), únicamente se encontró relación significativa con *la variable sexo*. No habiendo encontrado relación con el resto de variables sociodemográficas, se validó parcialmente la **hipótesis 11**.

Las **mujeres** mostraron mayor grado de preferencia por el estilo de *aproximación conductual* (ACN), lo cual es un reflejo de los resultados obtenidos en la *escala búsqueda de guía y soporte* (BG) donde las **mujeres** también presentaron mayores puntuaciones medias.

Por razones similares, se confirmó parcialmente la **hipótesis 12** en el estilo de *aproximación cognitiva* (ACG). En contra de lo previsto, se encontraron relaciones significativas con las *variables sexo* (pese a que no se había planteado) y *antigüedad*, pero no con la *variable edad*. Las **mujeres** y los intervinientes con **menor antigüedad** (hombres o mujeres) eligieron en mayor grado el estilo de aproximación cognitiva (ACG). Estos datos son un reflejo de los resultados obtenidos por las **mujeres** en la escala *análisis lógico* (AL) y *por las mujeres y los más jóvenes* (supuestamente los de menor antigüedad) en la escala *reevaluación positiva* (RP).

Nuevamente, estos datos nos informan que los *intervinientes con menor antigüedad* (menos de 1 año), seguidos de los intervinientes de entre 1 y 5 años de antigüedad, tienden a elegir en mayor medida *estilos de evitación* cognitivo/conductuales (ECG/ECN) o estrategias, en principio consideradas disfuncionales, frente a los *estilos de aproximación* (ACG) o estrategias adaptativas.

Al mismo tiempo, se observa que a la puntuación media de estas categorías le siguen las puntuaciones medias de los intervinientes con más de 10 años de antigüedad en los estilos de *aproximación cognitiva* (ACG) y *evitación conductual* (ECN) y, que los intervinientes de entre 1 y 5 años de antigüedad, lo hacen en el estilo de *evitación cognitiva* (ECG).

Sin poner en duda que los intervinientes con *menor antigüedad* se inclinan en mayor medida por *estrategias y estilos de evitación* cognitivo/conductual, (ECG/ECN), frente a estrategias y estilos de aproximación (ACG), habría que considerar las posibles motivaciones o factores personales que pudieran mediar en las respuestas de los intervinientes con mayor antigüedad, tanto en el estilo de aproximación cognitiva (ACG) como en el estilo de evitación conductual (ECN), para futuras investigaciones.

Respecto al *estilo de evitación cognitiva* (ECG), se rechazó plenamente **la hipótesis 13**, ya que no se encontró relación alguna con la variable rama profesional, donde se dijo que los intervinientes de las categorías *administrativa y profesiones liberales* (víctimas de tercer grado), aunque no tuviesen relación directa con el evento crítico, podrían presentar mayor vulnerabilidad a la información de lo sucedido, eligiendo en mayor grado el estilo de *evitación cognitiva*. El resultado no fue así.

Contrariamente a lo esperado, este colectivo presentó mayor grado de elección en el **estilo de evitación conductual** (ECN). Estos resultados son un reflejo de la escala *búsqueda de recompensas alternativas* (BR), donde también **las mujeres** y los intervinientes de las **categorías administrativa y sanitaria** presentaron mayores puntuaciones medias y, en menor medida, las categorías *intervención directa e inmediata*.

Estos datos sugieren que los profesionales integrados en este colectivo (*categorías administrativa y sanitaria*) podrían realizar mayores esfuerzos conductuales para evadirse de la situación *antes del evento crítico*, mientras que el colectivo de *intervención directa y profesiones liberales*, elegirían tareas o actividades distractoras *después del evento*

*crítico*, si bien, este criterio no es concluyente y como ya se comentó anteriormente, debería ser objeto de *un nuevo estudio*.

Respecto al estilo de *evitación cognitiva* (ECG), *las mujeres* y los *intervenientes de mayor antigüedad* presentaron mayor grado de elección en este tipo de estrategias. Por consiguiente, estos resultados son un reflejo de la *escala aceptación-resignación* (AR), donde también destacaron las *mujeres y los intervenientes de menor antigüedad*.

**Resumiendo:** A la vista de estos resultados, las variables sociodemográficas, *sexo, edad y antigüedad* y, en menor medida, *la variable rama profesional*, han sido una constante a lo largo del trabajo presentado. El hecho de que las *mujeres, los intervenientes de menor edad y menor antigüedad* (sean hombres o mujeres), refiriesen mayores puntuaciones medias en prácticamente todas las escalas, fueran adaptativas o disfuncionales, en nuestra opinión, requiere especial atención para este colectivo en programas de formación, cuyo objetivo principal estaría enfocado a fomentar la *resiliencia y flexibilidad cognitiva* como factor de protección en salud laboral. Como es evidente, la puntuación media autoinformada en las diferentes escalas, se reflejó en los *estilos de afrontamiento*, fueran de aproximación o evitación, cognitivo o conductual.

En la literatura revisada, se ha encontrado una aproximación a las conductas disfuncionales en el estudio realizado con una muestra de bomberos por Assunção Ferreira (2013), donde se establece la relación de síntomas psicopatológicos con *las variables sexo, edad y antigüedad*, a partir de la re-vivencia o re-experimentación de un suceso estresante. Los niveles de depresión y ansiedad se muestran más elevados en las mujeres y en los intervenientes más jóvenes y con menor antigüedad.

Estos datos ya fueron objeto de análisis en el apartado de variables motivacionales y variables psicológicas, respecto al estrés. Al margen de estos hallazgos, consideramos que hay mucha presión respecto a la mujer en este ámbito laboral y que todavía hay marcados estereotipos sociales y ambientales que pudieran ser la causa de estos desajustes emocionales, como se ha visto recientemente en un caso muy comentado de un alto cargo, mujer, del ejército español que ha causado baja definitiva e incapacitación para su trabajo, reconocida por un tribunal civil, después de varios años de acoso laboral y sexual. También hay un buen número de bajas psicológicas, incluso tentativas de suicidio y suicidio consumado en el ejército español y en diferentes Instituciones de cuerpos y seguridad del Estado, tanto en hombres como en mujeres, de los cuales no hay datos confirmados y que no analizaremos porque no es el propósito de nuestro estudio.

El objetivo de nuestro estudio pretende dar mayor relevancia a los aspectos positivos de salud, frente a los aspectos negativos de enfermedad o diferentes patologías, si bien, es un factor siempre a tener en cuenta en los procesos de selección y formación de todo el personal destinado a salvaguardar los intereses de la comunidad, de las personas y el suyo propio.

En nuestra opinión, las *variables edad y antigüedad*, en ocasiones asociadas la una a la otra, (mayor edad, mayor antigüedad), podrían ejercer una función protectora ante

situaciones adversas, que se justificaría por una mayor trayectoria en este ámbito laboral. Esto a su vez, podría suponer mayor desensibilización o familiarización con la tarea.

Consideramos que la variable *rama profesional*, por su relación con los *estilos de evitación*, también merece especial atención en sus diferentes categorías. En nuestra opinión, las categorías *administrativa, sanitaria e intervención directa*, pudieran ser menos “*gratificantes*” que las *profesiones liberales*, por lo cual podría haber cierta tendencia a buscar recompensas alternativas, desarrollando conductas de evitación conductual (ECN) para “alejarse” del problema, que pudieran derivar en sintomatología patológica.

Por la misma razón, cabe destacar la elevada puntuación media en los *intervinientes de menor antigüedad* respecto a las categorías *profesionales administrativa y sanitaria e intervención directa*, en el estilo de evitación cognitiva (ECG).

En esta misma línea, Assunção Ferreira (2013), pone de manifiesto que las categorías laborales que implican mando tienen menor riesgo para la salud emocional que las categorías que implican ejecución inmediata, estas últimas más cercanas al escenario de intervención. Igualmente destaca que los profesionales tienen mayor riesgo que los voluntarios por su dedicación a lo largo de todo el año, sencillamente por una cuestión de permanencia. Así mismo, destaca la fortaleza mental de los profesionales frente a los voluntarios por su mayor preparación y entrenamiento, algo que no podemos rebatir porque en nuestro estudio no se hizo esta diferenciación entre profesionales y voluntarios.

Nuevamente, cabe mencionar que en el presente estudio, las *mujeres* muestran mayor respuesta hacia todo tipo de estrategias, tanto las contempladas en los *estilos de aproximación cognitivo/conductual*, como las contempladas en los estilos de *evitación cognitivo/conductual*. Al respecto, Assunção Ferreira (2013), en el mencionado estudio comenta que las mujeres utilizan estrategias menos adaptativas que los hombres, cuya afirmación será cuestionada cuando revisemos la conveniencia o no del uso de este tipo de estrategias en función de algunos escenarios generadores de riesgo para la salud.

En nuestra opinión, pese a la diferenciación del Inventario CRI-A sobre *escalas y estilos adaptativos y disfuncionales* referida por su propio autor (Moos, 2002), cabe recordar que el actual empeño de las Instituciones respecto al perfil del personal de emergencias se centra en parámetros más realistas enfocados al área de Recursos Humanos. La gran aportación del Modelo Transaccional de Lazarus (1991, 2000, 2006), la del Modelo Transaccional de Moos (1984, 1993) y la posterior revisión de Moos y Holahan (2003), ha sido la interacción entre persona y ambiente y la inclusión de variables personales, familiares, laborales, ambientales y sociales en las respuestas de estrés, así como el papel mediador de las mismas en la elección de estrategias de afrontamiento.

También hemos visto como las actuales líneas de investigación, se dirigen a prevenir y evaluar los aspectos de riesgo psicosocial, la sobrecarga del trabajo y la tarea, la motivación, la satisfacción laboral y los aspectos personales, familiares y sociales

relacionados con el contexto organizacional, entre otros muchos (León, Tejada y Yataco, 2014). Por ello, en la misma línea de algunos autores mencionados en la primera parte, es necesario detectar y prevenir conductas de potencial riesgo y eliminar en lo posible todas las fuentes generadoras de estrés, racionalizando el esfuerzo y la tarea.

El personal de emergencias, no es inmune al dolor ante situaciones críticas, pudiendo desarrollar conductas de potencial riesgo, tales como la fatiga física y emocional y la fatiga por compasión, entre otras. La exposición prolongada en el tiempo y la intensidad de este tipo de conductas en escenarios de alto contenido emocional, pueden ser causa de posteriores desajustes emocionales y disfuncionales ya mencionados, como el estrés y estrés postraumático. Por ello también es necesario contemplar los aspectos emocionales en los programas de prevención y formación, con objeto de promover el desarrollo de capacidades adaptadas y ajustadas a la regulación emocional (Salanova, Llorens, Cifre y Martínez, 2012).

Así pues, lo que en principio se consideran respuestas de afrontamiento disfuncional, adquieren otra dimensión cuando se presentan en cierto tipo de escenarios. De esta forma, trataremos de diferenciar cuando una respuesta funcional puede devenir en conducta de riesgo y por el contrario, cuando una respuesta considerada disfuncional, puede devenir en conducta funcional o adaptativa en el marco de las emergencias.

En nuestra opinión, el uso indiscriminado de respuestas de afrontamiento, tanto adaptativas como disfuncionales, podría derivar en posibles desajustes emocionales. Por consiguiente, en el análisis de las respuestas, cuyo objeto es una aproximación al perfil de emergencias, es necesario encontrar un equilibrio entre ambos tipos de respuesta.

Pongamos por caso la elección de algunas estrategias contempladas en la *escala análisis lógico* (AL), o intentos cognitivos dirigidos a prepararse mentalmente para solucionar el problema (*p. ej. ¿le dio vueltas en su cabeza sobre lo que tenía que hacer o decir?*). Recordemos que cuando se comentaron las características de una situación de emergencia, se habló de *situaciones imprevisibles, inevitables e incontrolables*, pues bien, en el supuesto de mantener una conducta de este tipo de forma indefinida ante una determinada situación de riesgo, se podría llegar al desgaste físico y emocional. Por el contrario, ante este tipo de situación *imprevisible, inevitable e incontrolable*, el uso racional de estrategias contempladas en la *escala aceptación o resignación* (AR), o intentos cognitivos para aceptar el problema, puesto que no se le ve solución (*p.ej. ¿aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?*), aun siendo una escala de evitación supuestamente disfuncional, podría resultar de gran utilidad en situaciones donde humanamente y materialmente no se puede hacer nada más.

Otro caso similar podría ocurrir en la elección de estrategias contempladas en la *escala reevaluación positiva* (RP) o intentos cognitivos para reestructurar el problema (*p. ej. ¿pensó que estaba mejor que otras personas con su mismo problema?*). Como en el caso anterior, ante cierto tipo de situaciones, podría ser más adaptativo *desconectar* mentalmente del problema e intentar centrarse en los propios recursos dirigiendo los esfuerzos a otras actividades para evadirse del problema (*p.ej. ¿empezó a hacer nuevas*

*actividades?*), contempladas en la escala *búsqueda de recompensas alternativas* (BR), o bien utilizar estrategias para reducir la tensión mediante la expresión de sentimientos (p. ej. *¿lloró para manifestar sus sentimientos?*), contempladas en la escala *descarga emocional* (DE).

Entre las conductas de evitación es importante y necesario vigilar todo tipo de conductas autodestructivas, lesivas y desorganizadas, es decir, cualquier tipo de respuesta que implique riesgo o amenaza para la salud o para la seguridad laboral, bajo el supuesto que puedan devenir en posteriores conductas de estrés y/o estrés postraumático, entre otras.

Cabe mencionar, según diferentes estudios realizados sobre las personas directamente afectadas (víctimas de primer grado) que entre un 30- 40 % de las mismas y entre un 10- 20 % de las personas que acudieron en su ayuda (víctimas de tercer grado), desarrollaron sintomatología patológica durante el primer año. Estos síntomas se podrían reducir con ayuda especializada, por lo cual, es oportuno recordar la necesidad de intervención inmediata dirigida al personal de emergencias cuando la situación lo requiere.

Tras la experiencia del 11-S de 2001 en Nueva York, entre los afectados que precisaron atención inmediata se encontraron bomberos, policías y profesionales de salud, los cuales presentaron alteraciones psicológicas tales como estado de *shock*, incredulidad ante lo sucedido y diversas reacciones de estrés, desorientación y desorganización, entre otras. Pasadas 24 horas del suceso, el personal de emergencias presentó síntomas patológicos, tales como imágenes intrusivas (*flashback*), agotamiento físico y emocional, ansiedad, conductas de sobresalto, labilidad en el estado de ánimo y fatiga por compasión, entre otros (Andújar y Pujadas, 2008).

