



**PREMIOS DEFENSA 2015  
TRABAJOS SELECCIONADOS**

TESIS DOCTORALES

ESTUDIO PSICOLÓGICO DE LA  
INTERVENCIÓN MILITAR ESPAÑOLA  
EN HAITÍ

D<sup>a</sup> ANA MARÍA PÉREZ HIDALGO

---

---

**Estudio psicológico  
de la intervención militar  
española en Haití**

---

---

**PREMIO DE DEFENSA 2015**

# Índice general

---

<b>1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Aproximación a las situaciones de Desastre y Catástrofes.....</b>	<b>19</b>
2.1.1. Aproximaciones a la clasificación de los Desastres. ....	22
A. Clasificación desde el punto de vista del origen. ....	22
B. Clasificación a partir de la combinación de más de un criterio. ....	25
<b>2.2. Catástrofes y Víctimas .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3. Factores de riesgo en el afrontamiento de los Desastres.....</b>	<b>33</b>
<b>2.4. Afrontamiento anómalo del Desastre: factores de riesgo en el personal         de emergencia.....</b>	<b>43</b>
1. Factores personales. ....	43
2. Experiencias personales. ....	45
3. Factores relacionados con la situación de Desastre y el contexto de intervención.....	47
4. Factores relacionados con la organización del Interviniente .....	49
<b>2.5. Acciones a desarrollar por el personal de emergencia.....</b>	<b>51</b>

<b>2.6. Variables moduladoras intrínsecas a las situaciones críticas.....</b>	<b>55</b>
<b>2.7. Reacciones psicológicas del personal de emergencia. Secuencia temporal.....</b>	<b>58</b>
<b>2.8. Los Desastres y su impacto psicológico. Principales consecuencia disfuncionales.....</b>	<b>61</b>
2.8.1. Trastornos de Ansiedad. ....	62
2.8.2. Trastornos del Estado de Ánimo. ....	69
<b>2.9. Variables incidentes en los cuadros de Ansiedad y Trastornos del Estado de Ánimo en situaciones de Desastres.....</b>	<b>71</b>
<b>2.10. Resistencia, Resilencia y Vulnerabilidad.....</b>	<b>82</b>
<b>3. OBJETIVO E HIPOTESIS.....</b>	<b>89</b>
<b>3.1. Objetivos .....</b>	<b>91</b>
<b>3.2. Hipótesis.....</b>	<b>91</b>
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>95</b>
<b>4.1. Descripción de la muestra.....</b>	<b>97</b>
<b>4.2. Instrumentos.....</b>	<b>106</b>
<b>4.3. Método de trabajo.....</b>	<b>111</b>
<b>4.4. Método estadístico.....</b>	<b>112</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>115</b>
<b>5.1. Análisis Descriptivo.....</b>	<b>117</b>
5.1.1. Análisis descriptivo del Inventario de Depresión de Beck (BDI). ....	117
5.1.2. Análisis descriptivo del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. ....	121
5.1.3. Análisis descriptivo del Cuestionario de Personalidad 16PF-5. ....	128

<b>5.2. Análisis Diferencial</b> .....	129
5.2.1. Análisis de Medidas Repetidas Inventario de Depresión De Beck (BDI). ...	129
5.2.2. Análisis de Medidas Repetidas Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. ...	129
<b>5.3. Regresión Lineal</b> .....	130
5.3.1. Regresión lineal Inventario de Depresión de Beck( BDI) .....	130
5.3.2. Regresión lineal Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. ....	136
5.3.2.1. Regresión lineal Escala de Ansiedad Estado. ....	136
5.3.2.2. Regresión lineal Escala de Ansiedad Rasgo. ....	138
<b>5.4. Comparación de Medias</b> .....	141
5.4.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI). ....	141
5.4.1.1. Pruebas No Paramétricas para explicar los cambios en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) .....	143
5.4.2. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. ....	146
5.4.2.1. Escala de Ansiedad Estado. ....	147
5.4.2.1.1 Estudio de las Diferencias en la evolución de la Ansiedad Estado. ....	149
5.4.2.2. Escala de Ansiedad Rasgo. ....	151
5.4.2.2.1. Estudio de las diferencias en la evolución de la Ansiedad Rasgo.....	154
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	157
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	207
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	213

**1.**  
**Justificación**  
**de la Investigación**



Tradicionalmente, el eje principal de los trabajos realizados sobre las consecuencias de las situaciones de desastre, ya sean producidas por conflicto bélico, desastre natural o acto terrorista, ha girado en torno al estudio del Trastorno del Estrés Postraumático, patología estrella en el área de la Psicología de las Emergencias. Esta patología se centra únicamente en las secuelas desarrolladas por el individuo después de haber sufrido, intervenido o presenciado un acontecimiento traumático. Sin embargo, se ha demostrado por recientes estudio (Alvarez, Bayón y Cardona, 2013; Bedoya, 2006; Boscarine, Adams, 2009; Piragauta y Vélez 2013; Vindel, Ordi, Díez, y Tobal, 2004) que las primeras reacciones psicológicas aparecen desde el primer momento de exposición a la situación de crisis e influyen decisivamente en la aparición, curso y evolución de las consecuencias posteriores.

El incremento de los conflictos internacionales, la intensificación del terrorismo, con actos cada vez más enfocados en producir un mayor número de víctimas sin ningún tipo de discriminación, y el recrudecimiento de la violencia que se ha tornado endémica en muchos lugares del mundo, han derivado en un resurgir del interés por el estudio del impacto psicológico sufrido durante y posterior a la vivencia de este tipo de situaciones de crisis.

Cuando la forma de afrontar el desastre es inadecuada, tiene lugar una reacción psicológica que puede desembocar en una crisis, es decir, aparece en el individuo un desequilibrio e inadaptación psicológica temporal o permanente, de gravedad e intensidad variable - desde reacciones normales hasta graves perturbaciones - , que influye en el bienestar de la persona, en su calidad de vida y rendimiento laboral.

El estudio de estas reacciones a situaciones anormales es de gran ayuda, no sólo porque



nos permite ayudar a predecir si el profesional va a desarrollar o no un cuadro de estrés postraumático y patologías asociadas, sino porque también nos facilita el desarrollo de un protocolo de selección de quienes intervienen en este tipo de situaciones.

Es difícil encontrar estudios detallados que analicen las exigencias emocionales y conductuales demandadas a los profesionales que intervienen en los escenarios de emergencias. En la mayoría de los casos los estudios existentes se han centrado únicamente en la respuesta del organismo ante esas situaciones traumáticas y en el probable daño para la salud que la exposición a algunos de estos eventos puede implicar. Sin embargo se ha obviado, en ocasiones, el impacto subjetivo y latente del desastre.

Las víctimas de desastres precisan que se comprenda su miedo, se reconozca su dolor, se les acompañe en su incertidumbre pero además, como señala Duque, Malloy y Álvarez (2007), resulta prioritario establecer elementos de control y seguridad, intentar dominar lo caótico que pudiera ofrecer un panorama infernal que podría fácilmente derivar en confusión y aquí los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y las Fuerzas Armadas juegan un papel fundamental. No es extraño por tanto que aparezca la cuestión: ¿Afectan estas intervenciones a este personal supuestamente preparado para afrontarlas?

Se prepara a los profesionales para que sepan atender a los diversos tipos de víctimas que van a encontrar en las situaciones en las que tienen que actuar, se les enseña a intentar coordinarse entre sí y entre los componentes de diferentes especialidades; pero lo habitual suele ser que se olviden sus emociones o que no se le dé importancia a las consecuencias, tanto para su salud física como psíquica. Siempre se ha concebido este hecho como un riesgo intrínseco a su desempeño laboral.

Este es el punto de partida de este trabajo de investigación, el estudio del impacto emocional, tomando como referencia los niveles de ansiedad y depresión de una muestra de los profesionales que intervinieron en una catástrofe natural.

La población objeto de estudio en este trabajo de investigación pertenece a las Fuerzas Armadas, personal a menudo de difícil acceso para la comunidad investigadora, que sin embargo posee una gran experiencia en intervenciones en situaciones de crisis - tanto de naturaleza bélica como natural y en la labor humanitaria posterior a ambas -, que puede aportar datos útiles de cara a futuras intervenciones, desarrollo de protocolos de actuación, o creación de programas de entrenamiento y selección específicos para este tipo de entornos.

Hasta la fecha, los principales estudios existentes sobre el colectivo militar, están realizados en su mayoría con muestras de ejércitos extranjeros y se centran en el análisis del estrés postraumático; no obstante, en esta ocasión, para el estudio se evaluó a una muestra de militares españoles desplazados a Haití en misión de ayuda humanitaria a raíz del terremoto ocurrido el 12 de Enero del 2010 y tenía como objetivo el estudio de las dimensiones de personalidad, el análisis de la ansiedad, el estado de ánimo y su evolución a lo largo de los cuatro meses y medio de misión.

## **2. Introducción**



### **2.1. Aproximación a las situaciones de Desastre y Catástrofes.**

La sociedad actual se encuentra muy sensibilizada por el impacto de los terremotos, inundaciones, sequías, epidemias y guerras. Estos sucesos reciben diferentes nombres: catástrofes, emergencias, accidentes, crisis o desastres y, aunque se suelen emplear estos términos de forma indistinta, sus definiciones varían. Estas difieren dependiendo del criterio aplicado. Así por ejemplo, al hacer una aproximación conceptual a los términos siguiendo un criterio cuantitativo, encontramos la diferenciación:

- Accidente: situación en la que mueren menos de un millar de personas.
- Desastres: la cifra de fallecidos y víctimas en riesgo de muerte abarca desde mil a un millón.
- Catástrofe: cualquier cantidad superior a un millón. (Aptekar, 1994).

Existen otras clasificaciones basadas en el efecto de sus consecuencias:

- Emergencia: situaciones diarias de poca importancia.
- Desastre: abarca sectores más amplios de la comunidad y su resolución supone la intervención de una mayor infraestructura.
- Catástrofe: las consecuencias destructivas están aún más extendidas, afectan a un mayor número de personas y requieren un mayor esfuerzo de coordinación y organización global. (Lopez-Murga, 1997).

Y por último, la taxonomía establecida por Protección Civil Española (citado por De Nicolás, Artetxe, Jáuregui y Lopez, 2000) en la cual se distinguen los siguientes acontecimientos perturbadores:

- Emergencias: situación que surge a consecuencia de un suceso que no se espera, inesperado, eventual y con consecuencias desagradables. Supone una ruptura con la normalidad pero la capacidad de respuesta para su resolución la tiene la propia comunidad.
- Crisis: independientemente del origen externo u interno, se rompe el equilibrio y normalidad del sistema y provoca desorganización.
- Accidente: los afectados son unos individuos o un segmento de la población muy localizado; la causa también, no se rompe la normalidad del sistema colectivo.
- Desastre: toda la población de forma indiscriminada se ve afectada por el suceso perturbador. En este caso los sistemas de respuesta públicos, privados u institucionales pueden responder a la demanda creada.
- Catástrofe: cuando un fenómeno imprevisto afecta a la comunidad de forma indiscriminada incluyendo a los sistemas de respuestas. En estas situaciones la población aún puede contar con el sistema de respuesta institucional en los primeros momentos.
- Calamidad: es una situación que se alarga en el tiempo bien por reiteración o bien por prolongación de sus efectos.

Profundizando en el concepto de Desastre, objeto de interés en esta investigación, se han dado diferentes definiciones desde el campo de la Medicina, Psicología y Sociología, se han

llegado a proponer más de 40 definiciones (García-Renedo, Gil- Beltrán y Valero, 2007). La aproximación pionera fue dada por Friyzt (1961), que se centraba más en los aspectos sociales que en las características físicas. Dicho autor planteó que un desastre era un suceso que rompía el funcionamiento vital de una sociedad, alterando el sistema de supervivencia, el orden del sistema, la moral y la motivación.

A partir de esta primera definición surgieron muchas más, como por ejemplo la de Harshbaeger (1974), la cual ya enfatiza el carácter destructor de los desastres, criterio que se mantiene en la definición de Cohen y Ahearn (1980). Otros autores McCaughey (1984) y Slaby, Lieby y Trancredi (1981) (citados en Valero, Gil-Beltrán, García-Renedo, 2007) solo hablan de desastres naturales. Fue Kreps (1984) quien planteó la primera definición donde ya no sólo se tienen en cuenta las consecuencias materiales y humanas sino que ya aparecen las consecuencias psicológicas que sufren las víctimas y además señala que en general el impacto total va a venir muy mediado por la organización y planificación de los medios de respuesta. Quarantelli (1985) y Raphael (1986) ya incluyen en sus definiciones que el desastre provoca un desequilibrio entre las demandas y las capacidades de respuesta. Britton (1986) ya añade el término de vulnerabilidad.

En definiciones más actuales, Dynes (1994) plantea que el proceso de Desastres va a venir dado no sólo por la presencia de riesgos, sino también por el fracaso de los sistemas de reacción. De Nicolás et al. (2000) hablan de estrés severo que desborda la capacidad de respuesta de la sociedad. Cortés-Trujillo (2000-2001) indica que el impacto del desastre está muy ligado al concepto de riesgo, amenaza y vulnerabilidad. Estas últimas aportaciones, en general ya no se centran en un concepto de desastre donde se pone énfasis en el suceso, sino que trasladan su interés a la situación de estrés que generan.

Teniendo en cuenta todas las definiciones, consideramos que un desastre sería: situación de gran impacto que provoca un alto grado de estrés en una comunidad o gran parte de ella, que

lleva pareja la alteración del funcionamiento ordinario, y que además supone una demanda que supera los recursos de una sociedad determinada.

### **2.1.1. Aproximaciones a la clasificación de los Desastres.**

Existen diferentes clasificaciones de los Desastres para facilitar la comprensión del fenómeno, dado que no todos tienen las mismas consecuencias individuales ni sociales. Las diversas taxonomías se han establecido en función de la etiología, cualidades y curso.

#### **A. Clasificación desde el punto de vista del origen.**

Berren, Santiago, Beigel y Timmons, (1989) se centran en los desastres originados por el hombre, diferenciando: los sucesos de omisión y los actos de comisión. Los primeros surgen de hechos con poca planificación, en un intento de ahorro de tiempo, esfuerzo y dinero mientras que los segundos tienen una intencionalidad previa.

La Federación Internacional de la Cruz Roja (1993), en su clasificación de los desastres, elabora otra taxonomía que no solo diferencia el factor causante (natural vs humano), sino que también tiene en cuenta la duración del fenómeno, estableciendo cuatro tipos:

1. Naturales de ocurrencia súbita e inesperada: avalanchas, terremotos e inundaciones.
2. Naturales de larga duración: epidemias, desertización, hambre.
3. Producidos por el hombre y de ocurrencia súbita e inesperada: accidentes estructurales o de transporte, exposiciones químicas o nucleares, fuegos y contaminación.
4. Producidos por el hombre y de larga duración: disturbios, guerras civiles o internacionales y desplazamientos.



Por su parte Montero (1997) al centrarse en las situaciones, diferencia los siguientes tipos de desastre:

***Naturales:***

- Geológicos: erupciones volcánicas, seísmos y terremotos.
- Climatológicos: huracanes, sequías y tormentas.
- Bacteriológicos.
- Animales.

***Tecnológicos:***

- Incendios.
- Inundaciones.
- Accidentes de circulación: ferroviarios, navales y aéreos.

***De Guerra:***

- Bombardeo intensivo.
- Acción química o nuclear.
- Invasión de un país.
- Campos de minas.

*Sociales:*

- Terrorismo civil.
- Hambre.
- Secuestros.
- Revueltas destructivas.

Desde el punto de vista de la causa originaria nos encontramos con desastres causados por la naturaleza y causados por el hombre (Balcárcel, 2000). Los provocados por la naturaleza están relacionados con la dinámica de la tierra y se pueden diferenciar tres tipos:

- De origen Meteorológico: inundaciones, huracanes, tormentas y tornados.
- De origen Geológico: terremotos y erupciones volcánicas.
- De origen Combinado: maremotos

Continuando con el mismo autor, respecto a los desastres causados por el hombre (antrópicos), establece tres tipos:

- Contaminantes: eventos relacionados con la contaminación ambiental.
- Tecnológicos: son aquellos generados por un fallo humano, ya sea mecánico o de forma intencionada.
- Socio Naturales: combinación de fenómenos naturales y la acción humana.

### **B- Clasificaciones a partir de la combinación de más de un criterio.**

Berren, Beigel y Gherther (1982), establecieron cinco criterios primarios: tipo de desastre (natural vs humano); duración; grado de impacto personal; potencial de recurrencia y control sobre el futuro impacto. Teniendo en cuenta cada uno de dichos factores se puede establecer la siguiente sistematización:

- Tipo de desastre y duración del mismo ya han sido tratados en el punto anterior.
- El grado de impacto personal hace referencia a las diferentes reacciones individuales desarrolladas en el curso del mismo. Esta variabilidad no viene determinada por el tipo y tamaño del hecho traumático sino que está más relacionada con variables de personalidad, peligro percibido, experiencias propias, daños y recursos.
- El potencial de recurrencia viene definido por el alcance del desastre. Existen desastres que afectan a una comunidad concreta, por ejemplo un terremoto, mientras que otros afectan a varias comunidades (un accidente de avión de vuelos internacionales).
- El control sobre el futuro impacto relaciona la ocurrencia del desastre en un espacio y tiempo determinado. Es decir, en determinados desastres, como por ejemplo un terremoto cuyo origen está en el mar es impredecible hasta pocos minutos antes de producirse; pero si podría predecirse el posible tsunami que éste causaría, permitiendo de esta forma alertar a la población afectada.

#### **2.2.- Catástrofes y Víctimas.**

La población que sufre el drama de una catástrofe, desastre, accidente o cualquier situación crítica pasa a convertirse en víctima.

El concepto de víctima está siempre relacionado a un daño sufrido por un individuo y

que es causado por agentes externos. Un punto de partida puede ser la definición dada por Mendelsohn (1976) que entiende como víctima a la persona que bien de forma individual o formando parte de una colectividad, experimenta las consecuencias dolorosas provocadas por factores de distintos orígenes: físicos, psicológicos, económicos, políticos, sociales o naturales (catástrofes). Prácticamente esta es una concepción que se mantiene a lo largo del tiempo, ya que en general casi todas las posteriores aportaciones identifican a la víctima como una persona que ha vivido una situación traumática y la ha sufrido directamente.

Los protagonistas y/o afectados de una catástrofe son diversos. Como norma general se ha relacionado el término de víctima con los heridos y con la población superviviente de cualquier situación traumática. En el campo de la Medicina de Emergencia, cuando se habla de víctimas también se incluye a los responsables de las labores de rescate y de la población siniestrada como principales actores.

La concepción de víctima más extendida las divide en directas e indirectas, siendo las primeras aquellas que sufren en primera instancia las consecuencias del suceso traumático y, las segundas, las que sin haber sufrido directamente el impacto de la situación traumática, se ven afectadas, ya sea debido a su trabajo (como por ejemplo en el caso del personal de emergencias) o por medio del conocimiento del suceso a través de los diversos medios de comunicación. Como es bien sabido, en el caso del Estrés Postraumático, los sistemas de clasificación al uso en Psicología y Psiquiatría contemplan también estas posibilidades.

La tipología más aceptada sobre este tema por las organizaciones internacionales hoy en día es la propuesta por García-Renedo (2011), que se basa a su vez en la que fue emitida por Taylor y Frazer (1981).

- ***Víctima tipo 1:*** personas que experimentan directamente el desastre.
- ***Víctima tipo 2:*** familiares y allegados de los afectados.

- ***Víctima tipo 3:*** personal de los servicios asistenciales (miembros de equipos de rescate, bomberos, sanitarios, policías, militares y equipos de apoyo psicosocial).
- ***Víctima tipo 4:*** aquellos que se encargan del cuidado de los miembros de la comunidad más allá del área de impacto o zona cero.
- ***Víctima tipo 5:*** personas que presencian los hechos a través de la televisión, la radio o y sufren un impacto emocional. En ningún momento se ven afectadas ni dañadas directamente por la catástrofe, pero toman conciencia de la existencia de un riesgo que les puede afectar a ello/as o a sus familiares y que en un momento dado puede provocar un comportamiento y emociones inadecuados.
- ***Víctima tipo 6:*** aquellas que deberían haber sido ellas mismas víctimas primarias, pero que persuadieron a otros para que acudieran a la zona de desastre, o que están indirectamente implicados (personas que deberían haber estado allí, familiares que esperan en casa noticias...).

Teniendo en cuenta la clasificación del punto anterior, es evidente que no todos los afectados reaccionan igual, existe mucha variabilidad al respecto. Los factores habituales más influyentes son:

- La intensidad o el impacto vital de la situación.
- El significado que atribuye la persona afectada.
- El estado de vulnerabilidad de la persona.
- El carácter extraordinario y absolutamente distinto a otras situaciones conocidas de estrés.

- Presencia/ausencia de apoyo social.
- Forma en que se recibe la información/aviso de desastre.
- Grupo al cual pertenece el individuo (niño, adulto, anciano).
- Preparación previa de la persona y de la comunidad para enfrentar el desastre.
- Experiencia o no del individuo frente a estos acontecimientos.
- El tipo de experiencia vivido durante el impacto: la persona estuvo a punto de morir; desaparición de seres queridos y otras personas importantes; muerte de seres queridos; contemplación de muertos, mutilados, cuerpos descompuestos, etc.
- La extensión y el tipo de daños sufridos por la víctima.
- Consecuencias familiares, individuales (lesiones, pérdida de bienes y propiedades, económicas o de otra índole).

Es interesante destacar que de la misma forma que se categorizan las víctimas (en cierto sentido en base a criterios topográficos de proximidad/lejanía), los equipos de rescate delimitan también sus tres zonas de intervención:

1. Área de intervención, rescate o salvamento (área roja): la zona de impacto, el área siniestrada; lugar donde se realizan las labores de salvamento; zona de peligro por posibles derrumbes, incendios y caos. Es sobre todo una zona de evacuación, no de tratamiento.
2. Área de socorro (área amarilla): es la zona inmediata a la de intervención, donde se realiza la asistencia sanitaria; se monta un puesto de clasificación; se organizan los Escalones de Apoyo. La tarea fundamental de este eslabón es el «*triage*».

3. Área base (área verde): lugar donde se concentran y organizan las reservas y los equipos de socorro. En esta zona se reciben los heridos y se distribuyen, tras el desastre, en la red asistencial comunitaria existente.

Teniendo en cuenta la clasificación de víctimas y el componente topográfico de una situación de desastre, cabe señalar que, cuanto más próxima está la víctima a la llamada área roja, su grado de afectación será mayor, tanto a nivel físico como psicológico. A medida que nos vamos alejando de la zona de impacto entran a jugar con mayor peso las reacciones psicológicas, que dependen más de las características de la personalidad que del acontecimiento en sí.

Para facilitar la clasificación de las víctimas desde el punto de vista psicológico, partiendo de las ideas anteriores, surge el siguiente ordenamiento, Rodríguez-González (comunicación oral):

- Afectado/as rojos: son los directamente afectados, víctimas y personal asistencial.
- Afectado/as azules: los familiares nucleares (padres, hermanos), no nucleares (tíos, primos...), amigos y compañeros de trabajo.
- Afectado/as amarillos: en lugares vecinos no directamente afectados. Aquí se puede incluir de nuevo a familiares, amigos, compañeros ...
- Afectado/as verdes: los testigos a distancia, visionan los hechos a través de radio y televisión.

Ante un suceso traumático todo ser humano tiene una serie de reacciones que han de ser consideradas normales y lógicas, aunque son vividas como aversivas por quienes las sufren. Es

decir, se trata de respuestas emitidas por personas normales ante una situación anormal, como es el evento del desastre.

Respecto a las alteraciones del comportamiento observadas ante una situación de desastre, en la bibliografía existente –destacando Campillo, Rivas, Luna y Llor, 2004; Condori, Palacios y Ego-Aguirre 2002; Guerrero-Rey y Suárez-Baquero, 2012; Robles y Medina, 2001 - se ha hecho una doble descripción de estas reacciones, la primera según el curso y evolución del desastre y una segunda relacionada con la sintomatología presente.

En la primera, según el curso y evolución del desastre, Robles y Medina, (2001), recurren al criterio temporal y lo asocian a los siguientes cambios comportamentales:

- A corto plazo. Se genera una respuesta de ansiedad como reacción de alarma. A priori se produce como respuesta defensiva para movilizar recursos individuales. Cabe la posibilidad de considerarla patológica, como es lógico, en el momento en el que la intensidad y duración sean excesivas y provoquen un bloqueo en el individuo.
- A medio plazo. Se observan una vez ha cesado el acontecimiento catastrófico. Son las que pueden afectar al personal de emergencia. Surgen ante el recuerdo de aquellas situaciones que no han sido capaces de procesar adecuadamente y, por ello, adquieren la cualidad de «*Traumáticas*». En el ámbito de la Psicología se habla de secuelas postraumáticas agudas.
- A largo Plazo. Denominadas secuelas postraumáticas crónicas y retardadas, se corresponden con los «*Trastornos de estrés postraumático*» del sistema de clasificación DSM- IV TR (APA, 2000) y CIE 10 (OMS, 1994). Este trastorno puede evolucionar hacia una afección persistente de la personalidad.

Por otro lado, la segunda y más conocida clasificación -ampliamente detallada en los



manuales de la Psicología de las Emergencias-, relaciona los síntomas según su naturaleza, ya sean éstos: fisiológicos, cognitivos, motores y/o emocionales (Dirección General de Protección Civil, 2012).

A nuestro criterio es mucho más precisa la asociación de ambas propuestas, obteniendo así:

*a) Reacciones en la fase inmediata al desastre:*

· Fisiológicas.

Alteraciones relacionadas con un alto nivel de ansiedad: aumento de la tasa cardiaca llegando incluso a la taquicardia; incremento del ritmo respiratorio (pudiendo dar lugar a mareos); dilatación de pupilas; de capilares de manos y de piernas; sudoración de manos; inhibición salivar; micción frecuente; opresión torácica y temblores.

· Cognitivas.

Aparece una limitada capacidad de pensamiento y acción. Se produce un deterioro de la atención, concentración y memoria, afectando a la capacidad de toma de decisiones y a la realización de determinadas tareas.

· Motoras.

Reacciones extremas de hiperactividad caracterizadas por la manifestación, en el comportamiento del individuo, de un movimiento continuo, desplazándose de un lugar a otro sin cesar de hablar o, por el contrario, con una conducta motora hipoactiva, quedándose inmóviles, estáticos, como petrificados.

· Emocionales.

Manifiestan tristeza, rabia, odio, culpabilidad, aunque en ocasiones puede evidenciarse

un embotamiento emocional en el cual la persona es incapaz de sentir, llorar o incluso contar lo que les pasa.

*b) Reacciones a corto plazo:*

· Fisiológicas.

Aparece una sintomatología resultado de una ansiedad sostenida a lo largo del tiempo, donde además de los síntomas de ansiedad de la fase inmediata surgen también dolores de carácter psicósomático, alteraciones del sueño -insomnio, pesadillas- y de la alimentación, acompañados de problemas gastrointestinales -vómitos, diarreas, pérdida del apetito-, tensión muscular, cansancio, dolor de cabeza o espalda, trastornos menstruales y/o cambios en el interés sexual.

· Cognitivas.

Se manifiestan recuerdos y reminiscencias relacionadas con el acontecimiento traumático, sensación de estar reviviendo parte de la experiencia (imágenes, pensamientos, sueños, olores). Estas reminiscencias aparecen y se imponen aunque la persona se esfuerce por evitarlo.

· Motoras.

Surgen conductas de evitación, se esquivan aspectos relacionados con el suceso traumático, es decir, lugares, situaciones, imágenes o sonidos relacionados con el mismo.

Por otro lado existe un aumento de la activación en general que conlleva una sensación de hipervigilancia provocando irritabilidad, respuestas exageradas de sobresalto e inquietud motora.

· Emocionales.

En general en esta fase la culpa y el autorreproche son experiencias muy comunes en el superviviente, combinadas en ocasiones con sentimientos de vergüenza. A la culpa, se le suma una emoción de desesperanza y tristeza nostálgica por los que se han ido.

Por último aparecen reacciones de rabia y odio que provienen de la sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que se pudiera hacer para evitar el suceso. Se recurre a poner en marcha un mecanismo de desplazamiento de la culpabilidad que se dirige hacia los que se consideran causantes de la situación de emergencia, como por ejemplo, equipos de rescate, médicos, políticos o grupos terroristas. En el caso de los desastres naturales aparece un sentimiento muy acusado de indefensión al no encontrar un causante concreto contra el que dirigir su frustración o rabia.

*c) Secuelas a largo plazo:*

En un porcentaje variable de individuos todas las reacciones comentadas con anterioridad persisten y se agudizan- interfiriendo en el funcionamiento social, laboral y familiar-, dando lugar a trastornos psicopatológicos como: Trastorno de Estrés Postraumático, Depresión, Fobias, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico y Trastornos Obsesivos Compulsivos.

Como conclusión a este apartado podemos afirmar que los condicionantes de las posibles reacciones, así como su permanencia en el tiempo y las posibles secuelas se identifican con las características individuales, la historia vital y la experiencia de cada persona concreta.

### **2.3. Factores de riesgo en el afrontamiento de los Desastres.**

Young (2006) identifica una serie de factores que condicionan la forma de afrontar estas situaciones (ver Tabla 1).

Tabla 1. Factores de riesgo para el afrontamiento.

Factores previos al desastre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica</li> <li>- Pobreza o clase socioeconómica baja.</li> <li>- Edad comprendida entre 40 y 60 años</li> <li>- Sexo femenino.</li> <li>- Presencia de niños.</li> <li>- Miembros de un grupo étnico.</li> </ul>
Factores durante el desastre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duelo</li> <li>- Daños</li> <li>- Reacciones de horror y otras similares.</li> <li>- Percepción de amenaza para la vida.</li> <li>- Gravedad de la exposición al suceso.</li> </ul>
Factores posteriores al desastre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioro de los recursos.</li> <li>- Desplazamiento.</li> <li>- Falta o disminución de Apoyo Social.</li> <li>- Pérdida de la vivienda, propiedad y recursos económicos</li> <li>- Disminución en la relación de pareja.</li> <li>- Alineación y desesperanza.</li> <li>- Afrontamiento evitativo.</li> </ul>
Otros factores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción negativa del comportamiento de otros</li> <li>- Valoración negativa de los síntomas percibidos.</li> <li>- Análisis irracional y exagerado de la probabilidad futura de repetición del evento.</li> <li>- Atribuciones catastrofistas sobre las causas y la responsabilidad.</li> <li>- Estresores secundarios.</li> </ul>

Como se puede observar en el cuadro, son numerosos los factores que condicionan el afrontamiento en una situación de catástrofe, Uno de ellos, es el ser pobre. Desde nuestro punto de vista se trata de una característica que va a estar vinculada al grado de pérdida material que se sufre ante una catástrofe. La posesión de escasas pertenencias provoca que se malviva, de ahí la facilidad de su conversión en víctimas materiales de una catástrofe y, consecuentemente, la probabilidad de perder lo poco que se tenga y el hecho de disponer de escasos recursos para salir adelante, agrava aún más la situación de precariedad. Por el contrario aquellas víctimas con un poder adquisitivo mayor aunque padezcan pérdidas materiales, sí disponen de recursos para subsanar la situación creada a raíz de la catástrofe.

Por ello la pobreza y las secuelas de un desastre tienen una relación directamente proporcional. Si el individuo es pobre antes de sufrir un desastre, lo será más después de que dicho suceso ocurra, esta tendencia se observará ya se hable de un sujeto, un colectivo, una comunidad o un país. Así, las naciones más pobres tienen una mayor vulnerabilidad natural - debido a su ubicación geográfica son más propensos a sufrir amenazas naturales-; son zonas densamente pobladas; tienen menores recursos económicos; bajo nivel educativo y viviendas frágiles, circunstancias todas ellas que contribuyen a que no dispongan de los recursos necesarios para tratar de controlar el riesgo al que están expuestos como comunidad, ni de los medios necesarios para afrontar una situación de desastre (Orsi, 2007).

Dentro de los factores de riesgo enumerados en el cuadro anterior también se identifica al sexo. Así distintos estudios realizados entre los que destacamos el clásico de Pérez de Tudela (1991), sobre la actuación en incendios demuestra que las mujeres suelen atender más a las señales externas de alarma tales como el humo o las mismas alarmas, mientras que los hombres atienden más a las señales subjetivas de alarma como el origen de la situación caótica. Las mujeres se orientan hacia respuestas más emocionales, frente al comportamiento más impulsivo de los hombres. Por último los hombres suelen dirigir sus respuestas hacia tareas de afrontamiento mientras que las mujeres las dirigen más hacia tareas de evacuación.

A parte de lo propuesto por Young (2006) entendemos que hay una serie de elementos o variables que poseen un influjo marcado en el afrontamiento de los desastres, uno de esos factores lo representan los condicionantes personales –rasgos de personalidad-, entendidos como disposiciones permanentes que definen un estilo de comportamiento, los cuales van a ser moduladores fundamentales a la hora de afrontar un desastre (Fidalgo, 2006).

De entre todos los rasgos de personalidad existentes las más influyentes en el afrontamiento suelen ser:

- **Histrionismo:** se caracteriza por producir conductas escandalosas, exageradas, infantiles y primitivas. Conlleva un riesgo de contagio comportamental que puede hacer la situación extensiva entre el personal que rodea al afectado/a. Se manifiesta por la hipercoloración, ocasional de la piel del rostro, una gesticulación exagerada, verborrea, distonía en la emisión de la voz -aparecen chillidos y susurros de manera alternativa- y agitación o parálisis absoluta.
- **Ánimo Depresivo:** presenta actitudes pesimistas y desmoralizadoras para sí mismo y para los demás. Su negatividad supone el riesgo (mayor o menor) de desarrollar una conducta suicida –explícita o implícita- como única vía de salida para esta situación, pudiendo además sugestionar a otros. Sus conductas más destacables son motricidad lenta, conductas apáticas, poca gesticulación, susurros y gimoteos.
- **Obsesividad:** de ideas fijas e irrechazables. Su inconveniente en situaciones críticas depende de la idea que presente -de salvación o destrucción-, aunque pueden ser útiles para tareas organizativas de evacuación o peligrosas, puesto que son capaces de volver a entrar al lugar del siniestro.
- **Tolerancia a la frustración:** determina los estados emocionales de indefensión. Cuando la persona que se enfrenta a una situación traumática tiene alta tolerancia, ésta favorece que aparezcan conductas adaptadas, si por el contrario tiene muy baja tolerancia a la

frustración y percibe la situación de forma muy negativa, surgen conductas relacionadas con la agresividad o el ánimo deprimido.

- **Autoestima:** en situaciones de emergencia las personas con falta de seguridad en sí mismos sienten miedo de responsabilizarse de sus actos, de tomar decisiones y tienden a refugiarse en el grupo. Es lo que se conoce como «tendencia al gregarismo» (Fidalgo, 2006), la cual está inversamente relacionada con la autoestima.
- **Liderazgo:** cualidad que se ha mostrado determinante para el personal que forma los equipos de emergencia.
- **Resiliencia:** no todo el mundo presenta la misma resistencia para enfrentarse a situaciones traumáticas o difíciles. Entre las características que aumentan esta capacidad se encuentran ( Vázquez-Valverde, 2006):
  1. Las posibilidades de dar sentido a la experiencia.
  2. El grado de compromiso de la gente con la situación. Cuando el personal se encuentra más comprometido y motivado, moviliza mejor sus recursos.
  3. La sensación de control que se tiene del suceso.