Cabe recordar los estudios realizados por Iturrizaga, Miguel- Tobal y cols (2004), sobre la prevalencia de conductas patológicas después del atentado del 11- M de Madrid en 2004, que ya se comentaron en la primera parte, en especial el trastorno por estrés postraumático, depresión mayor, abuso de alcohol, trastorno de pánico, ansiedad generalizada y abuso de drogas, entre otras.

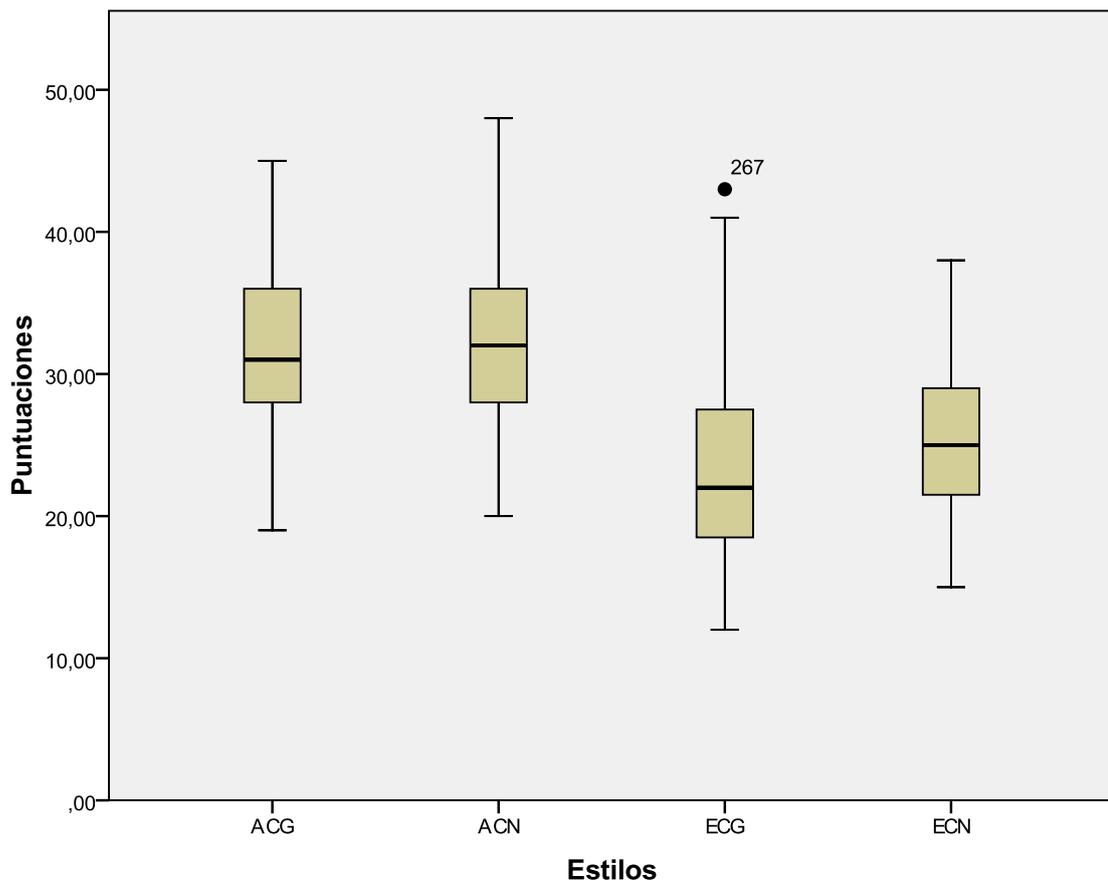
Al respecto, en relación a las cuestiones suscitadas al principio de este apartado, cuyos objetivos pretenden discriminar un perfil profesional y unas determinadas estrategias para la intervención en emergencias, podemos concluir que el hecho de que las *mujeres, los más jóvenes y recién incorporados* (sean hombres o mujeres) presenten mayores puntuaciones medias y *mayor grado de elección en prácticamente todas las escalas y estilos de afrontamiento*, podría entenderse como un elevado grado de motivación e interés hacia este campo laboral, si bien, sería preciso complementar el proceso de selección, evaluación y formación con la ayuda de instrumentos que puedan detectar factores personales o desajustes emocionales previos.

De igual forma, podemos concluir que no hay mejores o peores respuestas de afrontamiento. Las estrategias deben ser consideradas en función del marco de referencia, de los diferentes escenarios, de las diferentes categorías de la emergencia (desastre,

calamidad, etc.) y del nivel de riesgo real que se puede dar en cada una de estas situaciones, así como las diferentes categorías y características de la intervención en emergencias que ya se comentaron en la primera parte de este estudio. De nuevo insistimos en la necesidad de que el profesional de la Psicología especializado en emergencias esté integrado en la operativa y dinámica de la intervención en emergencias.

En lo que concierne a la muestra del personal de emergencias de este estudio, podemos afirmar que hay un cierto equilibrio en la elección de respuestas o estrategias de afrontamiento. Esta afirmación se puede ver reflejada en el siguiente gráfico o Diagrama de Caja, donde se reflejan las puntuaciones medias de los diferentes estilos de respuesta informados por el personal de emergencias y que, en nuestra opinión, en la mayoría de situaciones pueden ser consideradas respuestas funcionales en función de las circunstancias, del marco de referencia, del escenario de intervención y del contexto organizacional.

**Cuadro N° 2. Diagrama de Caja. Porcentajes de los estilos de afrontamiento del Inventario CRI-A**



Como se aprecia en este diagrama, cada una de las cuatro *cajas* representa los cuatro estilos de afrontamiento (ACG, ACN, ECG, ECN). Cada caja contiene 12 ítems, 6 en la

mitad superior y 6 en la mitad inferior ( $12 \times 4 = 48$  ítems) de las correspondientes escalas, **ACG**: AL, RP; **ACN**: BG, SP; **ECG**: EC, AR; **ECN**: BR, DE. Recordemos que para este recuento se han utilizado únicamente los 48 ítems que corresponden a las ocho escalas primarias del Inventario CRI-A.

Para facilitar la interpretación de cada caja, sabemos que cada ítem se puntúa en una escala *Likert* de 4 niveles, cuyos resultados surgen de la siguiente ecuación.

A = (1), no, nunca ( $12 \times (1) = 12$ ); B = (2), una o dos veces ( $12 \times (2) = 24$ ); C = (3), bastantes veces ( $12 \times (3) = 36$ ); D = (4), si, casi siempre ( $12 \times (4) = 48$ ) puntos

Por consiguiente, si la suma de ítems de cada caja oscila ente 12y 48 puntos, las coordenadas de puntuaciones se muestran desde 0 a 50. Por ello, calculando la mediana entre la franja de puntuaciones 12-48, la mediana de la caja del estilo ACG (AL, RP), corresponde al 31, 59 %, la mediana del estilo ACN (BG, SP), corresponde al 32, 18 %, la mediana del estilo ECG (RC, AR) corresponde al 23, 46 % y la mediana del estilo ECN (BR, DE), corresponde al 25,32%.

Podemos concluir que el personal de emergencias en general, ha elegido en mayor grado, el tipo de estrategias consideradas adaptativas, integradas los estilos de aproximación cognitiva (ACG) y aproximación conductual (ACN) y en menor grado, estrategias consideradas disfuncionales, contempladas en los estilos de evitación cognitiva (ECG) y evitación conductual (ECN). La diferencia de elección entre los estilos considerados adaptativos y los considerados disfuncionales es pequeña, lo cual nos sugiere un cierto equilibrio en la elección de estrategias en general ante una situación crítica.

Al mismo tiempo, se han revisado los trabajos sobre el estilo de respuesta de *aproximación/evitación*. Los estudios de Kirchner, Forns y Amador (2006), destacan que a menor número de conductas patológicas informadas por la persona, mayor será el porcentaje de respuestas de aproximación y evitación, a favor de las primeras. En consecuencia, a mayor respuestas de aproximación, disminuirá la diferencia entre una y otra respuesta, equilibrando la conducta hacia respuestas de afrontamiento adaptativo. Si bien, como ya se ha comentado a lo largo del estudio, la operativa de la intervención en emergencias, en ocasiones, está sujeta a situaciones de riesgo extremo y condiciones muy diferentes al concepto tradicional de riesgo, trabajo y contexto organizacional.

En nuestra opinión, este equilibrio entre las respuestas consideradas adaptativas y disfuncionales, debería ser tenido en cuenta en los programas de selección, valoración, evaluación, formación e intervención en el personal de emergencias, fomentado y entrenando en los respectivos estilos de aproximación/evitación y cognitivo/conductual, en función del contexto y de las circunstancias, a nivel personal, familiar, laboral, social y organizacional (Moos 2002, 2003,2005).

**Finalmente**, en la comparación de los resultados obtenidos por la *muestra del personal de emergencias* en las escalas de afrontamiento del Inventario CRI-A, con respecto a los baremos de la *población española en general*, se confirma la **hipótesis 10**. Tal como se había avanzado, los intervinientes de emergencias informan en mayor grado, el uso de las estrategias de afrontamiento, frente al conjunto de la población española en general. Esta diferencia a favor del personal de emergencias, podría ser debida a su condición profesional, la cual otorga unas características y una formación específica que necesariamente les confiere una capacitación superior a todos los niveles en la resolución de eventos críticos.

Ello nos lleva a concluir que el Inventario CRI-A es un buen instrumento para discriminar al personal de emergencias, no habiendo encontrado la posibilidad de establecer un nuevo instrumento que reúna las cualidades del CRI-A.

Sin menoscabo de todo lo anterior, queda mucho por hacer desde los organismos e instituciones. El enfoque del Modelo Transaccional de Moos (2003) y los diferentes modelos aportados en la primera parte del estudio representan una nueva dimensión en el tratamiento de las conductas disfuncionales, los cuales van dirigidos al enfoque social y colectivo en el estudio del afrontamiento, no solo en situaciones generadoras de estrés, sino también frente a *problemas cotidianos*, de tal forma que los sujetos bien integrados en un contexto social, dispondrán de mayores recursos adicionales.

Esta reflexión final nos conduce al análisis de las respuestas obtenidas por el personal de emergencias a través del Inventario de estrategias de afrontamiento CSI, centrado en aspectos cotidianos que puedan ser el origen o la causa del malestar psicológico.

- *Conclusiones respecto al cuarto objetivo, referidas a los objetivos específicos del segundo nivel (hipótesis 14, 15, 16, 17)*

Las respuestas obtenidas por el personal de emergencia respecto al Inventario CSI, corresponden al tipo de estrategia utilizada para afrontar la representación mental de un problema cotidiano. El principal objetivo de este análisis es averiguar si el malestar generado por dicho problema pudiera ejercer una función moduladora en su estado de ánimo, que a su vez pudiera interferir de manera negativa en el área laboral o en el desempeño de la tarea como personal de emergencias.

En la formulación de hipótesis sobre las *estrategias de afrontamiento* del Inventario CSI, también se tuvo en cuenta la diferenciación entre las escalas consideradas adaptativas y disfuncionales, las cuales guardan cierta relación con el Inventario CRI-A, si bien, su estructura está más acorde con el Modelo Transaccional de Lazarus (1988, 2006), el cual diferencia las estrategias en estilos adaptativos o disfuncionales, centrados en el problema o centrados en la emoción.

Bajo el supuesto de que determinadas *escalas de afrontamiento* pudieran tener mayor relación con algunas variables sociodemográficas, con el problema referido y con la dinámica de la intervención, se plantearon hipótesis teniendo en cuenta estos tres

factores, si bien como veremos, los resultados obtenidos difieren en gran medida del planteamiento inicial. En este sentido, dimos por hecho que las escalas *resolución de problemas* (REP) y *reestructuración cognitiva* (REC), podrían ser más afines a la operativa de emergencias, mientras que las escalas *expresión emocional* (EEM) y *apoyo social* (APS), podrían ser más afines a la resolución final de la emergencia.

Recordemos que las estrategias del Inventario CSI se componen de *ocho escalas primarias*, cada una de las cuales contiene *cinco estrategias de afrontamiento*, con un total de 40 ítems. Estas escalas, a su vez, se diluyen en *cuatro escalas secundarias*, de *estilo adaptativo o desadaptativo, centradas en el problema o centradas en la emoción*. Siguiendo el planteamiento en la formulación de hipótesis, pasaremos a comentar los resultados en función de las escalas propuestas (REP, REC, EEM, APS).

En la escala *resolución de problemas* (REP) no se encontraron relaciones significativas con ninguna de las variables sociodemográficas, por lo que se rechazó plenamente la **hipótesis 14**. En el planteamiento inicial, se avanzó que las *mujeres* y los *intervenientes de menor edad y menor antigüedad* (fueran hombres o mujeres) presentarían mayor grado de elección en esta escala. Contrariamente a lo avanzado, no fue así. Dicha escala contempla estrategias conductuales encaminadas a eliminar el estrés, modificando la situación que lo produjo. *Es una escala de afrontamiento adaptativo centrado en el problema, o manejo adecuado de la situación*.

- Luché por resolver el problema
- Me esforcé para resolver los problemas de la situación
- Hice frente al problema
- Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran
- Mantuve mi postura y luché por lo que quería

Según se comentó, la *escala solución de problemas* (SP) del Inventario CRI-A, tampoco mostró *relación alguna con las variables sociodemográficas*. En nuestra opinión, esta coincidencia podría estar justificada por el hecho de que este tipo de estrategias en las respectivas escalas (SP, REP) estarían integradas en el perfil del profesional de emergencias, así como en los requisitos de selección y formación del colectivo de emergencias, independientemente de las variable sexo, edad o antigüedad, así como del resto de variables.

La escala *reestructuración cognitiva* (REC), presentó diferencias significativas respecto a la *variable sexo y edad*, si bien, fueron las *mujeres y los intervenientes de menor edad* (no los hombres, ni los intervenientes con mayor edad, como se avanzó inicialmente) los que mostraron mayor grado de elección en este tipo de estrategias. No se encontró relación alguna con el resto de variables sociodemográficas, por lo cual se rechazó plenamente la **hipótesis 15**.

Dicha escala se compone de estrategias cognitivas dirigidas a modificar el significado de la situación estresante. *Es una escala de afrontamiento adaptativo centrado en la emoción o manejo adecuado de los pensamientos y emociones.*

- Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de forma diferente
- Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas
- Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían
- Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo
- Me fijé en el lado bueno de las cosas

La escala **apoyo social** (APS) mostró relación significativa con la *variable edad*. Fueron los **más jóvenes** los que presentaron mayor grado de elección en este tipo de estrategias. Dicha escala se compone de estrategias conductuales encaminadas a buscar apoyo emocional. *Es una escala de afrontamiento adaptativo centrado en la emoción o manejo adecuado de los pensamientos y emociones.*

- Encontré a alguien que escuchó mi problema
- Hable con una persona de confianza
- Dejé que mis amigos me echaran una mano
- Pasé algún tiempo con mis amigos
- Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto

La escala **expresión emocional** (EEM) o estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de una situación crítica, no muestra relación con **ninguna de las variables sociodemográficas**. Es una escala de afrontamiento adaptativo centrado en la emoción o manejo adecuado de los pensamientos y emociones.

- Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés
- Expresé mis emociones, lo que sentía
- Hice frente al problema
- Dejé desahogar mis emociones
- Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron (llore, grité..)

Las respuestas de las mencionadas escalas del Inventario CSI, consideradas de **afrontamiento adaptativo**, concuerdan en gran medida con el tipo de *afrontamiento adaptativo* de las respuestas autoinformadas en el Inventario CRI-A en función de las variables **sexo y edad**, siendo las **mujeres** y los intervinientes **más jóvenes** (supuestamente con menor *antigüedad*) los que presentaron mayor grado de elección en las mismas.

Las escalas de *afrentamiento adaptativo*, se subdividen en estilos de *afrentamiento adaptativo centrado en el problema* y *afrentamiento adaptativo centrado en la emoción*. El primero contiene la escala resolución de problemas (REP) y reestructuración cognitiva (REC) y el segundo la escala apoyo social (APS) y expresión emocional (EEM).

De las escalas consideradas *afrentamiento disfuncional*, en contra de lo previsto, las escalas pensamiento desiderativo (PSD) y autocrítica (AUC), presentaron relación significativa con algunas variables sociodemográficas. Recordemos que también estas escalas se subdividen en estilos de *afrentamiento desadaptativo centrado en el problema* y *afrentamiento desadaptativo centrado en la emoción*. El primero está integrado por las escalas evitación de problemas (EVP) y pensamiento desiderativo (PSD) y el segundo por las escalas retirada social (RES) y autocrítica (AUC).

La escala *pensamiento desiderativo* (PSD) mostró diferencias significativas en función de las *variables sexo y edad*. Las *mujeres y los intervinientes con menor edad* (fueran hombres o mujeres) presentaron mayor grado de elección hacia este tipo de estrategias. Dicha escala se compone de estrategias de estilo cognitivo dirigidas a solucionar el problema de forma inadecuada, consideradas *estrategias disfuncionales que reflejan el deseo de que la realidad no hubiera sucedido*.

- Deseé que la situación nunca hubiera empezado
- Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase
- Deseé no encontrarme nunca más en esta situación
- Deseé poder cambiar lo sucedido
- Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes

Estos datos guardan relación, en mayor o menor medida, con los datos obtenidos en las escalas y estilos de *afrentamiento disfuncional* del Inventario CRI-A en función de las respuestas autoinformadas por el personal de emergencias, lo que podría indicar una mayor vulnerabilidad emocional en *las mujeres* y en los *intervinientes más jóvenes* (sean hombres o mujeres). Las *mujeres* y los *intervinientes con menor antigüedad* (asociados a menor edad), mostraron mayor grado de elección en escalas similares del Inventario CRI-A, tales como evitación cognitiva (EC) o descarga emocional (DE), entre otras.

Respecto a la *escala evitación de problemas* (EVP) o estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante, no hay diferencias significativas en *ninguna de las variables sociodemográficas*. Dicha escala contempla estrategias de estilo conductual dirigidas a solucionar el problema de forma inadecuada, *consideradas estrategias disfuncionales*.

- No dejé que me afectara, evité pensar en ello demasiado
- Traté de olvidar por completo el asunto
- Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más
- Me comporté como si nada hubiera pasado
- Evité pensar o hacer nada

El hecho de que esta escala no haya presentado relaciones significativas con ninguna de las variables sociodemográficas, nos sugiere algunos planteamientos que se deberían contrastar en el futuro. Este tipo de estrategias podrían estar integradas en el repertorio básico de conductas y en el perfil del personal de emergencias, o por el contrario, según los estudios realizados por Assunção Ferreira (2013), podría tratarse de conductas disfuncionales enmascaradas para no mostrar cierto tipo de vulnerabilidad ante situaciones adversas.

Lo mismo podríamos comentar respecto a la *escala retirada social* (RES) o estrategia de apartarse de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociadas emocionalmente al proceso estresante, ya que esta escala no presentó *relación alguna con las variables sociodemográficas*, de modo que pudiera justificar este tipo de conducta. Dicha escala se compone de estrategias de estilo conductual con objeto de evitar el problema, *consideradas estrategias disfuncionales*.

- Pasé algún tiempo solo
- Evité estar con gente
- Oculté lo que pensaba y sentía
- No dejé que nadie supiera cómo me sentía
- Traté de ocultar mis sentimientos

Respecto a la *escala autocrítica* (AUC), o estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo, solo se encontraron diferencias significativas en función de la *variable antigüedad*. Fueron los intervinientes con *menor antigüedad* (menos de 1 año de antigüedad), los que eligieron en mayor grado este tipo de estrategias. Son estrategias de afrontamiento de evitación cognitiva, *consideradas estrategias de estilo disfuncional*.

- Me culpé a mi mismo
- Me criticué por lo ocurrido
- Me reocriminé por permitir que esto ocurriera
- Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias
- Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché

Estos resultados merecen especial atención por el hecho de darse en los intervinientes recién incorporados o *con menor antigüedad*. Es preocupante que los más jóvenes se autoinculpen del fracaso o de aquellas situaciones, de tipo operativo o circunstancial, que no les fue posible resolver. Este tipo de respuestas puede devenir en posteriores desajustes emocionales, por lo cual, son conductas de riesgo que deben ser objeto de valoración y posible intervención terapéutica.

Según lo comentado, la *variable antigüedad* podría ejercer una relativa función moduladora respecto a la escala autocrítica (AUC), donde los *intervinientes con menor*

*antigüedad* (menos de 1 año), se inclinaron en mayor medida hacia este tipo de *estrategias disfuncionales*, basadas en la autoinculpación (“*me culpé a mí mismo de lo sucedido*”). Al mismo tiempo estos datos nos sugieren diferentes planteamientos. Podría ocurrir que los intervinientes con *mayor antigüedad* (más de 10 años), por razones de diversa índole tuvieran mayor experiencia para resolver los problemas cotidianos de forma eficaz frente a los intervinientes con *menor antigüedad* (menos de 1 año). Por el contrario, podría ocurrir que fueran reacios a aceptar sus fracasos, ocultando sus emociones. Al igual que se comentó anteriormente, este tipo de conductas implican una valoración y seguimiento.

Este tipo de respuestas (AUC, RES, PSD), aun siendo estrategias autoinformadas en función de un problema cotidiano, *podrían ser indicadores de un desajuste emocional*. En nuestra opinión, este tipo de estrategias guardan relación con el estilo atribucional, por lo cual sería necesaria la inclusión de este tipo de herramientas en los procesos de selección y evaluación, complementando a los Inventarios de estrategias de afrontamiento, además de otras pruebas que pudieran detectar posibles desajustes psicológicos o conductuales, tales como técnicas de autocontrol y autorregulación (Skinner, 1981, 1982; Bandura, 1977, 1987; Carver & Scheier, 2001), entre otras. Así mismo, cabe recordar la idoneidad de los modelos de intervención expuestos en la primera parte de este estudio, como el Modelo COR (Hobfoll, 2001), el Modelo ABC (Costa y López, 2003) y los estudios que relacionan personalidad y estrategias de afrontamiento de Costa, Somerfield y McGrae (1986, 1996), entre otros.

**Resumiendo:** En nuestra opinión, en determinados *contextos y estilos de respuesta*, cabe la necesidad de integrar programas de prevención evaluación y formación, atendiendo al entrenamiento de estilos adaptativos y al aprendizaje de modelos enfocados al proceso de vulnerabilidad-resiliencia, así como técnicas de autorrefuerzo, autocontrol y autorregulación, con objeto de fomentar un estilo atribucional externo, inestable (temporal) y específico, para fortalecer las propias capacidades y la autonomía personal.

En la misma línea, Assunção Ferreira (2013), en el estudio realizado con bomberos, destaca la importancia de la regulación emocional para evitar futuros desajustes emocionales, mediante programas de prevención e intervención en grupos y población destinada a tareas de emergencias, con objeto de promover el desarrollo de capacidades adaptadas y ajustadas a la regulación emocional.

**Finalmente**, para concluir este apartado, pasamos al análisis relacionado con las *dimensiones o categorías* establecidas en el estudio, respecto al *problema referido*. Tal como se indicó, se trata de averiguar si algunos aspectos del área personal, familiar, laboral, social o emergencia pudieran modular las respuestas autoinformadas en el Inventario CSI y, en definitiva, pudieran entorpecer la eficacia en la operativa del personal de emergencias.

En función del análisis de estos resultados, se rechaza la **hipótesis 16**, ya que contrariamente a lo propuesto, no se encontraron diferencias en las escalas *resolución de problemas* (REP), representada por *estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a*

*solucionar el problema*, ni en las estrategias de **reestructuración cognitiva** (REC), representada por *estrategias cognitivas dirigidas a modificar el significado de la situación estresante*, en función de las dimensiones o **categorías laboral y emergencias**.

Sin embargo, se encontró relación significativa respecto a la variable **problema referido** en la escala **expresión emocional** (EEM), la cual contempla estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso del estrés, siendo la **categoría social**, la que presentó mayor grado de elección por el personal de emergencias. Por el contrario, la **categoría emergencia** presentó el menor grado de elección.

En nuestra opinión, esto podría indicar que ante un problema cotidiano, el personal de emergencias responde de forma muy similar a la población en general, lo cual supone una aproximación a un determinado perfil más acorde con la actual realidad social, atendiendo al perfil humano del colectivo de emergencias. Dicho de otra forma, consideramos que el personal de emergencias, al margen de la formación y requisitos específicos de su tarea, es susceptible de presentar la misma vulnerabilidad física y psíquica que el resto de la población. Este principio se ajusta a un patrón de respuesta más realista dentro de un contexto laboral y organizacional en el actual contexto global.

Por otra parte, estos resultados muestran que, a excepción de la escala **expresión emocional** (EEM), las diferentes categorías del problema referido no parecen ejercer ningún tipo de mediación en la elección del resto de estrategias de afrontamiento contempladas en el Inventario CSI. Esto podría indicar que los problemas cotidianos que acontecen en su vida personal, familiar, laboral, social o riesgo de cualquier índole, no modulan la elección de las respuestas contempladas en las diferentes escalas, por lo cual, se podría generalizar que tampoco interfieren en el desarrollo de la tarea o intervención del personal de emergencias.

Si consideramos que la menor puntuación media corresponde a la categoría de **emergencia**, esto podría entenderse por el hecho de estar más familiarizados con la resolución de problemas de cualquier índole. En este sentido, estarían más entrenados en el afrontamiento de imprevistos o problemas que se podrían generalizar a la vida cotidiana. Por el contrario, la mayor puntuación media corresponde a la **categoría social**, lo cual podría explicar el proceso de generalización de esta problemática a la interacción con el equipo de trabajo. Recordemos que la categoría social se caracteriza por cuestiones o situaciones que crean malestar en el área social. Los resultados en general, indican que el personal de emergencias discrimina bien su área personal, familiar, laboral y social del contexto laboral.

**Resumiendo:** Cabe recordar que las respuestas del Inventario CRI-A hacen referencia a una situación laboral extrema, mientras que las respuestas del Inventario CSI hacen referencia a un problema cotidiano. Desde este punto de vista, parece razonable que haya un mayor grado de respuestas autoinformadas en todas las escalas y en todas las variables sociodemográficas del Inventario CRIA, si bien, queda constancia que el Inventario CSI, nos aporta información del personal de emergencias, de su proceder en el día a día y

sobre todo, el tipo de problema cotidiano que mayor preocupación les haya causado en los últimos meses.

**Finalmente**, se confirma la **hipótesis 17**, ya que no se encuentran diferencias significativas referidas por la *muestra del personal de emergencias*, respecto a las escalas de afrontamiento del Inventario CSI ante la exposición mental a un *problema cotidiano*, frente a la *muestra de la población española en general*, tal como se había previsto.

- Conclusiones referidas al quinto objetivo, respecto al segundo nivel (hipótesis 18 y 19)

El quinto y último objetivo, el análisis factorial de resultados, ya fue descrito y comentado ampliamente en el apartado de resultados N° 4.6, de la segunda parte (pág. 162). Nuestro objetivo principal, correspondiente al objetivo general, es averiguar mediante el análisis de componentes de los Inventarios CRI-A y CSI, si se puede simplificar o por el contrario ampliar el Inventario CRI-A, tratando de presentar un instrumento ágil y eficaz en el proceso de selección del personal de emergencias.

Recordemos que las respuestas obtenidas por los autoinformes del Inventario CRI-A, están referidas a la representación mental de una situación laboral extrema y que las del Inventario CSI, están referidas a la representación mental de un problema cotidiano. Los resultados de este análisis confirman la **hipótesis 18**.

Según se avanzó anteriormente, los datos obtenidos en el análisis factorial, reflejados en la *Tabla N° 29*, (pág. 162), confirman que las *escalas del Inventario CRI-A* tienen más peso y mayor consistencia respecto a la comparación de ambos inventarios, analizados a través de sus componentes principales, las cuales resumen o explican el 65, 5 % de la variancia acumulada.

A la vista de estos resultados, podemos concluir que el Inventario CRI-A se presenta como un instrumento idóneo para valorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de emergencias ante una situación laboral extrema, en base a las componentes principales de ambos inventarios.

La suma de sus componentes, representada por las escalas análisis lógico (AL), reevaluación positiva (RP), búsqueda de guía y soporte (BG), solución de problemas (SP), evitación cognitiva (EC), aceptación o resignación (AR), búsqueda de recompensas alternativas (BR) y descarga emocional (DE), se muestra eficaz para un programa de selección, valoración, evaluación e intervención del personal de emergencias. Sin embargo, el porcentaje de respuestas sin explicar (34,5 %) nos llevaría a considerar la inclusión de algunas escalas del Inventario CSI que han presentado mayor peso en el conjunto de las variables, tales como *pensamiento desiderativo* (PSD), expresión emocional (EEM), *evitación de problemas* (EVP) y *retirada social* (RES), consideradas conductas disfuncionales, que merecen especial atención para complementar el Inventario CRI-A, aportando la función de su eficacia en la detección de conductas disfuncionales.