La Edad resulta ser otro factor importante en el afrontamiento de los desastres, (Guerrero-Rey y Suarez-Baquero, 2012). Con la juventud, aumenta la probabilidad de encontrar comportamientos desinhibidos y desordenados; se pasa del desconcierto al miedo con mucha facilidad y es mucho más frecuente encontrar reacciones de pánico. Sin embargo los adultos se muestran mucho más controlados y cooperativos. En personas de edad muy avanzada, las limitaciones propias de su edad - lentitud motora, falta de agilidad - juegan un papel más importante.

En relación a lo expuesto en líneas anteriores la influencia de la edad también está mediatizada por la experiencia vital de las personas (Fernández-Poncela, 2012), es decir, a mayor edad mayor probabilidad de haber afrontado una mayor variabilidad de situaciones, lo que aumenta el hecho de poder valorar los acontecimientos de una forma más objetiva y coherente que aquellos que no tenga tanta experiencia vital.

Otro aspecto importante son las condiciones físicas de las personas implicadas en un desastre Nail, (2006), comprobó que cuando las personas se encuentran en buena condición física tienden a asumir mayores riesgos ante este tipo de situación -como volver a la zona afectada a rescatar a otros de forma casi compulsiva-, debido sobre todo a un exceso de confianza en sus posibilidades de rendimiento.

Asimismo, otro aspecto que resulta significativo en el afrontamiento es la circunstancia de encontrarse aislado/a o acompañado/a a la hora de enfrentar el suceso, lo que podría llamarse «*aislamiento-apoyo social*». Se ha comprobado en el estudio realizado por Valero (2011) que cuando la víctima de un desastre se encuentra acompañada por su pareja/vecino/amigo disminuye el riesgo de conductas desadaptadas. Sin embargo, aquellas personas que afrontan una situación traumática de forma aislada, tienden a sentir de forma acusada sentimientos de inseguridad, incertidumbre, generando posteriormente conductas más descontroladas.

Si estos son los factores previos a un desastre, ¿cuáles podemos pensar que son las variables que van a influir a la hora de afrontarlo y a superarlo? A continuación se van a agrupar una serie de condicionantes que pueden ser asociados bajo el epígrafe de «*estresores primarios*», pues se trata de experiencias y sensaciones vividas durante la «*fase aguda*» de un desastre (Fidalgo 2006).

*a) Muerte natural o traumática*

En la vida cotidiana de cualquier sujeto, el proceso de duelo es una experiencia más. Sin embargo, cuando el duelo tiene lugar a raíz de un desastre dicho proceso tiene unas connotaciones



diferentes. Hay que partir de que toda herida o fallecimiento es traumático, ¿qué diferencias podemos establecer en función de que éste tenga un origen natural o traumático?

En los casos de muerte natural hay un mayor grado de aceptación. Al final todos morimos y aunque en ocasiones cuesta aceptarlo, todo el mundo sabe que ese es el fin. Generalmente hay un periodo de adaptación y se puede preparar una despedida, hechos que no ocurren en una muerte traumática. Otra diferencia importante entre ambos tipos de muerte es el carácter masivo de las muertes traumáticas en una situación de desastre, lo cual tiene un mayor impacto en los supervivientes.

Las muertes traumáticas tienen un carácter imprevisible y generalmente generan rabia, impotencia y sentimientos de culpabilidad e injusticia (Martin-Beristaín, 1999). De otro lado, estos fallecimientos generan en los supervivientes muchas dificultades para aceptar la muerte, debido al carácter violento de la misma, es decir: «*murió arrastrado por la corriente*», «*tardó horas en morir*», «*murió golpeado*», etc.

Otra dificultad añadida del duelo en situaciones de desastre se presenta cuando - a raíz de inundaciones, terremotos, incendios-, no se encuentran todos los cadáveres, lo que genera un sentimiento de incertidumbre aún mayor en los supervivientes, familiares y personal de emergencia, debido a que el desconocimiento exacto de lo ocurrido, hace del proceso de duelo algo más complejo, fomentando pensamientos de falsa esperanza, que hacen más difícil aceptar la pérdida.

#### *b) Daños materiales*

A mayor cantidad de daños materiales sufridos mayor es el impacto del desastre y mayor es la sensación de angustia y terror (Orsi, 2007). La percepción de los destrozos, la constatación

de la ruina provocada tiene un efecto negativo en la valoración subjetiva de la realidad. Si a esta situación se le añade que las personas afectadas puedan pertenecer a una clase social baja y con escasos recursos económicos, la sensación de desamparo y de derrota es aún mayor, aumentando el sentimiento de desesperanza.

*c) Estilo de Afrontamiento y Apoyo Social*

El estilo de afrontamiento de la persona resulta fundamental al igual que el grado de apoyo social que se tenga. Percibir que esto último verdaderamente funciona y sirve de ayuda, es decir, satisface las propias necesidades, está asociado al concepto de Bienestar (Velasco, Campos, Castillo y Rovira, 2004), lo cual amortigua los efectos negativos de los sucesos traumáticos.

Un efecto frecuente en las situaciones de desastre suele ser que la red social se «*quema*», se satura (Ancina, 2007; Narváez, Trujillo, Vergara y Martín-Padilla, 2012). La gente ya no quiere seguir escuchando, no quiere seguir hablando, no quieren que le recuerden el hecho, que venga otro preguntando «*usted cómo está*» y «*qué le pasó*». Compartir no siempre ayuda a aliviar la tensión -ya que puede desencadenar una situación de bucle- y escuchar a personas relatar sucesos traumáticos induce a la afectividad negativa, lo que tiene un elevado coste para quien escucha; motivo por el cual en numerosas ocasiones el apoyo social disminuye o incluso llega a desaparecer.

*d) Percepción de Control*

La capacidad de gestión ante un acontecimiento dramático modula el logro de un

afrontamiento oportuno (Fouce y Sánchez, 2002). Así cuando existe percepción de control de una situación, esto va a ayudar a que la persona ponga en marcha sus propios recursos para enfrentarse a la misma, ya que estimula la capacidad de ver el hecho traumático como un desafío para el cambio, en lugar de verlo solo como una fuente de dolor y riesgo. Aunque a veces, una percepción de control excesiva (generalmente asociada a un análisis incompleto de la realidad) hace que la gente quede más golpeada en determinadas situaciones, pudiendo provocar, por ejemplo, sentimientos de culpa e incluso verse desbordada de manera manifiesta.

*e) Control Emocional*

La negación, o el intento de suprimir los sentimientos, son fenómenos habituales durante un desastre (Fernández-Millán, 2005). Esta reacción que puede ser positiva durante el desarrollo de la situación traumática (ya que suprimir sentimientos, tratar de no pensar en un hecho) podría ser contemplada como una ayuda en el momento en el que está sucediendo, sin embargo se convierte en negativa a medio y largo plazo.

Generalmente en medio de un desastre no se comparten sentimientos, suele prevalecer lo conductual, se da por hecho que es la forma de enfrentarse al suceso, pero a medio plazo suprimir los sentimientos tiene efectos estresantes, que hace que se gaste mucha energía en evadir el problema, repercutiendo negativamente en la salud física y psíquica a largo plazo.

*f) Sistema de creencias*

Las víctimas de los desastres suelen desarrollar una visión muy negativa de sí mismos, de los otros y del mundo (Goleman, 2012). Tienden a considerarse testigos de la maldad y de la

vulnerabilidad del ser humano en el mundo. Desarrollan atribuciones muy catastrofistas acerca del origen del desastre y de por qué ellos han sido víctimas, lo que de forma implícita provoca una autovaloración negativa acerca del origen de sus síntomas.

Por último, vamos a hablar de los «*estresores secundarios*» (Fidalgo, 2006). Este término hace referencia a factores que emergen en una fase posterior a un desastre, producidos por los cambios sociales tras una situación crítica y que suponen un obstáculo para la completa recuperación del individuo, entre algunos otros destacamos:

- Desplazamiento a otras áreas geográficas.
- Desempleo.
- Inactividad.
- Falta de posibilidades recreacionales.
- Promoción de la dependencia en los sobrevivientes.
- Disrupción general del tejido social.
- Ruptura de las formas tradicionales de soporte social.

En todo caso, ambos tipos de estresores -primarios y secundarios- se encuentran relacionados entre sí. Los primarios predisponen a los secundarios y los secundarios reactivan a los primarios.

Todas las variables analizadas son aplicables a los diferentes tipos de víctimas ya descritas.

Se ha hecho una aproximación extensiva, pero dados los objetivos de este estudio, pasamos a hacer un estudio intensivo; en concreto, del personal que interviene y actúa en estos casos.

#### **2.4. Afrontamiento anómalo del Desastre: Factores de riesgo en el personal de emergencias.**

Los profesionales que nos ocupan trabajan con personas vulnerables y necesitadas a las que, de forma inesperada, les sorprende la pérdida de algún ser querido, se quedan sin hogar, no tienen sus objetos personales, sufren graves lesiones físicas, no consiguen aliviar el dolor, niños desconsolados que no encuentran a sus padres... son muchas las emociones y sentimientos que les invaden al implicarse emocionalmente con el sufrimiento de los demás. Todos estos escenarios suponen un riesgo y coste de índole emocional para dicho personal.

Los factores de riesgo mencionados anteriormente se pueden agrupar en las siguientes áreas: personales, experiencias personales, relacionados con la situación de desastre y contexto de la intervención y relacionados con la organización del interviniente, OMS, (2011).

##### ***1. Factores Personales.***

- Inclinación al perfeccionismo.
- Generar altas expectativas en las intervenciones.
- Baja autoestima.
- Idealización de la ayuda que se presta a las personas vulnerables.
- Minimizar los resultados que se obtienen, aumentando la sensación de impotencia.

- Dificultades para decir «no» a determinadas tareas.
- Excesiva responsabilidad.
- Búsqueda de sensaciones y asunción de riesgos.
- Pretensión de gratificación inmediata.
- Dificultades para mantener relaciones sociales.
- Escaso desarrollo de Habilidades Sociales.
- Falta de motivación.
- Inadecuados y/o escasos mecanismos de afrontamiento.
- Inseguridad.
- Falta de equilibrio emocional.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Condiciones físicas.

Dentro del área de factores personales, la personalidad del interviniente, por tanto, juega un papel fundamental para alcanzar un afrontamiento adecuado de la situación traumática.

Si esta personalidad se caracteriza por una baja autoestima, baja tolerancia a la frustración o inestabilidad emocional, entre otras, se va a propiciar un sentimiento de impotencia al no poder dar respuesta a las víctimas, al mismo tiempo que se fomenta una incapacidad para descansar o relajarse.

De igual manera, una personalidad peculiar, caracterizada por la desconfianza, humor

negro o mal humor, cuando existe una presión muy prolongada, causa muchos conflictos interpersonales con el resto de los miembros de los equipos.

Ya desde el punto de vista físico, resulta muy importante el estado de salud. Este personal trabaja en situaciones de mucha presión que pueden dar lugar a la aparición de estrés y la consecuente sintomatología asociada al mismo. Es importante también encontrarse en buenas condiciones físicas debido a que en los escenarios donde realizan su intervención existe una alta posibilidad de sufrir un accidente y quedar lesionado - impidiéndole así continuar con las labores encomendadas -, lo que provoca una mayor frustración y culpa al no poder desempeñar las labores para las que se han estado preparándose. Dicha falta de condiciones físicas afecta también a su ánimo al disminuir su persistencia en la tarea, con lo que la probabilidad de abandono de la misma es más alta.

Continuando con el punto de vista físico, la edad es otra variable a tener en cuenta. Así, los intervinientes más jóvenes son más propensos a desarrollar problemas emocionales que los mayores; por eso, según Valero (2004), el personal más joven debe ser destinado a tareas administrativas. Sin embargo sería interesante que vayan realizando de manera progresiva aproximaciones a las situaciones traumáticas para conseguir que dispongan de un aumento sistemático de su experiencia.

## ***2. Experiencias personales.***

- Antecedentes familiares con alteraciones psicopatológicas.
- Vivencia de situaciones similares que no estén elaboradas y que tengan muchos aspectos comunes con las que están experimentando las víctimas.
- Estar atravesando, en el momento de la intervención, algún acontecimiento personal que influya en el estado físico y mental.

- Experiencias de fracaso en emergencias anteriores.
- Carecer de una red de apoyo social y familiar consistente.

Estas experiencias personales previas al desastre pueden ejercer en el individuo una influencia positiva o negativa. Normalmente suele ser negativa cuando en el ambiente que le rodea existe una situación personal o laboral que provoca estrés - riesgo a perder su empleo, divorcio, enfermedades en algún miembro de la familia, o conflictos familiares entre otras-, quedando así su capacidad de resistencia disminuida.

Del mismo modo, cuando este personal está mucho tiempo alejado de sus estructuras de soporte social (amigos, familia, comunidad) se favorecen sentimientos de nostalgia y abandono que pueden afectar negativamente a su rendimiento. Sin olvidar que trabajar en el ámbito de las emergencias lleva implícito asumir unas responsabilidades y dedicación que en ocasiones la familia no entiende, realizando ésta una presión hacia el interviniente para que se haga cargo de unas responsabilidades que en ese momento no puede asumir - relacionadas con el cuidado de hijos pequeños o familiares enfermos por ejemplo-, creando en él una ambivalencia emocional entre sus responsabilidades laborales y familiares.

A todo lo anterior hay que añadir el hecho de que, en ocasiones, cuando el desastre es de gran magnitud, este personal puede haber sufrido pérdidas personales y materiales durante el mismo. Esta situación, como es fácilmente entendible, favorece la pérdida de concentración y puede resultar incapacitante y/o limitante a la hora de tomar decisiones objetivas (Valero, 2004).

Por otro lado, la experiencia personal puede ejercer una influencia positiva cuando es el resultado de lecciones aprendidas, es decir, vivencias anteriores de similares características, que ayudan al individuo a tener un mayor control de la situación y por tanto a hacer un mejor



uso de sus recursos. Normalmente el resultado de estas lecciones aprendidas es el resultado de un entrenamiento, que intenta paliar la posible falta de experiencia real en este tipo de situaciones, y que ya bien sea por medio de protocolos o simulacros, ejercen la misma influencia positiva que las vivencias, obviando el aspecto traumático de las mismas, lo que facilita la automatización de las respuestas.

Como hemos visto hasta ahora, las dos primeras áreas en las que hemos clasificado los factores de riesgo en el afrontamiento anómalo del desastre -factores personales y experiencias personales-, ambas están relacionadas con el individuo, su personalidad y sus vivencias anteriores. Mientras que las siguientes dos áreas -factores relacionados con la situación de desastre y contexto de la intervención y factores relacionados con la organización del interviniente- recogen aquellos aspectos más alejados de la persona y más próximos a cuestiones morfológicas propias de un Desastre. Los primeros son difícilmente modificables, no así los segundos.

### ***3. Factores relacionados con la situación de Desastre y el contexto de intervención.***

La naturaleza del desastre va a ser determinante en el impacto que puede provocar. Así, en desastres de tipo tecnológico o en aquellos otros donde el factor humano ha sido esencial en su origen, se produce un mayor estrés para las víctimas y los equipos de respuesta que en los que tienen un origen natural; esto es debido a que causan un gran sentimiento de ira, generan un pensamiento relacionado con el control del fenómeno, «*tal vez podría haberse evitado*» (Benyakar, 2002).

Por otro lado los desastres naturales, a veces llevan implícito el temor y la incertidumbre porque en ocasiones el agente causante (fuga radioactiva, contaminación química, etc.) no puede verse, es de difícil control y/o sus efectos duran mucho tiempo, lo que aumenta la sensación de indefensión en todos los participantes. Otros agravantes presentes vienen dados por el grado de

incertidumbre y la presencia de réplicas en el caso de los terremotos, la inestabilidad de los edificios, la presencia de materiales peligrosos que no son fácilmente identificables, son, entre otras, condiciones que influyen negativamente en los intervinientes (Condori, Palacios y Ego-Aguirre, 2002).

Existen también variables comunes a todos los tipos de desastre sea cual sea su causa. Así el factor día / noche, es uno de ellos (Gaborit, 2010). Cuando el desastre ocurre de noche los problemas emocionales generados en las víctimas tienden a ser mucho más numerosos y de mayor entidad que cuando los hechos se desarrollan de día, ya que la mayoría de las víctimas están dormidas y su primera respuesta es más lenta y confusa, lo que dificulta su orientación y evacuación.

La duración del desastre afecta en gran medida no solo a la población, sino también a los intervinientes (Condori, Palacios y Ego-Aguirre, 2002). Cuanto mayor sea el tiempo de exposición, lógicamente mayor es el riesgo a que aparezca una sobrecarga, tanto mental como física, debido a que el cuerpo no es capaz de mantener el mismo grado de alerta durante un prolongado periodo de tiempo.

Tampoco debemos olvidar, el grado de destrucción generado por el desastre, ya que, cuando el suceso traumático ha sido muy devastador, provoca cambios en el aspecto físico de la comunidad, lo que tiende a dificultar la comprensión de lo ocurrido (Orsi, 2007), añadiendo además que el escenario de la intervención se torna más peligroso con lo que se convierte en una amenaza para la integridad física de víctimas primarias e intervinientes.

Existen otra serie de factores, que si bien no son intrínsecos al desastre en sí, pueden contribuir a aumentar la presión emocional de los equipos de respuesta: medios de comunicación y prensa, grupos armados existentes en la zona o incluso la presencia de curiosos que puedan dificultar enormemente la labor de los equipos de emergencia (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

Para concluir este subapartado, una variable que afecta directamente al contexto de trabajo del interviniente la constituye la exposición directa a las escenas traumáticas presentes en todo tipo de desastre, de todas las posibles las más impactante son:

- El contacto directo con las víctimas, es decir, durante un desastre las víctimas gritan, lloran, etc. en parte por el dolor y en parte para ser vistas por los equipos de rescate. Si el rescate se torna muy complicado, estos intervinientes mantienen mucho contacto directo con esas víctimas y en ocasiones éstas mueren durante ese tiempo.
- Encontrar cadáveres de niños o con grandes heridas. El interviniente suele hacer identificaciones no racionales, sobre todo si tiene hijos pequeños.
- Escenas con numerosos cadáveres, mutilados o de varios días y cuando se reconoce a algún conocido entre ellos.

#### ***4. Factores relacionados con la Organización del Interviniente.***

Estos factores hacen referencia a la propia estructura, cultura y organización a la que pertenece el interviniente durante su intervención. Dentro de los numerosos factores (Condori, Palacios y Ego-Aguirre, 2002), los más influyentes son:

- Ausencia de un lugar de descanso, escaso suministro de agua potable y alimentos, así como ausencia de privacidad.
- Fallo en la misión encomendada. Por ejemplo, no rescatar personas con vida, no apagar un incendio, no hacer llegar de forma correcta la ayuda humanitaria... Sobre todo cuando lo descrito es debido a factores como la impaciencia, órdenes confusas o mal

interpretadas, agotamiento, descuido.

- Presión ocupacional, es decir, cumplir con muchas tareas al mismo tiempo.
- Demandas de trabajo que requieren tanto un esfuerzo físico como mental por un tiempo prolongado y en condiciones adversas. Si además se añade la demanda de claridad de los objetivos de la intervención, habilidad para elaborar cálculos y en ocasiones decidir entre la vida y la muerte, la situación se vuelve muy estresante.
- Interferencias en las funciones. Suele ocurrir cuando trabajan intervinientes de diferentes instituciones por primera vez o si existe una rivalidad previa entre ellos, lo que puede dar lugar a que se traten de imponer unos a otros e intenten captar la atención de los medios de comunicación.
- Existencia de bajas recompensas. Los equipos de emergencias suelen ser bastante sensibles a las recompensas de tipo social, no necesariamente material, y suelen reaccionar con cierto nivel de frustración cuando no son reconocidos de forma oportuna.
- Conflictos de rol. Ocurre cuando el interviniente, en el caso de ser voluntario, tiene que decidir entre su trabajo y una intervención de larga duración, entre su responsabilidad familiar y sus largas ausencias por intervenir en un desastre o cuando se trata de actuar como jefe en vez de amigo.
- Lagunas formativas. Cuando les son encomendadas tareas para las que no están preparados.
- Ambigüedad en su rol. Ocurre cuando los equipos tienen una atmósfera de incertidumbre con respecto al trabajo que tienen que realizar o el alcance de sus responsabilidades u objetivos a cumplir, debido a la inexistencia de planes o que éstos no son aplicables.

## **2.5. Acciones a desarrollar por el personal de emergencias.**

En cuanto a las tareas sensibles que estos profesionales realizan en catástrofes y desastres y que generan las emociones anteriormente comentadas podemos destacar las siguientes siguiendo a Rodríguez-Gonzalez y Pérez-Hidalgo, (2008):

- Rescate y/o extracción de afectados de la zona de impacto/accidente.
- Primeros auxilios y/o atención médica.
- Apoyo psicológico básico.
- Evacuación de heridos.
- Recuperación de cadáveres.
- Identificación de heridos y fallecidos.
- Localización, información y apoyo psicológico a allegados de las víctimas.

Cualquier labor de rescate, comienza con la localización de las víctimas vivas en la zona de impacto, continua con la extracción de estas de la zona y posteriormente su evacuación a terreno seguro. Durante esta tarea, el personal de emergencia se implica con las víctimas debido a que no solo se van a encargar de las heridas físicas de los afectados, sino que también le van a brindar los primeros auxilios desde el punto de vista psicológico. Aspectos tan sencillos como palabras amables y delicadeza al mover a los heridos crean un vínculo entre ambos. Esta tarea, a priori básica en cualquier rescate, es el eje central de la intervención. Un entrenamiento inadecuado o falta de habilidades, hace que el personal de primera respuesta sea más vulnerable a las reacciones de estrés.

A la labor de salvamento se añade que el personal de rescate tiene que ser capaz de

obtener información de la víctima para poder localizar e informar a los familiares de la misma; así que por un lado se hacen necesarias habilidades de entrevista y, por otro, tienen que ser capaces de gestionar malas noticias. Conocer las emociones que se asocian a estas situaciones y manejarlas, así como una alta motivación, son recursos que permiten un afrontamiento eficaz de la situación (Vega e Iñigo, 2011).

Hasta ahora hemos hablado del rescate de personas vivas, sin embargo en muchas ocasiones la labor es la recuperación e identificación de cadáveres. Esta tarea solo comienza cuando se han puesto a salvo todos los supervivientes y se desarrolla con un protocolo muy elaborado y exhaustivo, así en un primer momento, lo que se hace es localizar y marcar todos los cuerpos y restos humanos encontrados.

Una vez que se lleva a cabo el protocolo judicial y previa autorización, todos los cadáveres (Vallejo y Alonso, 2009) y restos son metidos en bolsas y trasladados a la zona habilitada para su recepción. Esta actividad es agotadora, física y emocionalmente, debido a que se requiere mucha precisión para evitar errores en las identificaciones. La visión de una gran cantidad de muertos y mutilados, especialmente si entre ellos hay niños o cuando son de los propios compañeros, supone una imagen muy difícil de controlar emocionalmente por dicho personal. Otra característica asociada a la recuperación de cuerpos y restos, que resulta muy difícil de gestionar a la vez que demoledora para el personal de emergencias, es el constante olor asociado a la muerte (Castillejo y Osca, 2012).

En numerosas ocasiones las labores de los profesionales de las emergencias implican una serie de dilemas éticos. Martín-Beristaín (1999) especifica que las disyuntivas que afectan más, en este caso a los cooperantes, están relacionadas con la posibilidad de convertirse en cómplices involuntarios de atrocidades al quedarse en la zona de intervención, abandonar a poblaciones necesitadas, no dar testimonio (o por lo menos no hacerlo de la forma adecuada) de las atrocidades, intensificar la ayuda humanitaria cuando en ocasiones esto provoca que el estado

eluda su responsabilidad o utilice esa ayuda en su propio beneficio. Situaciones que generan en ocasiones fuertes sentimientos de culpabilidad y responsabilidad que pueden desembocar en reacciones de estrés, ansiosas y anímicas.

Apoyando la idea del párrafo anterior se encuentran los trabajos realizados por Friedman, Warfe y Mwit (2003) y Green (2003), los cuales compararon militares suecos y personal de Naciones Unidas con objeto de evaluar el impacto que sobre ellos tenía el intervenir en situaciones de ayuda humanitaria, en contextos tanto bélicos- Kosovo y Bosnia- como en catástrofes- Chernóbil y Bhopal-.

En el personal de Naciones Unidas encontraron que las principales fuentes de estrés eran: roles de intervención ambiguos, necesidad de mantener una actitud de neutralidad en zonas de conflicto, percepción de la hostilidad propia de la zona en la que se encuentran, desesperanza y culpa por su incapacidad para cambiar la situación, imposibilidad de cumplir con expectativas personales, incapacidad de satisfacer la alta demanda de asistencia que estas situaciones generan y, finalmente, el propio peligro físico que supone estar en dichas situaciones. Curiosamente, los autores destacaron que por encima de estos estresores, la principal fuente de malestar que había para dicho personal es la escasa preparación previa a la intervención y la angustia que generaba un cambio tan drástico en las condiciones de vida y trabajo.

En el caso de los militares suecos, sus principales fuentes de estrés eran: la alta cantidad de información a procesar en un determinado momento, incertidumbre e imperceptibilidad de la situación, toma de decisiones difíciles y ambiguas reglas de compromiso. Por otro lado identificaron como fuentes de malestar psicológico: las amenazas y muertes de compañeros, resentimiento, ira, aburrimiento y los conflictos morales.

En un estudio realizado por psicólogos del SAMUR (Pacheco, López, Pérez, Benegas, Condes y Ájate, 2006), para valorar el estado de salud general y psicosocial de los intervinientes en las catástrofes naturales de Indonesia y Pakistán, encontraron que a pesar de que los

intervinientes habían sido expuestos a situaciones límites en la que se mezclaba la muerte, el dolor, sufrimiento y dolor físico, cuando percibían la situación como un reto profesional y personal presentaban mejores niveles de adaptación y estrategias de afrontamiento más eficaces, así como una reducción más rápida de la sintomatología más asociada a la participación en experiencias traumáticas.

Sin embargo si encontraron una diferencia, cuando los intervinientes habían vivido una situación de peligro personal -como ocurrió con el personal desplazado a Indonesia, donde existieron réplicas del terremoto- presentaban una mayor hiperactivación psicobiológica que el personal desplazado a Pakistán que no vivió dicha situación.

En otro contexto Pérez-Sales (2004) consideró por ejemplo que los eventos traumáticos pueden propiciar aprendizajes positivos y experiencias de fortalecimiento personal; Bonanno (citado por García-Renedo, 2011) destaca que aunque algunas personas después de vivenciar eventos traumáticos pueden llegar a desarrollar trastornos, otras logran interpretar el desastre de una manera diferente y, gracias a las herramientas personales, algunos incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias. Y a esto le llamamos resiliencia.

Diversos autores Cohen (1999); Hagh-Shenas, Goodarzi, Dehbozorgi y Farashbandi (2005); Pacheco, López, Pérez, Benegas, Condes y Ajates (2006) (citado en Piraguatas y Vélez, 2013) plantean que las principales fuentes de ansiedad del personal de emergencia están relacionadas con la impotencia de no poder ayudar más a las víctimas y con la frustración que les genera el no lograr la meta para lo que consideran que fueron preparados: «*salvar vidas*» y, por el contrario, terminan recuperando cadáveres.

Al respecto de la escasa tolerancia a la frustración del personal objeto de nuestro interés, esta se encuentra relacionada con la idealización social del rol de dicho personal, a quienes en ocasiones se les pone la etiqueta de héroes y con características concretas: capacidad de dividir su vida en dos -con o sin uniforme-, dar prioridad en su vida a sus labores profesionales, siendo



su única y principal fuente de gratificación la ayuda a los demás. Esta idea de héroe ya ha sido plasmada en la literatura científica existente generando en ellos una sensación de invulnerabilidad y poca o nula tolerancia al error (Boscarino y Adams, 2008; González, Tobal, Cano e Iruarrizaga, 2004; Short, 1979).

En el estudio de Piraguata y Vélez (2013) se han evaluado a 16 personas que forman parte de un grupo de elite especialista en el rescate de supervivientes en Desastres de la ciudad de Colombia y se obtuvieron conclusiones relativas a lo que en teoría se consideran como factores estresores propios de la actividad que realizan -intervención en emergencias-. Así dicho personal suele sentirse muy impactado si durante su intervención ocurren algunas de las siguientes circunstancias: las víctimas son compañeros y familiares, se recuperan cuerpos de niños y madres abrazando sus hijos, predomina el rescate de cadáveres sobre el de heridos, se sienten presionados por los familiares de las víctimas y/o medios de comunicación, y creerse responsables del daño de las víctimas por no haber llegado a tiempo. Conclusiones éstas que están en consonancia con otras investigaciones planteadas al respecto: Beaton, Murphy, Johnson, Pike y Corneil, (1998), Cohen, (1999); David y Klein, (2009); Johnson et al., (2005); Organización Panamericana de la Salud, (2004); Thompson, (1993) y Valero, (2004 y 2011).

## **2.6. Variables moduladoras intrínsecas a las situaciones críticas.**

El desgaste psicológico de los profesionales que nos ocupan va a estar mediatizado por una serie de variables intrínsecas a la situación, las cuales ayudan a hacer pronósticos sobre la gravedad y duración de las posibles secuelas.

Una de estas variables es el origen de los desastres. Como ya se ha explicado con anterioridad, en función de la causa se habla de Desastres Naturales y Antrópicos. En el primero de ellos, en la mayoría de las ocasiones el inicio es inesperado y súbito, mientras que en el

segundo (los provocados por el hombre) no siempre ocurre lo mismo, pues pueden ser fruto de un accidente o por el contrario llevan implícito la intencionalidad de provocar daño.

Diferentes autores entre los que cabe destacar a Byrne, Díaz, y Kaniasty, (2002); Foa, Zinbarg y Rothbaum (1992); Hyllers y Rey (2006); Janoff-Bulman, (1992); Norris, Friedman, Watson, Byrne, Díaz y Kaniasty (2002) y Ribas et al. (2002) llaman la atención acerca de que las situaciones que tienen como génesis fenómenos naturales, no generan las mismas reacciones en las que en su origen está presente la mano del hombre como ya hemos indicado en otro momento. La bibliografía consultada plantea que los problemas psicológicos tienden a ser más graves y duraderos cuando las causas de las situaciones críticas afrontadas son obras del ser humano y no meramente accidentales. Green y Lindy (1994) (citados por García-Renedo, 2011) destacaban cómo los traumas generados por el hombre son prolongados en el tiempo, llegando incluso las víctimas a no recuperar un funcionamiento normal. Por el contrario, en los desastres naturales existe una mayor resignación por parte de la población, se suele dudar del sentido del mundo y éste se percibe como menos benevolente.

En otro aspecto en el que influye el origen del desastre es en la capacidad de recuperar la normalidad por parte de la población afectada. La mayoría de los desastres naturales tienen un impacto y una duración limitada, es decir, finalizada la fase de impacto, comienzan las labores de ayuda y reconstrucción y éstas tienen un fin claro: recuperar la normalidad en la comunidad afectada. Por su parte, en los desastres originados por el hombre, como son los actos de violencia y atentados, el inicio es más lento, el fin del mismo es incierto, suelen destruir cultura y modo de vida y en numerosas ocasiones la reconstrucción se hace en comunidades diferentes, (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

Así mismo y como indicamos en su momento, la brusquedad, predictividad y capacidad de control también van a modular el impacto de los desastres. Generalmente los desastre cuyo origen son las fuerzas de la naturaleza generan indefensión, mientras que cuando existe

intencionalidad provocan reacciones de ira (García-Renedo, Gil-Beltrán y Valero, 2007).

Los efectos y las consecuencias también son diferentes entre ambos tipos de desastres. Así los desastres naturales afectan a unas personas y comunidades concretas, los originados por el hombre repercuten no sólo en las víctimas y comunidad afectadas directamente, sino en el público en general, ya que generan una falta de confianza en la condición humana. Respecto al criterio temporal, mientras las expresiones bruscas de la naturaleza tienen consecuencias tanto materiales como humanas y suelen tardar un año (Bedoya, 2006) en recuperarse, los que tienen su origen en el hombre, provocan víctimas que no se recuperan nunca a nivel psicológico, como muestran los estudios sobre víctimas de atentados terroristas y guerras (Bedoya, 2006; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González y Gálea, 2004; Van Tonder, 2008; Zapardiel, Balanzat, Halffter, Molero, 2009).

Los medios de comunicación juegan un papel muy importante en la modulación del impacto de un desastre. Así en los naturales existe una tendencia a buscar historias heroicas de superación en vez de buscar las causas. En las acciones violentas provocadas por las personas se tiende a llegar al fondo de la historia, a buscar un responsable y a mostrar de forma clara las consecuencias provocadas (Masterman, 2010).

El tipo de víctimas que provoca la situación crítica resulta también significativo. Los desastres cuando son provocados por el hombre de forma intencionada, generalmente actos de violencia- actos terroristas, guerras- van dirigidos a un grupo concreto, el objetivo es perjudicar a un colectivo. En ocasiones estas víctimas tienden a considerarse, al menos parcialmente, como responsables de su destino, al ser miembros de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, militares, políticos, componentes de una etnia o religión concreta, etc, ya que la sociedad les atribuye un riesgo inherente a su trabajo o condición, generando, de esta manera, una menor cohesión social, Rodríguez-González y Pérez-Hidalgo, (2008).

Por el contrario en la catástrofe natural se asume que cualquier miembro de la comunidad,

sin importar clase o condición, puede convertirse en afectado, las víctimas son indiscriminadas. De otro lado, cuando la génesis del desastre es un fenómeno natural, la sociedad tiende a unificar esfuerzos, crear grupos de ayuda, creando una mayor cohesión social.

La disponibilidad de medios a la hora de intervenir también influye en el impacto de la situación crítica. Martín-Beristain (1999) señalaba que así como un mismo terremoto ocurrido en una comunidad que había tomado medidas y evitaba al máximo las consecuencias no suponía un desastre para la misma, el mismo incidente ocurrido en otra más vulnerable, debido a factores relacionados con la pobreza y escasos medios, llegaba a provocar una destrucción masiva, no solo a nivel personal sino también personal, siendo las secuelas también mayores, debido a la escases de medios para superarlas hablándose en este caso de desastre.

La disponibilidad de medios modula no sólo el impacto en las citadas comunidades sino también en los intervinientes. Siempre se ha asumido por parte de la sociedad que los integrantes de los equipos de primera respuesta están preparados, son fuertes y disponen de medios para resolver diversas situaciones, en general hay una actitud de plena confianza en el personal de emergencias y sus medios. Este tópico también es asumido por el propio personal. Sin embargo cuando los intervinientes no pueden realizar con éxito la tarea encomendada por falta de medios o falta de un protocolo, es decir, cuando se enfrentan a su realidad, la sociedad les penaliza por ello. El rechazo y abandono al que son sometidos es ocasiones supera sus niveles de tolerancia, a pesar de que ellos mismo en numerosas ocasiones son conscientes de sus limitaciones, incluso antes de cualquier intervención, dando lugar a conductas inapropiadas (Rodríguez-González y Pérez-Hidalgo, 2008).

## **2.7. Reacciones psicológicas del personal de emergencias. Secuencia temporal.**

Al igual que la población general afectada por un desastre, el personal de emergencia también es vulnerable y pueden manifestar reacciones inadaptadas sin ser propiamente

patológicas. Así en un primer momento de la intervención puede aparecer un shock emocional, generalmente es muy breve y el profesional puede volver a desempeñar sus labores con normalidad. Sin embargo una vez realizado su trabajo puede aparecer una descarga emocional tardía y puede manifestarse en forma de depresión, agitación psicomotora y agresividad (Benyakar, 2002).