A la vista del análisis factorial y de la comparación de los resultados de la *muestra de emergencias* frente al conjunto de la *población española en general*, se confirma la **hipótesis 19**. Tal como se había avanzado, el Inventario CRI-A es un instrumento eficaz para discriminar el perfil del personal de emergencias y, a la vez, un instrumento eficaz para integrar en un programa de selección, evaluación y tratamiento del personal de emergencias, dado el peso que tienen sus diferentes escalas frente a las del Inventario CSI, algunas de las cuales también han merecido nuestra atención.

En consecuencia, sin menoscabo de los anterior, insistimos en que el Inventario CRI-A de R.H. Moos se muestra más efectivo que el Inventario CSI para discriminar el perfil del personal de emergencias, si bien nuestra propuesta se dirige hacia una ampliación de las escalas del Inventario CRI-A con algunas escalas del Inventario CSI (EVP, PSD, EEM, RES).

El marco teórico y los modelos de Lazarus y Folkman (1984, 1986, 1988, 1991) y Moos (1984, 1991, 1995), junto a los recientes trabajos comentados en la primera parte (Hobfoll, 2001; Costa y López, 2003; López y cols, 2007), entre otros, representan un amplio abanico de “lecciones aprendidas” y al mismo tiempo “lecciones por aprender” que pueden ser de gran utilidad en los procesos de selección, valoración, evaluación y tratamiento del personal de emergencias.

Por nuestra parte, a lo largo del estudio hemos remarcado una serie de respuestas y resultados referidos por el personal de emergencias que deberían ser contrastadas en futuras investigaciones. En el caso de haber tenido una muestra más amplia y mayor colaboración Institucional, se podrían haber paliado las limitaciones de la misma.

Entre la limitaciones del estudio ya se han comentado los intentos fallidos de trabajar con una muestra de efectivos de la Unidad Militar de Emergencias (UME), lo cual ha obligado a reestructurar los objetivos principales y la muestra del estudio, recurriendo a Instituciones de la Comunidad de les *Illes Balears*, con una muestra de tamaño inferior a lo deseado y con cierta reticencia por parte de los integrantes de la misma, la mayoría procedente de Instituciones públicas, a revelar datos personales que pudieran comprometer su carrera profesional, aún sabiendo que el cuestionario era anónimo.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que este trabajo es novedoso y eminentemente práctico en el área de emergencias, especialmente útil para el posterior desarrollo de programas de selección, evaluación e intervención en el personal de emergencias, lo cual ya se ha propuesto en la carta de presentación remitida a las diferentes Instituciones públicas y privadas, toda vez que se hayan presentado los resultados sobre el estudio del afrontamiento.

Estos programas pretenden centrarse con mayor rigor en la línea de conductas saludables, frente a conductas patológicas. En esta línea, los trabajos de Lazarus (1982) sobre el *afrontamiento* muestran como los pacientes que negaban la gravedad de los hechos o los problemas derivados de los mismos, expresado en *conductas de evitación*, tardaban más tiempo en recuperarse de las consecuencias traumáticas que los pacientes

que aceptaban o asumían la realidad, expresado en *conductas de aproximación*. También se puso de manifiesto que el nivel de estrés guardaba mayor relación con los propios recursos (valoración subjetiva) que con la situación real (valoración objetiva) Lazarus (2006).

Por su parte Moos, destacó el papel de los estresores en las respuestas de afrontamiento como mecanismos esenciales para canalizar y modificar la influencia de los contextos vitales, tanto los estables como los transitorios, entre ellos el contexto laboral y social, enfocados hacia el desarrollo y crecimiento personal (Moos, 2002).

Estos trabajos de Moos enlazan justo con algunos de los objetivos de nuestro estudio, tratando de transmitir la forma de reconducir o redefinir aquellas respuestas o conductas disfuncionales en conductas adaptativas y positivas que permitan un aprendizaje en el proceso de la resiliencia, crecimiento y autonomía personal.

En la planificación de un modelo de selección, valoración, evaluación y tratamiento para el colectivo de emergencias, se considera de especial interés el Modelo Transaccional de Moos (2003), donde además de los procesos cognitivos, se incluyen otro tipo de variables relativas a la persona, al contexto familiar, social y organizacional, dirigidas a comprender los factores ambientales y facilitar el desarrollo de tratamientos más eficaces.

También cabe recordar la revisión de Miguel-Tobal (1996), sobre la inclusión del *concepto expectativa* en relación a posibles respuestas psicopatológicas en al área tan compleja de las emergencias. Las *expectativas*, muy relacionadas con aspectos de autocontrol, autorregulación emocional y estilo atribucional, a través de los procesos cognitivos se muestran como una variable susceptible de ser aprendida.

Así mismo cabe mencionar los modelos de nueva generación ya comentados en la primera parte, el COR, el ABC, el OSI y el HERO como herramientas eficaces para la prevención evaluación y tratamiento de posibles conductas disfuncionales y también como modelos de cohesión e integración en el contexto organizacional.

En este sentido hay que destacar la importancia del modelo COR (*Conservation of Resources*) de Hobfoll (2001), el cual introduce soluciones colectivas ante situaciones generadoras de estrés, en la misma línea formulada en la parte teórica y divulgada por la UNESCO, respecto a la educación colectiva en emergencias.

A la vista de todo ello, en nuestra opinión, cabe añadir la importancia y la necesidad de intervenir directamente sobre la fuente de los diferentes estresores, tanto ambientales como organizacionales, identificando variables personales de fácil manipulación para mejorar la satisfacción laboral y el bienestar personal, en la misma línea de diferentes autores como Assunção Ferreira (2014), Arias y Puelles (2010), Lopez Araujo, Osca y Rodríguez (2008), entre otros muchos.

**Nuestra propuesta de cara al futuro de la intervención en emergencias** es implementar programas de formación donde se contemple de forma integral la

prevención laboral desde la perspectiva del riesgo psicosocial, lo cual implica un entrenamiento en el manejo de las emociones con el fin de facilitar respuestas que ayuden al bienestar psicológico y a la salud física y mental de los intervinientes.

No se puede olvidar que el personal de emergencias desarrolla sus funciones por y para la comunidad, con un alto grado de responsabilidad hacia si mismo y hacia los demás. Todo ello supone una situación de riesgo o vulnerabilidad que le hace merecedor de todas las garantías en materia de salud y seguridad laboral.

El área de trabajo, la cohesión entre sus miembros y la relación laboral, familiar y social, tan diferente al concepto de organización laboral, deben ser tenidas en cuenta para la consecución de las garantías de su propio bienestar psicológico. Es importante recordar que este tipo de trabajo se desarrolla por turnos y que en ocasiones los intervinientes se ven obligados a permanecer por un espacio de tiempo, que puede fluctuar entre días y semanas o meses, fuera de su entorno familiar y social.

El potencial psicológico es básico e implica el estudio de factores protectores de riesgo y el entrenamiento continuado, bien sea en simulacros o en escenarios reales. Ya se comentaron en su momento las nuevas tendencias en el área de la psicología positiva, especialmente la capacitación en el aprendizaje y manejo de la resiliencia. Aún así, es preciso recordar la vulnerabilidad social de las mujeres en el campo de las emergencias, lo cual implica la protección integral en los aspectos relacionados con el área familiar y la conciliación laboral.

Insistimos de nuevo en la integración del profesional de Psicología, especializado en emergencias, tanto en la vertiente de la gestión e intervención en el desarrollo de las emergencias como en la vertiente de los programas de selección, prevención, evaluación e intervención del personal de emergencias y de la formación que debiera recibir la población en general. Todo ello no se puede conseguir sin la voluntad política y de las Instituciones civiles y militares. Éste es el gran reto de la actual realidad social.

Recordemos los grandes desastres ocurridos en el *accidente* aéreo de los Alpes franceses o el incendio de un buque que cubría la ruta marítima Palma-Valencia. *¿Sucesos previsibles, evitables y controlables?*. Con mucha prudencia y respeto ante una tragedia de tal magnitud, todavía no hay una explicación convincente de qué hacía un piloto con antecedentes psiquiátricos al mando de una aeronave comercial. Tampoco se entiende que las autoridades competentes publicasen en prensa "un final feliz" para los pasajeros del buque siniestrado. ¿Acaso es necesario registrar un número elevado de víctimas mortales para considerarlo una tragedia?.

Es más que probable que ante una situación de este tipo algunas personas hayan desarrollado fobia específica a los medios de transporte o estrés postraumático por la tensión acumulada. Todo ello, sin contar los daños materiales que dejaron sin trabajo a cientos de familias que perdieron sus vehículos o herramientas de trabajo en el desenlace. En definitiva, un drama social. Es lamentable que las instituciones valoren de una forma tan superficial este tipo de sucesos, dando razones tan pueriles como "se ha

actuado con la máxima diligencia...", "los servicios de rescate acudieron de inmediato...", etc. Se trata de prevenir este tipo de sucesos, mediante la aplicación y vigilancia de las respectivas normas de seguridad, incluyendo la selección y formación del personal adecuado para el desarrollo de estas tareas.

En este punto, es oportuno mencionar el papel que juegan los medios de comunicación y el nivel de sensacionalismo que en ocasiones intentan transmitir, sin tener en cuenta la exposición de imágenes y noticias que puedan herir o vulnerar la sensibilidad de familiares de los afectados y población en general.

Al respecto, en una entrevista realizada por *Infocop* (Consejo General de la Psicología de España) el pasado marzo de 2015, la responsable de Recursos Humanos de la Unidad Militar de Emergencias (UME), explicaba la puesta en marcha del proyecto *PsyCris (PSYcho-social Support in CRIsis Management)* o Apoyo Psicosocial en la Gestión de Crisis. Un proyecto internacional multidisciplinar financiado por la Unión Europea (UE) que pretende analizar la situación actual de gestión y apoyo, psicológico y médico, en situaciones de crisis que ocurran en la Comunidad Europea, con objeto de mejorar las estrategias de apoyo a las víctimas, tanto a los individuos afectados como a los gestores de la situación. Entre otros fines se pretende mejorar la preparación psicosocial ante situaciones de crisis y proporcionar estrategias de autoayuda eficaces a las comunidades afectadas por la crisis, así como investigar el impacto psicosocial y cultural que ocasionan a largo plazo las situaciones de crisis en los diferentes países.

En la misma revista *Infocop*, se realizó una entrevista a la Presidenta de AEPA, (Asociación Española de Psicología de la Aviación), en la que destacó la importancia de la detección y valoración en posibles trastornos mentales o desajustes emocionales de personas (en este caso personal técnico y auxiliar de vuelo), tanto en aeronaves civiles como en aeronaves militares, que tienen en sus manos la responsabilidad de cientos de personas que se desplazan a través de los diferentes medios de transporte, aéreo, terrestre y marítimo.

El protocolo de valoración psicológica y/o en salud mental que se lleva a cabo en los solicitantes para iniciar su carrera laboral en aviación civil en España, integrado en la normativa europea, contempla unos criterios básicos de valoración que se definen, sobre la certeza y datos objetivos, de que determinadas conductas no afectan la seguridad del vuelo. A esto añaden que, si existiera cualquier duda respecto a este principio básico, se deberá realizar un informe y comunicar a las autoridades pertinentes su desprogramación o incapacitación inmediata. En la citada entrevista se remarca de nuevo la necesidad de que estas labores sean llevadas a cabo por los profesionales de la psicología.

Así mismo, el colectivo de profesionales de psicología forense destaca que, en ocasiones, puede haber casos de simulación, engaño, ocultación o falsedad de documentos que pudieran enmascarar el buen hacer de este colectivo de profesionales.

Cerrando el capítulo de conclusiones, cabe destacar que en la última sesión del Consejo de Ministros, con fecha 14 de Mayo de 2015, en forma de Real Decreto, quedó

establecida la creación de la ACADEMIA DE PSICOLOGIA DE ESPAÑA, una Institución de máximo nivel científico y social, dedicada íntegramente a la Psicología.

Se han aprobado sus primeros estatutos, tal y como lo estipula el *Real Decreto del 17 de Septiembre del 2010, por el que se regula el Instituto de España*, el cual dicta los pasos a seguir en este sentido, indicando como paso previo que la propuesta venga de la mano del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, previo informe del Instituto de España (preceptivo pero no vinculante) y, en su caso, de las Academias de ámbito nacional más directamente relacionadas con la materia (Infocop, Abril-Junio, 2015).

Es una gran noticia y un broche de oro para el esfuerzo realizado por el equipo de profesores e investigadores y la comisión promotora que ha impulsado la creación de esta Institución, a los que debemos agradecer esta iniciativa. Es así mismo un reconocimiento a la labor realizada durante muchos años por los profesionales de la Psicología, una profesión tan denostada por las Instituciones en general. Esperemos que este nuevo avance suponga una mayor presencia del profesional de la Psicología en las instituciones y en las administraciones públicas, especialmente en el ámbito de salud y educación.

## 6. Referencias

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology, 87*(1), 49.
- Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. *Advances in experimental social psychology, 2*(267-299).
- Agudelo, D., Buéla-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental, 30*(2), 33-41.
- Agudelo, D. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER). *Pensamiento Psicológico Vol. 5*, 12.
- Alfederer, C.P. (1969). An Empirical Test of a New Theory of Human Needs. *Organizational Behavior and Human Performance, 4*, 142-175.
- Alfederer, C. P. (1972). Existence, relatedness, and growth: Human needs in organizational settings. New York: Free Press.
- Alexander, D. & Klein, S. (2001). Ambulance personnel critical incidents impact of accidente and emergency work on mental health and emotional well-being. *British Journal of Psychiatry, 178*, 76-81.
- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. Bs.As.: Ed. Médica Panamericana.
- Andújar Cádiz, A., Pujadas Sánchez, M.D. (2008). Guía de Intervención en Crisis en el Marco de las Emergencias: Manual de orientación para optimizar la intervención de los diferentes profesionales de una emergencia. Material clasificado en el Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares (COPIB) y *Consellería* de Interior del Gobierno de las Islas Baleares.
- Ardila, R. (1980). Terapia de comportamiento. Bilbao: DDB.
- Assunção Ferreira, F.C. (2013). La regulación emocional de síntomas psicopatológicos de los bomberos. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.
- Azcárate Mengual (2007). Trastorno de estrés postraumático: Daño cerebral secundario a la violencia. Madrid: Díaz de Santos.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology, 22*(3), 309-328.

- Bakker, A. B., & Bal, M. P. (2010). Weekly work engagement and performance: A study among starting teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(1), 189-206.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1, 1-34.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123-135.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research*, 213, 262.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1977a). *Social Learning Theory*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive therapy and research*, 1(4), 287-310.
- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American psychologist*, 33(4), 344.
- Bandura, A. (1987). *Social foundations of thought and action*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, N.J.
- Bardera Mora, P., Osca Segovia, A. y González-Camino López, G. (2002). Influencia del estrés y la satisfacción laboral sobre la propensión al abandono de la organización, el absentismo y la accidentalidad. *Ansiedad y Estrés*. 8(2-3), 275-284.
- Bardera Mora, M.P. y Osca Segovia, A. (2009). Estrés laboral, autoconcepto y salud en una muestra de militares españoles. *Revista de Sanidad Militar*, 65(3), 152-163.
- Bergeret, J. (1975). *Manual de Psicología Patológica*. Barcelona: Toray-Masson.
- Bergeret, J. (1989). *Manual de Psicología Patológica*. Barcelona: Masson S.A.
- Blader, S. L., & Tyler, T. R. (2009). Testing and extending the group engagement model: Linkages between social identity, procedural justice, economic outcomes, and extrarole behavior. *Journal of Applied Psychology*, 94(2), 445.
- Caballo, Vicente E. (1993). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.

- Caballo, Vicente E. (2008). Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los Trastornos Psicológicos. Vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth.: A Clinician's Guide*. New Jersey: LEA.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (2001). Posttraumatic Growth. The positive lessons of loss. En R.A. Neymeyer (Dir.) *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Campbell, J.P & Pritchard, D (1976). Motivation theory in industrial and organizational psychology. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. En Dunnette, M.D. (Ed.) Chicago: Rand McNally.
- Camuñas, N. y Miguel-Tobal, J. J. M. (2005). Dimensiones atribucionales asociadas a la depresión. *Edu-Psykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 4(2), 179-197.
- Cano-Vindel y Miguel Tobal (1992). *Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)*. Madrid: TEA.
- Cano, FJ., Rodríguez, L. y García, J. (2006). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.
- Cano, FJ., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C. y Borgogni, L (1993). *Big five questionnaire*. Florencia: Organización speciali. (Traducción al castellano: Bermúdez y cols., 1995). Madrid: TEA.
- Caprara, G.V, Barbaranelli, C, y Borgogni, L. (1995). Adaptación Bermúdez, J. Cuestionario *Big Five* (BQF). Madrid: TEA.
- Carver, C.S. & Scheider, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies. A theoretical based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological review*, 97(1), 19.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1994). Situational Coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2001). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.

- Cassidy, T, y Lynn, R. (1989). A multifactorial approach to achievement motivation: The development of a comprehensive measure. *Journal Occupational Psychology*, 62, 301-312.
- Cooper, C. L., Sloan, S. J., & Williams, S. (1988). Occupational stress indicator. Windsor: Nfer-Nelson.
- Cooper, C. L., & Williams, S. J. (1991). A validation study of the OSI on a blue-collar sample. *Stress Medicine*, 7(2), 109-112.
- Costa, P. T., Somerfield, M. R. & McCrae, R. R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research, applications* (pp. 44-61). New York: Wiley.
- Costa M. y López E. (2003). Consejo Psicológico. Madrid: Síntesis.
- Cox & Griffiths (1996). En Research Companion to Organizational Health Psychology. UK: Alexander-Stamatios, G. & Lyn Cooper, C., ED.
- Cyrlunick, B., Tomkiewicz, S., Guénard, T., Vanistandael, S. y Manciaux, M. (2004). El realismo de la esperanza. Barcelona: Gedisa.
- Cyrlunick, B. (2007). De cuerpo y alma. Neuronas y afectos: la conquista del bienestar. Barcelona: Gedisa.
- Chorot, P. (1991). Teoría de la incubación de la ansiedad: evidencia empírica. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 44(4), 435-445.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499.
- Dance, K.A. & Neufeld, R.W. (1988). Aptitude-treatment interaction research in the clinical setting.: A review of attempts to dispel the “patient uniformity” myth. *Psychological Bulletin*, 104(2), 192-213.
- Davis, K. (1979). Human behavior of work. Human relations and organizational behavior. New York: McGraw Hill.
- De Juan-Espinosa, M., Colom, R. y Quiroga M.A. (1996). La práctica de la psicología diferencial en Industria y Organizaciones. Madrid: Pirámide.
- Díaz, M. D. M., Sánchez, M. P. J. y Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E 3 A). *Psicología*, 1(2º), 3º.
- Dieterly, D.L. (1998). “Team Performance requeriments”. En S. Gael (Ed.): *The job analysis handbook for busines, industry and governement*, vol.1. New York: John Wiley & Sons.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. Madrid: McGraw Hill.
- Echeburúa, E. (2009). Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Pirámide.
- Felipe Castaño, E. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206). Ediciones Pirámide.
- Fernández Millán, J.M. (2004). Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Pirámide.
- Fernández Millán, J.M. (2013). Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes. Madrid: Pirámide
- Festinger, L. (1957). A theory of Cognitive Dissonance. Evanston Row: Peterson.
- Folkman, S. & Lazarus R.S. (1980). An analysis of coping in middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), 107.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, Positive Emotion and Coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 115-118.
- French, W.L. y Bell, C.H. (1995). Desarrollo Organizacional. Aportaciones de las Ciencias de la Conducta para el mejoramiento de la Organización. Méjico: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Freud, S. (1896). Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa. *Links*.
- Freud, A. (1980). El Yo y los mecanismos de defensa. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Galbraith, J. K. (1977). *Organization Design*. Massachusetts: Addison-Vesley.
- Galbraith, J. K. (2007). *The new industrial state*. Princeton University Press.
- Galende, E. (2004). Subjetividad y Resiliencia: Del azar y la complejidad. Buenos Aires: Paidós.
- Gárriz Galván, P. (2014). Jornadas de Gerencia de Riesgos y Emergencias celebrada en San Sebastián. Guipúzcoa.

- Georgopoulos, B.S., Mahoney, G.M. & Jones, N.W. (1957). A path-goal approach to productivity. *Journal of Applied of Psycholog*, 41, 345-353.
- González Serra, D. J. (2008). *Psicología de la Motivación*. La Habana: Ciencias Médicas (ECM).
- Grotberg, E. (1998). *Resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Gedisa.
- Grotberg, E. (2001). *Nuevas tendencias en Resiliencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™ (2013). American Psychiatric Assotiation (APA). Bs.As.: Editorial médica Panamericana.
- Hanh, T.N. (2007). *El milagro de Mindfulness*. Barcelona: Oniro.
- Hernández-Vargas, C.I., Llorens-Gumbau, S. y Rodríguez-Sánchez, A.M. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Revista Anales de Psicología*, 30(1), 247-258.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*. New York: World Pub.Co.
- Herzberg, F. (1967). One more time: ¿How do you motivate employees?. *Harvard Bussines Review*, 46, 53-62.
- Herzberg, F. Mausner, B. & Sniderman, B. (1967). "The motivation to work". New York: Wiley.
- Herzberg, F. (1986). One more time: ¿How do you motivate employees?. *New York: The Leader Manager*, 433-448.
- Hobfoll, S.E. (2001). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4) 307-324.
- Horgan, J. (2009). *Psicología del Terrorismo. Cómo y por qué alguien se convierte en terrorista*. Barcelona: Gedisa.
- Infocopop (2015). *Revista del Consejo General de Psicología de España (Abril-Junio 2015)*. Madrid.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A. y González-Ordi, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid, en víctimas, familiares y allegados. *Revista Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 195-206.
- Janoff-Bulman, R. (1992). Happystance. A review of Subjective Well-Being: An Interdisciplinary Perspective. *Contemporary Psychology*, 37, 162-163.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15, 30-34.

- Jiménez Dato, A., Currea-Lugo, V. y Grave, V. (2008). Educación en Emergencias. Barcelona: Icaria.
- Jiménez, G. I. y Miguel-Tobal, J.J. (2003). El cuestionario tridimensional para la depresión (CTD): Un nuevo instrumento para medir la tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 9, 17-34.
- Jiménez García, G. I. (2004). La depresión desde una perspectiva tridimensional: Elaboración de un instrumento de medida. Universidad Complutense de Madrid. Servicio de Publicaciones.
- Justicia Justicia, F., Cruzado Rodríguez J.A. y Muñoz López, M. (2001). Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Madrid: Pirámide.
- Kabat-Zinn J. (1990). Full Catastrophe Living. New York: Delta.
- Kabat-Zinn J. (2003). Vivir con plenitud las crisis (Ed. en castellano). Barcelona: Kairós.
- Kanfer, F.H. & Phillips, L. (1970). Learning Foundations of Behavior Therapy. Nueva York: Wiley.
- Katzenbach, J.R. y Smith D.K. (2006). La sabiduría de los equipos. Creación de la Organización de alto desempeño. *Collins Business Essentials. Web. (Edición original 1993 Harper Busines Essentials)*.
- Kirchner Nebot, T., Forns i Santacana, M. y Amador J.A. (2006). Sintomatología psicológica y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría*.
- Kirchner Nebot, T., Forns i Santacana, M. (2010). Adaptación española del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de R.H. Moos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Madrid: TEA.
- Lang. P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in trating a construct. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in Psichoteraphy* (Vol.3). Washington DC: American Psychological Association.
- Lang. P.J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. En A. E. Bergin & Garfield (Eds.), *handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lang. P.J. (1979). A bioinformational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512.
- Lang P.J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and atention. *American Psychologist*, 50, 371-385.
- Lazarus, RS. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.

- Lazarus, R.S & Folkman, S (1984). *Stress. Appraisal and Coping*, 725. New York: Springer.
- Lazarus, R.S y Folkman, S (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. (V.O. 1984. Lazarus, R.S. y Launier). Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. & Smith, C.A. (1988). Knowledge and appraisal in the cognition-emotion relationship. *Cognition and emotion*, 2, 281-300.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55 (6), 665-667.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a personcentered conceptualisation of emotions and coping. *Journal of Personality*, 74 (1), 9-46.
- Legislación Laboral sobre seguridad y salud en el trabajo (2002). Lugares de trabajo, señalización de seguridad y salud en el trabajo, utilización de equipos de trabajo y utilización de equipos de Protección Individual. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Leidecker, J.K. y Hall J. (1989). *Motivación, buena teoría, pobre aplicación*. Barcelona: Plaza y Janes.
- Leka y Cox (2010). *Occupational Health Psychology*. U.K.: Stavrolula Leka & Jonathan Houdmond, ED. (Wiley-Blacwell).
- Leon, M., Tejada, G, y Yataco, T. (2014). Las Organizaciones Inteligentes. *Revista Industrial Data*, 6(2), 82-87. Facultad de Ingeniería Industrial UNMSM.
- Looke E.A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3, 157-189.
- Looke E.A. & Latham, G.P. (1985). The application of goal setting to sports. *Journal of Sport Psychology*, 7, 205-222.
- López-Araujo, B., Osca, A. y Peiró, J.M. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Revista Psicothema*, 19(1), 81-87.

- López-Araujo, B., Osca, A. y Rodríguez, M.F. (2008). Estrés de Rol, implicación con el trabajo y burnout en soldados profesionales españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 293-304.
- Losada Fernández, P. (2004). Ponencia en el Congreso “Conferencia Internacional de Psicología de la Salud” (PSICOSALUD 2004). La Habana. Cuba.
- Luna-Arocas, R. (2002). Análisis del concepto multidimensional de la motivación de logro de Cassidy y Lynn. Departamento de Dirección de Empresas Universidad de Valencia. *Cuadernos de estudios empresariales*, 12, 113-127.
- Macías Fernández, J.A. y cols (2005). Trastornos psíquicos en la mujer. Secretariado de publicaciones e intercambio cultural. Universidad de Valladolid.
- Mahoney, M. J. (1970). Toward an experimental analysis of coverant control. *Behavior Therapy*, 1(4), 510-521.
- Mahoney, M. J. (1988). Psicoterapia y procesos de cambio humano. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Martínez Arias, R. y Puelles Casenave, C. (2010). Exigencia emocional de trabajo en las unidades de intervención policial (UPI's). *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 91-129.
- Martínez Correa, A., Reyes, G., García León, A. y González Jareño M.I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, 66-72
- Martínez Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano-Vindel, A. y García Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Revista Ansiedad y Estrés (SEAS)*, 18(2-3) 201-219.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Maslow, A.H. (1987). *Motivation and Personality*. Revisión. New York: Longman.
- Mattlin, J., Wethington, E & Kessler, R.C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 103-122
- McClelland, D.C., Atkinson, J., Clark, R., & Lowell, E. (1953): *The achievement motive*. Nueva York, Appleton-Century-Crofts.
- McClelland, D.C. (1989). *Estudio de la motivación humana*. Madrid: Narcea.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of personality and social psychology*, 52(1), 81.
- McGregor, D.M. (1966). *The Professional Manager*. New York: McGraw-Hill.

- McGregor, D.M. (1969). El aspecto humano de las empresas. Mexico: Diana.
- Meichenbaum, D. (1994). A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTSD). Ontario: Institute Press. Ontario.
- Meichenbaum, D. (2004). Treatment of individuals with anger control problems and aggressive behavior. Clearwater, FL: Institute Press.
- Miguel-Tobal, J.J. y Cano-Vindel, A. (1986): Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Madrid: TEA.
- Miguel-Tobal, J.J. (1996). La ansiedad. Madrid: Aguilar.
- Miner, J.B. y Dachler, H.P. (1973). Personnel aptitudes and motivation. *Annual Review of Psychology*, 24, 374-402.
- Moos, R.H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual Framework. *American Journal of Community Psychology*, 12, 5-25.
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: *Current concepts and measures*.
- Moos, R.H. (1993). Coping Responses Inventory. CRIA-Adult form. *Professional Manual*. Odessa: Florida, EEUU. PAR (*Psychological Assessment Resources*).
- Moos, R.H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 1-13.
- Moos, R.H. (2002). The Mystery of Human Context and Coping: An unraveling of clues. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 67-88.
- Moos, R.H. & Holahan, C.J. (2003). Dispositional and Contextual Perspectives on Coping: Toward an Integrate Framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387-1403.
- Moos, R. H. (2005). Contextos sociales, afrontamiento y bienestar. Lo que sabemos y lo que necesitamos saber. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 15-29.
- Moos, R.H. (2010). Psychological Assessment Resources. Florida EEUU. Adaptación española TEA. Madrid: TEA.
- Murray, H.A. (1938). Explorations in personality. Oxford, England: *Oxford Univ. Press*.
- Nicolás, L y Martínez, R (1997). Después de los desastres, ¿qué?. *Papeles del Psicólogo*, 68, 1-7.