Los profesionales de los desastres son tan humanos como cualquier otra persona, lo que implica que pueden verse afectados, como cualquier otro, ante determinados estímulos. La mayoría, sin embargo, en el momento de la intervención tiende a revestirse de una «*coraza*» que les permite «*anestesiarse*» emocionalmente. En palabras de Parada (2008) se trata de personas orientadas hacia la tarea.

La posibilidad de padecer serias consecuencias psicológicas en algún momento de la carrera profesional de los intervinientes (estrés post-traumático o síndromes ansioso-depresivos) es un hecho que se puede dar con mayor probabilidad que en otro tipo de profesiones, según hallamos en estudios entre los que destacamos los de Bisson, Shepherd Joy, Probert y Newcombe, R.G. (2004); Figueroa, Marín y González, (2010); González, Miguel-Tobal, Cano-Vindel e Iruarrizaga, (2004); Piraguata y Vélez, (2013); García-Renedo, (2011); Regehr y Bober, (2005); Roble Sanchez y Medina Amor, (2002); Rodriguez-Gonzalez y Pérez-Hidalgo, (2008).

Las intervenciones suelen producir una amplia serie de reacciones según García- Renedo, Gil-Beltrán y Valero (2007), entre otros muchos, (ver Tabla 2). Sin embargo no todas tienen que tener un carácter patológico, para algunos intervinientes son reacciones que integran en su experiencia como un acontecimiento histórico vivencial, para otros se trata de cuadros sintomáticos de carácter transitorio y que sólo en algunos pocos casos darán lugar a alteraciones permanentes.

En el caso de las secuelas psicológicas permanentes, la bibliografía existente, (Fernández-Millán, 2005; Guerrero-Rey y Suárez-Baquero, 2012; Robles y Medina, 2001) hacen referencia

Tabla 2. Principales reacciones psicológicas del personal de emergencias.

Reacciones emocionales	Reacciones cognitivas	Reacciones físicas y conductuales
- Embotamiento emocional	- Negación	- Problemas de sueño
- Tristeza	- Incredulidad	- Pensamientos intrusivos
- Miedo	- Confusión	- Taquicardias
- Indefensión	- Enojo e irritabilidad	- Sudoración
- Frustración	- Poca concentración	- Náuseas
- Sensación de alivio	- Pérdida de confianza	- Hiperventilación
- Shock	- Pérdida de seguridad en el mundo	- Flashback
- Ansiedad	- Sensación de vacío	- Diarrea
- Apatía	- Sensación de irrealidad	- Parestesias
- Enfado	- Desorientación	- Dolores de cabeza
- Sentimiento de culpa	- Autoculpabilización	- Temblores
- Vergüenza	- Dificultades de atención	- Sobresalto
	- Recuerdos intrusivos	- Hipoactividad
		- Hiperactividad

al trastorno por estrés postraumático; cuadros de ansiedad y depresión, trastornos somatoformos y trastornos obsesivos compulsivos como las patologías más frecuentes al intervenir/participar o sufrir un desastre.

Respecto a la secuencia temporal de estas reacciones, si bien la gran mayoría de ellas ven la luz en momentos posteriores a las actuaciones, es preciso asumir que hay que llevar a término un protocolo de control de estos profesionales en tres momentos perfectamente diferenciados, ya que la sintomatología suele variar según en el momento (Robles y Medina, 2001).

· *Periodo crítico.*

Son las reacciones que se observan en presencia del acontecimiento traumático. En general están asociadas a una respuesta de alarma. Son de corta duración y remiten sin secuelas.

· *Etapas post-crítica.*

Respuestas que se observan una vez que ha finalizado el incidente crítico. Surgen asociadas a su recuerdo y, debido a que no han sido capaces de procesarlas adecuadamente, adquieren la condición de traumáticas. Aquí se habla de reacciones agudas.

· *Etapas de recuperación.*

Engloba las reacciones que adquieren la condición de permanentes y dan lugar a una transformación persistente de la personalidad.

## **2.8. Los Desastres y su impacto psicológico. Principales consecuencias disfuncionales.**

Afortunadamente ante un desastre la mayoría de las personas experimentan reacciones temporales y se recuperan a las pocas semanas o inician procesos de afrontamiento, de duelo,

normales. Otras tienen un proceso más lento de recuperación y unas pocas pueden entrar en una dinámica personal y situacional que les incapacite para volver a funcionar como lo hacían antes del evento traumático. Este último grupo estará afectado por algo más que las respuestas normales asociados a una situación crítica. Esta secuencia es la misma tanto para las víctimas directas como para las víctimas indirectas.

Entre los cuadros más comúnmente asociados a las secuelas de los desastres se encuentran los trastornos de ansiedad junto con los de estado de ánimo (Brackbill, Stellman, Perlman, Walker, y Farfel, 2013; Gilman y Marden, 2013; Kessler, McLaughlin, Koenen, Petukhova, y Hill, 2012). Por otro lado los trastornos disociativos, somatoformes y psicósomáticos suelen también estar presente pero con una menor prevalencia. En nuestra revisión nos centraremos únicamente en los dos más comunes asociados a nuestra temática central.

### **2.8.1. Trastornos de Ansiedad.**

#### *a) Trastorno de Estrés Postraumático.*

De todos los trastornos de ansiedad existentes, el Trastornos por Estrés Postraumático es la alteración que más se asocia a las víctimas directas e indirectas de un desastre.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por que emergen una serie de síntomas cuando se es víctima directa o indirecta de sucesos extremadamente traumáticos, es requisito fundamental para su diagnóstico que durante dicha vivencia se haya experimentado una situación de peligro físico real a los que la víctima debe responder con impotencia, horror y miedo.

Los síntomas fundamentales para su diagnóstico deben ser: reexperimentación del evento traumático- sueño, pesadillas-, evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y



disminución de la capacidad general de reacción y síntomas persistentes de activación aumentada, según la APA (American Psychiatric Association, 2000). Además de lo mencionado se requiere que tenga una duración de más de un mes y que provoque un malestar significativo en áreas importantes de la vida del afectado. Se diferencia entre TEPT agudo- si los síntomas duran menos de tres meses- y crónico- cuando los síntomas duran más de tres meses.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1992) para el trastorno por estrés postraumático proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación o acontecimiento vivido: éstos deben tener una naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría un malestar profundo en casi cualquier persona.

El diagnóstico de la OMS difiere además del propuesto por la DSM-IV-TR (APA, 2000) en los síntomas por aumento de la activación, ya que no se consideran indispensables para su diagnóstico, debido a que puede ser sustituido por la incapacidad para recordar (parcial o totalmente) algunos aspectos importantes del trauma; esto último es considerado como respuesta de evitación en la APA, (2000).

A diferencia de la APA (2000), la CIE-10 -Criterios Diagnósticos de Investigación de la (Organización Mundial de la Salud, 1992) no establecen una duración mínima de los síntomas y el inicio tardío del trastorno sólo se contempla en circunstancias especiales.

A pesar de que tradicionalmente se han utilizado estos sistemas clasificatorios, presentan algunas limitaciones que dificultan su adaptación a la población general, puesto que se han centrado en validar un constructo más que en valorar los procesos implicados, así por ejemplo el TEPT, se podría considerar un posible rango de respuestas a eventos adversos (Andreu, 2011). Estas deficiencias son subsanadas con el DSM-V, donde se describe un trastorno que se presenta con respuesta a traumas y estresores, sacándolo del grupo de los cuadros de ansiedad (Cova, Rincón, Grandón y Vicente, 2011).

Por otro lado el DSM V (Miller et al. 2012) incluye ahora cuatro grupos de síntomas para el diagnóstico del cuadro que nos interesa: re-experimentación, hiperactivación, evitación y «*alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo*». Además se retira el criterio de que exista una respuesta intensa de miedo, se añade un subtipo clínico «*con síntomas disociativos*». Y, por último, se cambian los criterios diagnósticos para poder aplicárselo a niños de 6 años o menos.

Destacar un estudio de campo en España realizado por Miguel-Tobal, Cano, Iruarrizaga, González y Gálea (2004) donde se trataron de analizar las secuelas psicológicas tras el atentado del 11-M, para ello se estudiaron 165 personas implicadas directamente en el operativo de ayuda y rescate. Los resultados mostraron que un 13,94% de dicho personal cumplía los criterios diagnósticos para el ataque de pánico; 1,2% se le diagnosticó TEPT y a un 2% depresión. Al comparar dichos resultados con la población general afectada la prevalencia de dichos cuadros clínicos eran inferiores en el personal de emergencia excepto para los ataques de pánico.

Con respecto al mismo atentado pero en este caso en la población policial, Ferrando y Gabriel (2006) indicaron una prevalencia de dicho cuadro diagnóstico en un 1,3% de dicho grupo.

Con respecto a la prevalencia de dicho trastorno en el personal de emergencia tras la intervención en desastres, la bibliografía consultada (Bills, et al., 2008) destaca que durante los 11 meses posteriores a los atentados del 11-S en New York se observaron 1.277 dolencias relacionadas con el estrés entre los bomberos implicados en el rescate. Al comparar dichos datos con los previos al ataque se observó, un aumento de 17 veces la tasa habitual de quejas relacionadas con el estrés.

En consonancia con la muestra utilizada en la presente investigación, tras el terremoto de Shinchuan en 2008, 1125 militares formaron parte de los equipos de primera respuesta, Alexander y Klein (2009) realizaron un estudio con 1056 de los militares que participaron en

dicha intervención, encontrando que el 6,53%, concretamente 69 casos fueron diagnosticados de TEPT, concluyendo además que el haber estado expuesto de forma directa a una situación crítica y no haber recibido asistencia psicológica eran predictores para el diagnóstico del cuadro patológico.

La Catástrofe del Túnel de Kaprun en el 2000, cuyo personal interviniente fue estudiado por Puelles (2009), en el cual fallecieron 155 personas y sobrevivieron 12. Pasados seis meses tras el desastre, el 6'3% de los trabajadores de rescate presentaban trastorno por estrés postraumático.

Según el estudio realizado sobre el personal de rescate y ayuda que intervino tras el accidente de tren ocurrido en Kitzstuhorn (Suiza) en el 2000 realizado por Puelles, (2009), en el cual murieron 155 personas y sobrevivieron 8. El 7,3% del personal médico que intervino, el 22,2% del personal de rescate y el 25,7% de los agentes de policías que actuaron sufrieron una crisis de estrés agudo. Las condiciones que rodearon la intervención y afectaron directamente a esta prevalencia fueron las bajas temperaturas, el alto riesgo de desplome del tren con la consiguiente peligrosidad para el personal de emergencia y el elevado número de cadáveres. Transcurrido seis meses de la intervención un 6,3% de personal de emergencia que padeció una reacción de estrés agudo fue diagnosticado de Trastorno de estrés agudo.

*b) Crisis de Pánico.*

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), los Ataques de Pánico son períodos concretos de miedo o malestar intenso en los que, al menos, se observan cuatro de los trece síntomas somáticos y/o cognitivos descritos en el mencionado sistema de clasificación. Debe tener un inicio súbito y en poco tiempo - 10 minutos más o menos- suelen ir acompañados de una sensación de peligro inminente y un impulso de escapar.

Según el inicio de los ataques, pueden ser clasificados en:

- a) Inesperados, no están asociados a ningún estímulo concreto.
- b) Determinados situacionalmente, existe un desencadenante.
- c) Predispuestos situacionalmente.

En el caso de la CIE 10 (OMS, 1992) la descripción de los Ataques de Pánico es idéntica a la realizada por la DSM IV-TR (APA, 2000), excepto en el hecho de que en la primera se incluye un síntoma adicional: sequedad de boca y exige que por lo menos uno de los síntomas sea palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca. A su vez, la OMS (1992) requiere para su diagnóstico la aparición de al menos cuatro crisis en un período de un mes. La APA (2000), por el contrario, solo especifica que las crisis resulten clínicamente significativas y sean recurrente.

Según Krueger y Bezdjian (2009), el DSM-V concibe las reacciones de pánico como un síntoma que está presente en varios trastornos.

Con respecto a su epidemiología en personal implicado en emergencias, el estudio realizado por Ordi, Vindel, Tobal y Díez, (2004), donde analizaron las reacciones psicológicas de los profesionales que intervinieron en el atentado del 11-M, concluye que de una muestra de 165 profesionales (100 de ellos eran psicólogos), un 13,94% del personal de emergencia experimentó ataque de pánico.

Tras el atentado del 11-S (Perlman et al. 2011), del personal que participó en el recate y recuperación de cadáveres, un 21% padeció una crisis de pánico frente al 8% de policías que participó en las mismas tareas. Estas diferencias en cuanto a la prevalencia fueron atribuidas a la formación policial, a la experiencia previa de dicho personal en situaciones de estrés, a la

selección y a la posible falta de comunicación de los síntomas por parte de los policías por sus posibles repercusiones laborales.

*c) Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).*

Las personas que sufren este trastorno tienen gran facilidad para preocuparse por multitud de problemas de la vida cotidiana y les resulta muy difícil controlar dicha rumiación. El objeto o temática fuente de malestar no está focalizado de manera concreta, a diferencia de la Fobia Social o Fobias específicas, Trastornos Obsesivos Compulsivo y TEPT.

En el Trastorno de Ansiedad Generalizada no se teme nada en particular pero se teme todo al mismo tiempo. Se tiene mucha facilidad para preocuparse por las cosas y dificultad para controlar dichas preocupaciones.

La ansiedad y preocupación se manifiestan a través de tres o más de los seis síntomas siguientes, de todos ellos algunos de los cuales han debido persistir más de 6 meses, según la American Psychiatric Association (2000):

1. Inquietud o impaciencia.
2. Fatigabilidad fácil.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador.

Según la CIE 10 (OMS, 1992) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada exigen que la sintomatología se agrupe en tres áreas:

1. Aprensión.
2. Tensión muscular.
3. Hiperactividad vegetativa.

Con respecto al DSM-V, dicho manual hará una clasificación de dicho trastorno teniendo en cuenta el componente genético y aspectos relacionados con el funcionamiento y calidad de vida del paciente (Gonzalez-Millán, 2011).

Con respecto a la presencia de este trastorno en el personal de emergencia se encuentra como, una muestra de 173 bomberos que participaron tras la explosión de un artefacto en Oklahoma, 1995 (North Carol et al, 2002) un 1% de los mismos fueron diagnosticados de TAG tras un año del incidente.

El estudio de Gabriel, et al, (2007) ( citado en García-Vera y Sanz, 2010), acerca de la epidemiología del TAG en profesionales y voluntarios de las emergencias concluyeron que de una muestra de 153 policías que intervinieron en el 11-M un 0,7% de los mismo cumplían los criterios diagnósticos de dicho cuadro patológico y por otro lado en el caso del atentado del 11M, la prevalencia del TAG entre las víctimas directas e indirectas fluctúa entre el 8,6% encontrado en la población general de Alcalá de Henares y el 0,9% hallado en policías y bomberos que participaron en dicha zona, concluyendo que hay una menor prevalencia en el personal que está formado para actuar en ese tipo de situaciones.

Pietrzak et al. (2012) estudian a 658 personas que participaron en las tareas de rescate tras el paso del huracán Ike en 2008. Aún después de 9 meses de su intervención, un 3,1%

cumplía los criterios del TAG y dicho porcentaje disminuía al 1,8% tras 18 meses del desastre.

### **2.8.2. Trastorno del Estado del Ánimo.**

#### *a) Episodio Depresivo Mayor*

Los Criterios de la Organización Mundial de la Salud –CIE-10- (OMS, 1992) mencionan diez síntomas, a diferencia de la DSM-IV-TR (APA, 2000). Mientras la OMS mantiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del Episodio Depresivo Mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave. Además, requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves.

En el trabajo de Pietrzak (2012), de los 658 profesionales que participaron en el estudio para evaluar la prevalencia de alteraciones psiquiátricas tras haber participado en tareas de rescate, reconstrucción tras el paso del huracán Ike (2008), un 5% de los mismo padecieron sintomatología compatible con el cuadro de Episodio Depresivo Mayor, un porcentaje significativamente menor que en el caso anterior.

#### *b) Trastorno Depresivo Mayor*

Tanto la DSM-IV-TR (APA, 2000) como CIE-10 (OMS, 1992) requieren para su diagnóstico dos o más episodios depresivos mayores. La diferencia entre ambos sistemas de clasificación es que mientras que la CIE-10 (OMS, 1992) requiere un periodo libre de síntomas anímicos entre episodios de al menos dos meses, la DSM-IV-TR (APA, 2000), especifica que ese intervalo temporal de dos meses sean consecutivos.

Con respecto a las modificaciones que incluye el DSM-V, con respecto a este trastorno, se recogen dos categorías que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida contemplándose dos alternativas: desorden del comportamiento suicida y autolesión no suicida (Consejo General de Psicología en España, 2013).

Respecto a la prevalencia de dicho trastorno en el personal que interviene en situaciones de emergencia, el estudio de Delatibodier, Lenina, Reyes-Flores, Reyes-Tica y Padgett-Moncada (2000) sobre víctimas y personal de rescate que intervino en el Huracán Mitch (1998) evidenció la presente patología sólo en las víctimas directas, no existiendo epidemiología ninguna en el personal de rescate.

En el ya mencionado trabajo de Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González y Gálea (2004) sobre el personal de emergencia y asistencia que intervino tras los atentados del 11-M, obtuvieron que entre un mes y tres meses después del 11 de marzo, un 2% de este personal continuaba padeciendo una Depresión Mayor.

El estudio de Stellman et al. (2008), con una muestra de 10.132 voluntarios de rescate/limpieza y recuperación que intervinieron en el 11-S, un 8,8% mostraba el presente cuadro patológico transcurridos ya 24 meses de los atentados. Había que tener en cuenta en estos resultados que el 5% de esta muestra eran familiares de víctimas mortales y el 36% eran además amigos de víctimas mortales.

De otro lado, deberíamos considerar, en cuanto a las diferencias mostradas, que aunque importante el impacto en ambos casos, en el último se trató del primer ataque terrorista masivo, que causó un número significativo de fallecidos y se localizó en uno de los centros de poder más importantes de EEUU, implicando todo ello una serie de significados implícitos tanto para las víctimas directas como indirectas.



## **2.9. Variables Incidentes en los Cuadros de Ansiedad y Trastornos del Estado de Ánimo en situaciones de Desastre.**

A lo largo de esta introducción se han hecho mención a factores de riesgo en el afrontamiento de un desastre y que podríamos concretar en:

- La intensidad o el impacto vital de la situación.
- El significado que atribuye la persona afectada.
- El estado de vulnerabilidad de la persona.
- El carácter extraordinario y absolutamente distinto a otras situaciones conocidas de estrés.
- Presencia/ausencia de apoyo social.
- Forma en que se recibe la información/aviso de desastre.
- Grupo al cual pertenece el individuo (niño, adulto, anciano).
- Preparación previa de la persona y de la comunidad para enfrentar el desastre.
- Experiencia o no del individuo frente a estos acontecimientos.
- El tipo de experiencia vivido durante el impacto. La persona estuvo a punto de morir; desaparición de seres queridos y otras personas importantes; muerte de seres queridos; contemplación de muertos, mutilados, cuerpos descompuestos, etc.
- La extensión y el tipo de daños sufridos por la víctima.
- Consecuencias familiares, individuales (lesiones, pérdida de bienes y propiedades, económicas o de otra índole).

A lo largo de este epígrafe se van a hacer referencia a aquellos factores de inciden en la génesis de ambos cuadros psicopatológicos. En el pasado, dichos trastornos solían considerarse fruto de conflictos intrapsíquicos. En la actualidad se acepta que en su origen participan factores: biológicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Y es la combinación de los mismos lo que explica su etiología. Dada la finalidad del estudio nos vamos a ocupar directamente de los factores traumáticos, cognitivos y conductuales.

*a) Factores traumáticos*

Enfrentarse a acontecimientos traumáticos supone un factor de riesgo para desarrollar cuadros de ansiedad y depresivos, todo ello a su vez mediado por la naturaleza del mismo desastres, accidentes, asaltos, abusos, situación de combate y violaciones. A mayor severidad del hecho traumático mayor es su impacto emocional, como ya ha quedado demostrado a lo largo de esta introducción.

*b) Factores Cognitivos y Conductuales.*

Los patrones cognitivos distorsionados, es decir, sistemas de pensamientos negativos, preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. Generalmente la ansiedad se presenta debido a una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus capacidades personales (Femintéz, Ramos y Extremera, 2001).

Tras una revisión de la bibliografía más significativa al respecto y destacando los estudios de Boschetti (2004); Cabrera, Simón, Fernández de la Rosa, Palazón, y Santodomingo (2000); Carvajal (2002); Carvajal, Carbonell, Philippi, Monteverde, Bacigalupo y Alvear, (2001);

Kaspersen y Matthiensen , (2003); Medialdea (2004); Samper (2013); Thomas y Rey (2005) y Zurroza, Oviedo, Ortega y González-Pérez, (2009), hemos destacado las siguientes variables:

- Factores psicológicos y psicopatológicos asociados a los profesionales de emergencias:
  - Personalidad.
  - Impacto emocional de la intervención.
  - Sensación de impotencia, sentimiento de culpa.
  - Factores cognitivos.
  - Trastornos de personalidad, afectivos, ansiosos, etc.
  - Factores sociodemográficos.
  - Alteraciones conductuales.
  - Historial familiar de psicopatología.

La causa de esta selección se halla en la importancia que se le ha dado en la literatura científica con respecto a relevancia que tiene en la génesis de las patologías objeto de interés en la presente investigación. Con respecto a la personalidad, el estudio de Cabrera, Simón, Fernández de la Rosa, Palazón, y Santodomingo (2000), analizaron el perfil de personalidad en personas que trabajaban en situaciones de riesgo y tensión. Dicho estudio obtuvieron que el perfil vulnerable al estrés, cuadros de ansiedad y alteraciones del estado de ánimo presentaban los siguientes rasgos: reservados, emotivos, tímidos, desconfiados inseguros, dependientes y con locus de control interno.

Continuando con el análisis de la influencia de la personalidad. En la actualidad ser

piloto en las Fuerzas Armadas está considerada una de las profesiones más asociadas a los cuadros de ansiedad, según un estudio realizado por Medialdea (2004). Dicho autor trató de identificar un perfil personalidad y relacionarlo con los trastornos ansiosos y el estrés. En su investigación concluyó que bajos niveles de ansiedad basales y unas puntuaciones bajas en la dimensión neuroticismo permitía una adecuada modulación de estrés. Concluyendo además que la dimensión extraversión en un polo alto permite controlar el estrés.

Continuando con la influencia de la personalidad en la génesis de las patologías objeto de estudio, Zurroza, Oviedo, Ortega, y González-Pérez (2009) relacionan los rasgos de personalidad con el estrés en médicos residentes que trabajan en urgencias. Obtienen una correlación positiva entre rasgos de personalidad como: inestabilidad emocional, retraimiento, propensión a la culpa y tensión, los cuales se relacionan con una mayor vulnerabilidad al estrés. Por su parte, los que muestran una personalidad resistente al estrés se caracterizan por ser estables emocionalmente, desinhibidos y aventureros. Este estudio concluye finalmente con que es la conjugación de los factores C-( estabilidad), H- (atreimiento), O+ (aprensión) y Q4+( tensión) lo que constituyen el perfil de personalidad más o menos vulnerable a sufrir altos niveles de estrés.

Del análisis de estas aportaciones con respecto a la influencia de la personalidad, se puede afirmar sin ninguna duda que existen dimensiones/rasgos de la personalidad que actúan como protectores o como predisponente a la sintomatología ansiosa y anímica. Por ello resulta eficaz para los profesionales del campo de las emergencias identificar dichas dimensiones a fin de elegir a los trabajadores menos vulnerables para que el desarrollo de su actividad laboral no implique un riesgo para su salud.

Con respecto al impacto emocional de la experiencia traumática cabe destacar el estudio realizado por Samper (2013), con un grupo de 37 militares, todos ellos miembros de la Unidad Militar de Emergencia (UME) trasladados a Haití, tras el terremoto de 2010. Todos ellos tenían

experiencia previa en el salvamento de personas enterradas por movimientos de tierra y en su intervención en Haití lograron salvar a 30 personas. Tras su regreso a España todos ellos realizaron un reconocimiento psicológico, si bien ninguno de ellos presentaban secuelas con suficiente peso clínico, si mostraban sintomatología ansiosa y depresiva leve (la cual provocaba algunas repercusiones personales debido al impacto emocional de la experiencia) como: imágenes asociadas, recurrentes y persistentes de cuerpos humanos sin vida, vistos en el terremoto o por las calles de la ciudad; olores y sabores asociados de forma exagerada a momentos; constante recuerdo de imágenes y objetos asociados a la experiencia como son los propios uniformes y el tener presente casi de forma constante las vivencias y recuerdos de los momentos vividos. La actuación de estos profesionales no difiere de las de otros profesionales que intervienen en situaciones de desastres caracterizadas por el elevado de número de víctimas que ocurre en países con escasos recursos, con lo que se puede deducir que a pesar de que no provoquen secuelas clínicamente significativas, es una experiencia que no deja a nadie impasible.

Con respecto a la sensación de impotencia y culpa, en el estudio de Carvajal et al. (2001) destacaron que en la vivencia de cualquier acontecimiento traumático que lleva implícita una pérdida o donde se ha sido incapaz de minimizar el daño a terceros, aparecen sentimientos de culpa o humillación ante el pensamiento de lo ocurrido lo que conlleva un aumento de la respuesta emocional asociada a dicha situación. Que estos sentimientos son inherentes al trabajo de estos profesionales ha quedado suficientemente demostrado a lo largo de esta introducción pues que existan pérdidas o se trate de evitar el daño y sufrimientos de terceros son funciones propias de su trabajo.

Con respecto a los factores cognitivos Foa (citado por Carvajal, 2002) propuso que es la capacidad del sujeto para controlar y amortiguar las consecuencias de la situación, lo que predice su respuesta emocional al trauma. Así mismo destaca que la capacidad de predecir la amenaza percibida reduce el impacto emocional.

Otra variable cognitiva relevante es el sistema de creencias que cada sujeto tiene. En el campo de las emergencias poseer un sistema cognitivo estructurado, es decir, un sistema capaz de percibir, aprender, razonar, comunicar, actuar y favorecer un comportamiento adaptativo (Morris, Tarassenko, y Kenward, 2005) parece ser un factor protector ante el trauma, reduciendo el impacto de la tarea traumática. Prueba de ello es el estudio realizado por Thomas y Rey (2005) con 165 psicólogos que participaron en los dispositivos de apoyo del 11-M y en el que exploraron el papel de distintas características individuales en la aparición del estrés secundario. Se observó que otra variable de tipo cognitivo como es la rumiación predecía positivamente estos síntomas.

Teniendo en cuenta la Teoría del Afrontamiento, el funcionamiento cognitivo del personal que interviene en emergencias va a determinar la valoración primaria y secundaria que se haga para hacer frente a la situación, siendo fundamental dicha valoración para que de lugar a una respuesta adaptativa y con expectativas realistas (Prati, Pietrantonio y Cicognani, 2010).

Otro de los factores a destacar es la presencia de antecedentes psiquiátricos (Álvarez, Bayón y Cardona, 2013). Cuando dichos antecedentes están presentes hacen a dicha persona más vulnerable a su sintomatología sobre todo si el origen fue el afrontamiento de otra situación traumática (Weinhold, 2010).

Continuando con el análisis de los factores intrínsecos al personal que interviene en situaciones de Desastre, consideramos a un sector de ellos que se agrupan bajo la etiqueta de factores sociodemográficos: edad, sexo, estado civil; red de apoyo socio-familiar, estamento profesional e historia laboral.

Respecto a la variable sexo, las mujeres muestran el doble de probabilidades de padecer trastornos depresivos y ansiosos frente a los hombres en general. Existen varias interpretaciones a este hecho por una lado la influencia de los factores biológicos junto con los factores cognitivos y, por otro, la alta incidencia del estrés psicosocial en la población femenina, la mayoría de las

interpretaciones concluyen que son más vulnerables debido a la combinación de todo los factores mencionados (Boschetti, 2004; Matud, Guerrer, MatíasInt, 2006; Zarragoitía, 2013). En el caso específico de las emergencias los estudios (Gabriel, Ferrando, Sainz, Mingote, García-Camba, Fernández-Liria, y Gálea, 2007; Gálea, Nandi, y Vlahov, 2005; Hyllers, y Rey, 2006; Miguel-Tobal, Cano, Iruarrizaga, González, y Gálea, 2004) muestran que el TEPT está más asociado a los varones mientras que los trastornos ansiosos y del estado de ánimo son más frecuente en mujeres (Cernuda, 2012).

La edad es otro factor sociodemográfico importante y frecuentemente tiene una relación directa con la experiencia. Así a mayor edad existe una mayor probabilidad de haber afrontado un mayor espectro de situaciones (Fernández-Poncela, 2012) con lo que existe una mayor probabilidad de afrontar de una forma mucho más coherente y objetiva la situación traumática, amortiguando así el impacto emocional. Sin embargo en ciertas ocasiones puede actuar la edad como un factor de vulnerabilidad, como demuestra el estudio realizado por Chen, Heinemann y Hart (2003). Estos autores corroboraron que los bomberos con más de un año de experiencia habían estado más expuestos a muchas situaciones traumáticas y por tanto la sintomatología residual de estas experiencias pasadas predisponía al desarrollo de trastornos psiquiátricos postraumáticos, cobrando especial importancia los trastornos de ansiedad. Aun así estos autores no hacen referencia a otras variables que aquí citamos y sin duda adquieren un peso destacable en combinación (características personales, tipo de desastres,...).

La función del apoyo social es la de incrementar la capacidad para hacer frente a una situación de estrés mantenido en el tiempo, pues los trabajadores de las emergencias desempeñan sus labores siempre en situaciones de riesgo y tensión. Contar con una red de apoyo social que les permita desconectar y desahogarse resulta beneficioso para su salud, por lo que se convierte en una especie de amortiguador ambiental del mismo (Stetz, Stetz y Bliese, 2006). Ya De Franca y Ferrari (2012) llaman la atención sobre el hecho de que el estado civil del personal que interviene en los desastres influye en el impacto emocional que estos provocan, pues el tener pareja amortigua los efectos negativos de la situación traumática.

El nivel profesional y la experiencia laboral son otros dos factores influyentes en la génesis de las patologías objeto de interés en este estudio. Comenzando con la variable experiencia laboral, dicho concepto se refiere a la acumulación de conocimientos en el ámbito laboral que se logra a través del transcurso del tiempo. Dicho factor mantiene en la mayoría de los casos una relación directa con otro del que se ha hablado con anterioridad, la edad. Se sobreentiende que a mayor edad, mayor experiencia laboral (Fernández-Poncela, 2012). Como ya se indicó ocurría cuando se describía el factor sociodemográfico edad, la experiencia puede amortiguar o hacer más vulnerable al personal que interviene en las emergencias, ya que por un lado se han desarrollado una mayor variedad de estrategias de afrontamiento para una intervención eficaz en la situación traumática; pero, por a la vez, a mayor experiencia cabe una mayor probabilidad de tener una sintomatología residual debido al elevado número de intervenciones realizadas, lo cual predispone a cuadros psicopatológicos (Chen, Heinemann y Hart, 2003).

Con respecto al lugar ocupado dentro del organigrama de la organización, partimos de la base de que la mayoría de las estructuras laborales tienen una distribución piramidal y que en el campo de las emergencias dicha estructura también se mantiene, existiendo así trabajadores que realizan trabajo de campo mientras que otros llevan a cabo tareas de coordinación y organización de dichos trabajadores. Para intentar explicar de qué forma dicha variable afecta a la génesis de las patologías del estado de ánimo y cuadros de ansiedad hay que reconocer que en un primer momento influye pues determina el nivel de exposición de dicho personal, situándose de forma más cercana o lejana a la zona de impacto.

Por otro lado afecta a la capacidad de decisión del personal, a más bajo estamento menor capacidad de tomar decisiones de forma autónoma lo que implica una menor sensación de responsabilidad de las acciones realizadas frente a aquellos de un estamento superior que si las tienen que tomar y, por tanto, asumir las posibles consecuencias (Popa, Arafat, Purcărea, Lala, y Bobirnac, 2010).



Para concluir el presente apartado, revisamos la influencia de los factores laborales (Donnelly y Sieber, 2009) entre los que destacan los siguientes:

- Turnos, horarios, rotaciones.
- Sobrecarga laboral: falta de equidad y justicia en el reparto de la carga laboral.
- Severidad del trauma.
- Nivel de exposición.
- Tipo de tarea.

Los turnos, horarios y rotaciones son variables que están directamente relacionadas con el desgaste profesional (Miret, y Larrea, 2010). Estos factores influyen notablemente en la génesis de los cuadros de ansiedad y trastornos del estado de ánimo debido a que cuando las condiciones de trabajo se caracterizan por una labor que demanda una gran cantidad de atención y responsabilidad, un liderazgo inadecuado, rotación de turnos insuficientes y jornadas de trabajo excesivas, influyen negativamente en el rendimiento laboral y bienestar del individuo (Mamani, Obando Zegarra, y Uribe 2007). En base a la propia definición de emergencia-situación que rompe la normalidad y requiere una respuesta rápida- es bastante habitual que los profesionales que trabajan en dicha área se vean influidos por algunos de los factores nombrados en el presente párrafo.

Con respecto a la sobrecarga laboral Chuchon y Artazcoz (citado en Mamani, Obando y Uribe, 2007) afirman en el estudio que realizaron con personal que trabajaba en un dispositivo de emergencias, que la escasez de personal y el poco tiempo que disponen para realizar sus obligaciones son los factores más estresantes para ellos. Dichos autores defienden que la carga de trabajo excesiva, sobretudo, cuando existe demasiado que hacer o cuando el trabajo es

demasiado difícil afecta al rendimiento y satisfacción laboral, coincidiendo con las conclusiones de los autores mencionados en el párrafo anterior.

Continuando con las variables severidad del trauma y nivel de exposición, vamos a comenzar analizando la última de ellas. La podemos definir como el grado de cercanía al que el personal de emergencia se expone en la situación traumática, es decir, primera línea de intervención o, por el contrario, se ocupan zonas más alejadas del punto de impacto (Cortés-Díaz, 2002). Pudiendo además hacerse una clasificación del nivel de exposición no solo por la lejanía vs cercanía sino también por la frecuencia. En función de este criterio se podría hablar de un nivel de exposición continuado, frecuente, ocasional u esporádico.

Teniendo en cuenta los criterios expuestos hasta ahora, cuanto más cercano se esté a la situación traumática y dicha exposición se mantenga más en el tiempo, el impacto emocional de la intervención será mayor. Al respecto de esta idea el estudio realizado por Castillejo y Osca, (2012), con los intervinientes del terremoto de Sinchuan, (2008), y en el que se evaluaron a 1056 de los 1125 soldados que intervinieron, concluyeron que la intensidad de la exposición, entendida como en primera línea o en la retaguardia, el hecho de no haber recibido asistencia psicológica tras la intervención junto con el consumo habitual de alcohol, son predictores significativos para los cuadros de ansiedad.

Con respecto a la severidad del trauma, a lo largo de la introducción se ha hecho mención que uno de los riesgos que el personal de emergencia tiene es resultar herido o incluso llegar a fallecer como resultado de su intervención. Esta variable se refiere a la gravedad de la lesión que dicho personal puede llegar a padecer, estableciendo tres niveles: leve, moderada o grave (Declercq, Meganck, Deheegher, y Van Hoorde, 2011).

Un estudio desarrollado por Corzo y Bohorquez, (2009) en soldados colombianos heridos, tras una intervención en labores de ayuda humanitaria y de reconstrucción, pone de manifiesto la idea comentada en el párrafo anterior, concluyen que la lesión corporal es un factor de riesgo

para desarrollar cualquiera de las patologías asociadas a una situación de intervención en desastre y que además que cuando estas lesiones físicas son graves, existe una mayor intensidad en la sintomatología. La presencia de lesiones aumentan la percepción de la amenaza de la vida y la integridad física durante el trauma, por tanto la gravedad de lesión corporal hace variar la percepción de la amenaza.