- Osca, A., González-Camino, G., Bardera, P., y Peiró, J. M. (2003). Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. *Psicothema*, 15(1), 54-57.
- Otero, J.M., Luengo, A, Romero, E, Gómez Fragueta, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de la Personalidad. Manual de Prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Palafox, S. y Vila. (1990). Motivación y Emoción. En *Tratado de Psicología General*, de Mayor, J. y Pinillos, J.L. Madrid: Alhambra.
- Parada, E. (2009). *Psicología y Emergencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Park, C.L., Cohen, L. & Murch, R (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of personality*, 64, 71-105.
- Pecchinenda, A. & Smith, C.A. (1996). The affective significance of skin conductance activity during a difficult problema-solving task. *Cognition and Emotion*, 10, 481-503.
- Peiró, J.M. (1986). *Psicología de la Organización*. (Vol.1-2). Madrid: UNED.
- Peiró, J. M., y Salvador, A. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral* (Vol. 2). Madrid: Eudema.
- Peiró, J.M. (1995). *Rev. Psicología de la Organización*. (Vol.1-2). Madrid: UNED.
- Peiró, J.M. y Prieto, F. (1996). *La actividad Laboral en su contexto*. Madrid: Síntesis.
- Peiró, J.M. y Prieto, F. (1996). *Tratado de Psicología del Trabajo*. Vol.2. Madrid: Síntesis.
- Pinder, C. (1985). Beliefs, expected values, and volunteer work behavior, en Larry F. M. *Motivating Volunteer: How the rewards of unpaid work can meet people's need*. Canada: Vancouver Volunteer Centre.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Gadisa.
- Porter, L.W. & Lawler, E.E. (1968). *Managerial Attitudes and Performance*. New York: Irwin-Dorsey series in behavioral sciencie.
- Porter, L.W., Lawler, E.E. & Hackman, J.R. (1975). *Behavior in organizations*. New York: McGraw Hill Book Co.
- Puelles Casenave, C. D. (2009). Exigencia y carga emocional del trabajo policial: La intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas. *Psicopatología clínica, legal y forense*, (Vol. 9), 171-196.
- Pujadas, M.D., Pérez-Pareja, F.J. (2013). Tratamiento de un caso por Estrés Postraumático. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 37-58.

- Pujadas, M.D., Pérez-Pareja, F.J. (2013). Riesgos asociados a la intervención en emergencias. Un enfoque global. *Revista Enginy*, 19, 53-78.
- Robles, J.I. y Medina, J.L. (2002). *Intervención Psicológica en Catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- Robles, J.I. y Medina, J.L. (2008). *Manual de salud mental en Desastres*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez Porras, J.M. (2007). *El factor humano en la empresa*. Bilbao: Deusto.
- Rubin Wainrib, B. y Bloch, E. L. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Rutter, M. (1990). *Psychosocial Resilience and protective mechanisms*. New York: Cambridge University Press.
- Sainz Sordo, A. y Nomen Martín, L. (2012). *Tratando situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.
- Salanova, M., Agut, S., & Peiro, J. M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate. *Journal of applied psychology*, 90(6), 1217.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: Una aproximación desde la psicología positiva. En Vázquez y Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada* (403-458). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2009). *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., & Martínez, I. M. (2012). We need a HERO! Towards a validation of the Healthy & Resilient Organization (HERO) model. *Group & Organization Management*, 37, 785-822.
- Sánchez Carbajal, V. et al. (2006). Auditoría General del Estado. *Boletín bimensual; calidad visual y planificación estratégica*.
- San Martín, M. I. F., Ferrer, J. R. V., Gamo, F., Gallego, J. V., Cañas, E. C., Trigo, M. V. A. y Aragonés, V. A. (2008). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 69(6), 487-497.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4(3), 219.
- Selye, H. (1936). Thymus and adrenals in the response of the organism to injuries and intoxications. *British Journal of Experimental Psychology*, 17, 234-348.

- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora (Orig.1956).
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Londres: Hodder & Stoughton.
- Seligman, Martin E.P. (1981). *Indefensión: En la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate (Orig. 1975).
- Seligman, Martin E.P. (1991). *Indefensión*. Editorial Debate. Madrid.
- Seligman, Martin E.P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ed. Ediciones.
- Senge, P. M. (1992). *La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje*. Granica, España.
- Senge, P.M. (1995). *La quinta disciplina en la práctica: Cómo construir una organización inteligente*. Grupo Editorial Norma.
- Senge, P. M. (2014). *The fifth discipline fieldbook: Strategies and tools for building a learning organization*. Crown Business.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter: Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Sennett, R. (2001). *Vida urbana e identidad personal: Los usos del orden*. Península.
- Sennett, R. (2006). *La cultura del nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Sennett, R. (2009). *El artesano*. Barcelona: Anagrama.
- Sennett, R. (2011). *The corrosion of character: The personal consequences of work in the new capitalism*. WW Norton & Company.
- Siegrist, J., Siegrist, K. & Weber, I. (1986). Sociological concepts in the etiology of chronic disease: The case of ischemic heart disease. *Social Science and Medicine*, 22, 247-253.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high, effort/low, reward conditions. Effort Reward Imbalance. *Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social science & medicine*, 58(8), 1483-1499.
- Smith, C.A. & Lazarus, R.S. (1990). Emotion And Adaptation. En L.A. Pervin ED. *Handbook of personality: theory and research*, 609-637. New York: Guildford.
- Smith, C.A. & Lazarus, R.S. (1992). Appraisal components, core relational themes and emotions. *Cognition and emotion*, 7, 233-269.

- Simón, H.A. (1971). El comportamiento administrativo. Estudio de los procesos de las decisiones en la organización administrativa. Madrid: Aguilar.
- Skinner, B.F. (1981). Ciencia y Conducta Humana. Madrid: Fontanella.
- Skinner, B.F. (1982). Tecnología de la enseñanza. Barcelona: Labor.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J & Serwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety Behavior*, 23-49. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (7a ed. Rev.). Madrid: TEA.
- Staats, A. W. (1981). Paradigmatic behaviourism unified theory, unified construction and the zeitgeist of separatism. *American Psychologist*, 36, 239-256.
- Suls, J., David, J.D. & Harvey, J.H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64(4), 711-735.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1995). Trauma and Transformations: Growing in the aftermath of suffering. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tobin, D. L., Holroyd, K.A. & Reynolds, R.V.C. (1984). Users Manual for Coping Strategies Inventory. Ohio: University Press.
- Tobin, D. L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V. & Kigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-3611.
- Ulrich, D (1998). Recursos Humanos Champions. Cómo pueden los Recursos Humanos cobrar valor y producir resultados. Buenos Aires: Garnica.
- Ulrich, D (2000). Recursos Humanos Estratégicos. Nuevas perspectivas para los profesionales de Recursos Humanos. Sao Paulo: Futura.
- Vanistandael, S. (2003). La felicidad es posible. Barcelona: Gedisa.
- Vélez, D. M. A. (2010). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5(12).
- Vindel, A. C., Miguel-Tobal, J. J., Díez, I. I., González, H., y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general

de los estudios y resultados en la población general. *Revista Ansiedad y estrés*, 10(2), 163-179.

Von Bertalanffy, L. (1956) General Systems Theory. *Year Book of the society for General Systems Theory 1*, 1-10.

Von Bertalanffy, L. y Santisteban, A. (1979). *Perspectivas en la teoría general de sistemas: Estudios científicos-filosóficos*. Madrid: Alianza.

Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. (1967, 2ª Ed). New York: Wiley and sons.

Wolin, S. J. & Wolin, S. (2010). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. Random House LLC.

Wright R.A. & Brehm, J.W. (1989). Energization and goal attractiveness. En L.A. Pervin ED. *Goal concepts in personality and social psychology* (169-210). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Wright, R.A. (1998). Ability perception and cardiovascular response to behavioral challenge. *En Control personal en Acción. Serie Springer en Psicología Clínica Social*, 197-232. EE.UU. Springer Ed.

Yulk, G.A. & Latham G.P. (1978). Interrelationships among employee participation, individual differences, goal difficulty, goal acceptance, instrumentality and performance. *Personnel Psychology*.

Zukerfeld, R. (1999). Salud mental y enfermedad crónica. Dispositivos grupales y autogestión. Vertex. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 10, 91-99.

Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (1999). *Psicoanálisis, Vulnerabilidad somática y Tercera tópica*. Buenos Aires: Lugar.

Zuckerfeld, R y Zonis Zuckerfeld, R. (2006). *Procesos terciarios: de la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar.



## **ANEXOS**





#### **PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS**

Con objeto de realizar, inicialmente el DEA (Diploma de Estudios Avanzados)

Con el cual se elabora la MEMORIA y posterior TESIS DOCTORAL EN EMERGENCIAS

#### **Participan:**

LOLA PUJADAS SÁNCHEZ, LICENCIADA EN PSICOLOGÍA, Col. B-00858

Director de la TESIS DOCTORAL, Dr. en Psicología, Javier Pérez Pareja

DECANO de la Facultad de Psicología, DR. en Psicología, ALBERT SESÉ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE LES ILLES BALEARS (UIB)

#### **OBJETO DEL ESTUDIO:**

Los cuestionarios pretenden obtener datos con rigor científico, validez y fiabilidad sobre las ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS por los intervinientes de una Emergencia o situación de Riesgo.

#### **OBJETIVO SECUNDARIO (OPCIONAL):**

EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS, VALIDAR LAS MEJORES ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PODER ELABORAR CURSOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL PARA OPTIMIZAR ESTAS CAPACIDADES Y SU MÁXIMO RENDIMIENTO

El estudio se realiza a través de una muestra de, al menos 150 individuos, (el mayor número posible) aplicando un cuestionario autobiográfico (edad, sexo, estudios realizados, etc.) y otros cuestionarios específicos.

**El estudio es voluntario y anónimo, por lo cual no debe poner su nombre**

Muchas gracias por su colaboración

LOLA PUJADAS SÁNCHEZ, PSICÓLOGA COLEGIADA B-00858

Palma de Mallorca, 20 de Octubre de 2012

## Cuestionario Autobiográfico/ Cuestionario motivacional

El cuestionario que le presentamos a continuación, tiene el objetivo de valorar algunos datos importantes del trabajo que Usted realiza en esta Institución.

Le pedimos que conteste de forma sincera a las cuestiones que le exponemos a continuación.

Puede responder directamente en este cuadernillo, señalando la respuesta elegida con un círculo. En las preguntas con varias posibilidades al final de esta página (A, B, C, D, E), marque igualmente con un círculo la respuesta elegida según su preferencia.

El cuestionario es anónimo y sus respuestas serán utilizadas únicamente para el estudio en cuestión. **Muchas gracias por su esfuerzo y colaboración.**

1. Es Usted:
  - a. Hombre
  - b. Mujer
2. ¿Qué edad tiene?: Escriba directamente su edad (      )
3. ¿Cuál es su estado civil?
  - a. Soltero
  - b. Casado/Pareja de hecho
  - c. Divorciado o Viudo
4. ¿Tiene hijos?
  - a. SI
  - b. NO
5. ¿Cuál es el nivel de estudios alcanzados?
  - a. ESO o equivalente
  - b. Bachillerato o equivalente
  - c. Universitario o equivalente
  - d. Postgrados
6. **Si Ud. pertenece a Seguridad/Emergencias**, ¿ha trabajado o trabaja en alguna de estas ramas?
  - a. Rama administrativa
  - b. Rama sanitaria
  - c. Profesiones liberales
  - d. Ninguna de ellas (intervención directa)
7. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando/colaborando con la Institución?
  - a. Menos de un año
  - b. De 1 a 5 años
  - c. De 6 a 10 años
  - d. Más de 10 años
8. Indique su lugar de origen o nacimiento:
  - a. Baleares
  - b. Península y Canarias
  - c. Europa
  - d. América Latina
  - e. Resto del Mundo

NADA	MUY POCO	POCO	MUCHO	MUCHÍSIMO
A	B	C	D	E

9. ¿Le atrae la idea de trabajar en equipo? A B C D E
10. ¿Le gusta tomar decisiones A B C D E
11. ¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior? A B C D E
12. ¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones? A B C D E
13. ¿Se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución? A B C D E
14. ¿Siente que su trabajo es reconocido socialmente? A B C D E
15. ¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo? A B C D E

## **Inventario CRI-A: Respuestas de afrontamiento** (*Coping Responses Inventory*)

Imagine una situación de riesgo para Usted o para el resto de afectados en la que se haya visto involucrado realizando su labor o intervención

Visualice en su mente esta situación durante unos minutos y quédese con ella para contestar a las preguntas que se le van a presentar a continuación

Siga pensando en la misma situación en la que se encuentra interviniendo con su equipo y piense en lo peor que le podría ocurrir a Usted o al resto de afectados, es decir...

De forma imprevisible e inevitable, los acontecimientos se agravan y tiene que tomar decisiones de gran trascendencia e inmediatez para usted mismo y para su equipo

**La elección de respuesta ofrece cinco posibilidades: A, B, C, D, E. Escriba a la izquierda de la pregunta la letra elegida. (Ej. C – 16. Intensidad..; D – 17. Grado...)**

NADA	MUY POCO	POCO	MUCHO	MUCHÍSIMO
A	B	C	D	E

16. Intensidad de ansiedad o estrés que le ha generado la situación.  
17. Grado de control que creía tener sobre dicha situación.

**Fíjese bien que la tabla de los valores ha cambiado para las siguientes preguntas. Escriba de nuevo el valor o letra elegida a la izquierda de las mismas**

Seguro que NO	Generalmente NO	Generalmente SI	Seguro que SI
A	B	C	D

18. ¿Había tenido que resolver antes un problema como éste?  
19. ¿Sabía que éste problema le iba a ocurrir a usted?  
20. ¿Tuvo suficiente tiempo de preparación para afrontar este problema?  
21. Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como una amenaza?  
22. Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como un reto?  
23. Este problema, ¿fue causado por algo que hizo usted?  
24. Este problema, ¿fue causado por algo que hizo otra persona?  
25. ¿Sacó algo bueno de enfrentarse a este problema?  
26. ¿Se ha resuelto ya este problema o situación?  
27. Si el problema se ha solucionado, ¿le va ya todo bien?