En la misma línea, se encuentra el estudio realizado por Schaefer, Blazer, Carr, y Connor, (2007) y en el que se investigan las consecuencias de la exposición a situaciones traumáticas en misiones humanitarias civiles. Se comparan dos grupos de cooperantes o voluntarios que desarrollaban sus labores en Europa o en el Oeste de África y se concluye detectando la presencia de una sintomatología postraumática más aguda en el segundo grupo, debido a que la inestabilidad y peligrosidad de la zona (Oeste de África) a intervenir era mayor, de lo que se deduce que el riesgo al que dicho personal se ve expuesto condiciona en cierta medida el impacto emocional de la experiencia.

Por último es preciso ocuparnos del tipo de tarea a desarrollar en una intervención. Ante una situación de emergencia existen equipos encargados de buscar supervivientes y aplicar las primeras curas, otros se encargan de asegurar las zonas para que un determinado personal pueda entrar en la zona de impacto y otros grupos se ocupan de buscar y sacar cadáveres, en resumen durante una intervención existe una multiplicidad de acciones.

En el trabajo ya mencionado de Samper (2013) con los militares pertenecientes a la UME que intervinieron tras el terremoto de HAITÍ (2010) se evalúan las diferentes reacciones psicológicas en función de las tareas realizadas por dicho personal. Se observa que el personal sanitario, aquellos que han tenido un contacto directo con supervivientes son los que más manifestaciones psicológicas muestran, destacando las ansiosas y depresivas, seguidos del grupo formado por los rescatadores, cuyo trabajo consiste en la recuperación de cadáveres y, por último, el grupo logístico que apenas presentaba secuelas, pues permaneció en el aeropuerto haciendo sus labores de forma segura y controlada.

## **2.10. Resistencia, Resiliencia y Vulnerabilidad.**

No queremos concluir esta introducción sin hacer mención a la Resiliencia, Resistencia y Vulnerabilidad conceptos que de unos años aquí han cobrado especial relevancia en el ámbito de las emergencias (Bascón, 2012; Chávez e Yturralde, 2006; Maddi, 2005; Maddi y Khoshaba, 2005; Silgo y Bardera 2010; Rojas Marcos, 2010). Aunque la mayoría de las personas que viven una experiencia traumática presentan una sintomatología ansiosa, no todas llegan a padecer alteraciones psicopatológicas como ya se ha visto a la largo del presente trabajo.

En primer lugar el término Resistencia (Ventura, 2006), se refiere a la capacidad de un individuo, grupo, organización e incluso de un pueblo entero, para resistir literalmente las manifestaciones de malestar clínico o disfunción asociadas a incidentes críticos, terrorismo u otras emergencias de masas. Desde este punto de vista, podríamos considerar la Resistencia como una especie de inmunidad psicológica frente al estrés y a la disfunción conductual

Por otro lado el término Resiliencia (Silgo y Bardera, 2010) se refiere, del mismo modo, a la capacidad de un sujeto, de un grupo, organización e incluso de una población entera, de recuperarse rápida y efectivamente de las alteraciones psicológicas y/o conductuales asociadas a incidentes críticos, terrorismo u otras emergencias masivas. La Resiliencia es, por tanto, una respuesta de carácter ordinario, no extraordinaria, que depende de:

- a) La capacidad de hacer planes realistas y su seguimiento.
- b) La visión positiva de uno mismo, de sus fortalezas y sus habilidades.
- c) Las habilidades de comunicación y solución de problemas.
- d) La capacidad de manejar sentimientos y emociones intensas.

Por Vulnerabilidad se entiende, cuando el término es aplicado a las personas, como la predisposición marcada por la presencia de una serie de factores y variables, que predisponen a

ser lastimado o herido ya sea físicamente como psicológicamente o moralmente como resultado de una experiencia negativa (McLaughlin, 2012). Dicha cualidad puede ser cuantificada según la capacidad que tenga la persona de prevenir, resistir y sobreponerse a un impacto negativo. Las personas más vulnerables son aquellas que no tienen desarrollada dicha capacidad y por lo tanto se encuentran en situación de riesgo.

Por último, el término Recuperación (Alvarez, Bayón y Cardona, 2013), se refiere, igualmente, a la capacidad de un individuo, grupo, organización, e incluso de una población entera, de recobrar la normalidad a nivel psicológico y conductual.

Continuando con la Resiliencia, es un constructo psicológico poco conocido aún entre otras razones porque las investigaciones e intervenciones en Salud Mental en emergencias se han centrado tradicionalmente más en reducir el sufrimiento, las carencias y los estados negativos que en promover la felicidad o potenciar el desarrollo de las capacidades positivas intrínsecas al ser humano (Dahlsgaard, Peterson y Seligman, 2005; Duckworth , Steen y Seligman, 2005; Poseck 2006; Seligman, Parks y Steen, 2004; Vázquez, 2006, 2009).

Con respecto a dicho constructo, para Kreisler (citado por Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik 2005), su peso recae en las cualidades mentales, de conducta y adaptación que hacen posible que el sujeto supere circunstancias de especial dificultad y además suponga un crecimiento personal. Sea cual sea la definición, la mayoría de las mismas coinciden en definirla como la capacidad del individuo de, no sólo superar un acontecimiento traumático sino, además, salir fortalecido de él. Considerándose que dicha capacidad es fruto de un proceso dinámico y evolutivo que va a variar según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida (Manciaux et al. 2005). Lo verdaderamente interesante para el campo de las emergencias es que se considera que esta capacidad se puede enseñar, aprender, perfeccionar o desarrollar, aspectos fundamentales para la formación del personal interviniente.

Prueba de que la resiliencia tiene efectos positivos en el personal de emergencias son los

resultados obtenidos por Fredrickson y Tugade (2003) tras el atentado del 11-S de Nueva York, el cual puso de manifiesto que sentir emociones positivas como gratitud, amor o interés, tras experimentar el suceso traumático aumentaba, a corto plazo, la vivencia de experiencias subjetivas positivas, realizaba el afrontamiento activo y promovía la desactivación fisiológica, mientras que a largo plazo, minimizaba el riesgo de depresión y reforzaba los recursos de afrontamiento, circunstancias que se dieron en todos los afectados víctimas directas e indirectas.

Otro ejemplo de la utilidad del constructo lo constituye el estudio de Fredrickson y Losada (2005), quienes encontraron que la comunicación positiva y las expresiones de apoyo entre los miembros de un equipo de primera respuesta constituían un elemento diferenciador en términos de rendimiento cuando realizaban sus intervenciones. En concreto, en su investigación observacional entre setenta equipos, los autores identificaron a quince que solían utilizar discursos positivos, los cuales tenían mejor rendimiento y menos niveles de ansiedad tras sus intervenciones que aquellos equipos que utilizaban un discurso más negativo. Además, los resultados indicaron que los grupos con mayor rendimiento exhibían mucho más a menudo emociones positivas y un mayor número de ideas e iniciativas en comparación con el resto de los grupos de trabajo.

Dougall, Hyman, Hayward, McFeely, Baum, (2001) realizaron una investigación longitudinal (2, 6, 9 y 12 meses), donde se evaluaron a 159 trabajadores de emergencia que intervinieron en las labores de rescate del vuelo 427 de USAir Air (1994). Los investigadores trataron de evaluar como el optimismo, apoyo social, formas de afrontamiento y el estrés padecido modulaban el impacto negativo de la intervención. La investigación incluyó mediciones físicas y cuestionarios. Los resultados mostraron que el personal que tenía una visión optimista previa a la intervención la seguía manteniendo después y que dicho personal manifestó menor cantidad de sintomatología ansioso depresiva, también detectaron que tendían a buscar el apoyo social como forma de afrontamiento. Así mismo entre los optimistas hubo menos informes sobre el estrés, menor uso de estrategias de afrontamiento basadas en la evitación, y un enfoque más práctico en la resolución de problemas.

¿Qué extensión se puede hacer de estos conceptos al campo de las emergencias? Como ya se ha indicado en páginas precedentes, hay personas que son resistentes a la aparición de síntomas clínicos tras la experimentación de un suceso traumático. Ello no quiere decir que no experimenten dolor o que no tengan recuerdos desagradables sino que a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida cotidiana. Por el contrario, hay sujetos que son muy sensibles y por ello les afectan de forma especial los hechos que les ocurren, estas personas están más predisuestas a tener una respuesta más exagerada e intensa que otras ante el mismo suceso negativo, por lo tanto Resistencia, Resiliencia, Vulnerabilidad y Recuperación están estrechamente interrelacionados en el campo de las actuaciones ante situaciones de emergencia y desastre. Más concretamente, aplicando estas cuestiones al personal interviniente resultaría muy eficaz verificar que los miembros de los equipos tuvieran lo que Kobasa, Maddi y Puccett ya definieron en 1982 como «*personalidad resistente*», es decir unas características que permitan afrontar con un estilo adaptativo cualquier situación traumática y amortiguar o reducir así el impacto negativo de la misma. Dicho patrón es descrito como formado por tres elementos fundamentales: Compromiso, Control y Desafío. El Compromiso implica la tendencia a involucrarse en las diversas actividades tanto laborales como sociales, mientras que el Control se refiere a la tendencia a pensar y actuar con la convicción de que se puede ejercer una influencia en el curso de los acontecimientos. El Desafío, por último, tiene que ver con la capacidad para entender la experiencia como una oportunidad y un incentivo para el crecimiento personal.

La citada personalidad resistente actuaría a través de diferentes vías (Moreno, Morett, Rodríguez, y Morante, 2006; Delahaij, Gaillard y Van Dam, 2010):

- Contribuyendo a modificar las percepciones sobre el estímulo estresante. Los sujetos con personalidad resistente serían más propensos a percibir los estímulos estresantes como positivos y controlables.
- Induciendo a un determinado estilo de afrontamiento. Las características de personalidad resistente pueden moderar los efectos del estímulo estresante facilitando estrategias

adaptativas o inhibiendo estrategias poco adaptativas. Así, al utilizar el coping transformacional se perciben los estímulos potencialmente estresantes como oportunidades de crecimiento, por lo que se les hace frente de manera optimista y activa, en contraste con quienes utilizan las estrategias regresivas, que evitan o se separan de los estímulos potencialmente estresantes.

- Afectando indirectamente a las estrategias de afrontamiento, fomentando el recurso del apoyo social.
- Favoreciendo cambios hacia determinados estilos de vida saludables. La variable «*Hardiness*» influiría en determinadas prácticas como el ejercicio o el descanso, que repercutirían finalmente en la salud del individuo. En este sentido, se ha demostrado que existen relaciones positivas entre personalidad resistente y estilos de vida saludables (Birch, y Gafni, 2013; Moreno, Hernández, y Herrer, 2005).

Que la personalidad resistente amortigua el impacto de eventos estresantes ha sido demostrado por la literatura científica sobre todo en el campo de la enfermería dedicada a las urgencias (Garrosa, Moreno, Liang y González, 2008; Harrison, Loiselle, Duquette, y Semenic, 2002; Judkins, Reid y Fur-low, 2006; Lambert, Lambert, Petrini, Li y Zhang, 2007; Ortega, Ortiz y Coronel, 2007) donde se plantea que dicha personalidad actúa amortiguando el impacto de los acontecimientos traumáticos generando un afrontamiento adaptativo y, por otro lado, fomentando el compromiso de sus intervenciones.

En el campo concreto de la intervención en desastres la literatura concluye que los miembros de los equipos de primera respuesta con personalidad resistente son menos propensos a padecer enfermedades físicas, más optimistas, menos estresados, con una mayor variedad de estrategias de afrontamiento y menos desgastados profesionalmente (Huang, Yeoh, y Toyota,



2012; Latorre, 2008; Moreno, Garrosa, Corso, Boada y Rodríguez, 2012; Moreno, Morett, Rodríguez y Morante, 2006).

Otro estudio interesante es el de Prati y Pietrantonio (2009) con una muestra de 509 policías municipales italianos expuestos a incidentes críticos y en el que trataba de identificar qué factores actuaban de riesgo y cuáles de protección ante acontecimientos traumáticos. Identificaron que los policías resilientes presentaban, en comparación con el otro grupo de policías no resilientes, mayores niveles de autoestima y un mayor apoyo social, aspectos que amortiguaban la percepción de peligro e identificaron que los policías no resilientes tenían en su historial experiencias traumáticas anteriores no superadas.

En vista de los resultados comentados en los párrafos precedentes se pone de manifiesto que es una capacidad muy interesante a desarrollar en el personal que interviene en emergencias.

A la hora de concluir este apartado es preciso mencionar la utilidad práctica de todo lo expuesto. La participación como intervinientes ante cualquier acontecimiento traumático exige un firme compromiso y asumir riesgos para la vida que otro tipo de trabajos no tienen (Bowles y Bates, 2010). Además supone también mayores esfuerzos de adaptación para sus miembros, así como para sus familias como se ha justificado a lo largo de toda la introducción mediante datos epidemiológicos. Con lo cual resulta de inestimable utilidad tener en cuenta qué aspectos relacionados con la personalidad actúan como mecanismos de protección, crecimiento o recuperación para todos los profesionales que se ven implicados en una situación de emergencia.

Para ello habría que salirse del campo clínico y trasladarse al de la selección de personal. Así por ejemplo en el caso de la policía (Yagüe, 1994), definió los rasgos que un buen policía debería poseer, destacando autocontrol de los impulsos y emociones, sentido de la autocrítica, seguridad en sí mismo, sentido de la autoridad, firmeza personal, resistencia a la frustración,

capacidad empática y manejo de la relación interpersonal, neutralidad afectiva en el ejercicio profesional, objetividad, iniciativa, capacidad de integración en el grupo, desarrollo de conductas cooperativa y capacidad de automotivación.

Cortés, Piero y Sherrington (2001) en un estudio sobre el Perfil Psicológico de los Bomberos pertenecientes a Cuerpo de Bomberos de la Quinta Región (Argentina), establece que el perfil que caracteriza a los bomberos especializados en rescates, es el de personas que prefieren «*pensar*» antes de dejarse llevar por las emociones; conjugar aspectos de ayuda social con el goce de ser héroe; pertenecer y trabajar en equipo antes de estar solo.

En la actualidad para ingresar en el Cuerpo de Policía Nacional se debe cumplimentar un cuestionario de personalidad, y el sujeto debe de mostrar el perfil buscado para poder acceder a dicho cuerpo. Este mismo procedimiento ocurre en la Guardia Civil, Cuerpo de Bomberos, Policía Local y Policías Autónomas, sin embargo resulta paradójico que en el caso de las Fuerzas Armadas no se busca un perfil determinado sino que en las pruebas de selección, se evalúa la ausencia de psicopatologías y una prueba de aptitudes. No obstante, cada vez más y sobre todo a raíz de la creación de la Unidad Militar de Emergencia, los militares intervienen en situaciones de desastre con lo que resultaría interesante disponer de dicho perfil. Esta investigación pretende ser una primera aproximación a la elaboración de dicho patrón.

### **3.**

# **Objetivos e Hipótesis**



### **3.1. Objetivos**

En la presente investigación nos hemos planteado alcanzar los siguientes objetivos:

a) Evaluar el impacto emocional -concretamente Ansiedad y Estado de Ánimo- generado en los componentes de la Misión Hispaniola desplazados a Haití para realizar labores de ayuda humanitaria tras el terremoto que asoló el país en enero de 2010.

b) Estudiar la relación existente entre las características sociodemográficas y de personalidad de los miembros de la Misión Hispaniola, y el efecto que a niveles de ansiedad y depresión puede generar su participación en la citada misión.

c) Elaborar un perfil del personal, que esté centrado en aquellas dimensiones de personalidad, que puedan representar predictores de resistencia a las mencionadas respuestas de ansiedad y depresión.

### **3.2. Hipótesis**

**I.** La participación en misiones vinculadas a acontecimientos traumáticos tiene efectos en los niveles de ansiedad y depresión de los participantes.

- Los niveles de Ansiedad Estado se modificarán en la muestra analizada al contrastar los resultados de la medición previa al desplazamiento a la zona de intervención con la posterior evaluación realizada, a su vuelta, después de un periodo de despliegue de

cuatro meses, tendiendo a un incremento en la segunda medida.

- Los valores de Ansiedad Rasgo no serán más elevados en la evaluación efectuada a la finalización de la misión que en el análisis llevado a cabo al comienzo.
- Los niveles de depresión de la muestra sufrirán un incremento entre el primer momento de evaluación y el segundo.

**II.** Las variables sociodemográficas jugarán un papel significativo sobre la aparición de ansiedad y síntomas depresivos.

- En el personal sin experiencia previa en misiones, los cambios en los niveles de Ansiedad Estado (A/E) serán más significativos frente a los del personal que sí dispone de dicha experiencia.
- El peso de los síntomas depresivos en los profesionales con varias misiones previas será menor que el que aparezca en aquellos que afrontan su primera misión.
- La Ansiedad Estado (A/E) alcanzará un valor más alto en el personal que tiene hijos a su cargo frente a aquellos que no, tanto en la fase previa al desplazamiento como en la fase final de la misión.
- Las personas con un mayor número de hijos (2 ó más) presentarán puntuaciones mayores en síntomas depresivos tras realizar la misión que aquellas que tienen menos (1 ó ninguno).

**III.** Las dimensiones de personalidad modulan los efectos emocionales negativos derivados de la misión de ayuda.

- Los sujetos con una alta puntuación en Extraversión en el cuestionario 16 PF-5 tendrán valores más bajos en Ansiedad Estado (A/E), Ansiedad Rasgo (A/E) y en los valores globales de Depresión de la escala de Depresión de Beck (BDI).
- Los sujetos con puntuaciones altas en la dimensión Ansiedad del cuestionario 16 PF-5 presentaran también puntuaciones altas en Ansiedad Estado (A/E), Ansiedad Rasgo del cuestionario STAI y en las puntuaciones de la prueba de Beck (BDI).
- Una alta puntuación en la dimensión Dureza del cuestionario 16 PF-5 predecirá valores bajos en Ansiedad Estado (A/E), Ansiedad Rasgo (A/R) y niveles de Depresión en el inventario de Beck (BDI).
- Aquellos sujetos con un valor alto en la dimensión Independencia del cuestionario 16 PF-5 tendrán valores bajos en Ansiedad Estado (A/E), Ansiedad Rasgo (A/R) así como en depresión valorada a través del instrumento ideado por Beck (BDI).
- Un valor alto en la dimensión Autocontrol del cuestionario 16 PF-5 correlacionará negativamente con la Ansiedad Estado (A/E), Ansiedad Rasgo (A/R) y las puntuaciones del inventario de Depresión de Beck (BDI).

# **4. Metodología**





#### **4.1. Descripción de la Muestra.**

Para someter a prueba las hipótesis planteadas se ha recurrido a la evaluación de 194 miembros de las Fuerzas Armadas Españolas, todos ellos pertenecientes a la Armada Española -concretamente a Infantería de Marina-, que durante un periodo de 4 meses han permanecido en Haití a fin de facilitar ayuda humanitaria tras el terremoto sufrido el 18 de Enero del 2010.

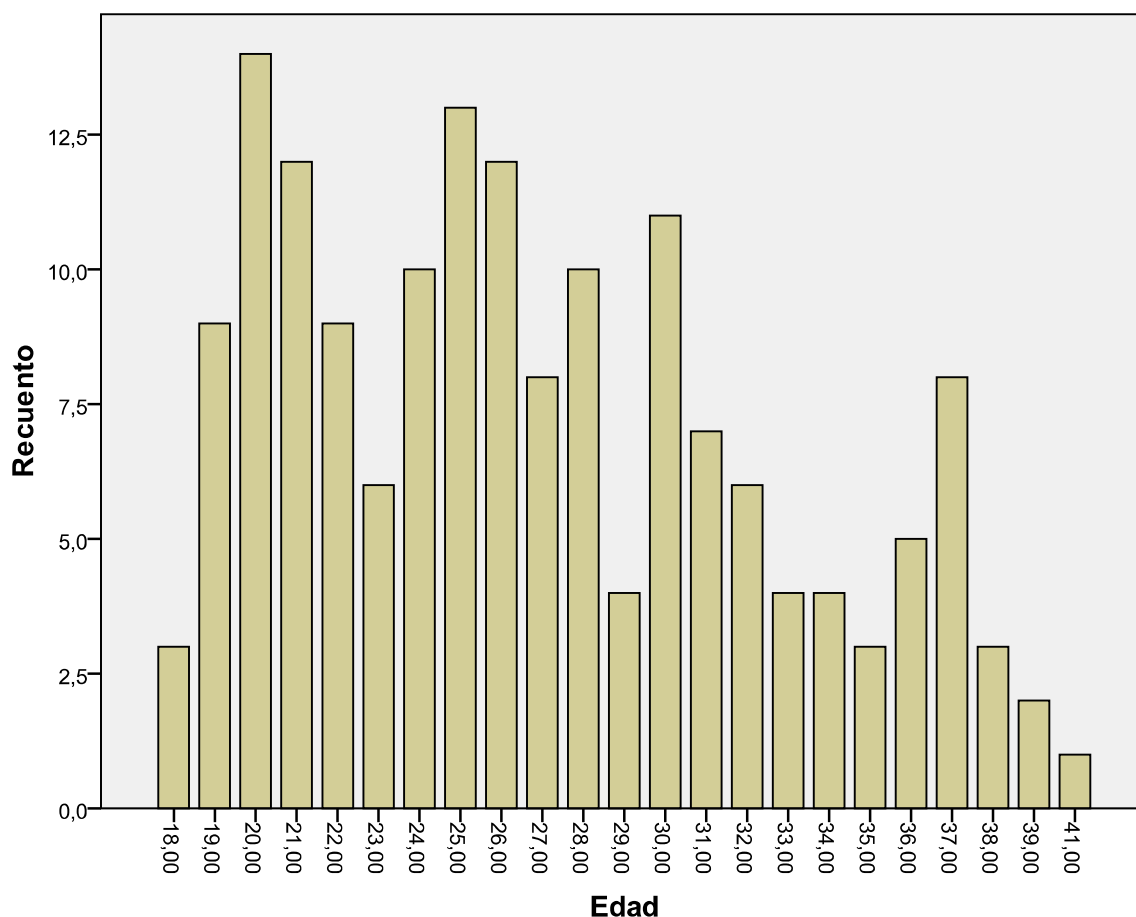
La muestra analizada ha estado formada por 164 personas, se han excluido a 20 mujeres, 5 oficiales y 5 suboficiales, por su escasa representatividad y consecuentemente por la imposibilidad de extraer conclusiones estadísticas atendiendo bien al sexo o bien al empleo.

En relación a la procedencia geográfica de la muestra, la componen personas de diversas provincias españolas, aunque la mayoría de ellas tienen fijada su residencia en la provincia de Cádiz por evidentes motivos laborales.

No se ha llevado a cabo ningún tipo de muestreo estandarizado, el criterio de selección que se ha utilizado ha sido evaluar a todo el personal que bajase a tierra, es decir, aquellos que iban a participar de forma directa en labores de ayuda humanitaria y de reconstrucción. El resto del contingente que participaba en la misión no fue estudiado.

A continuación se describen las características sociodemográficas de la muestra evaluada. Las edades oscilan entre los 18 y los 41 años, siendo la media de 26,8 años y una desviación típica de 5,7. Se puede apreciar que en su gran mayoría la muestra está formada por una población joven. Ver Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribución de la muestra por edades.

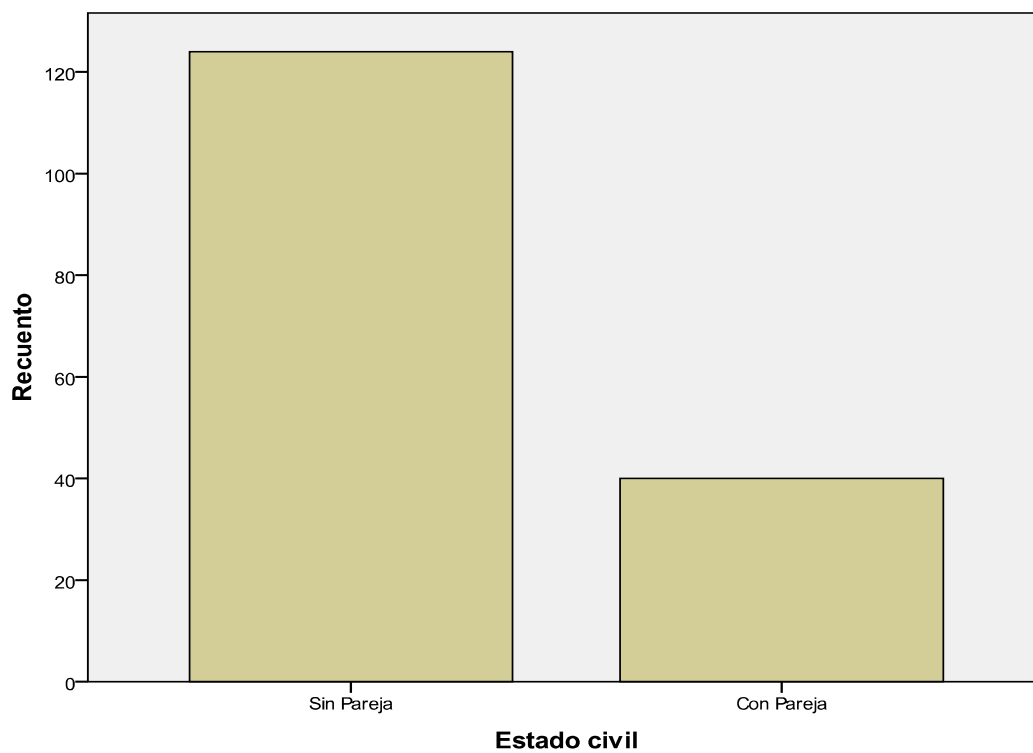


Teniendo en cuenta el estado civil se observa que casi un 75% de los componentes no tienen pareja estable, de lo que se deduce que en su gran mayoría no tienen responsabilidades familiares cuando inician el despliegue. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Descriptivos de la muestra según estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin pareja estable	124	75,6
Con pareja estable	40	24,4

Gráfico 2. Distribución de la muestra según estado civil.



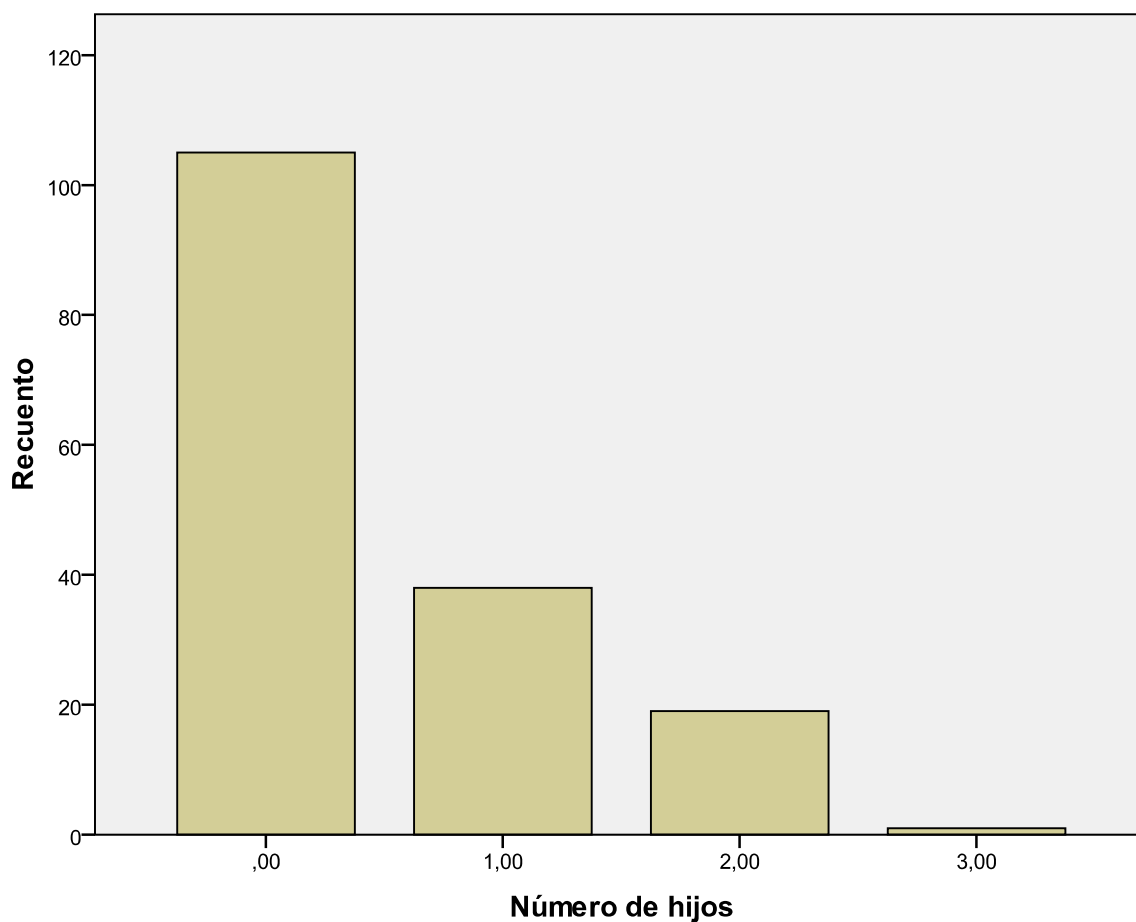
La distribución de los componentes de la muestra en función del número de hijos se recoge en la Tabla 4 y en el Gráfico 3. Como se puede comprobar hay un predominio de aquellos individuos que no tienen hijos. Su juventud y el tipo de actividad que desarrollan son explicaciones evidentes a esta circunstancia.

Tabla 4. Descriptivos de la muestra según número de hijos.

	Frecuencia	Porcentaje
0	105	64,0
1	38	23,2
2	19	11,6
3	1	,6

---

Gráfico 3. Distribución de la muestra, según número de hijos



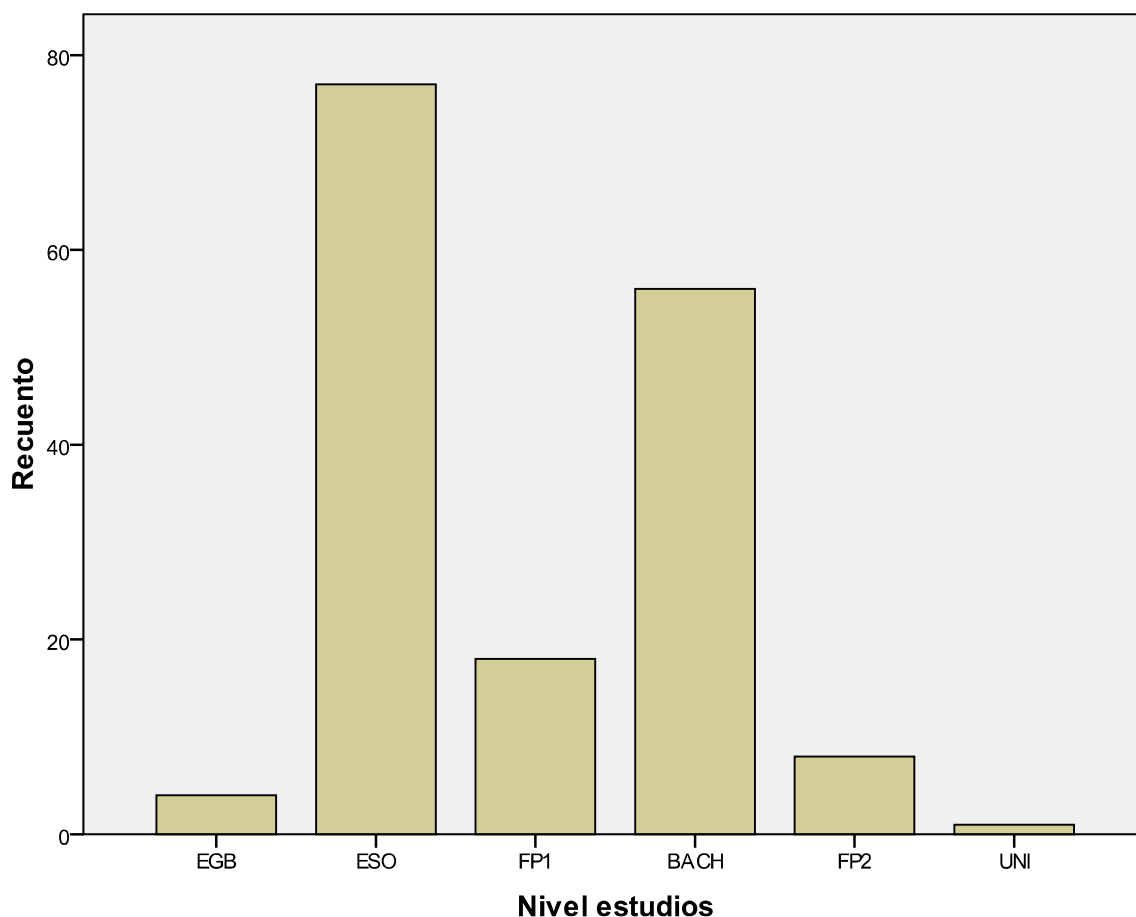
En cuanto a los niveles culturales, se pone en evidencia como la práctica totalidad tienen estudios medios con un porcentaje muy reducido de personal con formación superior. Dicha circunstancia es un reflejo de lo que ocurre en la vida civil actualmente. Ver Tabla 5 y Gráfico 4.

Tabla 5. Descriptivos de la muestra según nivel de estudios.

	Frecuencia	Porcentaje
EGB	4	2,4
ESO	77	47,0
FP1	18	11,0
BACH	56	34,1
FP2	8	4,9
UNI	1	,6

Con el fin de proceder a su análisis estadístico, estos datos se han agrupado en dos grupos: Grupo 1: EGB y ESO; Grupo 2: FP y superiores.

Gráfico 4. Distribución de la muestra según nivel de estudios.



Por último, respecto al número de misiones realizadas por los componentes de la muestra se observa que algo menos del 65% de ellos han realizado dos o más misiones, es decir, se trata de una población con experiencia en estas actividades en distintas zonas del mundo, Ya en tareas humanitarias de salvamento, de ayuda o propiamente de carácter militar. Tabla 6 y Gráfico 5.



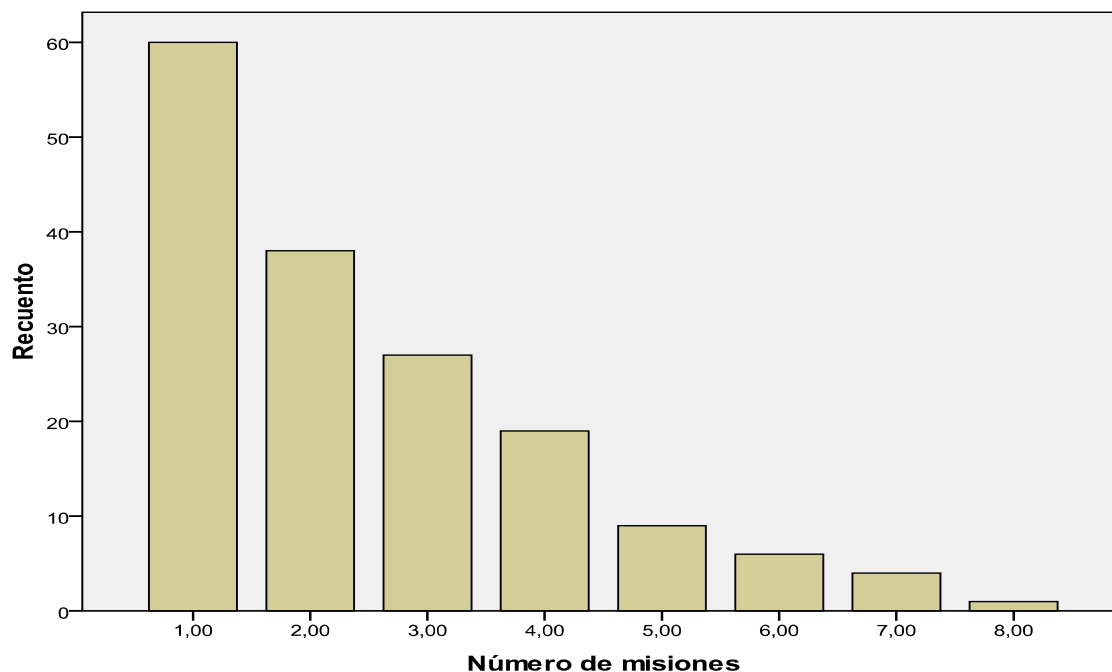
Tabla 6. Descriptivos de la muestra según número de misiones.

---

	Frecuencia	Porcentaje
1,00	60	36,6
2,00	38	23,2
3,00	27	16,5
4,00	19	11,6
5,00	9	5,5
6,00	6	3,7
7,00	4	2,4
8,00	1	,6

---

Gráfico 5. Distribución de la muestra según número de misiones.



Al comienzo de la misión, todos los miembros del contingente gozan de buena salud física y psíquica, ya que se trata de un requisito imprescindible para formar parte de la misma y que se verifica mediante los exámenes médicos y psicológicos previos a la incorporación.

La Misión Hispaniola comienza a prepararse el 19 de Enero del 2010, tras el anuncio del Gobierno Español del envío de tropas españolas a Haití, como ayuda humanitaria, tras haber sufrido dicho país un terremoto de consecuencias desastrosas. Para ello se traslada a la zona indicada, el buque Castilla con 450 efectivos. Se dispusieron de tres días para la preparación de la misión tanto a nivel del personal como del material necesario. Así, el 22 de Enero del 2010 zarpa de la Base Naval de Rota con rumbo a Haití, el BAA Castilla.

## 4.2. Instrumentos

Para el desarrollo del estudio planteado se ha recurrido al empleo de varios cuestionarios de personalidad que nos ayuden a obtener y perfilar la información precisa para cumplir el objetivo de esta investigación. En este caso hemos hecho uso de los siguientes:

### A) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Cuestionario elaborado por Spielberg, Gorsuch y Lushena (1982), adaptado a la población española por Seisdedos en 1982.

Comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos modalidades de ansiedad, tomando como punto de partida los planteamientos teóricos desarrollados por Spielberg (1970): Ansiedad Estado (STAI/E) y Ansiedad Rasgo (STAI/R).

La Ansiedad Estado tiende a definirse como una reacción emocional puntual, es decir, una respuesta a una situación amenazante o estresante con una duración limitada en el tiempo

La Ansiedad Rasgo se conceptualiza como una disposición más o menos permanente de responder al entorno de una determinada forma en cierta medida permanente.

El instrumento incluye dos escalas independientes, cada una de ellas formada por 20 ítems. La escala estado (A/E) consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir cómo se siente «*en un momento particular*», mientras que la escala rasgo (A/R), también con 20 frases, puede mostrar cómo se siente el sujeto «*generalmente*». Cada escala está impresa en una de las dos caras del ejemplar del STAI, para facilitar la aplicación e instrucciones del examinador.

Las puntuaciones en A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60. Los sujetos mismos deben evaluar cada elemento en un rango que va desde 0 a 3.

Para evitar el efecto de la aquiescencia en las respuestas, se han entremezclado elementos planteados en sentido afirmativo y positivo (directos e inversos).

Con respecto a su fiabilidad, posee una elevada consistencia interna: entre 0,90 y 0,93 en la escala Ansiedad/Estado y entre 0,84 y 0,87 en Ansiedad Rasgo. Con respecto a la validez, su valor se encuentra muy relacionado con los constructos previamente definidos, su valor es de 0,75 (Bermúdez, 1977)

***B) Inventario de Depresión de Beck (BDI).***

El Inventario de Depresión de Beck fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad a nivel sintomático de la depresión. Cada ítem contiene varias frases autoevaluadas que el entrevistador lee al paciente para que éste seleccione la que mejor se adaptase a su situación. Con el paso del tiempo, la utilidad dada al BDI ha ido variando y en la actualidad se ha generalizado su uso como escala autoaplicada, La versión utilizada para este trabajo es la adaptada al castellano y validada por Vazquez et al. (1978), que ha sido durante mucho tiempo la versión más popular en nuestro país. Aunque hay adaptaciones posteriores, la mayoría de ellas se han planteado para estudiantes universitarios o enfermos, Sanz, Navarro y Vázquez (2003); Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez (2005).

En fechas posteriores se han hecho otras baremaciones de Pearson. Sin embargo en el momento de realizar esta investigación sólo estaba disponible la baremación previamente mencionada.

El contenido del inventario enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión que el físico, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor

peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

El evaluado/a tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de la puntuación obtenida por cada sujeto puede variar de 0-63 puntos.

No hay que olvidar que el objetivo prioritario de este instrumento es el de cuantificar la sintomatología no proporcionar un diagnóstico.

Se trata posiblemente del cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía científica al uso (por ejemplo, desde 1967 a 2013 aparece reseñado en PSYCINFO 4161 veces). Se utiliza tanto para el diagnóstico de depresión, como para proporcionar una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática. También es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica -por su sensibilidad al cambio-, y en la investigación para la selección de sujetos.

Respecto a la fiabilidad, sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna, alfa Cronbach 0,76- 0,95. La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0,8$ , Conde, Esteban y Useros (1976). Su validez predictiva como instrumento de diagnóstico fue realizada en nuestro país por Vázquez y Sanz (1991) con unos buenos resultados: sensibilidad del 100%, especificidad del 99%, valor predictivo positivo del 0.72 y valor predictivo negativo 1, Sanz et al. (2003).

### *C) 16PF5*

El Cuestionario de Personalidad de 16 Factores, 16PF, viene a resumir la labor de muchos

años de Catell (1993), adaptado a la población española por Seisdedos (1994) para identificar los principales componentes de la personalidad mediante el análisis factorial de los adjetivos de la lengua inglesa que describen conductas humanas. La forma 5, utilizada en esta investigación, aunque actualizada y revisada, continua midiendo las dieciséis escalas primarias de personalidad ya identificadas hace más de 45 años.

El instrumento contiene 185 elementos destinados a medir tanto los 16 rasgos primarios como el índice MI (Manipulación de la imagen o deseabilidad social). Las escalas contienen entre 10 y 15 elementos y la prueba puede ser aplicada, individualmente o en grupo, en menos de una hora. El nivel de lectura exigido está a nivel de 2º de ESO.

Después de la primera edición del 16PF (1949), se han hecho cuatro revisiones con claras mejoras en las escalas 1956, 1962, 1967-69, 1993, la primera adaptación española de 1975 se basó en la tercera de estas revisiones. Como resultado de la cuarta revisión surge la versión utilizada en esta investigación la publicada en 1995. Se llama 5, porque incluye, como aportación 5 dimensiones globales, amparadas en el modelo de los Big Five.

El 16PF5, mide 16 escalas primarias de la personalidad identificadas, Catell hace más de 45 años, en los estudios originales y permite además agrupar dichas escalas primarias para obtener las 5 grandes dimensiones de la personalidad.

El 16PF en general y la Forma 5 en particular pueden ser útiles en muy diferentes contextos práctica clínica, ocupacional o de educación. Esta aplicabilidad se apoya en sus principales propiedades, en primer lugar está su cobertura de muchas dimensiones de la personalidad, una segunda característica es la orientación funcional de sus medidas, es decir, las escalas no se apoyan en concepciones subjetivas o apriorísticas, sino que se orientan a rasgos propios del desarrollo normal de la personalidad, finalmente se integra en un cuerpo organizado de conocimientos prácticos y teóricos. Lo que permite que sus resultados puedan predecir el comportamiento de los sujetos en los contextos mencionados con anterioridad.

Respecto a las normas de aplicación, esta forma del 16PF está diseñada para su aplicación a adolescentes, a partir de 16 años y adultos, individual o colectivamente. Para su uso solo se exige una capacidad lectora de nivel de enseñanza primaria.

Las cuestiones se presentan con tres alternativas de respuesta, excepto en la Escala B (Razonamiento), donde la alternativa de en medio siempre es un interrogante. Los quince elementos de razonamiento están situados al final del cuadernillo, después de los elementos de personalidad. Esta presentación facilita la continuidad de las respuestas de personalidad y las separa de la medida intelectual, algo deseable en algunos contextos.

Diversos estudios dan cuenta de las propiedades psicométricas de esta escala como los de Aluja y Blanch, (2002 y 2003); Aluja, Rossier, Garcia, y Verardi, (2005). El importante uso que este cuestionario tiene en el presente estudio nos obliga a comentar algunas de las características principales de este instrumento. A nivel de Fiabilidad, diversos estudios en población universitaria desarrollados durante su validación española nos muestran la consistencia interna en el tiempo del mismo, con dos test-retest en intervalos de 2 semanas y 2 meses. Ello nos permite considerar que sus puntuaciones de base son estables en el tiempo, o al menos la idea de que los resultados obtenidos son consistentes.

Respecto a la consistencia interna del propio test, se realizaron estudios de «dos mitades» y que arrojaron un nivel adecuado, 0,76, al igual que el índice alfa de Crombach el cual ronda entre 0,62 y 0,81.

Respecto a la validez, la preparación de la escala 16PF-5 también ha sido objeto de estudio en muestras españolas, Aluja y Blanch (2002 y 2003) Aluja, Rossier, Garcia, y Verardi, (2005), Aluja, García, García y Seisdedos (en prensa) considerándose que su validez de constructo es adecuada, y confirmándose la replicabilidad de los factores de segundo orden.

### 4.3. Método de Trabajo

A todos los integrantes se les reunió en el comedor de tropa del buque (era el único lugar a bordo donde se podía reunir a todo el personal) y se les informó de los objetivos de la investigación a llevar a cabo, solicitándose su participación, la cual podían decidir siempre de forma voluntaria. Con respecto al consentimiento informado se les solicito a todos los componentes de la muestra de forma verbal. No hubo ninguna abstención.

El diseño del estudio se planteó como un estudio longitudinal pre-post en una doble evaluación secuenciada en dos momentos diferentes. Al diseñar esta investigación existía el riesgo de que apareciera la mortalidad experimental, bien por problemas físicos o psíquicos o por accidentes, sin embargo el 100% de los individuos que participaron en el primer momento de la investigación acudieron a la segunda medición.

· Fase 1: se inició a los 4 días de haber zarpado del puerto de Rota. Fue imposible la realización de las pruebas antes debido a las inclemencias del tiempo. Se reunió a todo el personal en el comedor de tropa, se le expuso de forma detallada todos los objetivos de la investigación, así como la importancia de su colaboración. Las pruebas fueron realizadas de forma simultánea por todos los participantes. Se aplicaron tres instrumentos: 16PF-5, STAI y BDI. Señalar que en el momento de la realización de las pruebas aún no se tenía constancia de la labor que se iba a realizar en Haití, y que la única información que se tenía al respecto eran las noticias emitidas en T.V e internet.

· Fase 2: La segunda medición tuvo lugar a los 5 días de haber iniciado la navegación de vuelta a España. De la misma forma que en el caso anterior se procedió a realizar una aplicación de carácter colectivo. Al igual que en la Fase 1, volvió a ser en el comedor de tropa el lugar



elegido para la realización de las pruebas y en este caso en lugar de los tres test realizados en la fase anterior, sólo se aplicaron dos: STAI y BDI. En contraposición a la Fase 1, en este momento la misión estaba terminada, durante cuatro meses se habían realizado tareas de ayuda humanitaria, labores de reconstrucción y durante todo este proceso se perdieron a cuatro compañeros a raíz de un accidente de helicóptero.

#### **4.4. Método Estadístico**

El análisis de los datos recogidos se ha realizado con el SPSS 17.0. Inicialmente se han utilizado los análisis estadísticos descriptivos para mostrar las características de la muestra total en cuanto a sus variables sociodemográficas, así como una descripción pormenorizada de las puntuaciones obtenidas en el BDI y STAI en función de algunas variables sociodemográficas.

En la primera parte del estudio se han intentado encontrar las variables que pueden predecir cambios de las puntuaciones obtenidas en el BDI y STAI previos a la misión y posteriores a la misma. Para ello se han generado diversos modelos de regresión lineal; inicialmente para comprobar si alguna de las variables sociodemográficas tiene impacto sobre esas puntuaciones; y progresivamente, controlando todas estas variables, introduciendo los diversos factores de personalidad contemplados en el 16 PF-5.

En una segunda parte del estudio, se ha profundizado en estos cambios intentando estudiar aquellos que son significativos a partir de la formación de grupos que experimentan un cambio cualitativo relevante. Para estas comparaciones grupales se han empleado tanto pruebas paramétricas como no paramétricas en función del tamaño de los grupos -siendo la «t» de Student la empleada en aquellos grupos superiores a 30 personas y la «U» de Mann-Whitney en el caso

de ser inferiores en número-, con la intención de buscar que variables diferencian a estos grupos y pueden ser consideradas como relevantes para ese cambio.

# **5. Resultados**



## 5.1. Análisis descriptivos.

### 5.1.1. Análisis descriptivo del Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Las puntuaciones obtenidas por nuestra muestra total (N= 164) en el Inventario de Depresión de Beck (BDI), aplicado para valorar los niveles de depresión se pueden observar en la Tabla 7. Como se puede comprobar, las medias de las puntuaciones obtenidas en la Fase 1 y el en la Fase 2 son muy similares.

Tabla 7. Puntuaciones promedio obtenidas por la muestra en el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

	FASE 1		FASE 2	
	Media	DT	Media	DT
<b>BDI</b>	3,73	5,8	3,5	6,1

Dt=desviación típica

Como se puede apreciar, los valores medios no superan los umbrales establecidos para el diagnóstico de sintomatología depresiva.

Pasando a continuación a analizar los niveles de depresión de la muestra atendiendo a las variables sociodemográficas, se observa lo siguiente:

**- En base al número de misiones.**

Tabla 8. Puntuaciones medias obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) por la muestra según la variable número de misiones.

**Nº DE MISIONES**

	1(N:60)		2(N:38)		3(N:27)		4(N:19)		+5 (N:20)	
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
<b>FASE 1 BDI</b>	4,8	5,5	3	6,4	3,5	7,1	3,4	6,1	2,8	2,3
	1(N:60)		2(N:38)		3(N:27)		4(N:19)		+5 (N:20)	
	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
<b>FASE 2 BDII</b>	3,3	4,2	2,7	4,6	2,8	6,9	4,4	7,4	5,8	10,3

D = desviación típica

A nivel descriptivo llama la atención que a menor número de misiones la sintomatología depresiva tiende a disminuir entre la Fase 1 y 2. Pero para los grupos que tienen 4 o más misiones se observa la tendencia opuesta la sintomatología depresiva tiende a incrementarse entre ambos momentos de evaluación. Así mismo es significativa la gran variabilidad de las puntuaciones dentro de cada grupo.

**- Según número de hijos.**

Tabla 9. Puntuaciones medias obtenidas por la muestra en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) según la variable número de hijos.

<b>NÚMERO DE HIJOS</b>						
	0 (N: 105)		1(N:38)		+ 2 (N:20)	
	M	D	M	D	M	D
<b>FASE 1 BDI</b>	4	6	3,3	5,8	2,9	4,7
	0 (N: 105)		1(N:38)		+ 2 (N:20)	
	M	D	M	D	M	D
<b>FASE 2 BDI</b>	3,37	6,2	3,36	5,1	4,9	7,6

El análisis descriptivo muestra que a mayor número de hijos, la sintomatología depresiva tiende a incrementarse frente a aquellos que no tienen cargas familiares.

**- Según estado civil.**

Tabla 10. Puntuaciones medias obtenidas por la muestra según la variable estado civil

ESTADO CIVIL								
	FASE 1				FASE 2			
	Sin pareja estable		Con pareja estable		Sin pareja estable		Con pareja estable	
	(N:124)		(N:40)		(N:124)		(N:40)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<b>BDI</b>	3,9	5,7	3,17	5,9	3,57	6,2	3,4	6,16

En la Tabla 10, el grupo que no tiene pareja estable presenta una media en la puntuación del BDI en la Fase 1 superior a la de los que si tienen pareja estable mientras que en la Fase 2 la media de los que no tiene pareja estable disminuye frente al grupo que sí la tiene.



**- Según nivel de estudios.**

Tabla 11. Puntuaciones medias obtenidas por la muestra según la variable nivel de estudio.

	NIVEL DE ESTUDIOS							
	FASE 1				FASE 2			
	Bajo (N:81)		Alto(N:83)		Bajo(N:81)		Alto(N:83)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<b>BDI</b>	4,3	6,6	3,1	4,9	3,1	5,4	3,8	6,8

En la Tabla 11, no se evidencian niveles significativos de sintomatología depresiva, pero existe una disminución de las puntuaciones medias en el grupo con un nivel bajo de estudio entre la Fase 1 y 2. Sin embargo el grupo con un nivel alto mantiene niveles estables entre la Fase 1 y 2.

**5.1.2. Análisis descriptivo del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo.**

En la prueba administrada para valorar los niveles de ansiedad, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), los resultados en la escala STAI /E muestran que en la Fase 1 las puntuaciones equivalen al percentil 62 mientras que, en la Fase 2, la mayoría de las puntuaciones de la muestra se asocian al percentil 55.

En el caso de las puntuaciones en STAI/R, en la Fase 1, la puntuación media sitúa a la muestra en el percentil 35 y se mantiene en la Fase 2.

Tabla 12. Resultados medios obtenidos por la muestra en el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI A/E).

	<b>FASE 1</b>		<b>FASE 2</b>	
	Media	DT	Media	DT
<b>STAI A/E</b>	22,55	19	20,6	18,7
<b>STAI A/R</b>	16,8	18,9	17	21,2

Tomando como referencia los baremos de la prueba en el caso de la Ansiedad Estado (valor medio 20,54 y DT 10,56) y en el caso de la Escala Ansiedad Rasgo (valor medio 20,19 y DT 8,89), las puntuaciones en la tabla 6 de la muestra obtenidas en la escala Ansiedad Estado están muy por encima de dichos valores medios establecidos por la prueba. Sin embargo en el caso de la escala Ansiedad Rasgo las puntuaciones se encuentran por debajo del valor del baremo de la prueba. Lo mismo se observa con las desviaciones típicas lo que indica una gran variabilidad en las puntuaciones de la muestra total.

A continuación se pasa a analizar los niveles de ansiedad de la muestra atendiendo a las variables sociodemográficas:

- Según número de misiones.

TABLA 13. Valores obtenidos por la muestra en el cuestionario STAI según número de misiones.

		<b>Nº DE MISIONES</b>									
		1(N:60)		2(N:38)		3(N:27)		4(N:19)		+ 5(N:20)	
<b>FASE 1</b>		M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
<b>STAI A/E</b>		26,9	21,9	17,7	15,5	24,6	18,7	18	16,4	20,1	16
<b>STAI A/R</b>		20,9	21	16,2	20	10,4	9,6	19,2	7,4	11,5	10,5
		1(N:60)		2(N:38)		3(N:27)		4(N:19)		+ 5(N:20)	
<b>FASE 2</b>		M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
<b>STAI A/E</b>		20,3	19,2	17,9	16,1	18,1	10,6	25	25,5	25,9	22
<b>STAI A/R</b>		19,2	21,1	16,5	16,6	10,2	16,4	20,8	29,8	16,3	24,7

Tomando como referencia el ya mencionado valor 20,54 para la escala A/E y comparándolo con los obtenidos en la tabla 7, la muestra presenta unas puntuaciones por encima de la media de los baremos en la escala ansiedad estado en aquellos sujetos que tienen 1 y 3 misiones frente a aquellos sujetos que tienen 2,4 ó 5 o más, quienes presentan niveles por debajo del baremo de la prueba, durante la fase 1. En la Fase 2, solo aquellos con 4, 5 o más misiones superan el umbral establecido por la prueba. Comparando ambos momentos todos los grupos tienden a disminuir sus niveles de Ansiedad Estado excepto aquellos con más misiones, que lo incrementan.

Con respecto a los niveles de Ansiedad Rasgo el baremo de la prueba establece el umbral en 20,19. Durante la Fase 1, excepto para el grupo que esta es su primera misión, que presenta una media muy cercana al límite establecido por la prueba, los demás grupos se sitúan por debajo del baremo del cuestionario. Por el contrario en la Fase 2, es el grupo con 4 misiones quien incrementa su nivel de Ansiedad Rasgo y además es superior al valor establecido por el baremo de la prueba. El resto de los grupos tienden a disminuir sus medias. Si se comparan ambas fases, se observa que la ansiedad rasgo disminuye en todos los grupos menos en aquel que tiene 4 misiones.

La dispersión de las puntuaciones en todos los casos y en todos los análisis realizados es muy alta.

**- Según número de hijos.**

Tabla 14. Puntuaciones obtenidas en el cuestionario STAI por la muestra según la variable número de hijos.

NÚMERO DE HIJOS

	0 (N: 105)		1(N:38)		2 ó más (N:20)	
<b>FASE I</b>	M	D	M	D	M	D
<b>STAI A/E</b>	21,9	19	22,6	17	27	23,1
<b>STAI A/R</b>	15	17,5	19,4	19,8	21,6	23,9

	0 (N: 105)		1(N:38)		2 ó más (N:20)	
<b>FASE II</b>	M	D	M	D	M	D
<b>STAI A/E</b>	19	16,7	24,23	21,24	23,6	23,6
<b>STAI A/R</b>	16,2	18,6	19,55	25,07	17,8	26,8

Los niveles de A/E en función del número de hijos muestra que el grupo que no tiene hijos tiende a reducir su nivel medio, tendencia que se observa también el grupo que tiene más hijos (2o+), frente a aquellos que tienen un hijo, los cuales incrementan su A/E.

Por el contrario la tendencia en los niveles de A/R, es que aquellas personas sin cargas familiares tienden a incrementar sus niveles, los que tienen un único hijo se mantienen estables frente a aquellos que tienen más de un hijo, que reducen sus niveles medios de A/R.

**- Según estado civil.**

Tabla 15. Puntuaciones obtenidas en el cuestionario STAI por la muestra según la variable estado civil.

	ESTADO CIVIL							
	FASE 1				FASE 2			
	Sin pareja estable (N:124)		Con pareja estable (N:40)		Sin pareja estable (N:124)		Con pareja estable (N:40)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<b>STAI A/E</b>	22,26	18,67	23,45	20,1	19,88	18	22,97	21
<b>STAI A/R</b>	15,8	17,3	19,9	23	16,27	19,8	19,17	25

En la Tabla 15, se observa que ambas muestras presentan unas puntuaciones por encima del valor medio de la prueba en la escala Ansiedad Estado (20,54) en las Fase 1, mientras que en la Fase 2 el grupo que no tiene pareja estable alcanza valores inferiores al ya citado valor medio establecido y la muestra con pareja estable mantiene la tendencia de la Fase 1. En ambos grupos se observa una disminución de los niveles de Ansiedad Estado entre fases.

En el caso de la Ansiedad Rasgo, los dos grupos tienen niveles por debajo del baremo establecido por la prueba (20,19), en las dos fases. El grupo sin pareja estable presenta un ligero aumento entre las fases 1 y 2 frente al grupo con pareja estable se mantiene estable en ambas.

**- Según nivel de estudios.**

Tabla 16. Puntuaciones obtenidas por la muestra en el cuestionario STAI según la variable nivel de estudio

	NIVEL DE ESTUDIOS							
	FASE 1				FASE 2			
	Bajo (N:81)		Alto (N:83)		Bajo (N:81)		Alto (N:83)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<b>A/E</b>	22,7	19,5	22,33	18,5	19,76	15,9	21,48	21,1
<b>A/R</b>	16,8	19,6	16,7	18,2	16,56	20,22	17,38	22,2

En la Tabla 16 y tomando de nuevo como referencia los baremos de la prueba, ambos grupos superan los niveles establecidos por la prueba en la Fase 1 para la Ansiedad Estado, pero dicha tendencia se rompe en la Fase 2 en el grupo con nivel académico bajo, que presenta valores por debajo del baremo. Se aprecia una disminución de los niveles en la Fase 1 para los dos grupos.

En el caso de la escala Ansiedad Rasgo, en la Fase 1 ambos grupos están por debajo del nivel medio establecido en la prueba y dicha tendencia se mantiene en el momento dos de la evaluación.

**5.1.3. Análisis descriptivo del Cuestionario de Personalidad 16PF-5.**

Tabla 17. Puntuaciones obtenidas por la muestra en el 16PF-5

	Medía	Desviación típica
A	13,4268	3,86595
B	9,2805	2,70094
C	15,6098	3,20757
D	13,9817	3,41321
F	13,7317	3,80684
G	15,2256	3,29961
H	15,0305	4,23167
I	7,5305	3,34595
L	8,5915	4,06966
M	4,3171	3,31525
N	9,8293	4,51801
O	6,9817	4,86438
Q1	12,5976	3,65661
Q2	4,4573	4,18784
Q3	13,7500	3,62570
Q4	6,9268	4,27801
EXT	4,8049	1,98732
ANS	4,9329	1,90296
DUR	6,1707	1,87528
INP	5,0122	1,99382
AUTO	4,4085	1,83294



## 5.2. Análisis Diferencial.

### 5.2.1. Análisis de Medidas Repetidas Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Para comprobar el efecto que la misión humanitaria pudiera tener en la sintomatología depresiva se realizó la prueba «t de student» para medidas repetidas. Los resultados, utilizando el Inventario de Beck, no muestran la existencia de diferencias significativas, con un nivel de significación  $p > 0,5$ , trabajando a niveles globales, en las puntuaciones del grupo en las fases pre y post. Los resultados pueden verse en la Tabla 18.

Tabla 18. Comparación de valores promedio entre la primera y la segunda fase en el BDI.

	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
<b>Beck1 - Beck2</b>	,297	163	,767

### 5.2.2. Análisis de Medidas Repetidas en el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo.

Para comprobar el efecto de la misión humanitaria en los niveles de ansiedad se realizó una prueba de diferencia de medias para medidas repetidas. Los resultados en la muestra global utilizando el cuestionario de ansiedad, en la Escalas Estado-Rasgo como medida del nivel de ansiedad no muestran diferencias significativas en las puntuaciones en las Fases 1 y 2 y en los casos de A/E y A/R, con un nivel de significación  $p > 0,5$ . Los resultados pueden verse en la Tabla 19.

Tabla 19. Comparación de medias, en primera y segunda medida, en Ansiedad Estado (A/E) y Ansiedad Rasgo (A/R) en la muestra global.

		<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
<b>Par 2</b>	<b>A_E1 - A_E2</b>	1,014	163	,312
<b>Par 3</b>	<b>A_R1 - A_R2</b>	-,105	163	,916

### 5.3. Regresión Lineal.

#### 5.3.1. Regresión Lineal Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Para analizar el posible impacto de las variables del estudio sobre el cambio en los índices de depresión de los sujetos participantes en la misión del presente estudio, se creó un índice basado en restar la puntuación obtenida en la Fase 2 en la prueba Beck (BDI) a la puntuación obtenida en la Fase 1, que será la que se utilizará como variable dependiente, y sobre la cual se comprobarán posibles predicciones.

Las variables predictoras del cambio se analizan a continuación.

#### - Variables Sociodemográficas.

Se procedió a realizar un modelo de regresión lineal que comprendiera las variables sociodemográficas de la muestra, Estas variables fueron la edad, el nivel de estudios (categorizado

como alto o bajo, siendo el punto de corte el haber realizado estudios superiores a la educación secundaria obligatoria o no), el estado civil (sin pareja estable/con pareja estable), hijos (categorizando como con y sin hijos) y número de misiones realizadas previamente (1,2,3,4 y 5 o+ misiones).

Los resultados nos muestran que la única variable que predice los cambios, de forma positiva, es el número de misiones ( $t=2,2820$ ;  $\text{sig} < .05$ ), es decir, a mayor número de misiones mayor presencia de sintomatología depresiva.

#### **- Dimensiones globales de la Personalidad.**

Para comprobar la influencia de las variables de personalidad medidas con el 16PF-5, previo a la misión, sobre los cambios en la sintomatología depresiva producidos por el paso del tiempo, se procedió a realizar varios modelos de regresión lineal que comprendieran las cinco grandes variables de personalidad mostradas por esta prueba.

En todos los modelos se controlaron las variables sociodemográficas anteriormente estudiadas, de ese análisis se dedujo que solo influye en la sintomatología de depresiva el número de misiones. El paso siguiente ha sido identificar los rasgos de personalidad que diferencian del resto del grupo a los sujetos cuya interacción entre números de misiones y sintomatología depresiva ha resultado significativa.

Todos los resultados pueden verse en la Tabla 20.

Tabla 20. Cuadro resumen de la relación entre las dimensiones globales de personalidad y la sintomatología depresiva.

Relaciones entre Dimensiones Globales de la Personalidad con Sintomatología depresiva				
	Independencia de número de misiones	Interacción de número de misiones	t	sig
	Ans	X	-2,1	<.05
Ext			454	651*
Dur	X		-2.086	<.05
Imp		X	-2,128	<.05
Auto		X	-2,023	<.05

\*sin relación predictiva

A continuación se exponen los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones globales de la personalidad. A grandes rasgos existen dos dimensiones que explican los cambios en la sintomatología depresiva por sí mismas. Se trata de Ansiedad y Dureza. Mientras que Independencia y Autocontrol explican los cambios a nivel de sintomatología depresiva; pero siempre y cuando se tenga en cuenta el número de misiones que la persona tenga en su haber, es decir, anteriormente se observó que a mayor número de misiones mayor sintomatología depresiva, pero las dimensiones Independencia y Autocontrol amortiguan la influencia de las variable sociodemográfica número de misiones.

a) *Ansiedad (Ans-/Ans+).*

Este primer modelo de regresión lineal nos muestra una relación significativa entre

la dimensión Ansiedad y la sintomatología depresiva ( $t=-2,1$ ;  $\text{sig} < .05$ ), en una relación inversamente proporcional. A mayor puntuación en ansiedad menor sintomatología depresiva y esta influencia es independiente del número de misiones que tenga el sujeto. Es decir, la dimensión Ansiedad explica los cambios en los niveles de depresión por sí misma.

b) *Extraversión (Ext-/Ext+).*

No se halla ninguna relación de la dimensión Extraversión con las puntuaciones del BDI ( $t=0,454$ ,  $P=651$ ), quedando patente solo la relación positiva entre el número de misiones y las puntuaciones de depresión ( $t= 2,403$ ;  $p < .05$ ).

c) *Dureza (Dur-/Dur+).*

La relación entre la dimensión Dureza y la sintomatología depresiva es inversamente proporcional, ( $t=-2.086$ ,  $p < .05$ ). A mayor puntuación en Dureza menor sintomatología depresiva y esta tendencia se mantiene independientemente del número de misiones.

d) *Independencia (Ind-/Ind+).*

Se encuentra un vínculo en la interacción entre la sintomatología depresiva y la dimensión Independencia ( $t=-2.128$ ,  $p < .05$ ) siempre y cuando se tenga en cuenta la variable sociodemográfica número de misiones. De forma que las personas que tienen menor número de misiones y menor puntuación en Independencia presentan una mayor sintomatología depresiva. Cuando exista mayor número de misiones y una mayor puntuación en Independencia menor sintomatología depresiva.

e) *Autocontrol (AuC-/AuC+).*

En la última variable estudiada, el modelo de regresión lineal nos mostró una interesante interacción entre el número de misiones y la dimensión Autocontrol ( $t=-2,023$   $p < .05$ ), respecto a la sintomatología depresiva. De forma que aquellos militares

que tienen un mayor número de misiones en su haber y que muestran una mayor puntuación en Autocontrol presentan menor sintomatología depresiva.

**- Dimensiones básicas de la Personalidad.**

Para comprobar el influjo de las dimensiones básicas de personalidad medidas con el 16PF-5, previo a la misión, sobre los cambios en la sintomatología depresiva producidos por el paso del tiempo, se procedieron a realizar varios modelos de regresión lineal que comprendieran las 16 dimensiones de personalidad mostradas por esta prueba. Solo se han incluido aquellas dimensiones que muestran resultados significativos. Ver Tabla 21.

Tabla 21. Cuadro resumen de la relación entre las dimensiones básicas de la personalidad y la sintomatología depresiva.

<b>Relaciones entre Dimensiones BÁSICAS de la Personalidad con la DEPRESIÓN</b>				
	Independencia de número de misiones	Interacción de número de misiones	t	sig
B		X	-2,742	<.01
E		X	2,749	<.05
N	X		1,910	<.058
Q1	X		2,765	<.05
Q3		X	1,983	<.05

a) *Pensamiento Abstracto-Pensamiento Concreto. Factor B (B-/B+).*

La relación es de interacción con el número de misiones (**t=-2,742; sig<.01**). Este resultado indica que los militares con Pensamiento más Concreto (puntuaciones bajas) y escaso número de misiones son quienes experimentan aumentos en la sintomatología depresiva medida con el BDI.

b) *Dominancia. Factor E (E-/E+).*

La relación es del mismo tipo, interacción (**t=-2,749; sig<.05**). Las personas menos Dominantes (E Bajo) y con menor número de misiones aparecen más vulnerables a la sintomatología depresiva.

c) *Privacidad. Factor N (N-/N+).*

En este factor hay una relación de independencia (**t=-1,910; sig=.058**), es decir, la dimensión básica Privacidad va a influir en los niveles de depresión del personal militar independientemente del número de misiones que lleve.

Los sujetos con menos puntuación en la escala N, independientemente de las misiones que lleven en su haber, muestran más sintomatología depresiva a la vuelta. Estos parecen tener peor previsión de cara a una misión de este tipo, pues vuelven con más cambios en las puntuaciones del Beck.

d) *Apertura al Cambio. Factor Q1 (Q1-/Q1+).*

Con la dimensión básica Apertura al Cambio ocurre lo mismo que con la anterior, se observa una relación de independencia, pero esta vez positiva (**t= 2,765; sig<.01**). Los sujetos con más puntuación en la escala Q1 parecen experimentar más sintomatología depresiva.

e) *Perfeccionismo. Factor Q3 (Q3-/Q3+).*

La relación en este caso es de interacción (**t=-1,983; sig<.05**), es decir, esta dimensión

básica de la personalidad resulta relevante siempre y cuando se tenga en cuenta la variable número de misiones. Es una relación inversa, el personal con menos misiones y menor puntuación en la escala Q3, muestra mas aumento de sintomatología depresiva.

. Predic

### **5.3.2. Regresión Lineal Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo.**

Para analizar el posible impacto de las variables del estudio sobre el cambio en los índices de de ansiedad de los sujetos de la presente investigación, se creó nuevamente un índice basado en restar la puntuación obtenida en la Fase 2 a la puntuación obtenida en la Fase 1 pero esta vez en las dos escalas que forman el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Se ha procedido a hacer el mismo análisis que previamente se ha realizado con las puntuaciones del BDI. Las variables predictoras del cambio se analizan a continuación:

#### **5.3.2.1. Regresión Lineal Escala Ansiedad Estado (A/E).**

- *Variables Sociodemográficas.*

Estas variables han sido: edad, nivel de estudios, estado civil, número de hijos y cantidad de misiones realizadas previamente, todas ellas categorizadas en base a los principios indicados en páginas precedentes.