**Fíjese de nuevo que la tabla de valores ha cambiado para las siguientes preguntas. Proceda de igual forma, escribiendo el valor elegido a la izquierda de las mismas**

NO, nunca	Una o dos veces	Bastantes veces	Si, casi siempre
A	B	C	D

28. ¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema?  
29. ¿Se decía a sí mismo algo para sentirse mejor?  
30. ¿Habló con su cónyuge u otro familiar para sentirse mejor?  
31. ¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?  
32. ¿Intentó olvidarlo todo?

33. ¿pensó que el tiempo lo resolvería y que únicamente era cuestión de esperar?  
**Siga contestando de la misma forma con la tabla de valores**

NO, nunca	Una o dos veces	Bastantes veces	Si, casi siempre
A	B	C	D

34. ¿Intentó ayudar a otros a resolver un problema similar?
35. ¿Descargó su enfado sobre otras personas cuando se sentía triste o enfadado?
36. ¿Intentó distanciarse del problema y ser más objetivo?
37. ¿Se recordó a si mismo que las cosas podían ser mucho peores?
38. ¿Habló con algún amigo sobre el problema?
39. ¿Sabía lo que tenía que hacer y se esforzó para que las cosas funcionaran?
40. ¿Intentó no pensar en el problema?
41. ¿Se dio cuenta de que no controlaba el problema?
42. ¿Empezó a hacer nuevas actividades?
43. ¿Se aventuró e hizo algo arriesgado?
44. ¿Le dio vueltas en su cabeza sobre lo que tenía que hacer o decir?
45. ¿Intentó ver el lado positivo de la situación?
46. ¿Habló con algún profesional (por ejemplo, doctor, abogado, sacerdote...)?
47. ¿Decidió lo que quería y se esforzó en conseguirlo?
48. ¿Recordó mejores tiempos y situaciones que los que estaba viviendo?
49. ¿Creyó que el resultado sería decidido por el destino?
50. ¿Intentó hacer nuevos amigos?
51. En general, ¿se mantuvo apartado de la gente?
52. ¿Intentó prever cómo podrían cambiar las cosas?
53. ¿Pensó que estaba mejor que otras personas con su mismo problema?
54. ¿Buscó la ayuda de otras personas o grupos con el mismo tipo de problema?
55. ¿Intentó resolver el problema al menos de dos formas diferentes?
56. ¿Intentó no pensar en su situación, aún sabiendo que tendría que hacerlo en otro momento?
57. ¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?
58. ¿Leyó con más frecuencia como forma de distracción?
59. ¿Gritó o chilló para desahogarse?
60. ¿Trató de dar algún sentido personal a la situación?
61. ¿Intentó decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?
62. ¿Procuró informarse más sobre la situación?
63. ¿Intentó aprender a hacer más cosas por su cuenta?
64. ¿Deseó que el problema desapareciera o deseó acabar con él de algún modo?
65. ¿Esperó que se resolviera de la peor manera posible?
66. ¿Empleó mucho tiempo en actividades de recreo?
67. ¿Lloró para manifestar sus sentimientos?
68. ¿Intentó anticipar las nuevas demandas que le podían pedir?
69. ¿Pensó en cómo esta situación podía cambiar su vida a mejor?
70. ¿Rezó para guiarse o fortalecerse?
71. ¿Se tomó las cosas día a día, paso a paso?
72. ¿Intentó negar que el problema era realmente muy serio?
73. ¿Perdió la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?
74. ¿Volvió al trabajo, o a otras actividades, para enfrentarse al problema?
75. ¿Alguna vez hizo algo que pensó que no funcionaría, pero al menos usted estaba haciendo algo?

## Adaptación Inventario Estrategias de Afrontamiento CSI (*Coping Strategies Inventory*)

### Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escribala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

Ejemplo de una situación personal en la vida cotidiana:

“Me encuentro dentro de un ascensor con un grupo de personas desconocidas. De pronto hay un corte de luz, quedando atrapados y a oscuras. Una de esas personas tiene una crisis de pánico y empieza a gritar, a dar patadas, y a molestarnos pero nadie nos oye y no podemos hacer nada. Empiezo a sentirme mal y tengo miedo de lo que pueda suceder. Después de hora y media hora conseguimos salir todos del ascensor”

---

Describa una situación – problema real que le haya ocurrido a Usted, en aproximadamente cinco líneas:

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

**0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente**

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

	EDAD:	FECHA EVAL:
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
	<b>Me consideré capaz de afrontar la situación</b>	<b>0 1 2 3 4</b>

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								

A cumplimentar por el evaluador

# Cuestionario Emergencias

## 1. Cuestionario Autobiográfico

El cuestionario que le presentamos a continuación tiene el objetivo de valorar algunos datos importantes del trabajo que Usted realiza en esta Institución.

Le pedimos que conteste de forma sincera a las cuestiones que le exponemos a continuación en el siguiente cuestionario.

Para cada pregunta del cuestionario deberá proporcionar una sola opción de respuesta. No hay respuestas "correctas" ni "incorrectas".

El cuestionario es anónimo y sus respuestas serán utilizadas únicamente para el estudio en cuestión.

### 1. Es Usted:

Hombre

Mujer

### 2. ¿Qué edad tiene?

### 3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero

Casado/Pareja de hecho

Divorciado o Viudo

### 4. ¿Tiene hijos?

Sí

No

### 5. ¿Cuál es el nivel de estudios alcanzados?

ESO o equivalente

Bachillerato o equivalente

Universitario o equivalente

Postgrados

6. Si Ud. pertenece a Seguridad/Emergencias, ¿ha trabajado o trabaja en alguna de las siguientes ramas?

7. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando/colaborando con la Institución?

Menos de un año

De 1 a 5 años

De 6 a 10 años

Más de 10 años

8. Indique su lugar de nacimiento

Baleares

Península/Canarias

Europa

América Latina

Resto del mundo

9. Por favor, responda a las siguientes preguntas considerando la siguiente escala (1-5):  
1-Nada; 2-Muy Poco; 3-Poco; 4-Mucho; 5-Muchísimo

	1	2	3	4	5
9- ¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?	<input type="radio"/>				
10- ¿Le gusta tomar decisiones?	<input type="radio"/>				
11- ¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?	<input type="radio"/>				
12- ¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?	<input type="radio"/>				
13- ¿Se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?	<input type="radio"/>				
14- ¿Siente que su trabajo es reconocido socialmente?	<input type="radio"/>				
15- ¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?	<input type="radio"/>				

---

33%	
-----	--

Este cuestionario estuvo activo durante tres meses, a partir de los cuales se cerró de forma automática y ya no es posible acceder al resto de ítems del Inventario CRI-A y del Inventario CSI.

## Resultados - Cuestionario emergencias

Domingo, 20 de enero de 2013

17:18

### Informe de resultados: Cuestionario emergencias

#### Cuestionario Autobiográfico

##### 1. Es Usted:

[Gráficos](#)

		Porcentaje	Respuestas totales
Hombre		58,21%	117
Mujer		41,79%	84
	<b>Total Respondientes</b>		<b>201</b>
	<b>Filtros aplicados</b>		<b>2</b>

##### 2. ¿Qué edad tiene?

	Respuestas totales
<input type="button" value="Ver"/>	198
<b>Total Respondientes</b>	<b>198</b>
<b>Filtros aplicados</b>	<b>0</b>

##### 3. ¿Cuál es su estado civil?

[Gráficos](#)

		Porcentaje	Respuestas totales
Soltero		37%	74
Casado/Pareja de hecho		55%	110
Divorciado o Viudo		8%	16
	<b>Total Respondientes</b>		<b>200</b>
	<b>Filtros aplicados</b>		<b>0</b>

##### 4. ¿Tiene hijos?

[Gráficos](#)

		Porcentaje	Respuestas totales
Sí		54,55%	108
No		45,45%	90
	<b>Total Respondientes</b>		<b>198</b>
	<b>Filtros aplicados</b>		<b>0</b>

### 5. ¿Cuál es el nivel de estudios alcanzados?

[Gráficos](#)

		Porcentaje	Respuestas totales
ESO o equivalente		15,15%	30
Bachillerato o equivalente		41,92%	83
Universitario o equivalente		37,88%	75
Postgrados		8,08%	16
	<b>Total Respondientes</b>		<b>198</b>
	<b>Filtros aplicados</b>		<b>0</b>

### 6. Si Ud. pertenece a Seguridad/Emergencias, ¿ha trabajado o trabaja en alguna de las siguientes ramas?

[Gráficos](#)

		Porcentaje	Respuestas totales
Rama administrativa		10,22%	19
Rama sanitaria		37,1%	69
Profesiones liberales		3,76%	7
Ninguna de las anteriores (intervención directa)		48,92%	91
	<b>Total Respondientes</b>		<b>186</b>
	<b>Filtros aplicados</b>		<b>0</b>

### 7. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando/colaborando con la Institución?

[Gráficos](#)

		Porcentaje	Respuestas totales
Menos de un año		12,5%	24
De 1 a 5 años		22,4%	43
De 6 a 10 años		26,04%	50
Más de 10 años		39,06%	75
	<b>Total Respondientes</b>		<b>192</b>
	<b>Filtros aplicados</b>		<b>0</b>

### 8. Indique su lugar de nacimiento

[Gráficos](#)

		Porcentaje	Respuestas totales
Baleares		67,5%	135
Península/Canarias		24,5%	49

Europa		3%	6
América Latina		4%	8
Resto del mundo		1%	2
	<b>Total Respondientes</b>		<b>200</b>
	<b>Filtros aplicados</b>		<b>0</b>

## Cuestionario motivacional

**9. Por favor, responda a las siguientes preguntas considerando la siguiente escala (1-5):**  
**1-Nada; 2-Muy Poco; 3-Poco; 4-Mucho; 5-Muchísimo**

[Gráficos](#)

	1	2	3	4	5	Media Aritmética
9- ¿Le atrae la idea de trabajar en equipo?	0,5% (1)	1% (2)	6,5% (13)	58% (116)	34% (68)	4,24 (200)
10- ¿Le gusta tomar decisiones?	0% (0)	2,5% (5)	18% (36)	59% (118)	20,5% (41)	3,98 (200)
11- ¿Prefiere ejecutar órdenes recibidas de un superior?	3% (6)	8,5% (17)	52% (104)	31,5% (63)	5% (10)	3,27 (200)
12- ¿Le atrae la idea de experimentar nuevas sensaciones?	0,5% (1)	1,5% (3)	14% (28)	40,5% (81)	43,5% (87)	4,25 (200)
13- ¿Se siente implicado con el trabajo que realiza en la Institución?	0,51% (1)	3,03% (6)	7,07% (14)	49,49% (98)	39,9% (79)	4,25 (200)
14- ¿Siente que su trabajo es reconocido socialmente?	4,55% (9)	10,1% (20)	36,36% (72)	33,84% (67)	15,15% (30)	3,45 (200)
15- ¿Estaría dispuesto a asumir situaciones de mayor riesgo?	2,01% (4)	2,01% (4)	13,57% (27)	50,75% (101)	31,66% (63)	4,08 (200)
	<b>Total Respondientes</b>					<b>200</b>
	<b>Filtros aplicados</b>					<b>0</b>

## Inventario CRI-A (respuestas de afrontamiento)

**10. Imagine una situación de riesgo para Usted o para el resto de afectados en la que se haya visto involucrado realizando su labor o intervención.**

Visualice en su mente esta situación durante unos minutos y quédese con ella para contestar a las preguntas que se le van a presentar a continuación.

Siga pensando en la misma situación en la que se encuentra interviniendo con su equipo y piense en lo peor que le podría ocurrir a Usted o al resto de afectados, es decir...

De forma imprevisible e inevitable, los acontecimientos se agravan y tiene que tomar decisiones de gran trascendencia e inmediatez para usted mismo y para su equipo.

Una vez que haya conseguido visualizar mentalmente la situación, por favor responda a las siguientes preguntas.

La elección de respuesta ofrece cinco posibilidades: A-Nada; B-Muy Poco; C-Poco; D-Mucho; E-Muchísimo

[Gráficos](#)

	A	B	C	D	E	Respuestas totales
16- Intensidad de ansiedad o estrés que le ha generado la situación	4,41% (6)	8,82% (12)	29,41% (40)	45,59% (62)	11,76% (16)	136
17- Grado de control que creía tener sobre dicha situación	2,94% (4)	2,94% (4)	19,85% (27)	67,65% (92)	6,62% (9)	136
	<b>Total Respondientes</b>					<b>137</b>
	<b>Filtros aplicados</b>					<b>0</b>

11. Fíjese bien que la tabla de los valores ha cambiado para las siguientes preguntas. Seleccione una de las siguientes opciones: A-Seguro que NO; B-Generalmente NO; C-Generalmente SÍ; D-Seguro que SÍ

[Gráficos](#)

	A	B	C	D	Respuestas totales
18- ¿Había tenido que resolver antes un problema como este?	19,4% (26)	31,34% (42)	32,09% (43)	17,16% (23)	134
19- ¿Sabía que este problema le iba a ocurrir a Usted?	18,05% (24)	45,11% (60)	29,32% (39)	7,52% (10)	133
20- ¿Tuvo suficiente tiempo de preparación para afrontar este problema?	15,04% (20)	48,12% (64)	31,58% (42)	5,26% (7)	133
21- Cuando ocurrió el problema, ¿pensó en él como una amenaza?	21,05% (28)	32,33% (43)	27,07% (36)	19,55% (26)	133
22- Cuando ocurrió el problema, ¿pensó en él como un reto?	14,29% (19)	23,31% (31)	45,11% (60)	17,29% (23)	133
23- Este problema, ¿fue causado por algo que hizo Usted?	74,44% (99)	23,31% (31)	1,5% (2)	0,75% (1)	133
24- Este problema, ¿fue causado por algo que hizo otra persona?	20,3% (27)	27,07% (36)	27,07% (36)	25,56% (34)	133
25- ¿Sacó algo bueno de enfrentarse a este problema?	2,26% (3)	0,75% (1)	41,35% (55)	55,64% (74)	133
26- ¿Se ha resuelto ya este problema o situación?	3,03% (4)	3,79% (5)	34,09% (45)	59,09% (78)	132
27- Si el problema se ha solucionado, ¿le va ya todo bien?	3,03% (4)	5,3% (7)	45,45% (60)	46,21% (61)	132
	<b>Total Respondientes</b>				<b>134</b>
	<b>Filtros aplicados</b>				<b>0</b>

**12. Fíjese de nuevo que la tabla de valores ha cambiado para las siguientes preguntas: A-NO, nunca; B-Una o dos veces; C-Bastantes veces; D-SÍ, casi siempre**

[Gráficos](#)