Al igual que en el caso de la sintomatología depresiva, solo el número de misiones resulta significativo ( $t=2,057$ ;  $\text{sig}<.05$ ), siendo esta relación positiva, es decir, a mayor número de misiones, mayor posibilidad de padecer unos niveles de Ansiedad Estado significativos.



- Dimensiones Globales de la Personalidad.

Para comprobar la influencia de las cinco dimensiones globales de la personalidad medidas con el 16PF-5, al inicio de la misión, sobre los cambios en Ansiedad Estado producidos por el paso del tiempo, se procedieron a realizar varios modelos de regresión lineal. En todos los modelos se controlaron las variables sociodemográficas. Ver Tabla 22.

Tabla 22. Cuadro resumen de la relación entre las dimensiones globales de personalidad y la Ansiedad Estado (A/E).

<b>Relaciones entre Dimensiones Globales de la Personalidad con la ansiedad Estado</b>				
	Independencia de número de misiones	Interacción de número de misiones	t	sig
Ans			-1,583	,115*
Ext			-1,024	,308*
Dur			-,305	,760*
Imp			-,936	,351*
Auto			-,735	,464*

\*sin relación predictiva

Ninguna de las dimensiones globales del 16-PF5, influye de manera significativa en los niveles de Ansiedad Estado de los militares evaluados.

**- Dimensiones Básicas de la Personalidad.**

A continuación se realiza el mismo análisis que en el caso de las dimensiones globales pero en esta ocasión para comprobar el impacto de las variables de las dimensiones básicas de personalidad medidas con el 16PF-5, previo a la misión, sobre los cambios en los niveles de Ansiedad Estado producidos por el paso del tiempo, se procedieron a realizar varios modelos de regresión lineal que comprendieran las 16 dimensiones básicas de personalidad mostradas por esta prueba. En todos los modelos se controlaron las variables sociodemográficas anteriormente estudiadas, conteniendo la interacción con el número de misiones, dado el resultado obtenido en el epígrafe anterior.

La única dimensión básica sobre la que se encontrado una relación significativa es Perfeccionamiento si se tiene en cuenta la variable sociodemográfica número de misiones, ( $t=-2,193$ ;  $sig<.05$ ). Dicho de otra manera, los sujetos con menor puntuación en esta dimensión y pocas misiones presentan niveles más altos de Ansiedad Estado.

**5.3.2.2. Regresión Lineal en la Escala Ansiedad Rasgo.**

**- Variables Sociodemográficas.**

Estas variables han sido las ya indicadas en otro lugar: edad, nivel de estudios, estado civil, número de hijos y número de misiones previas.

De nuevo se hallan vínculos entre número de misiones y aumento de los niveles de Ansiedad/Rasgo ( $t=2,518$ ;  $sig<.05$ ).

- Dimensiones Globales de la Personalidad.

Como en el caso del análisis de la escala ansiedad estado, se han realizado varios modelos de regresión lineal para identificar que dimensiones globales de la personalidad del 16PF-5 resultan relevante en los niveles de A/R de los militares evaluados. Ver Tabla 23.

Tabla 23. Cuadro Resumen de la relación entre las dimensiones globales de personalidad y la Ansiedad Rasgo (A/R).

<b>Relaciones entre Dimensiones Globales de la Personalidad con Ansiedad rasgo</b>				
	Independencia de número de misiones	Interacción de número de misiones	t	sig
Ans			-1,487	.139*
Ext			-1,408	.161
Dur			,963	.337
Imp		X	-2,235	<.05
Auto			-,020	.984*

\*sin relación predictiva

La única dimensión básica en la que se ha encontrado una relación estadísticamente significativa es en Independencia, solo si se tiene en cuenta el número de misiones de los individuos ( $t=-2,235$ ;  $\text{sig}<.05$ ). En este caso aquellos con menor puntuación en la dimensión Independencia presentan un aumento de los niveles de Ansiedad Rasgo cuando tienen pocas misiones.

*- Dimensiones Básicas de la Personalidad.*

Continuando con la línea del análisis de los datos, se analiza la posible relación entre los niveles de Ansiedad Rasgo de la muestra y las dimensiones básicas del 16PF-5. Ver Tabla 24.

Tabla 24. Cuadro Resumen de la relación entre las dimensiones básicas de la personalidad y la ansiedad rasgo (A/R).

<b>Relaciones entre Dimensiones básicas de la Personalidad con Ansiedad rasgo</b>				
	Independencia de número de misiones	Interacción de número de misiones	t	sig
E		X	-2,816	<.01

*a) Dominancia. Factor E (E-/E+).*

Según los resultados obtenidos, el factor E interacciona con el número de misiones

de forma inversa, ( $t=-2,816$ ;  $sig <.01$ ), De esta manera, a menor puntuación en la escala Dominancia y mayor número de misiones, los sujetos muestran mayores niveles de Ansiedad Rasgo.

#### **5.4. Comparación de Medias.**

En el presente análisis se plantea comprobar las posibles causas, más allá de la mera variación de puntuaciones, de los cambios de «*etiqueta*» diagnóstica de depresión (grave, moderada...) o ansiedad derivados del número de misiones realizadas por los componentes de la muestra.

##### **5.4.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI).**

Se procede a dividir la muestra en grupos cuyas puntuaciones varían de una forma significativa y cambian a lo largo de la misión. El resultado son tres grupos:

- El primero de ellos categorizado como «*estable*» pues su sintomatología depresiva no varía.
- Un segundo grupo «*mejora*» formado por aquellos sujetos que en el curso de la misión su sintomatología depresiva se reduce en relación con su estado basal.
- Un tercer grupo «*empeoramiento*» formado por aquellos cuya sintomatología depresiva tiende a ir a peor a lo largo de la misión.

Conviene especificar antes de continuar que a lo largo de epígrafe se habla de incremento,

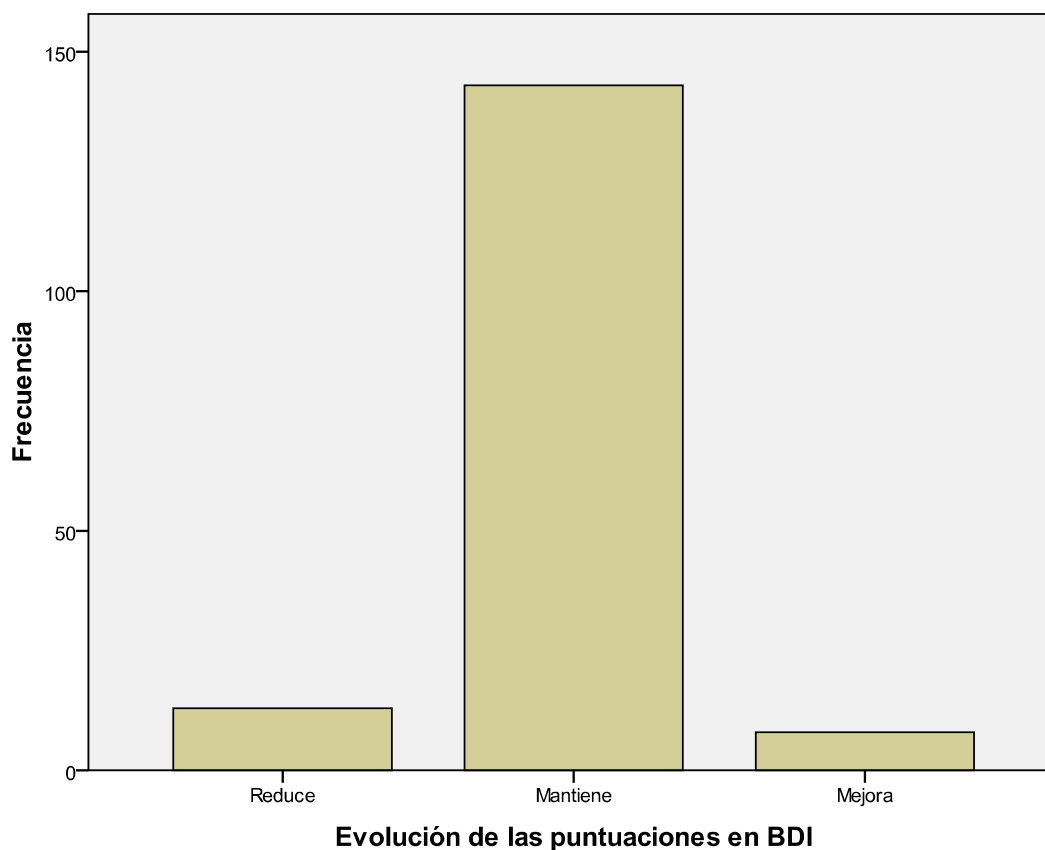
reducción y estabilidad en la sintomatología depresiva sin embargo esto no quiere decir que dicha sintomatología sea clínicamente significativa.

Tabla 25. Evolución de la muestra respecto a la sintomatología depresiva.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mejora	13	7,9	7,9	7,9
estable	143	87,2	87,2	95,1
a peor	8	4,9	4,9	100,0
Total	164	100,0	100,0	

En la Tabla 25 se observa que 13 sujetos de la muestra total, mejoran su sintomatología depresiva basal, 143 sujetos se mantienen estables y 8 sujetos empeoran su estado.

Gráfico 7. Evolución de la sintomatología depresiva tras la misión.



#### 5.4.1.1. Pruebas no Paramétricas para explicar los cambios en el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Para comprobar diferencias estadísticas entre los 3 grupos creados, y dado su pequeño tamaño en algunos casos, se procedió a utilizar la técnica de Kruskal Wallis, equivalente al Anova de medidas independientes, comparando tanto medidas sociodemográficas, como globales de personalidad y básicas en busca de posibles diferencias. Ver Tabla 26.

- Con variables Sociodemográficas.

Tabla 26. Resultados del Anova no paramétrico de los cambios de las puntuaciones en el BDI respecto a las variables sociodemográficas.

	Edad	Estado Civil	Número de hijos	Nivel estudios	Nº misión
Chi-Square	2,837	1,310	1,828	3,471	5,520
Df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,242	,519	,401	,176	,063

La Tabla 26 muestra que los grupos son equivalentes en edad, estado civil, número de hijos y nivel de estudios. Solo se aprecia una tendencia a la diferencia en el número de misiones, es decir, los grupos son iguales en todo excepto en el número de misiones y respecto a dicha variable se observa que el grupo con menos misiones tiende a mejorar, el grupo con un nivel intermedio de misiones se mantiene estable y el grupo con más misiones tiende a incrementar sus niveles de sintomatología depresiva.

Para localizar la diferencia exacta, recurrimos a un análisis de diferencia de medias no paramétrico entre las variables sociodemográficas obteniendo lo mostrado en la siguiente Tabla 27.

Tabla 27. Resultados de la Diferencia de Medias no paramétrica entre los grupos que reducen y aumentan la sintomatología depresiva en los momentos pre y post de la misión.



	Edad	Estado Civil	Número de hijos	Nivel estudios	Nº misión
Z	1,599	1,128	1,303	-1,859	2,078
Sig. asintót.	,11	,259	,193	,063	,038

Como resultado de las comparaciones, se ve una diferencia en el número de misiones entre el grupo que reduce y aumenta la sintomatología depresiva ( $Z = -2,078$ , sig < .05), teniendo por tanto más misiones el grupo que aumenta la sintomatología depresiva. No existen diferencias en el resto de los casos.

**- Dimensiones globales de personalidad del 16PF-5 y la evolución de síntomas anímicos.**

Encontramos que en ninguna de las dimensiones globales de personalidad del 16-PF5 aparecen diferencias entre el grupo que incrementa su sintomatología depresiva y entre el grupo que la reduce.

**- Dimensiones Básicas del 16PF-5 y la evolución de los niveles de depresión.**

Tabla 28. Resultados el Anova no paramétrico de las puntuaciones del BDI y dimensiones básicas de personalidad del 16-PF5.

	<b>B</b>
<b>Chi-Square</b>	11,805
<b>df</b>	2
<b>Asymp. Sig.</b>	,003

Se halla solo una diferencia significativa entre los tres grupos creados (**chi= 11,805, Sig <.01** ). A continuación se procede a comprobar la procedencia de este contraste con una diferencia de medias no paramétrica entre los grupos, encontrando una diferencia entre los grupos que mantiene y aumenta en sintomatología depresiva (**Z= -2,801, sig <.01**), el grupo estable y el grupo que reduce sintomatología (**Z=-2,162, sig<.05**) siendo siempre en ambos casos la puntuación en la escala B (Dimensión básica Pensamiento Concreto-Pensamiento Abstracto) mayor en el grupo estable. En el resto de los grupos no se detectan discrepancias.

Como conclusión, la dimensión razonamiento en valores altos parece estar relacionada con un mantenimiento de las puntuaciones de la prueba de Beck en el momento pre y post misión.

En definitiva, un estilo de pensamiento abstracto se relaciona con la estabilidad, mientras que un estilo de pensamiento concreto se asocia a la inestabilidad en la sintomatología vinculada a la depresión y esta variabilidad va a depender, a su vez, del número de misiones.

#### **5.4.2. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo.**

Continuando con el procedimiento realizado en el apartado anterior con el BDI, se ha

realizado un análisis similar con el cuestionario STAI y sus dos escalas. Para poder establecer los grupos, como en el caso anterior, se han utilizan los baremos establecidos por la prueba, Ansiedad Estado media: 20.54 y dt: 10.56 y Ansiedad Rasgo media: 20.19 y dt: 8.89 y así poder establecer puntos de corte entre todos los sujetos evaluados.

#### **5.4.2.1. Escala Ansiedad Estado.**

En el caso de la A/ E, todos aquellos sujetos con una puntuación inferior a 9.98 (resultado de la operación  $20.54-10.56$ ) presentan una Ansiedad Estado normalizada según el baremo de la prueba. Por el contrario el personal con una puntuación superior al resultado de la fórmula  $20.54 +10.56$ , es decir, 31,10, ha sido clasificado como poseedor de una Ansiedad Estado significativa, tomando siempre como referencia el baremo de la prueba. Ver Tabla 29,30.

Tabla 29. Descripción de los grupos formados en función de los niveles de A/E pre-misión.

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válidos</b>	<b>A/E baja</b>	41	25,0
	<b>A/E Normal</b>	86	52,4
	<b>A/E Alta</b>	37	22,6
	<b>Total</b>	164	100,0

Tabla 30. Descripción de los grupos formados en función de la ansiedad Estado posterior a la misión.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válidos</b> <b>A/E baja</b>	44	26,8
<b>A/E Normal</b>	90	54,9
<b>A/E Alta</b>	30	18,3
<b>Total</b>	164	100,0

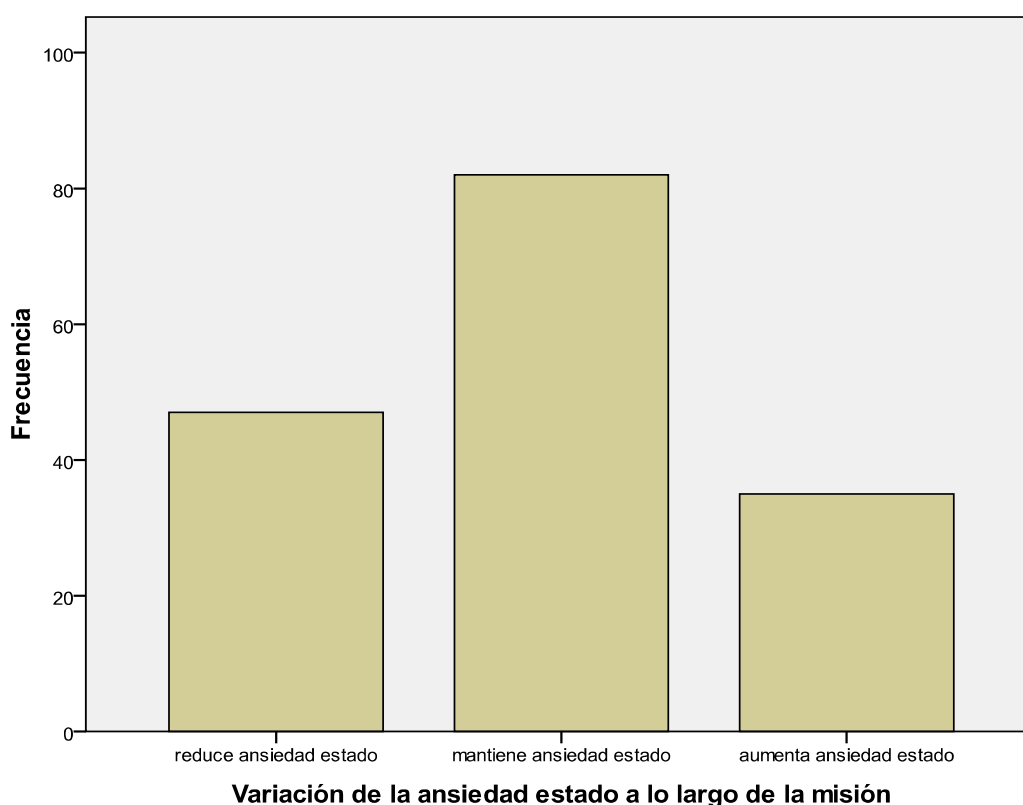
El siguiente análisis se efectúa sobre los cambios de la muestra en A/E

Tabla 31. Evolución de la muestra respecto a los niveles de A/E.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válidos</b> <b>reduce A/E</b>	47	28,7
<b>mantiene A/E</b>	82	50,0
<b>aumenta A/E</b>	35	21,3
<b>Total</b>	164	100,0

En la Tabla 31 se observa que un 28,7% de la muestra total reduce su nivel de Ansiedad Estado, un 21,3% lo aumenta y un 50% mantiene unos niveles estables entre el momento pre y post misión.

Gráfico 8. Evolución de los niveles de A/E tras la misión.



#### 5.4.2.1.1. Estudio de las diferencias en la evolución de la Ansiedad Estado.

La conformación de los grupos nos permite utilizar un análisis de varianza (ANOVA) sin tener que recurrir a pruebas no paramétricas. A continuación se ha seguido la misma pauta que en el caso de la prueba BDI.

*- Análisis de varianza en Variables sociodemográficas*

El Anova llevado a cabo con los diferentes grupos de cambio en Ansiedad Estado para las variables sociodemográficas, no muestra diferencia alguna entre los tres grupos, por lo que se debe considerar los tres grupos como equivalentes en edad, número de misiones, estudios, estado civil e hijos.

*- Dimensiones globales de la personalidad*

Como ocurre en el caso anterior, tampoco se localiza ninguna diferencia en las variables de personalidad globales entre los tres grupos formados.

*- Dimensiones Básicas de la personalidad (16 PF-5)*

El resultado del Anova nos muestra que existen diferencias significativas entre los tres grupos en dos dimensiones básicas, Abstracción (M) (**F= 4,340, gl=2 , sig < .05**) y la dimensión Tensión (Q4) (**F= 3.006, gl=2, sig = .052**).

Tabla 32. Valores significativos en el Anova entre dimensiones básicas de la personalidad del 16 PF-5 y A/E.

<b>DIMENSIONES</b>	<b>F</b>	<b>sig</b>
<b>Abstracción</b>	4,340	<.05
<b>Tensión</b>	3,006	.52

Las discrepancias que encontramos en la dimensión Abstracción se deben a una diferencia entre el grupo que mantiene de forma estable sus niveles de Ansiedad Estado y el grupo que lo aumenta (sig <.01). Siendo la puntuación mayor en la escala Abstracción en el grupo que aumenta su nivel en A/E durante la misión.

El grupo que reduce sus niveles de Ansiedad Estado no es significativamente diferente a ninguno de los otros dos, su puntuación en esta dimensión está más cercana al grupo que aumenta que al grupo que se mantiene estable, pudiéndose desprender de ello una cierta relación de las puntuaciones bajas en la dimensión Abstracción con la estabilidad en la Ansiedad Estado.

Al analizar la dimensión Tensión se ve el mismo patrón que en el caso anterior, mostrándose que es significativamente diferente en el grupo estable con respecto a aquel otro en el que aumenta la Ansiedad Estado (sig <.05). Las puntuaciones más bajas se localizan en el grupo estable, por ello se considera que valores bajos en la dimensión tensión están relacionados con la estabilidad en la mencionada Ansiedad Estado

#### **5.4.2.2- Escala de Ansiedad Rasgo.**

En el caso de la A/ R, se considera que todos aquellos sujetos con una puntuación inferior a 9.98 (resultado de la operación: 20.19-8.89) presentan una Ansiedad Rasgo normalizada según el baremo de la prueba.

Por el contrario aquellos otros con unos valores superiores a 29.09 (empleando el procedimiento ya descrito), son considerados como poseedores de una Ansiedad Rasgo significativa, tomando siempre como referencia el baremo de la prueba. Ver Tabla 33,34.

TABLA 33. Descripción de los grupos según los niveles en A/R.

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>A/R Baja</b>	92	56,1
<b>A/R Normal</b>	41	25,0
<b>A/R Alta</b>	31	18,9
<b>Total</b>	164	100,0

Tabla 34. Descripción de los grupos organizados según etiquetas diagnósticas en Ansiedad Rasgo posteriores a la misión.

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>A/R Baja</b>	95	57,9
<b>A/R Normal</b>	36	22,0
<b>A/R Alta</b>	33	20,1
<b>Total</b>	164	100,0

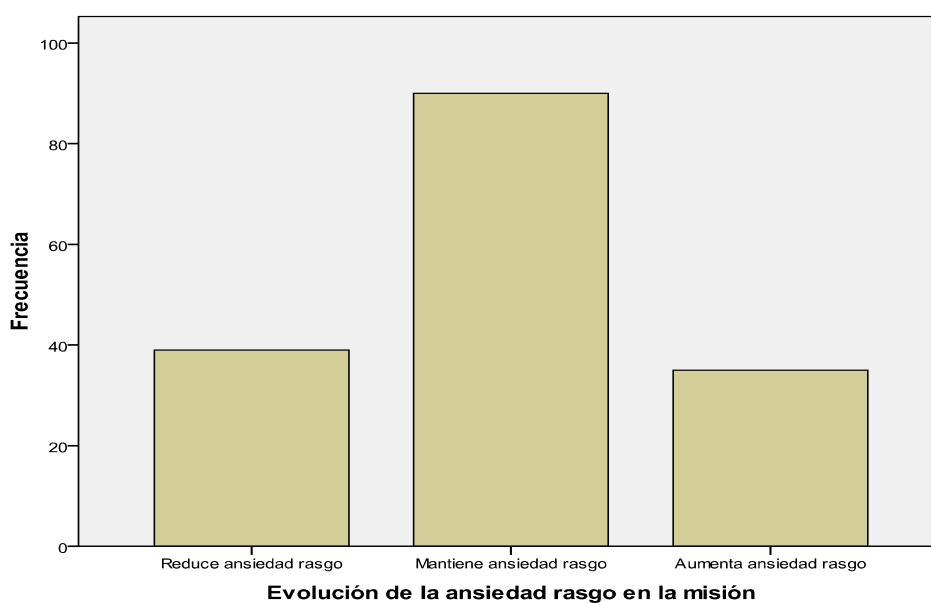


Tabla 35. Evolución de la muestra respecto a los niveles A/R.

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Reduce A/R</b>	39	23,8
<b>Mantiene A/R</b>	90	54,9
<b>Aumenta A/R</b>	35	21,3
Total	164	100,0

En la Tabla 35 se observa que un 23,8% de los sujetos reduce sus niveles de Ansiedad Rasgo, el 21,3% los aumenta y un 54,9% los mantiene estables entre ambos momentos de evaluación.

Gráfico 8. Evolución de los niveles de A/R tras la misión.



#### 5.4.2.2.1. Estudio de las diferencias de evolución de la Ansiedad

##### Rasgo.

Al igual que en el caso de la Ansiedad Estado se ha llevado a cabo un Análisis de Varianza Anova debido a que el tamaño muestral de los grupos lo permite.

##### *- Análisis de varianza en Variables Sociodemográficas.*

El mencionado análisis de varianza con los diferentes grupos para las variables sociodemográficas no nos muestra diferencia alguna entre los tres grupos, por lo que considerar, de la misma forma que en las ocasiones anteriores, que los grupos considerados son iguales en edad, número de misiones, estudios, estado civil e hijos.

##### *- Dimensiones Globales de la Personalidad.*

Como ocurre en el caso anterior, tampoco se localiza ninguna diferencia en las variables de personalidad globales entre los tres grupos formados.

##### *- Dimensiones Básicas de la Personalidad.*

El resultado del Anova nos muestra que existen diferencias significativas entre los tres grupos en una dimensión básica, Abstracción (M) ( $F=6,497$ ,  $gl=2$ ,  $sig <.01$ ). Coincidiendo con lo obtenido en el análisis de la Ansiedad Estado (A/E). En esta ocasión, el grupo que mantiene estable su nivel de Ansiedad/Rasgo presenta unas puntuaciones en la escala Abstracción significativamente menores que el grupo que aumenta y reduce sus niveles de Ansiedad Rasgo ( $<.01$ ) en la misión.

Tabla 36. Valor significativo en el Anova entre dimensiones básicas de la personalidad del 16 PF-5 y A/R.

<b>VARIABLE</b>	<b>F</b>	<b>SIG</b>
<b>ABSTRACCIÓN</b>	6,497	<.01

Por ello se puede considerar que las puntuaciones bajas en Abstracción se relacionan con la estabilidad en la Ansiedad Rasgo.

## **6. Discusión**



El terremoto de Haití ha supuesto una de las mayores catástrofes humanitarias de la historia. El balance final fue devastador: 316.000 muertos, 350.000 heridos y un millón y medio de personas sin hogar, lo que le convierte hasta el momento en el desastre de mayor envergadura del presente siglo. En respuesta a la precaria situación del país tras el suceso, el Gobierno Español puso en marcha la misión «Hispaniola» para intentar paliar las consecuencias del desastre.

La operación «Hispaniola» inició su andadura el 20 de Enero con la salida de la Base Naval de Rota del buque de asalto anfibio «Castilla» -con un total de 450 efectivos a bordo- hacia la zona del desastre. Tras 16 días de transito, el 4 de Febrero de 2010, el buque español llegó a las costa haitiana de Petit Goeve, zona en la que el contingente español desarrolló su intervención. La misión tuvo una duración total de cuatro meses.

En general podemos dividir las intervenciones militares desarrolladas en territorio extranjero en diferentes fases dependiendo del punto de vista desde el que se quiera hacer su estudio:

**A. Desde el punto de vista operativo**, el Estado Mayor del Ejército, dividió en 2005 las citadas intervenciones en:

- Etapa previa, a realizar antes del despliegue.
- Etapa en zona de operaciones.
- Etapa de postdespliegue, a realizar a la vuelta de la misión y ya en territorio nacional.

**B. Desde un punto de vista emocional**, la Dirección General de Sanidad, Sección de

Psicología (1991), establece que todas las misiones conllevan un desgaste humano y que durante el mismo se pueden identificar tres fases emocionales fácilmente identificables a lo largo de los cuatro o seis meses que suelen tener de duración los despliegues:

- Fase de toma de contacto
  
- Fase de habituación
  
- Fase de desgaste

De forma más detallada pasamos a describir cada una de las etapas /fases.

• **Punto de vista operativo:**

*A. Etapa previa*

Las actividades que se llevan a cabo tienen como finalidad facilitar la integración del personal militar a la operación y prepararlo, suministrando la información necesaria y el apoyo psicológico o de otro tipo que sea preciso. Entre la información que se proporciona se incluyen: trámites para la incorporación, duración de la misión, régimen de vida y permisos, régimen económico, instrucciones para el contacto en zona de operaciones (correo, paquetería, teléfono, Internet...), funciones de notaría militar o de asesoría jurídica, apoyo religioso, medidas de apoyo familiar, etc.

Durante la concentración, los trabajos fundamentales que realizan los psicólogos son la confección del expediente psicológico de los participantes y la preparación psicológica del contingente.

*B. Etapa en Zona de Operaciones*

La segunda fase se desarrolla en la Zona de Operaciones y la misión principal del psicólogo

es mejorar las condiciones de moral y bienestar para que el personal rinda en el desempeño de sus misiones. Se crean «módulos de apoyo» considerando los siguientes aspectos: apoyo religioso, apoyo psicológico, apoyo jurídico y notarial, mantenimiento de la forma física, perfeccionamiento intelectual, formación continuada, descansos y permisos, correo y paquetería, teléfono e Internet, libros y revistas, televisión y cine, comidas extraordinarias, cooperativa o PX (tienda de efectos), duchas, lavandería, etc.

### *C. Etapa de Postdespliegue*

Por último, después del despliegue se desarrollan diferentes acciones con el objetivo de que el personal se reincorpore lo más eficaz y rápidamente que sea posible, teniendo en cuenta su vuelta a la Unidad, Centro u Organismo (UCO) en sentido estricto y la reintegración en su entorno familiar. En esta fase los jefes de las Unidades desplegadas hacen lo posible, siempre que las necesidades del servicio lo permitan, para que el permiso ordinario al finalizar la misión se pueda cumplir inmediatamente después de regresar a territorio nacional. La mayor parte de los estudios existentes sobre el impacto de las misiones internacionales en las familias establecen que es frecuente que al regreso de la misión se quiera compensar a la familia de golpe por todo el tiempo que no se ha estado con ellos.

#### **• Punto de vista emocional:**

*I. Fase de toma de contacto:* cuando el militar es desplazado a zona de operaciones, el primer mes aproximadamente corresponde a la toma de contacto. Durante este periodo, el militar hace un relevo con su compañero anterior, empieza a desarrollar las tareas que allí le han sido asignadas y se va acomodando a la zona de vida.

*II. Fase de habituación:* comienza cuando el militar ha superado la novedad en todos los aspectos que implica una misión. Ocupa a nivel temporal la parte central de la misión,



aproximadamente dos meses. En esta fase se empiezan a desarrollar rutinas, tanto laborales, como de tiempo libre.

*III. Fase de desgaste.* En ella la persona empieza a anticipar su regreso a casa, ésta es la fase en la que a nivel emocional supone un mayor impacto, es decir, es el momento en el que ya sabe que su tiempo en zona de operaciones llega a su fin; que su contribución a la misión ha finalizado; se acusa la pesadez de no encontrar la forma de romper esa rutina; el trabajo ya se ha convertido en una monotonía y la limitadas opciones de ocio ya no surten el efecto de desconexión; es el momento en el que más se acusa la falta de espacio e intimidad que conlleva una convivencia tan intensa.

En el caso de la Operación «Hispaniola», no se pueden delimitar tan claramente las diferentes fases de la misión ni a nivel operativo ni a nivel emocional, ya que existen factores diferenciadores entre los que se encuentran:

· *A nivel operativo:* debido a la rapidez con la que se puso en marcha la operación, dichas fases se desarrollaron a bordo del propio buque, con la misión ya iniciada y aprovechando los días de transito hacia la zona de intervención.

· *A nivel emocional:* fue una misión totalmente novedosa en todos los aspectos: tareas a realizar, objetivos a cumplir, zonas de vida, duración exacta de la misión, área y estado de la zona a intervenir. El factor sorpresa estuvo muy presente desde el principio.

Antes de comenzar a analizar los resultados de nuestro estudio, es imprescindible entender las especiales características que en todo momento rodearon la misión y que, como se tratará más adelante, podrían estar estrechamente vinculadas con los cambios y tensiones que han

puesto de manifiesto los resultados obtenidos.

Recurriendo a lo planteado en la introducción de este estudio, la catástrofe a abordar por parte del contingente español poseía unas características que en cierta medida pueden ser entendidas como variables moduladoras que potencian la vulnerabilidad de las personas implicadas en la misión que nos ocupa, así cabe destacar que:

- El terremoto ocurrió en el tercer país más pobre del mundo según Naciones Unidas, por lo que la población carecía de medios para afrontar las consecuencias del desastre.
- El grado de devastación fue de un 95%.
- Tras el primer temblor de máxima magnitud, le siguieron varias réplicas de diversa envergadura.
- Los militares desplazados tuvieron una exposición directa a las víctimas así como a cadáveres y personas con heridas importantes.
- Se enfrentaron a dilemas acerca de a quien atender primero, a quien resolver el problema o si habían sido objetivos al realizar su elección.
- Comprobaron in situ, que su capacidad de intervención era limitada no sólo por los medios de los que se disponía sino también por la duración del despliegue.
- Se implicaban emocionalmente -sobre todo aquellos que tenían hijos- en intervenciones donde los niños eran los principales afectados por ejemplo: hospitales, orfanatos y escuelas.
- Sufrieron una elevada carga mental y física, debido a que fueron cuatro meses de duro trabajo, donde no había días de descanso, con jornadas laborales de muchas horas y donde las condiciones de vida estaban directamente relacionadas con la

habitabilidad del buque –poco espacio e inexistente intimidad-.

- Existía un elevado riesgo de sufrir un accidente debido sobre todo al mal estado de las carreteras y caminos, así como al propio caos reinante en la ciudad después del terremoto. Como muestra, el día 9 de Abril del 2010, dos infantes de marina sufrieron un accidente con uno de los camiones del destacamento. Tras ser operados de máxima urgencia a bordo del buque, fueron repatriados a España en cuanto su estado lo permitió.

El mal estado de las carreteras, y lo agreste del terreno, aumentó la necesidad de uso de los medios aéreos de los que disponía el contingente. Se utilizaban helicópteros para labores logísticas, de reconocimiento y para acceder a zonas montañosas donde era imposible acceder de otra manera.

- Es necesario destacar el gran impacto emocional que supone para el personal, tener que intervenir en accidentes sufridos por sus propios compañeros. Este hecho fue experimentado por los miembros evaluados en este trabajo de investigación, ya que, el 16 de Abril del 2010, en un vuelo logístico entre Santo Domingo y Petit Goeve, uno de los helicópteros sufrió un accidente mortal, quedando el aparato completamente destrozado y falleciendo en el impacto sus cuatro ocupantes. El lugar del accidente era una zona muy montañosa y alejada, por lo que, se debió seguir contando con los medios aéreos del contingente para la localización del helicóptero siniestrado, para el traslado del equipo de seguridad y rescate y para la recuperación de los cadáveres. Labor se alargó de forma ininterrumpida durante las siguientes 48 horas posteriores al accidente debido a las dificultades del terreno, lo que dificultó en gran medida la operación.

Desde otro punto de vista, y siguiendo la clasificación hecha por Young (2006), se

pueden identificar en la zona de despliegue, una serie de factores de riesgo en el afrontamiento del desastre:

- a) *Factores de riesgo previo al desastre:* gran población femenina con mucha presencia de niños, existencia de numerosos grupos étnicos y la extrema pobreza del país.
- b) *Factores de riesgo durante el desastre:* su patrón cultural del duelo, los cuantiosos daños producidos por el desastre, existencia real de una amenaza para la vida y grandes manifestaciones de horror a nivel poblacional.
- c) *Factores de riesgo posteriores al desastre:* inexistencia de recursos propios, pérdida de numerosos hogares, falta de recursos socios sanitarios, y un alto grado de desestructuración familiar.

Hasta ahora se han descrito las características más destacables que rodearon la misión, y dado que son de sobra conocidos los efectos psicológicos que suelen tener estas situaciones de índole catastrófica en el personal interviniente, consideramos preciso incidir en la selección de los efectivos que van a participar en las misiones, pues como ya se ha comentado a lo largo de la introducción, un grupo importante de variables moduladoras corresponde al citado grupo.

El Ministerio de Defensa tiene establecido unos protocolos médicos y psicológicos previos al despliegue que deben ser cumplimentados obligatoriamente por todo el personal interviniente. De los resultados de la valoración de esos protocolos dependerá la exclusión o no del personal para la misión.

El protocolo psicológico consiste en la aplicación de un cuestionario de personalidad - catalogado como reservado-, que ha sido elaborado, estandarizado y baremado por los propios Gabinetes de Psicología pertenecientes al propio Ministerio de Defensa. En dicha prueba se

valoran las siguientes dimensiones: distorsión motivacional, estado de ánimo, estabilidad emocional, contacto con la realidad, sociabilidad y grado de aceptación de las normas.

En cada una de las diferentes áreas evaluadas que se miden se establecen una serie de puntos de corte a partir de los cuales, algunos sujetos son declarados no aptos para la misión para la que han sido propuestos. De esta forma, tanto en el caso de la muestra empleada en nuestro estudio como en las restantes misiones del Ejército Español se minimiza al máximo la posibilidad de contar con personal afectado por algún tipo de problemática psicológica de base.

En base a lo expuesto hasta ahora, resulta evidente que el objetivo del presente estudio - que no es otro que valorar la repercusión de una intervención humanitaria del Ejército Español no rodeada de un entorno bélico- , se ve complementado por el hecho de que dicha intervención dista mucho de ser catalogada como misión habitual -España participa en numerosas intervenciones relacionadas con el mantenimiento de la paz, pero no son específicamente humanitarias-.

Para evaluar la influencia de este tipo de intervención en el personal militar se diseña el presente estudio, en el que sólo se selecciona para su evaluación de entre todo el contingente, al personal de Infantería de Marina, ya que al desarrollar su labor en tierra, va a ser el personal que va a estar expuesto de forma directa a las consecuencias de la catástrofe. El resto de los miembros del contingente, en su mayoría dotación del buque, al realizar solamente tareas relacionadas con el funcionamiento y mantenimiento del barco, no fue objeto de interés para esta investigación. Este personal tampoco se empleó para establecer un grupo de control, debido a que las diferencias en las problemáticas a desarrollar habrían distorsionado los resultados, siendo más interesantes los posibles datos recopilados como objeto de una investigación independiente en la que la rutina, falta de espacio y de intimidad y la limitación de movimientos constituyeran el eje central de la misma.

Volviendo de nuevo al personal objeto de nuestro estudio, es decir, el personal que bajaba

a tierra, se le solicitó su participación voluntaria y sólo se utilizaron los instrumentos enumerados en la fase metodológica de esta investigación debido a la propia dinámica de funcionamiento del grupo, ya que, el tiempo del que se disponía sólo permitía una intervención breve, y dentro de las alternativas posibles se consideró que dichos instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (BDI); Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI); Cuestionario de Personalidad 16PF-5 y Cuestionario sociodemográfico, permitían recoger datos interesantes para el estudio sin alterar en demasía el funcionamiento ordinario de la unidad. Sin duda hubiera sido útil e interesante poder estudiar otros aspectos e incluso haber planteado otra secuencia temporal, pero las actividades del servicio no lo permitieron.

Todo el personal evaluado en este estudio había realizado un protocolo médico/psicológico previo - del que ya se ha hablado en páginas precedentes- con un resultado de Apto. Por ello se tenía constancia de que se encontraban bien a nivel psicológico como han demostrado, a nivel descriptivo, los resultados obtenidos.

Que el protocolo de selección aplicado en las Fuerzas Armadas es efectivo, ya quedó demostrado en otros trabajos que preceden a esta investigación, Estudio de los niveles de estrés del contingente español desplazado en Irak en una operación de mantenimiento de paz (Macías, 2007); Análisis de los niveles de Ansiedad Estado (A/E) y Rasgo (A/R) en un contingente de tropas del Ejército Español desplazado a Bosnia-Herzegovina (Pérez-Hidalgo, 2009). Y por otro lado Análisis del estado emocional de una unidad del ejército español en zona de operaciones (Pérez-Hidalgo y Rodríguez-Gonzalez, 2011). En todos los estudios se dejaba patente que la posible afectación que podían sufrir los militares desplegados, en este caso en un contexto bélico, quedaba minimizado debido en parte a la eficacia del proceso de selectivo.

En la descripción de la muestra analizada, se puede observar que nuestro grupo objeto de estudio está constituido únicamente por hombres. Ello no quiere decir que en el contingente no hubiera mujeres, pero su número era reducido y su representatividad tan escasa -8 en total en

la escala de tropa de Infantería de Marina-, que se estimó que su inclusión no permitiría extraer conclusiones representativas.

Este porcentaje de mujeres en la misión, aunque puede parecer pequeño, suele ser estándar en los despliegues operativos, ya que, aunque según los datos ofrecidos por el Ministerio de Defensa en diciembre de 2012, la prevalencia de mujeres en las Fuerzas Armadas Españolas era del 12,3%, la mayor presencia de mujeres se encuentra en la Escala Facultativa, es decir, en el Cuerpo Militar de Sanidad, Cuerpo Jurídico y Cuerpo de Intendencia pertenecientes todas ellas a la escala de oficiales, que en este caso no era objeto de estudio.

Evidentemente hay mujeres en el resto de escalas, especialmente en tropa, pero debido a la propia definición que hace el Ministerio de Defensa de la trayectoria y características de la tropa profesional - edad mínima de ingreso de 18 años y edad máxima de permanencia en las Fuerzas Armadas de 45 años -, este rango de edad se corresponde a grosso modo con la edad fértil de la mujer, por lo que muchas de ellas se encuentran en situación de baja por maternidad, excedencia o reducción de jornada, causas todas ellas excluyentes para un despliegue.

Continuando con el análisis descriptivo de la muestra, y en relación al nivel educativo, el 99% se sitúa entre los niveles de estudio bajo y medio, ver Tabla 5. Como ya se indicó anteriormente se trata de una población joven. La gran mayoría del personal evaluado abarca el rango entre los 18 años y 28 años, estableciéndose la edad media en 26 años, ver Gráfico 1; un 75% no tiene pareja estable, ver Gráfico 2; un 64% del total no tiene hijos, ver Tabla 4, concluyéndose al respecto que la gran mayoría de la muestra no tiene cargas familiares.

De nuevo, el perfil descrito en el párrafo anterior, no es particular para esta misión, sino que se mantiene común a cualquier despliegue, debido a que el grueso de los contingentes está constituido por la escala de tropa, cuyo abanico de edad, como hemos mencionado previamente se mantiene entre los 18 y los 45 años, y el nivel de educación se localiza de forma constante en el mínimo exigido, es decir, nivel de estudios obligatorios, ya que aquellos que tienen estudios

superiores suelen promocionar a escalas superiores. La presencia del resto de escalas suboficiales y oficiales es mínima -debido a la propia estructura piramidal de la fuerza desplegada- y está asociada a tareas de organización, coordinación, planificación y liderazgo. Nos encontramos por tanto, con que la muestra analizada en el presente trabajo, es una representación estándar en número y características sociodemográficas a cualquier despliegue de tropas en misiones desarrolladas por España fuera de territorio nacional, ya sea por naturaleza bélica o humanitaria.

A nivel metodológico se planteó un estudio con dos evaluaciones, la primera de ella se realizó en los días de tránsito hacia la zona de intervención, cuando los objetivos concretos a conseguir así como las tareas asignadas en la misión estaban aún por definir. La segunda toma de datos se efectuó en los días de navegación posteriores a la finalización de la misión mientras se llegaba a territorio nacional.

Todo el grupo sufrió un revés emocional importante como consecuencia del mencionado accidente del helicóptero y el fallecimiento de sus ocupantes. Este hecho supuso un fuerte impacto después de meses intensos de convivencia en Haití e influyó sin duda en los resultados postest, aunque resulte difícil de determinar el grado de afectación en cada caso particular.

Es bien sabido que las pérdidas personales son una de las experiencias más impactantes en la intervención en los desastres, sobre todo cuando implican a los propios compañeros. Consecuentemente van acompañadas de un duelo, entendido como un proceso adaptativo emocional que sigue a cualquier pérdida. Es, por tanto, una reacción principalmente emocional y conductual, cuya intensidad y duración son proporcionales a la dimensión y al significado de la pérdida.

Existen diversos factores moduladores que afectan a la reacción de duelo, (Ramos-Martin, 2006). Y entre ellos cabe destacar:

- Nivel de apego a la persona fallecida.
- Necesidades y dependencias.



- Tipo de muerte.
- Personalidad y recursos del doliente.
- Familia y apoyo social.
- Crisis concurrentes.

Sin embargo el duelo que padecieron los miembros del contingente rompía con los esquemas habituales ya que: carecían del apoyo familiar cercano; en ningún momento se pudo participar con los familiares de los fallecidos en su ritual de despedida; el significado de la pérdida variaba. Ser militar lleva implícito el riesgo de entregar la vida cumpliendo con su deber, asumiendo de esta forma que entre los numerosos costes que el desarrollo de una misión lleva implícito, puede estar la pérdida de alguno de sus componentes; el accidente ocurrió a una semana de iniciar el regreso a casa cuando ya prácticamente la misión había concluido; y por último hay que tener en cuenta las peculiares condiciones ambientales de vivir el duelo dentro del propio buque.

Las muertes causadas por el accidente fueron, evidentemente, traumáticas. Éstas son mucho más difíciles de asimilar que las naturales dado que tienen una serie de características definitorias que según Brown, (2012) dificultan el duelo: deja al superviviente con la sensación de irrealidad; se produce una exacerbación de los sentimientos de culpa debido a lo traumático de dicha muerte; las autoridades médicas y legales retrasan muchos aspectos del duelo debido a la identificación positiva de los cadáveres y realización de autopsias; se aumenta la necesidad de tratar de entender lo sucedido. De lo anteriormente expuesto deducimos que la experiencia no dejó impasible a ningún miembro del contingente y tuvo por tanto influencia en los resultados obtenidos en esta investigación.

Una vez finalizado el análisis descriptivo que rodeó a la misión, pasamos a analizar los resultados estadísticos obtenidos en la muestra estudiada.

Como se pone de manifiesto en el análisis de nuestros resultados, la contrastación de los valores pre y post en la prueba BDI, ver Tabla 7, indican ausencia de sintomatología depresiva en la muestra, a pesar de que, según refieren Carvajal et al. (2001), cuando ante el hecho traumático se vive una pérdida o se es incapaz de minimizar el daño a terceros, aparecen sentimientos de culpa o humillación ante lo ocurrido, que provocan un aumento en la intensidad de la respuesta emocional.

Al tratar de identificar las posibles variables que han podido influir en dicho resultado, no hemos hallado ninguna evidencia en el análisis estadístico. Únicamente resultó significativa desde el punto de vista estadístico la variable «número de misiones». Es decir, se establece una relación directa entre la presencia de sintomatología depresiva y el número de misiones desarrolladas en la vida profesional.

Por otro lado, al comprobar la influencia de las dimensiones de personalidad, medidas por el 16PF-5 en los momentos previos al despliegue, en los cambios en la sintomatología depresiva se identifican algunas dimensiones globales y básicas de la personalidad que resultan influyentes, ver Tabla 20 y 21.

Con respecto a las primeras -dimensiones globales-, se encontró que las dimensiones Ansiedad y Dureza influían en la sintomatología depresiva de forma independiente, es decir, sin que su influencia dependa del número de misiones que tenga el sujeto. Por otro lado, otras dimensiones como Independencia y Autocontrol ejercen también su influjo en la sintomatología depresiva, siempre y cuando se tenga en cuenta la experiencia en misiones. Los resultados obtenidos, por tanto, muestran lo siguiente:

- 1) Respecto a la dimensión Global de Ansiedad, se aprecia una relación llamativa e inversamente proporcional con la sintomatología depresiva, es decir, a mayor puntuación en Ansiedad menor presencia de sintomatología depresiva.
- 2) En relación a la dimensión Global Dureza, a medida que aumentan los valores en ella, el peso de sintomatología depresiva disminuye, como cabría esperar.
- 3) En cuanto a la dimensión Global Independencia, los sujetos con pocas misiones y baja puntuación en Independencia muestran mayor sintomatología depresiva.
- 4) La dimensión Global Autocontrol, los sujetos con puntuación alta en esta dimensión y mayor número de misiones presentan una sintomatología depresiva más reducida.

Con respecto a las dimensiones Básicas de la personalidad, al igual que ocurre con las Globales, algunas de ellas, como son Razonamiento, Dominancia y Perfeccionismo, influyen en la sintomatología depresiva siempre y cuando también se tenga en cuenta el número de misiones. Sin embargo, nos encontramos con otras dimensiones, como son la Privacidad y Apertura al Cambio, que también influyen, pero sin tener en cuenta la experiencia del sujeto.

De forma detallada se exponen a continuación los resultados obtenidos:

- 1) Respecto al Factor B, Tipo de Pensamiento, los resultados obtenidos indican que este factor interacciona con la variable número de misiones, señalando además que los sujetos con bajas puntuaciones en el Factor B (Razonamiento), es decir, aquellos que tienden al pensamiento concreto, y un número de misiones bajo, son los que experimentan un mayor aumento en la sintomatología depresiva.

- 2) En cuanto a la Dominancia, Factor E, los sujetos con baja puntuación y que han realizado pocas misiones presentan una mayor sintomatología depresiva.
- 3) En relación al Factor N (Privacidad), los efectivos con una baja puntuación presentan una mayor sintomatología depresiva en la valoración posttest.
- 4) En referencia al Factor Q1, (Apertura al Cambio), los sujetos con altas puntuaciones parecen experimentar una mayor sintomatología depresiva en la evaluación previa al retorno.
- 5) Por último el Factor Q3, (Perfeccionismo), los sujetos con bajas puntuaciones en Q3 y con pocas misiones, muestran puntuaciones más altas en el BDI.

A la luz de estos resultados resulta evidente que la única variable que parece incrementar la vulnerabilidad en la sintomatología depresiva es el Número de Misiones. Entendemos que es altamente probable que este resultado esté relacionado con el concepto de Desgaste Profesional. Miret y Larrea (2010) establecieron que las profesiones relacionadas con el ámbito de las urgencias y emergencias, con el paso de los años, son más vulnerables a desarrollar psicopatologías de naturaleza ansiosa y depresiva debido, sobre todo, a la influencia de factores organizacionales negativos como turnos, sueldos, satisfacción y factores sociales como el reconocimiento social. En el caso de nuestro estudio, las citadas circunstancias se ven reforzadas con la indudable influencia del cansancio acumulado tras un largo listado de intervenciones, acentuado por la escasa habitabilidad del buque, la no superación completa de las situaciones de riesgo y peligro afrontadas, la nula o escasa «ventilación emocional».

Sin embargo la muestra del estudio no está compuesta específicamente por personal de emergencias sino por soldados para los que intervenir en situaciones de emergencias es sólo una de las múltiples funciones que pueden llegar a desempeñar. Así una posible interpretación de

estos resultados, que relacionan la sintomatología depresiva y número de misiones realizadas podría explicarse con el hecho de que en los inicios de la carrera militar, la vocación, la satisfacción, las expectativas idealistas sean las características definitorias en las primeras incursiones laborales, sin embargo, el paso de los años y la repetición de las experiencias da lugar a un cambio en las motivaciones profesionales, dando una mayor importancia a las recompensas externas como pueden ser el sueldo o la calidad de vida, los ascensos, así como las posibilidades de formación. Por tanto, cuando estos incentivos no están presentes, puede aparecer una falta de ilusión que en ocasiones desemboca en una sintomatología depresiva.

Por otro lado, toda la muestra evaluada pertenece a la escala de Tropa, cuya edad media es de 26.8 y desviación típica de 5.8, de lo cual se deduce que hay un segmento importante con poco más de 20 años. Teniendo en cuenta su edad y que la única exigencia formativa para su ingreso es el título de Formación Básica Obligatoria, se puede intuir que muchos de ellos han ingresado con una imagen idealista de las Fuerzas Armadas creada sobre todo por las series y películas. Sin embargo cuando ingresan se encuentran con una realidad bien diferente, tienen que asumir una cadena de mando, una disciplina que no es fácil de asimilar debido a su propia inmadurez que es fruto de su edad, falta de experiencia laboral y nivel educativo. Todo ello crea una confrontación de expectativas que mientras se encuentran integrados en su Unidad/ Destino correspondiente es más fácil de asumir a causa de la rutina diaria.

Cuando son desplazados a zona de operaciones, como es el caso del estudio que nos ocupa, se encuentran en una situación en la que: los servicios y guardias se incrementan; se está localizado y disponible 24 horas, no existe por tanto posibilidad alguna de desconexión; aunque no se viva una situación de guerra, la peligrosidad es mayor que estando en su cuartel, en su Unidad y cerca de casa. La vivencia de esta situación hace que se tome conciencia de lo que verdaderamente consiste intervenir en misiones internacionales y por tanto afecta y supone un cambio en el sistema de creencias y valores del propio sujeto, afectando por tanto al estado anímico del personal. Esta evidencia es aún más factible para aquellos sujetos sin experiencia

previa en misiones, en el caso de la muestra estudiada, estos últimos alcanzan un 36,6% del personal (ver Tabla 6).

Por otro lado el 73,4% restante de la muestra evaluada, que sí que tiene experiencia previa en despliegues y por lo tanto conoce de antemano su realidad, sabe que aunque vaya aumentar su retribución económica, esta ganancia no le termina de compensar ya que las condiciones de vida son duras, los servicios se incrementan, la posibilidad de aplazar una tarea encomendada es imposible, la existencia de los riesgos aumenta, las relaciones con familia y amigos se deterioran. Es por ello, que para la mayoría la ganancia económica no compensa el coste emocional y personal. Por tanto entendemos que esta reflexión justifica el porqué a partir de cierto número de misiones la experiencia empieza a afectar negativamente su estado anímico.

Continuando con la interpretación de los resultados en la Escala de Depresión de Beck (BDI), para poder explicar los datos obtenidos en la dimensión Global Ansiedad, hay que entender la misma como un recurso necesario para el afrontamiento de la nueva situación (Lazarus y Folkman, 1986) en lugar de un síndrome clínico. La ansiedad adaptativa aparece al afrontar cualquier situación novedosa, intensa y que suponga una evaluación o una amenaza.

Cuando un militar se enfrenta a su primera misión, esta ansiedad emerge, la persona se enfrenta a algo totalmente novedoso para él que además cuenta con la motivación de dar sentido último a los duros meses o años de adiestramiento previo, es la situación para la que ha estado preparándose desde su incorporación a las Fuerzas Armadas. Es el momento de poner en práctica lo aprendido. Sin embargo, según se va avanzando en la carrera militar las opciones de volver a desplegar en zonas de operaciones se van reduciendo. En caso de realizar otro despliegue, lo normal es que sea en la misma zona, en el mismo asentamiento y con la misma misión, y aun en el hipotético caso de cambiar de zona o de país, los objetivos de las misiones y por tanto el trabajo a realizar en ellas se mantiene. Los militares sólo pueden realizar dos tipos de misiones: humanitarias o bélicas y las zonas de despliegues se mantienen durante varios años, lo que

implica que aquellos militares con una amplia experiencia en misiones, ya han desplegado en la misma zona geográfica varias veces y los objetivos operativos suelen ser siempre los mismos, por lo tanto, estas situaciones no implican para ellos ningún tipo de novedad, lo que supone que la ansiedad adaptativa no haga acto de presencia y relacionándolo con los resultados obtenidos en este trabajo, dicha circunstancia se traduce en una mayor vulnerabilidad a la sintomatología depresiva, pues el personal más experimentado no encuentra motivación ninguna en los despliegues y conoce de antemano el desgaste humano, personal y familiar que suponen, haciéndole más vulnerable a la misma.

Centrándonos ahora en la dimensión global Dureza, Russell y Karol ( 2005) relacionan valores altos de la misma con una persona dura, firme, inflexible, fría y objetiva, en el extremo opuesto describe a una persona receptiva, de mente abierta e intuitiva. Los valores altos permiten a las personas que se caracterizan por dicho rasgo no implicarse emocionalmente en las situaciones, actuando como un mecanismo de protección. Como ha quedado demostrado a lo largo del presente trabajo de investigación, todas las personas implicadas en las emergencia se convierten en testigos del sufrimiento humano (Regan, Burley, Hamer y Wright, 2006). De entre todas las variables que median dicha experiencia, la personalidad del interviniente resulta fundamental (Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez y Garrosa, 2004) haciendo hincapié sobre todo que son la capacidad de empatía, comprensión lo que modulan la exposición. Un estudio comparativo entre bomberos y personal no médico que intervienen en emergencias mexicanas, puso de manifiesto que puntuaciones altas en empatía hacía más vulnerable al personal evaluado al sufrimiento humano y por ello aumentaba el riesgo de que dichos personal de emergencia sufriera mayores secuelas anímicas tras sus intervenciones por el contrario puntuaciones bajas en empatía favorecía una menor implicación emocional en las intervenciones favoreciendo su protección ante posibles secuelas pos intervención (Meda, Moreno, Palomera, Arias y Vargas, 2012). Conclusiones que apoyan la idea planteada al inicio del párrafo.

En relación a la dimensión Independencia, Russell y Karol ( 2005) la vienen a definir

como la determinación que la persona imprime a sus pensamientos y acciones, en un polo alto describe a una persona con habilidades de persuasión, competitiva y con determinación, mientras que un polo bajo describe a personas más tímidas, sumisas e influenciables.

¿Qué papel ejerce esta dimensión en los militares? El estudio realizado por Artigue en 1983 (citado por Miralles, 2001) donde se compara dicha dimensión en soldados recién incorporados y veteranos, plantea que en los inicios de la vida militar, los soldados muestran una conducta propia de una personalidad dependiente -sumisos, dóciles y confiados-. Sin embargo, transcurrido los seis primeros meses tienden a mostrar un comportamiento característico de una personalidad independiente -mayor suspicacia y rebeldía-. Dicho cambio se debe al proceso de ajuste psicológico de los reclutas al medio militar.

Esta investigación corrobora el hecho de que los militares tienden a ser independientes con el paso del tiempo, sin embargo, ¿cuál es su utilidad? En el artículo elaborado por Ramos-Martin (2006) señala que dicha dimensión se relaciona con la capacidad de adaptación al entorno, ya que se encuentra muy relacionada con la estrategia de afrontamiento utilizada, así los reclutas más independientes son capaces de buscar más alternativas a los reglamentos para llevar a cabo una adaptación más personalizada.

Enlazando ambas aportaciones se podría hipotetizar con el hecho de que juega un papel fundamental en la capacidad de adaptación antes situaciones nuevas.

Trasladando lo expuesto en los párrafos anteriores al contexto de esta investigación, nos encontramos con que aquellos sujetos con una baja puntuación en la dimensión global Independencia tienen más dificultad para gestionar su vida y problemas cotidianos, especialmente aquellos derivados de su adaptación y desenvolvimiento en un entorno novedoso y del que tienen un escaso control. Cuando dichas personas se ven envueltas en situaciones excepcionales, como es el caso de la misión «Hispaniola», son mucho más vulnerables a las alteraciones emocionales que el despliegue implica, especialmente si este va acompañado de alguna situación



traumática, como en este caso fue la intervención en la zona cero, o ya más próximo a sus realidades, el accidente de helicóptero.

Cuando se tiene poca experiencia en misiones se es más vulnerable al entorno y a los cambios y modificaciones que se producen en él. De este modo, es más probable que cuando durante un despliegue se vivan situaciones traumáticas, como es el caso de un accidente con fallecidos, dicho personal se vea más afectado por ellas.

Continuando con los resultados de nuestro análisis, encontramos que la dimensión Autocontrol, muestra que un valor elevado y alta experiencia en misiones provoca una menor sintomatología depresiva. Es decir, los sujetos con mayor capacidad para controlar sus impulsos, aplazar sus necesidades y de comportarse de un modo más aceptable tanto social como personalmente, tienden a una mayor estabilidad anímica, cuanto mayor es también el número de misiones realizadas.

Un concepto muy asociado al personal de emergencia es su supuesta de invulnerabilidad al sufrimiento, resistencia al estrés y personalidad inmutable. Tradicionalmente esta es la imagen ideal del interviniente. Puede ocurrir que los años de experiencia y el aprendizaje hagan que se desarrollen estilos de respuesta para dar esa imagen ideal, lo que favorece la capacidad de adaptación ante cualquier situación (Vera, Carbelo y Vecina, 2006). Sin embargo el medio para alcanzar esa apariencia común pueden ser diferentes estrategias de afrontamiento combinado con la motivación intrínseca de cada uno.

El autocontrol se convierte en una herramienta fundamental para mantener la salud mental ante situaciones adversas (Martinez-Sanchez, 2011). Dicho principio se lleva a su máxima expresión en el ámbito de las Fuerzas Armadas, pues se considera que la eficacia de un combatiente y su operatividad puede explicarse por la influencia de tres capacidades: forma física, preparación táctica/técnica y capacidad psicológica. Formando parte de las capacidades psicológicas tiene especial relevancia el autocontrol (Nevado, 2013). Por ello a lo largo del

adiestramiento militar se hace hincapié en la facilitación y el desarrollo de estrategias de autocontrol, puesto que la falta de las mismas ante situaciones de riesgo puede dar lugar a accidentes (McDougall, 2007).

En el caso del Ejército Español, un elevado número de los fallecidos en misiones internacionales ha sido debido a accidentes de tráfico. La mayor causa de muerte para nuestros soldados no ha sido propiciada, como podría creerse en un principio, ni por explosiones de artefactos, ni por incidentes u ataques armados, sino por los accidentes con vehículos militares y los accidentes aéreos. La tasa actual de fallecidos por accidentes asciende a 123 (Benítez-Sánchez, 2013). Se pone de manifiesto por tanto la importancia del autocontrol en el ámbito militar.

La forma de ser de una persona se refleja en todo lo que hace, incluso en la forma de conducir. Un sujeto más extrovertido, impulsivo, con menos autocontrol y con gusto por las emociones fuertes, presenta mayor probabilidad de conducir de una manera más temeraria e imprudente ya que su percepción del riesgo es menor. La búsqueda de sensaciones, la impulsividad y la hostilidad/ira son las variables más implicadas en las conductas de riesgo al volante, estando directamente relacionadas con las infracciones intencionales por su carácter emocional y motivacional, a diferencia de los errores al volante (Gómez-Fraguela y González-Iglesias, 2010).

Con respecto a los resultados obtenidos en las dimensiones básicas de la personalidad, las escalas en Privacidad y Apertura al Cambio resultan relevantes para el estado anímico del militar, independientemente del número de misiones que tenga. Así, aquellos sujetos que se caracterizan por alta Apertura al Cambio -con alta capacidad de adaptación, que siempre intentan algo nuevo, que son creativos e innovadores- y que a su vez obtienen una puntuación alta en Privacidad –calculadores, que no se abren a los demás, que son discretos-, tienen mayor vulnerabilidad a la sintomatología depresiva según los resultados obtenido tras el análisis estadístico de los datos.

Las situaciones nuevas requieren conductas y pensamientos nuevos para poder afrontarlas (Lazarus y Folkman, 1986). Cuando el soldado tiene su primera toma de contacto con el medio militar pone en marcha un patrón de afrontamiento que está formado por estrategias ya utilizadas en el pasado y nuevas estrategias que se generan al intentar adaptarse a la nueva situación. Tomando como punto de partida esta idea y relacionándolo con el rasgo Apertura al Cambio, aquellos individuos con un valor alto en dicho rasgo favorece una rápida adaptación al medio sin embargo transcurrido los primeros meses de adaptación, comprueban que las Fuerzas Armadas son una institución altamente reglada y tradicional, donde todo está escrito, reglado y controlado, en la que el factor sorpresa y la innovación apenas hacen presencia. Por ello, aquellas personas que se caracterizan por una alta puntuación en Apertura al Cambio pueden llegar a sentir en ocasiones el gran peso y las limitaciones de la institución, frente a aquellas con una baja puntuación en Apertura al cambio -más tradicionales y apegadas a la familia y/o al grupo- que debido a las propias características organizacionales de las Fuerzas Armadas tienen una mayor probabilidad de sentirse realizados profesionalmente.

Apoyando la idea del párrafo anterior encontramos el estudio de Pupko, Vera, Alejandra y Fabián, (2013), en el cual se evaluaron a 122 cadetes que ingresaron en una institución militar en el 2011 en Iberoamérica, se planteo un estudio longitudinal a fin de identificar el patrón de afrontamiento de los cadetes durante su primer año de formación militar. Los resultados mostraron que durante los primeros meses la principal estrategia de afrontamiento utilizada por los cadetes era de tipo cognitivo, dirigidas a la emoción a fin de reformular la situación. Pero transcurrido los primeros meses las principales estrategias utilizadas eran de tipo motoras, dirigido tanto al comportamiento como a la emoción, centrándose principalmente en solucionar problemas tanto en el plano emocional como conductuales.

En el caso de la dimensión básica Privacidad, ya en la introducción del presente estudio se hizo hincapié en que la variable privacidad-entendida como falta de espacio, esparcimiento o lugar adecuado de descanso- actuaba como variable moduladora en el impacto de la intervenciones

en situaciones de emergencias (Condori, Palacios y Ego-Aguirre, 2002). Las misiones son experiencia de una convivencia extrema en las que habitualmente el lugar para el esparcimiento y la intimidad están muy limitados. Actualmente los buques de la Armada Española permanecen mucho tiempo sin tocar puerto debido a su capacidad operativa y al tipo de misiones encomendadas. En la Operación Libertad Duradera (Líbano, 2002) por ejemplo, las unidades estuvieron destacadas por un espacio de tiempo de cinco meses con períodos de navegación que llegaron a alcanzar los 29 días sin tocar puerto; en la Operación Atalanta (Somalia, 2008), estuvieron más de 29 días. Como es bien conocido, un barco es un elemento de espacios reducidos y grandes problemas de habitabilidad, con una convivencia estrecha y forzada (Rodríguez-Rodríguez y Suárez de Vivero, 2003). Los estudios de Onkina y Vinogradov (citados por Rodríguez-Martos, 2006) sobre los militares rusos embarcados de barcos durante largas travesías encontraron que durante los primeros días de navegación prevalecía cierta tensión interna, humor inestable y una aptitud negativa hacia la situación, que posteriormente daba paso a una estabilización del estado psicológico de inquietud y una actitud más positiva. A partir del tercer mes de viaje comenzaron a aparecer de nuevo procesos de desadaptación psicológica con un aumento de la tensión interna, aumento de tendencias agresivas y una disminución del autocontrol. Dicho estudio concluía que los rasgos de personalidad tendían a radicalizarse conforme avanzaba en el tiempo la navegación.

En el caso de la misión nos ocupa, ésta se llevó a cabo a bordo del B.A.A. Castilla. Difícilmente se puede encontrar otro destino en las Fuerzas Armadas (FAS) donde se cumplan tan rigurosamente las condiciones de «*institución total*» como en un buque de guerra. El concepto de «*institución total*» fue utilizado por Goffman en 1961, para designar un lugar de residencia o trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo prolongado, comparten en su encierro una rutina diaria administrada de forma formal (Más, 2013).

Un acuartelamiento, un avión militar, un carro de combate, un bunker, no pueden

considerarse instituciones totales dado que tras un número limitado de horas de convivencia forzada el individuo puede reintegrarse a su vida particular, o cambiar de actividad, de rol o de escenario físico. En cualquier destino salvo en un barco sus miembros pueden abandonar su puesto en un caso justificado e incluso tienen la posibilidad física de abandonarlo, aunque sea infringiendo el reglamento. En una navegación saltar por la borda no suele ser una opción (Mas, 2013).

La mayor parte de los problemas a bordo no surgen de los problemas profesionales, sino de la convivencia. En un buque de guerra conviven de forma muy estrecha personas que proceden de unidades diferentes, con procedimientos, funciones, misiones y maneras de trabajar distintos. Nos encontramos con la dotación del barco, con Infantes de Marina como fuerza de desembarco o protección, con Unidades Aéreas Embarcadas, con unidades de lanchas de desembarco, incluso a veces, también embarca un equipo sanitario en operaciones de apoyo a población civil como las que siguieron al huracán Mitch o al terremoto de Haití. Como se ve, grupos diferentes con un fin común -el desarrollo de la misión con éxito-, pero con misiones, funciones y prioridades muy diferentes entre sí, que pueden entrar en conflicto y ser fuente de roces y malestares entre las unidades, que con el limitado o inexistente espacio de esparcimiento y de intimidad que ofrece un buque, puede influir, especialmente en navegaciones prolongadas, en el desarrollo de la misión.

En concordancia con los párrafos anteriores, los resultados de nuestro estudio indican que aquellos sujetos con puntuaciones altas en Privacidad, tienen peor capacidad de adaptación en misiones que se lleven a cabo en barcos por el simple hecho de la falta de espacio, la rutina diaria y la estrecha convivencia a bordo. Que los aspectos mencionados resultan relevantes en los despliegues ya se puso de manifiesto en el estudio realizado con una muestra de 38 militares españoles desplazados al Líbano durante cuatro meses en el 2006. Constatan que los más frecuentes están relacionados con las condiciones de trabajo-turnos, horas de descanso, falta de

espacio, tiempo y lugares de ocio) más que con sucesos extremos como atentados y combates directos (Estévez y Báguena, 2013).

Siguiendo con el análisis de las dimensiones básicas de la personalidad, las dimensiones: Tipo de Pensamiento, Dominancia y Perfeccionismo, resultan relevantes para el estado anímico siempre y cuando se evalúen junto a la variable número de misiones. Los resultados obtenidos apuntan a que con bajas puntuaciones en dichas dimensiones -siempre y cuando no exista o sea escasa la experiencia en misiones- los sujetos se vuelven más vulnerables a la sintomatología depresiva. Estas dimensiones están relacionadas con la asertividad, estilo de personalidad que ante situaciones de emergencia permite que salgan a la luz características tales como el compromiso, involucración, control, desafío y flexibilidad, que facilitan un afrontamiento eficaz de situaciones críticas. Las situaciones de emergencia se caracterizan porque generan altos niveles de complejidad e incertidumbre, donde las oportunidades y las amenazas fluctúan en un continuo.

Partiendo de la base de que un estilo de personalidad asertivo permite amortiguar los efectos negativos de las intervenciones, debido a que permite transformar la percepción-pensamiento y emoción- de las situaciones estresantes convirtiéndolas en menos amenazantes y así poder tolerar, asimilar y afrontar dichas situaciones con el menor coste emocional posible. Y que por otro lado las características aquí tratadas -tipo de Pensamiento, Dominancia y Perfeccionismo- son educables y entrenables, sería de gran ayuda enfocar la formación y capacitación de los intervinientes en permitir la adquisición de estrategias instrumentales para el afrontamiento y estrategias paliativas para el manejo de las emociones, resultando así factible que el personal sometido a situaciones de impacto modifique dichas dimensiones básicas de la personalidad para un afrontamiento eficaz de los despliegues (Durán, 2010).

Con el fin de poder extraer conclusiones que permitan una aplicación práctica en el futuro, de los resultados obtenidos tras la aplicación del BDI en la Fase 1 y Fase 2 del estudio se realiza un análisis de la progresión de la sintomatología depresiva a lo largo de la misión e

intentando identificar el número de individuos que incrementan, reducen o mantienen la sintomatología depresiva (Tabla 25). Una vez analizados los datos, se encontró que un 7,9% la reduce, un 87,2% permanece estable y un 4,9% la incrementa. Una vez separada la muestra por grupos según la progresión observada en sintomatología depresiva, se ha intentado analizar en qué aspectos son iguales o diferentes dichos grupos respecto a las variables sociodemográficas, dimensiones globales y básicas de personalidad para identificar los aspectos que están relacionados con la estabilidad emocional.

Como consecuencia del análisis estadístico se observa que los tres grupos son iguales a nivel de variables sociodemográficas excepto en la variable número de misiones (tablas 26 y 27). El grupo que reduce sintomatología ha realizado menos misiones que aquel que tiende a incrementarlo, mientras que aquellos que tienen un número intermedio de despliegues tienden a manifestar estabilidad anímica. De nuevo el número de misiones es la única variable que afecta a la estabilidad anímica.