	A	B	C	D	Respuestas totales
28- ¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema?	4,58% (6)	29,01% (38)	37,4% (49)	29,01% (38)	131
29- ¿Se decía a sí mismo algo para sentirse mejor?	25% (33)	25,76% (34)	31,82% (42)	17,42% (23)	132
30- ¿Habló con su cónyuge u otro familiar para sentirse mejor?	25,95% (34)	26,72% (35)	23,66% (31)	23,66% (31)	131
31- ¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó?	3,82% (5)	8,4% (11)	38,17% (50)	49,62% (65)	131
32- ¿Intentó olvidarlo todo?	49,61% (64)	13,95% (18)	21,71% (28)	14,73% (19)	129
33- ¿Pensó que el tiempo lo resolvería y que únicamente era cuestión de esperar?	54,2% (71)	16,03% (21)	19,08% (25)	10,69% (14)	131
	<b>Total Respondientes</b>				<b>132</b>
	<b>Filtros aplicados</b>				<b>0</b>

**13. Siga contestando de la misma forma con la tabla de valores: A-NO, nunca; B-Una o dos veces; C-Bastantes veces; D-SÍ, casi siempre**

[Gráficos](#)

	A	B	C	D	Respuestas totales
34- ¿Intentó ayudar a otros a resolver un problema similar?	7,09% (9)	17,32% (22)	49,61% (63)	25,98% (33)	127
35- ¿Descargó su enfado sobre otras personas cuando se sentía triste o enfadado?	51,16% (66)	31,01% (40)	10,85% (14)	6,98% (9)	129
36- ¿Intentó distanciarse del problema y ser más objetivo?	16,54% (21)	20,47% (26)	44,88% (57)	18,11% (23)	127
37- ¿Se recordó a sí mismo que las cosas podías ser mucho peores?	12,6% (16)	22,05% (28)	41,73% (53)	23,62% (30)	127
38- ¿Habló con algún amigo sobre el problema?	10,94% (14)	24,22% (31)	32,81% (42)	32,03% (41)	128
39- ¿Sabía lo que tenía que hacer y se esforzó para que las cosas funcionaran?	5,47% (7)	10,94% (14)	42,19% (54)	41,41% (53)	128
40- ¿Intentó no pensar en el problema?	35,94% (46)	32,03% (41)	22,66% (29)	9,38% (12)	128
41- ¿Se dió cuenta de que no controlaba el problema?	32,81% (42)	35,16% (45)	23,44% (30)	8,59% (11)	128
42- ¿Empezó a hacer nuevas actividades?	28,57% (36)	21,43% (27)	30,16% (38)	19,84% (25)	126
43- ¿Se aventuró e hizo algo arriesgado?	41,73% (53)	29,13% (37)	22,05% (28)	7,09% (9)	127
44- ¿Le dio vueltas en su cabeza sobre lo que tenía que hacer o decir?	16,54% (21)	21,26% (27)	37,8% (48)	24,41% (31)	127
45- ¿Intentó ver el lado positivo de la situación?	6,3% (8)	16,54% (21)	31,5% (40)	45,67% (58)	127

46- ¿Habló con algún profesional (por ejemplo, doctor, abogado, sacerdote,...)?	53,91% (69)	13,28% (17)	16,41% (21)	16,41% (21)	128
47- ¿Decidió lo que quería y se esforzó por conseguirlo?	3,91% (5)	9,38% (12)	43,75% (56)	42,97% (55)	128
48- ¿Recordó mejores tiempos y situaciones que los que estaba viviendo?	28,91% (37)	23,44% (30)	31,25% (40)	16,41% (21)	128
49- ¿Creyó que el resultado sería decidido por el destino?	56,25% (72)	27,34% (35)	10,94% (14)	5,47% (7)	128
50- ¿Intentó hacer nuevos amigos?	39,84% (51)	17,19% (22)	28,91% (37)	14,06% (18)	128
51- En general, ¿se mantuvo apartado de la gente?	67,97% (87)	14,84% (19)	12,5% (16)	4,69% (6)	128
52- ¿Intentó prever cómo podrían cambiar las cosas?	13,28% (17)	27,34% (35)	43,75% (56)	15,62% (20)	128
53- ¿Pensó que estaba mejor que otras personas con su mismo problema?	33,59% (43)	23,44% (30)	28,12% (36)	14,84% (19)	128
54- ¿Buscó la ayuda de otras personas o grupos con el mismo tipo de problema?	41,27% (52)	26,98% (34)	19,05% (24)	12,7% (16)	126
55- ¿Intentó resolver el problema al menos de dos formas diferentes?	17,19% (22)	31,25% (40)	32,81% (42)	18,75% (24)	128
56- ¿Intentó no pensar en su situación, aun sabiendo que tendría que hacerlo en otro momento?	43,75% (56)	29,69% (38)	14,84% (19)	11,72% (15)	128
57- ¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?	30,47% (39)	21,88% (28)	22,66% (29)	25% (32)	128
58- ¿Leyó con más frecuencia como forma de distracción?	57,81% (74)	21,09% (27)	14,84% (19)	6,25% (8)	128
59- ¿Gritó o chilló para desahogarse?	58,27% (74)	24,41% (31)	11,81% (15)	5,51% (7)	127
60- ¿Trató de dar algún sentido personal a la situación?	28,91% (37)	29,69% (38)	19,53% (25)	21,88% (28)	128
61- ¿Intentó decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?	17,19% (22)	19,53% (25)	34,38% (44)	28,91% (37)	128
62- ¿Procuró informarse más sobre la situación?	8,59% (11)	13,28% (17)	40,62% (52)	37,5% (48)	128
63- ¿Intentó aprender a hacer más cosas por su cuenta?	8,59% (11)	17,19% (22)	38,28% (49)	35,94% (46)	128
64- Deseó que el problema desapareciera o deseó acabar con él de algún modo?	25,98% (33)	19,69% (25)	24,41% (31)	29,92% (38)	127
65- ¿Esperó que se resolviera de la peor manera posible?	72,66% (93)	17,19% (22)	4,69% (6)	5,47% (7)	128
66- ¿Empleó mucho tiempo en actividades de recreo?	36,72% (47)	29,69% (38)	24,22% (31)	9,38% (12)	128
67- ¿Lloró para manifestar sus sentimientos?	41,41% (53)	27,34% (35)	21,09% (27)	10,16% (13)	128
68- ¿Intentó anticipar las nuevas demandas que le podían pedir?	17,46% (22)	28,57% (36)	34,92% (44)	19,05% (24)	126
69- ¿Pensó en cómo esta situación podía cambiar su vida a mejor?	25,78% (33)	19,53% (25)	39,84% (51)	14,84% (19)	128

70- ¿Rezó para guiarse o fortalecerse?	61,42% (78)	16,54% (21)	16,54% (21)	5,51% (7)	127
71- ¿Se tomó las cosas día a día, paso a paso?	11,9% (15)	18,25% (23)	48,41% (61)	21,43% (27)	126
72- ¿Intentó negar que el problema era realmente muy serio?	74,22% (95)	18,75% (24)	4,69% (6)	2,34% (3)	128
73- ¿Perdió la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?	62,99% (80)	14,17% (18)	15,75% (20)	7,09% (9)	127
74- ¿Volvio al trabajo, o a otras actividades, para enfrentarse al problema?	14,96% (19)	11,02% (14)	34,65% (44)	39,37% (50)	127
75- ¿Alguna vez hizo algo que pensó que no funcionaría, pero al menos Usted estaba haciendo algo?	22,05% (28)	29,92% (38)	33,86% (43)	14,17% (18)	127
	<b>Total Respondientes</b>				<b>129</b>
	<b>Filtros aplicados</b>				<b>0</b>

## Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

**14. El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causan problemas a las personas en su vida cotidiana y como éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación se ha sido muy estresante para Usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc.**

Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo Usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra.

Ejemplo de una situación personal en la vida cotidiana:

“Me encuentro dentro de un ascensor con un grupo de personas desconocidas. De pronto hay un corte de luz, quedando atrapados y a oscuras. Una de esas personas tiene una crisis de pánico y empieza a gritar, a dar patadas y a molestarnos pero nadie nos oye y no podemos hacer nada. Empiezo a sentirme mal y tengo miedo de lo que pueda suceder. Después de una hora y media conseguimos salir todos del ascensor”

-----  
**Describa aquí una situación-problema real que le haya ocurrido a Usted, en aproximadamente 5 líneas.**

	<b>Respuestas totales</b>
<input type="button" value="Ver"/>	120
<b>Total Respondientes</b>	<b>120</b>
<b>Filtros aplicados</b>	<b>0</b>

**15. De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido.**

**Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó Usted esta situación.**

**Lea cada frase y determine el grado en que Usted hizo lo que cada frase indica en la situación que eligió antes marcando el número que corresponda:**

**0-En absoluto; 1-Un poco; 2-Bastante; 3-Mucho; 4-Totalmente**

Gráficos

	0	1	2	3	4	Respuestas totales
76- Luché para resolver el problema	4,17% (5)	3,33% (4)	5,00% (6)	24,17% (29)	63,33% (76)	120
77- Me culpé a mí mismo	56,67% (68)	18,33% (22)	10,00% (12)	11,67% (14)	3,33% (4)	120
78- Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	19,17% (23)	17,50% (21)	29,17% (35)	24,17% (29)	10,00% (12)	120
79- Deseé que la situación nunca hubiera empezado	23,33% (28)	09,17% (11)	11,67% (14)	8,33% (10)	47,50% (57)	120
80- Encontré a alguien que escuchó mi problema	15,83% (19)	13,33% (16)	13,33% (16)	16,67% (20)	40,83% (49)	120
81- Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	15,00% (18)	20,10% (34)	15,00% (18)	29,17% (35)	20,83% (25)	120
82- No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	27,50% (33)	22,50% (27)	21,67% (26)	17,50% (21)	10,83% (13)	120
83- Pasé algún tiempo solo	40,83%(49)	23,33%(28)	9,17% (11)	12,50%(15)	14,17% (17)	120
84- Me esforcé para resolver los problemas de la situación	6,67% (8)	7,50% (9)	5,83% (7)	27,50% (33)	52,50% (63)	120
85-- Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	45,83% (55)	25,00% (30)	5,83% (7)	17,50% (21)	5,83% (7)	120
86- Expresé mis emociones, lo que sentía.	20,00% (24)	21,67% (26)	19,17% (23)	22,41% (27)	16,67% (20)	120
87- Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	18,33% (22)	16,67% (20)	11,67% (14)	10,83% (13)	42,50% (51)	120
88- Hablé con una persona de confianza	19,17% (23)	14,17% (17)	14,17% (17)	20,83% (25)	31,67% (38)	120
89- Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	25,83% (31)	21,67% (26)	22,50% (27)	16,67% (20)	13,33% (16)	120
90- Traté de olvidar por completo el asunto	50,00% (60)	22,50% (27)	8,33% (10)	10,00% (12)	9,17% (11)	120
91- Evité estar con gente	65,83% (79)	20,83% (25)	7,50% (9)	3,33% (4)	2,50% (3)	120
92- Hice frente al problema	6,67% (8)	5,00% (6)	6,67% (8)	20,83% (25)	60,831% (73)	120
93- Me criticué por lo ocurrido	43,33% (52)	29,17% (35)	10,00% (12)	12,50% (15)	5,00% (6)	120
94- Analicé mis sentimientos	14,17% (17)	25,83% (31)	23,33% (28)	24,17% (29)	12,50% (15)	120
95- Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	15,83% (19)	11,67% (14)	10,83% (13)	13,33% (16)	48,33% (58)	120
96- Dejé que mis amigos me echaran una mano	14,17% (17)	22,50% (27)	23,33% (28)	15,83% (19)	24,17% (29)	120

97- Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	15,83% (19)	28,33% (34)	20,00% (24)	24,17% (29)	11,67% (14)	120
98- Quité importancia a la situación y no quise preocuparme mas	30,83% (37)	36,67% (44)	11,67% (14)	15,00% (18)	5,83% (7)	120
99- Oculté lo que pensaba y sentía	40,00% (48)	35,83% (43)	6,67% (8)	12,50% (15)	5,00% (6)	120
100- Supe lo que había que hacer doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	7,50% (9)	13,33% (16)	16,67% (20)	27,50% (33)	35,00% (42)	120
101- Me recriminé por permitir que esto ocurriera	45,83% (55)	23,33% (28)	11,67% (14)	14,17% (17)	5,00% (6)	120
102- Dejé desahogar mis emociones	25,00% (30)	22,50% (27)	20,83% (25)	21,67% (26)	10,00% (12)	120
103- Deseé poder cambiar lo que había sucedido	16,67% (20)	22,50% (27)	9,17% (11)	20,00% (24)	31,67% (38)	120
104- Pasé algún tiempo con mis amigos.	17,50% (21)	20,83% (25)	29,17% (35)	20,83% (25)	11,67% (14)	120
105- Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	14,17% (17)	24,17% (29)	23,33% (28)	23,33% (28)	15,00% (18)	120
106- Me comporté como si nada hubiera pasado	46,67% (56)	24,17% (29)	10,00% (12)	10,83% (13)	8,33% (10)	120
107- No dejé que nadie supiera cómo me sentía.	31,67% (38)	28,33% (34)	21,67% (26)	18,33% (22)	21,67% (26)	120
108- Mantuve mi postura y luché por lo que quería	11,67% (14)	13,33% (16)	18,33% (22)	30,00% (36)	26,67% (32)	120
109- Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	56,67% (68)	20,00% (24)	10,83% (13)	6,67% (8)	5,83% (7)	120
110- Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	39,17% (47)	23,33% (28)	19,17% (23)	15,00% (18)	3,33% (4)	120
111- Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	21,67% (26)	19,17% (23)	20,00% (24)	24,17% (29)	15,00% (18)	120
112- Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	31,67% (38)	12,50% (15)	18,33% (22)	15,83% (19)	21,67% (26)	120
113- Me fijé en el lado bueno de las cosas	12,50% (15)	20,00% (24)	14,17% (17)	24,17% (29)	29,17% (35)	120
114- Evité pensar o hacer nada	51,67% (62)	25,00% (30)	13,33% (16)	7,50% (9)	2,50% (3)	120
115- Traté de ocultar mis sentimientos	39,17% (47)	30,83% (37)	14,17% (17)	13,33% (16)	2,50% (3)	120
116- Me consideré capaz de afrontar la situación	4,17% (5)	13,33% (16)	14,17% (17)	30,00% (36)	38,33% (46)	120
	<b>Total Respondientes</b>					<b>120</b>
	<b>Filtros aplicados</b>					<b>0</b>

Inserted from <<https://manager.e-encuesta.com/results.do?fullTest=0&show=0&testId=459028&export=none#>>