Por el contrario cuando se trata de establecer discrepancias a nivel de personalidad entre los tres grupos, no se hallan diferencias entre ellos a nivel de dimensiones globales de la personalidad, encontrándolas sin embargo respecto a las dimensiones básicas de (tabla 28). Se aprecian diferencias significativas entre los grupos en la escala Razonamiento, observando que la puntuación más alta -pensamiento abstracto-, la presenta el grupo que permanece estable a lo largo de la misión. Le sigue en puntuación el grupo que reduce la sintomatología depresiva. Finalmente encontramos que el tercer grupo -formado por aquellos que incrementan su sintomatología a lo largo de la misión- presentan puntuaciones bajas en dicha dimensión, es decir, tienden al pensamiento concreto.

A tenor de estos resultados, el Tipo de Pensamiento parece estar, por tanto, relacionado con la presencia o no de estabilidad anímica. Por ello un valor alto implica ausencia de sintomatología, mientras que un valor bajo da lugar a sintomatología anímica.

Cabe la posibilidad de iniciar una secuencia relacionando la dimensión Tipo de Pensamiento con la experiencia profesional -Número de Misiones- para intentar identificar a aquellos sujetos que son más proclives a desarrollar una problemática de orden adaptativo en la que los síntomas depresivos adquieren un peso significativo.

Como es bien conocido, la dimensión básica Razonamiento es un rasgo cognitivo asociado a la Inteligencia. El cuestionario 16 PF-5 obtiene así una medida en inteligencia y esta medida es muy sensible a la escolaridad del sujeto como ya planteaban Russell y Farol (2005), las altas puntuaciones indican una buena capacidad de pensamiento abstracto y capacidad verbal. Este adecuado funcionamiento intelectual se traduce a su vez en capacidad para controlar los impulsos, anticipar contingencias y resolver los problemas de la vida cotidiana, mientras que las bajas puntuaciones indican pensamiento concreto, limitado desarrollo cognitivo y baja capacidad de comprensión. El pensamiento abstracto está ligado a capacidades intelectuales superiores, lo que favorece una mayor comprensión y adaptación al entorno, entre todos los mecanismos que se ponen en marcha para regular dicha asociación se encuentra la habilidad de regular emociones propias y las de los demás para guiar el pensamiento y el comportamiento (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002).

Partiendo del Modelo de Depresión de Beck (2000), en el cual se plantea que el origen de la depresión se encuentra en los problemas cognitivos a la hora de evaluarse a sí mismo, los demás y el mundo (triada cognitiva), al relacionar los concepto de inteligencia emocional, depresión y funcionamiento cognitivo las investigaciones muestran que una adecuada inteligencia emocional se asocia con el bienestar psicológico, ausencia de sintomatología depresiva y ansiosa (Extremera y Fernández-Berrocal, 2003) y menor estrés ( Extremera, Durán y Rey, 2007). En el mismo sentido diversos autores plantean que la inteligencia emocional cumple funciones de factor protector ante conductas relacionadas con la violencia, impulsividad y desajuste emocional (Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera, 2005) y contra conductas de riesgo para la salud -adicciones a drogas, tabaco o alcohol- (Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello



y Extremera, 2006a; Ruiz-Aranda, Fernández- Berrocal, Cabello y Extremera, 2006b) e incluso ante fenómenos como el suicidio (Suárez-Colorado, 2010- 2012).

Apoyando las ideas expuestas en párrafos anteriores, se encuentra el estudio del que ya se habló en la introducción de Thomas y Rey (2005) con 165 psicólogos que participaron en los dispositivos de apoyo del 11-M y en el que exploraron el papel de distintas características individuales en la aparición del estrés secundario. Se observó que otra variable de tipo cognitivo como es la rumiación predecía positivamente estos síntomas. Conclusión que está en consonancia con lo que ya manifestaron Morris, Tarassenko, y Kenward, (2005), lo cuales indicaron que en el campo de las emergencias poseer un sistema cognitivo estructurado, es decir, un sistema capaz de percibir, aprender, razonar, comunicar, actuar y favorecer un comportamiento adaptativo parece ser un factor protector ante el trauma, reduciendo el impacto de la tarea traumática. Todo ello justifica y apoya los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Por todo lo expuesto con respecto a la dimensión básica Razonamiento se puede plantear que al presentar un mayor nivel de razonamiento, se disponga también de un mayor número de recursos-entre todos ellos la inteligencia emocional- para hacer frente a las tensiones propias de los despliegues, circunstancia que justifica los resultados obtenidos.

En cuanto a los resultados alcanzados en el Cuestionario de Ansiedad Rasgo/Estado, la secuencia a seguir en su análisis va a ser similar a la que acabamos de llevar a cabo.

Comenzando primero a analizar los resultados obtenidos en Ansiedad Estado (A/E), en el momento pre-test, a nivel descriptivo, la muestra presenta unos niveles promedios de A/E (22,55) por encima del valor establecido por el baremo de la prueba (20,54) (Tabla 12). Sin embargo, en el momento post-test el valor (20,6) se encuentra muy próximo al mencionado valor medio del baremo (20,54). Las puntuaciones de la muestra revelan un ligero descenso al contrastar ambos momentos, mientras que las desviaciones típicas se muestran estables. En referencia a estas desviaciones típicas, es preciso destacar que los valores alcanzados por la

muestra están muy por encima del establecido por el baremo de la prueba.

En el caso de los niveles de Ansiedad Rasgo (A/R) de la muestra estudiada en el momento pre-test, a nivel descriptivo presenta unos niveles promedios de A/R (16,8) y en el momento post-test el valor es de (17) (Tabla 12), los valores obtenidos están por debajo del valor medio establecido por el baremo de la prueba (20,19), en ambos momentos. Con respecto evolución de las puntuaciones medias, éstas se mantienen de forma estable a lo largo del estudio, no existiendo diferencia significativas entre las de la Fase 1 (16,8) y Fase 2 (17). Respecto a las desviaciones típicas los resultados medios obtenidos siempre están por encima del valor establecido por el baremo de la prueba, al igual que en el caso anterior.

El nivel de Ansiedad Estado previo al despliegue en Haití debe ser entendido como un conjunto de respuestas de tipo emocional ante unos acontecimientos desconocidos. Tiene sentido que este conjunto de respuestas haga su aparición en los momentos previos al despliegue -se llega a un país nuevo, afectado por un desastre-, porque esta aparición va a favorecer que los individuos afronten y se adapten mejor a la nueva situación. En la muestra evaluada, un 36,6% de los sujetos realiza su primera misión y un 23,2% la segunda, por lo cual es bastante lógico que dicho personal haga un notable esfuerzo por potenciar dicho afrontamiento y adaptación, quedando reflejado en los niveles descriptivo de Ansiedad Estado, ver Tabla 12.

Con respecto a los niveles de Ansiedad Rasgo (A/R), al tratar de explicar el por qué en ninguna de las mediciones de los niveles de A/R se han alcanzado unos niveles significativos, la respuesta se puede hallar en la combinación de los siguientes argumentos citados ya anteriormente:

- A la hora del ingreso en las Fuerzas Armadas, el protocolo establecido por el Ministerio de Defensa determina la superación de un proceso de selección en el que esta variable es tenida en cuenta y en su caso, condiciona la aceptación de los/as candidatos/as.

- Se le realiza al personal un proceso selectivo previo a un despliegue consistente en un reconocimiento médico/psicológico y en el caso de detectar una sintomatología significativa, ya sea ansiosa o de cualquier otra índole que pueda interferir en el desarrollo de la misión, son excluidos.

La eficacia de ambos procesos parece corroborarse con los resultados obtenidos en este estudio.

Un hecho que resulta muy llamativo en los resultados obtenidos a lo largo del análisis es el incremento de la desviación típica. Desde el momento pretest existe una gran dispersión en las puntuaciones del grupo, pero llama la atención, que exista un incremento de dicho valor en la escala A/R entre las Fases 1 (18,9) y 2 (21,2) -Tabla 12-. ¿Significa esto que para algunos militares la experiencia en Haití ha provocado un cambio en su forma de valorarse en referencia a algunas cuestiones: éticas, personalidad, existenciales? ¿Existe alguna circunstancia personal de dichos individuos que ha emergido durante su estancia en Haití y que provoque un cambio permanente en la estabilidad del individuo? Consideramos como explicación más acertada la constituida por el hecho de que al tratarse de una autoevaluación orientada al análisis de las propias emociones y reacciones, se han producido ciertos cambios en los individuos a la hora de llevar a cabo su particular introspección, aunque sin que ello suponga cambios significativos en sus pautas de respuestas basales

Aun así cada una de las preguntas formuladas en el párrafo anterior supone una posible hipótesis para poder explicar este cambio sufrido, cuestiones a las que esperamos dar cumplida respuesta conforme se vayan analizando los datos de la muestra en función de las variables estudiadas, para ello se comienza con el análisis de las variables sociodemográficas.

Al identificar que variables han incidido en los resultados obtenidos en las escalas Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, se obtiene lo siguiente:

*a) Ansiedad Estado*

- La única variable que influye es de nuevo el número de misiones. A mayor número de misiones mayor probabilidad de padecer unos niveles de A/E más elevados.
- Ninguna dimensión Global de la personalidad del 16-PF5, resulta significativa.
- La dimensión Básica de la personalidad que influye es el Perfeccionismo, siempre y cuando se correlacione con el número de misiones. A menor puntuación en esta escala y menor experiencia, mayor probabilidad tendrá el sujeto de presentar niveles altos en A/E.

*b) Ansiedad Rasgo*

- La única variable que incide en sus niveles es, como viene ocurriendo, el número de misiones.
- Con respecto a las dimensiones Globales de la personalidad, la única dimensión que influye es la Independencia, condicionada de nuevo por el número de misiones realizadas. Los Soldados con poca experiencia en su haber y puntuaciones bajas en esta dimensión muestran mayores niveles en A/R.
- En las dimensiones Básicas resulta relevante la Dominancia vinculada también al número de misiones previas. Cuanta menor es la puntuación en esta escala y menos los despliegues efectuados, mayores niveles de Ansiedad Rasgo aparecen.

Como se puede observar, en ambos tipos de ansiedad resulta relevante la influencia del número de misiones realizadas, de hecho se está convirtiendo en una variable directriz en nuestro estudio. La primera cuestión a plantear sería ¿A partir de qué número de misiones, la influencia

de esta experiencia resulta significativa? Por ello se procedió a llevar a cabo un análisis comparativo en los niveles de Ansiedad Estado (Tabla 13).

El grupo para el que la misión «Hispaniola» supone su primera misión reduce sus niveles medios entre ambas mediciones. Esta tendencia de reducción está justificada debido a que es la primera vez que despliegan y porque el nivel de A/E refleja una ansiedad adaptativa que una vez afrontada, superada y valorada la situación, tiende a disminuir su presencia (Lazarus y Folkman, 1986).

Por el contrario el grupo con dos misiones tiene ya una experiencia previa en despliegue y ello se refleja en los valores obtenidos por dicha muestra, el factor sorpresa está mucho más controlado, la experiencia es un grado, lo que provoca que sus niveles medios en Ansiedad Estado permanezcan estables a lo largo del tiempo.

Siguiendo esta línea de argumentación hubiera estado justificado que el grupo con tres misiones tuviese unos niveles más bajos de A/E que los grupos anteriores (o por lo menos similares al del grupo con dos misiones) o que dicho nivel se hubiera mantenido estable en el tiempo. No ha sido así y dicha circunstancia puede haber sido provocada por la influencia de la situación personal de cada uno en el momento del despliegue. Esta posible influencia puede cobrar credibilidad debido a que en los resultados obtenidos en el post-test este grupo disminuye sus niveles de A/E. Otra posible interpretación sería que la experiencia vivida en Haití haya provocado un cambio de perspectiva de las situaciones personales de cada individuo, ya que, normalmente un sujeto modifica su jerarquía de valores al enfrentarse o vivir circunstancias especialmente impactantes, pasando habitualmente a valorar las situaciones personales desde una visión menos alarmista.

En relación a la idea del párrafo anterior, la modificación de los niveles de Ansiedad Estado, dicha ansiedad según Spielberger (1972) es un estado emocional inmediato y modificable en el tiempo. Tomando como referencia esta definición, cuando las personas se sienten inundadas

por un estado ansioso ponen en marcha una serie de mecanismos para reducir ese estado emocional negativo. En la medida en la que dichos mecanismos de defensa tengan éxito, las circunstancias generadoras se verán de una forma menos amenazante, produciéndose por tanto una reducción del estado de ansiedad (Mellalieu y Hanton, 2009; Mellalieu, Neil, Hanton y Fletcher, 2009; Wadey y Hanton, 2008). Partiendo de la relación anterior diversos estudios dentro del marco hospitalario han puesto de manifiesto que es posible entrenar y modificar los niveles de ansiedad estado de los pacientes para un mejor afrontamiento de la enfermedad (Álvarez-Ude, Fernández-Reyes, Vázquez, Mon, Sánchez y Rebollo, 2001; Moiola y Merayo, 2005). Pero también es un principio utilizado en la actualidad para la formación de intervinientes (Castillejo y Osca, 2012; Donnelly y Sieber, 2009; Soffer, Wolf y Ben, 2011).

Finalmente, los grupos de militares que tienen 4, 5 o más misiones presentan en sus medidas pre-test niveles por debajo del valor medio del baremo de la prueba en A/E (ver tabla 13). Sin embargo, se aprecia un elevado incremento en la fase dos de la evaluación. A pesar de que ambos grupos están formados por el personal que tiene más experiencia, constituyen los dos grupos a quienes afecta más negativamente el despliegue, pues sus valores en A/E en el momento post-test son los más altos de todos los grupos en los que se dividió la muestra total. ¿Qué ha ocurrido? Una posible hipótesis sería la influencia que tuvo el accidente del helicóptero en el personal del destacamento, sin embargo, dicha influencia sólo ha resultado ser mayor en estos dos grupos más experimentados que, a priori, se supone que ya han vivido con anterioridad situaciones de duelo de similares características a las experimentadas por este hecho. Tampoco está en consonancia con los resultados obtenidos en la investigación realizada con un grupo de profesionales del 061 acerca de la concepción de la muerte y que concluyó que en dicho ámbito la muerte se considera como algo cotidiano. Eso no significa que se acepte mejor; pero se acostumbran a ella. En esta línea dicha investigación muestra que dicho personal al inicio de su experiencia laboral vivía la muerte como algo muy traumático pero conforme aumentan su experiencia laboral dicha circunstancia se asume como algo cotidiano (Camero, Hernández, Salvador, Camero, López, y García, 2007).

Otra posible hipótesis explicativa de los resultados obtenidos estaría relacionada con el desgaste profesional (Apiquian, 2007), los profesionales, a partir de los 10 años de carrera, experimentan una mayor sintomatología relacionada con el burnout en el trabajo, la cual incluye la sintomatología ansiosa. No obstante, esta variable no ha sido evaluada en la presente investigación, pero teniendo en cuenta que según normativa del Estado Mayor de Defensa, el personal que despliega no puede volver a realizar una misión si no ha transcurrido un año de la anterior, se deduce que la media de años de servicio de los componentes de estos últimos grupos, con más de cuatro misiones sobre sus espaldas, se encuentra entre los 8 y diez años lo que supone que se trata de personas que llevan más tiempo en el servicio y, por tanto, su media de edad es mayor. Por lo tanto se hace evidente que la antigüedad en el servicio podría relacionarse con el desgaste profesional; pero ello no implicaría forzosamente la presencia de un Síndrome de Burnout.

¿Qué sucede con la Ansiedad Rasgo, recurriendo como en el caso anterior al número de misiones desempeñadas? tal y como se ha indicado en párrafos precedentes, en la fase pre-test todos los grupos presentan niveles por debajo de valor medio establecido por el baremo de la prueba (ver Tabla 13).

Con respecto a la evolución de dichos niveles medios se aprecia una estabilidad de la A/R excepto en los grupos que tienen 4, 5 ó más misiones. Interpretar esta tendencia podría resultar complicado, ya que, la Ansiedad Rasgo es concebida como una predisposición permanente, pero tenemos que tener también en cuenta que estos datos son el resultado de una autoevaluación (tal y como se ha indicado más arriba), y como tal, siempre va a poder estar condicionada por circunstancias recientes e impactantes para el propio individuo. En cierta medida entendemos que, al igual que ocurría con los niveles de A/E analizados anteriormente, está presente por un lado el desgaste y por otro la reelaboración (en personas con más edad) de los acontecimientos traumáticos vividos, como es el caso del accidente del helicóptero, por estos grupos. Según la teoría de Spielberg (1972) un alto grado de Ansiedad Rasgo implica percibir un mayor número

de situaciones como amenazantes. (Mellalieu y Hanton, 2009; Mellalieu, Neil, Hanton y Fletcher, 2009; Wade y Hanton, 2008). A dicha afirmación hay que añadirle que el personal que integra los grupos con más misiones es también el personal que más edad y experiencia tiene. A priori habría que suponer por tanto que debido a la mayor experiencia adquirida, el personal que compone estos grupos disponga de una gama de recursos y estrategias para el afrontamiento de situaciones de amenazas mucho más amplia que la que poseen los grupos con menor número de misiones y por tanto sus niveles medios en Ansiedad Rasgo deberían ser más bajos (Márquez, Montorio, Izal y Losada, 2006), sin embargo los resultados de esta investigación no están en consonancia con la idea anterior. En nuestro estudio la edad y la experiencia en misiones afecta de forma negativa a los niveles de Ansiedad Rasgo, pudiendo deberse dicho resultado más a la influencia del desgaste profesional (Apiquian, 2007) o la propia concepción que tengan de la muerte (y la experiencia vivida durante el despliegue ha sido muy traumática sin duda), pues debido a su edad tienen una imagen más realista de las consecuencias que implican un fallecimiento, tienen una mayor conciencia de sus repercusiones - sobre todo a nivel familiar-, y tienen más presente el pensamiento de que no están exentos a que les pueda pasar a ellos, que le puede ocurrir a cualquiera y en el momento más inesperado, (Bonanno, y Kaltman, 2001; Hernandez-Arellano, 2006; Ramírez-Ordoñez, 2007).

De lo expuesto en los párrafos anteriores y a modo de conclusión se extrae la hipótesis de que la experiencia en despliegues tiene un nivel techo, que en el caso de esta investigación y a tenor de los datos obtenidos se establece en cuatro misiones, punto de corte a partir del cual, para algunos sujetos, una nueva misión se convierte en una vivencia negativa. Sería interesante poder corroborar esta hipótesis con otras investigaciones en el ámbito de las Fuerzas Armadas Españolas, abriendo así una nueva línea de investigación, no obstante, los trabajos existentes hasta el momento, han estado enfocados en cuestiones relacionadas con burnout, estrés postraumático, selección y estresores laborales, (Bardera, 2010; Benítez Sánchez, 2013; Corroto, 2013; Estévez y Baguena, 2013;). Sin embargo las Fuerzas Armadas Americanas llevan desde



hace años centrándose en los aspectos clínicos de las intervenciones militares que realizan (Danes y Horvat, 2005; Engel, Jaffer, Adkins, Riddle y Gibson, 2004; Reeves, Parker, y Konkle, 2005). Por ello para encontrar estudios en la línea de nuestra investigación, tendríamos que buscar fuera de España, siendo los trabajos realizados en los EEUU durante las últimas décadas fruto de las numerosas intervenciones militares que han realizado.

Continuando con el análisis de los datos obtenidos tras la aplicación del Cuestionario Ansiedad Estado/Rasgo, y esta vez teniendo en cuenta los resultados obtenidos al relacionarlo con las dimensiones evaluadas en el 16 PF-5, se ha observado en los resultados (ver Tabla 22), que en los niveles de Ansiedad Estado sólo influye la dimensión básica de la personalidad Perfeccionamiento, siempre condicionada por la variable número de misiones. Es decir en la medida en la que los individuos poseen una menor experiencia en despliegues y menor puntuación en dicha dimensión, muestran mayores niveles de Ansiedad Estado.

Esta Ansiedad Disposicional y el Perfeccionismo ya ha sido estudiada en el ámbito anglosajón (Mobley, Slaney y Rice, 2005; Wang, Slaney y Rice, 2007), siendo muy escasa la investigación en países de habla hispana. Sin embargo resulta interesante revisar algunos estudios que relacionan ambos conceptos.

Así en el año 2007, Arana, Scappatura, Lago y Keegan, trataron de relacionar el perfeccionamiento y los estados emocionales negativos- ansiedad y depresión- en estudiantes universitarios. Pretendían identificar un perfeccionismo adaptativo y otro desadaptativo, sin embargo no encontraron una relación entre dicha dimensión y la Ansiedad Estado, aunque sí con la Ansiedad Rasgo, concluyendo que la dimensión básica Perfeccionamiento está mucho más relacionada con una cuestión de carácter que con una sintomática, datos que no están en consonancia con los obtenidos en esta investigación.

Sin embargo, el estudio realizado por Pitoni y Rovella (2013), cuyo fin era intentar relacionar los conceptos de Ansiedad y Perfeccionismo ante una situación de evaluación, concluyó

que la dimensión Perfeccionamiento influye directamente en los niveles de ansiedad previos a la situación de evaluación, encontrando así una relación directamente proporcional entre las mismas. Ambos autores consideraron siempre que, en cada individuo, el perfeccionamiento estaba relacionado con el nivel de exigencia propio, que venía determinado por: la experiencia previa en diferentes tipos de afrontamiento, el nivel de exigencia de su entorno y las características de su personalidad. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos en el presente estudio, entendiendo que cuanto menor es la experiencia en el afrontamiento de situaciones nuevas -en este caso despliegues militares-, y más flexible y tolerante se tiende a ser con el desorden o las faltas -baja puntuación en la dimensión Perfeccionamiento- mayores serán los niveles de Ansiedad Estado sufridos al afrontar una situación donde la supervisión y el control es constante, como es el caso de las misiones en un contexto sometido a las ordenanzas u órdenes militares.

Con respecto a los niveles de Ansiedad Rasgo y las variables de personalidad, en el análisis estadístico realizado se ha hallado (ver Tabla 23), que la única dimensión global que influye es la Independencia, siempre y cuando se relacione con la experiencia del sujeto, es decir, baja puntuación en dicha dimensión junto con poca experiencia en despliegues se traduce en mayores niveles de A/R. La dimensión Independencia en puntuaciones bajas, según Russell y Karol (2005), es entendida como una persona acomodaticia, que acepta acuerdos y cede pronto. La definición dada en la línea superior está muy relacionada con la asertividad del sujeto, de cuyo patrón de personalidad también se habló cuando se interpretaron los niveles del Inventario de Depresión de Beck (BDI), en párrafos anteriores.

En relación al resultado obtenido, el tener una personalidad con una marcada disposición a la Dependencia vs Independencia va a determinar el tipo de afrontamiento del sujeto (Brissette, Scheier y Carver, 2002). El estudio diseñado para tratar de relacionar estrategias de afrontamiento con estilo de personalidad en una muestra de 165 jóvenes de edades comprendidas entre los 21 y 35 años, puso de manifiesto que, las personas con perfiles interpersonales con tendencia a la

Independencia tienen una mayor probabilidad de poner en marcha conductas desadaptativas e incluso, en casos de perfiles extremos, mostrar dificultades emocionales y en sus relaciones interpersonales (Felipe y Ávila, 2002, 2007). Por el contrario aquellos sujetos con predominio de la Dependencia tendían de forma más frecuente a utilizar estrategias de afrontamiento más adaptativas (Castaño y León del Barco, 2010). Estas conclusiones no apoyan los datos obtenidos en el presente estudio, aunque sí que suponen un punto de partida interesante para futuras investigaciones donde se tenga en cuenta no sólo las estrategias de afrontamiento y la personalidad sino también el contexto donde la persona se desenvuelve.

Continuando con el análisis de la Ansiedad Rasgo y las dimensiones básicas de la personalidad estudiadas por el 16 PF-5 (ver Tabla 24). Los resultados muestran que cuando coincide una baja puntuación en la dimensión Dominancia con una alta experiencia en misiones, los sujetos muestran mayores niveles de Ansiedad Rasgo

Según el manual del 16 PF-5 (Russell y Karol, 2005), una alta puntuación en Dominancia describe a una persona dominante, asertiva y competitiva, mientras que una baja puntuación detalla a una persona deferente, cooperativa y que evita los conflictos. Dicha dimensión forma parte de la personalidad asertiva, que determina la forma de relacionarse el sujeto en su entorno social (Roca, 2005).

Tomando como referencia los resultados obtenidos en el presente estudio y las ideas planteadas en los párrafos anteriores, se deduce que unos valores bajos en la dimensión Dominancia y una amplia experiencia en misiones dificultan la integración de la persona en el grupo, debido a que pueden recurrir a estrategias de afrontamiento orientadas a la dependencia lo que conlleva unos niveles más altos de Ansiedad Rasgo.

Para estudiar la progresión de los niveles de Ansiedad Estado a lo largo de la misión intentamos identificar el número de individuos que incrementan, reducen o mantienen dichos niveles (ver Tabla 29), observando que un 25% la reducen, en un 52,4% permanece estable y un

22,6% incrementan sus niveles de ansiedad. Con estos datos se intenta identificar respecto a las variables sociodemográficas, dimensiones globales y básicas de personalidad en que aspectos son iguales o diferentes dichos grupos, para tratar de averiguar los aspectos que están relacionados con la precisa estabilidad emocional.

El análisis estadístico de comparación de medias realizado para identificar cuáles son las variables o dimensiones que influyen en los niveles de Ansiedad Estado, muestra que la única diferencia apreciable entre el grupo que reduce, mantiene o aumenta sus niveles de Ansiedad Estado, aparece relacionada con las dimensiones básicas de la personalidad, concretamente en las dimensiones Abstracción y Tensión.

Respecto a la dimensión Básica Abstracción, según los resultados obtenidos, al comparar los tres grupos creados, se aprecia que los grupos que reducen y mantienen sus niveles en Ansiedad Estado, tienen puntuaciones bajas en dicha dimensión, frente al grupo que aumenta sus niveles de Ansiedad Estado que presenta altas puntuaciones. Según el manual del 16 PF-5 (Russell y Karol, 2005), una puntuación alta en Abstracción, hace referencia a una persona abstraída, imaginativa e idealista, mientras que una puntuación baja caracteriza a una persona práctica, con los pies en tierra y realista. Dicha dimensión está relacionada, por tanto, con el estilo de procesamiento cognitivo, los niveles altos de ansiedad conllevan un estado elevado de alerta que sin duda implica una sobrecarga cognitiva que influye en el citado procesamiento de la información, haciéndolo más lento o más rápido; pero con peor ejecución y por tanto mayor presencia de errores que a su vez retroalimenta en el nivel de ansiedad, entrando en un círculo vicioso que provoca que los niveles de Ansiedad Estado del sujeto aumenten (Calderón, 2013). En definitiva y a tenor de los resultados obtenidos el tener una mayor capacidad de abstracción, el análisis que hace el sujeto de la tiende a ir mucho más allá de un análisis objetivo sino que se plantea cuestiones más metafísicas lo que implica dicha sobrecarga cognitiva y el consecuente aumento de los niveles de Ansiedad Estado.

Continuando con la dimensión Básica Tensión y los resultados obtenidos en Ansiedad Estado, los resultados muestran que el grupo que mantiene estable sus niveles de Ansiedad Estado, presenta una puntuación más baja en Tensión que el grupo que aumenta la citada A/E. Tomando de referencia la definición dada por el manual 16 PF-5 (Russell y Karol, 2005), una puntuación alta en Tensión define a una persona enérgica, impaciente e intranquila, por el contrario una persona con una puntuación baja, es definida como relajada, paciente y que no se frustra con rapidez. Ante esta definición una baja puntuación en Tensión se relaciona con la estabilidad emocional y, en el fondo, con componentes ansiosos. Los resultados obtenidos en nuestra investigación están en consonancia con el estudio realizado por Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga en 2009. En dicha investigación se correlacionó el burnout en el personal médico con los rasgos de personalidad. Se encontró que aquellos sujetos que mostraban un mayor cansancio emocional y despersonalización -en ambos conceptos el componente ansioso es muy importante- mostraban, entre otras, puntuaciones más altas en la escala Tensión.

Continuando ahora con el análisis de los resultados obtenidos en la escala Ansiedad Rasgo (ver Tabla 33), en ninguno de los tres grupos creados es posible establecer algún tipo de vínculo con características o dimensiones globales de personalidad.

Sin embargo en el caso de las dimensiones básicas de la personalidad, los resultados coinciden con los obtenidos en la escala A/E. En la única dimensión básica en la que se diferencian los grupos que permanecen estables, reducen o aumentan sus niveles de Ansiedad Rasgo, es en Abstracción. Teniendo los grupos que mantienen y reducen sus niveles de Ansiedad Rasgo puntuaciones más bajas en dicha dimensión.

La Ansiedad Rasgo, es una disposición permanente, innata, es una tendencia a responder de una forma determinada, en la que el aprendizaje y el entrenamiento no influyen. Como ya se ha indicado a lo largo de este apartado, todos los militares pasan por un proceso selectivo previo a su ingreso en las Fuerzas Armadas en el que ya se tiene en cuenta dicho rasgo, así que a priori,

se sobreentiende que los niveles medios de todos los grupos no son significativos, sin embargo, en nuestro estudio, sí que hemos encontrado variaciones entre unos y otros, dicha circunstancia (como ya se ha reseñado en diversas ocasiones) puede haberse debido a la propia autoevaluación que cada persona hace de sí mismo, y que va a venir condicionada por la situación que le rodea, que en este caso no es otra que la de desenvolverse de forma continuada en un terreno devastado, con manifestaciones evidentes de dolor por parte de la población nativa que sufrió el terremoto, a lo que sumamos un conocimiento real y objetivo de que lo que allí se está haciendo tendrá un repercusión puntual, pero no significativa en la mejora de las condiciones de vida de dicha población. Por otro lado hay que añadir otro factor que puede llegar a condicionar la autoevaluación, los accidentes sufridos en la misión, con pérdida de vidas en el caso del helicóptero, y graves lesiones en el caso del camión, en los que compañeros conocidos y cercanos a todos se vieron involucrados, pudo provocar reflexiones acerca de la vulnerabilidad de las personas, de lo inexplicable e impredecible de los acontecimientos y los caprichos del azar, a los que todos estábamos expuestos.

Habitualmente la vivencia de experiencias traumáticas tiende a cambiar la valoración de determinados aspectos que sin esas vivencias hubieran pasado inadvertidos. Prueba de ello es el estudio realizado con 521 militares norteamericanos acerca de cómo el estilo de afrontamiento amortiguaba o no los efectos de los estresores intrínsecos a su trabajo, los autoinformes fueron el método de trabajo con ellos. Las conclusiones permitieron afirmar que cuando dichos militares participaban en despliegues o intervenciones puntuales en desastres naturales las autoevaluaciones tendían a tener una concepción más negativa de sí mismos, a aumentar su sensación de vulnerabilidad, a modificar su autoconcepto, independientemente del estilo de afrontamiento. Además el análisis realizado puso de manifiesto que el personal evaluado tendía a responder en los cuestionarios clínicos, de manera más positiva hacia los síntomas relacionados con la depresión, ansiedad y cuadros de estrés. Por el contrario cuando se evaluó a dichos militares en su rutina diaria, sus autoinformes tendían hacia aspectos relacionados con la ambigüedad de rol, falta de motivación y sobrecarga laboral (Day y Livingstone, 2004).

El trabajo de investigación realizado con una muestra de reservistas americanos durante la Guerra del Golfo, coincide también con los resultados obtenidos en el presente estudio respecto a la sintomatología ansiosa. La investigación puso de manifiesto que los factores relacionados con la separación familiar y la interrupción de su trabajo cotidiano eran la principal fuente de ansiedad para dicho personal, concluyendo además que la influencia de dichos estresores era amortiguada cuando los reservistas tenían experiencia previa en situaciones de combate (Bartone, 1999).

Durante todo el análisis realizado en el presente estudio la variable «número de misiones» ha resultado ser significativa tanto en la sintomatología depresiva como en la ansiosa. Que la experiencia resulta fundamental para amortiguar los efectos negativos del despliegue ya fue puesto de manifiesto en otra investigación donde se compararon una muestra de 4720 militares del Reino Unido, con otra del mismo número de reservistas desplegados durante la Guerra de Irak. Para ello rellenaron un cuestionario de salud elaborado para dicha investigación, donde se hacía referencia a aspectos relacionados con la ansiedad, estrés y depresión. Los resultados mostraron que los militares presentaban algunos síntomas físicos que, de forma débil a nivel estadístico, se podían asociar como consecuencia del despliegue, frente a los reservistas que presentaban una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa. Interpretándose que todo ello era debido a una falta de experiencia (Hotopf et al. 2006).

Del mismo modo los resultados obtenidos tras la aplicación del STAI en la presente investigación coinciden con los del estudio realizado por otro de nuestros estudios, sobre una muestra de militares desplazados a zona de operaciones (Perez-Hidalgo y Rodriguez-Gonzalez, 2011). En dicha investigación se evaluaron a 168 militares que formaban parte del contingente desplegado en Bosnia durante 4 meses. A fin de valorar el estado emocional de dicho contingente, se empleó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI), la recogida de datos tuvo lugar en dos momentos diferentes: durante la fase de concentración previa al despliegue y una segunda recogida justo antes de la vuelta a territorio nacional. Los resultados obtenidos en dicha

investigación, reafirman los datos obtenidos en la presente a pesar del que el contexto cambia, ya que el contingente desplegado en aquel momento intervino en una situación de postguerra. En ningún momento se obtuvieron datos clínicamente significativos a nivel de ansiedad, aunque si se apreciaron diferencias significativas en los niveles de Ansiedad Estado entre las dos evaluaciones que fueron atribuida por los autores a las variables sexo y nivel formativo. Concluyendo que la experiencia vivida altera los niveles de Ansiedad Estado y que los niveles formativos superiores favorecen un afrontamiento positivo de la experiencia.

Los resultados obtenidos por Ceballos, González-Rodríguez, López-López y Troyano (2013), en una muestra de 105 policías locales de la Comunidad Autónoma Andaluza en la cual se evaluaron los niveles de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, mostraron que no existían niveles significativos de ambos tipos de Ansiedad, coincidiendo con los resultados obtenidos en la presente investigación. Dichos autores trataron de identificar qué variables sociodemográficas incidían en dichos resultados, concluyendo que ninguna de las variables estudiadas -edad, años de casado, número de hijos y antigüedad en el empleo-, resultaba influyente.

Sin embargo los resultados de nuestra investigación no están en consonancia con los datos obtenidos en el estudio realizado con militares noruegos y cooperantes civiles que participaron en la Guerra de Yugoslavia, (Kaspersen y Matthiensen, 2003), entre los años 1992 y 1996, dónde se midieron y evaluaron los síntomas de trastorno por estrés postraumático. Las conclusiones confirmaron que la presencia de los síntomas que forman dicho cuadro clínico eran más frecuentes en el personal combatiente que en el civil cooperante, sin embargo estos últimos eran más vulnerables a padecer una psicopatología no relacionada con los traumas, concretamente somatizaciones, ansiedad, depresión y ansiedad fóbica, explicando que estos resultados se debían a la naturaleza diferencial de las tareas desarrolladas por unos y por otros. Lo que apoya la idea de que los estados emocionales cambian como resultado del afrontamiento de diferentes situaciones críticas. En el caso que nos concierne, el personal militar desplegado en Haití ha desarrollado una mayor cantidad de tareas relacionadas con la ayuda humanitaria



que con tareas relacionadas con un conflicto bélico que hubieran justificado la presencia de la sintomatología ansiosa-depresiva sin embargo no ha sido así.

Otra peculiaridad de los resultados obtenidos en el presente estudio es que no coinciden con los obtenidos por Medialdea (2004). Dicho autor trató de identificar un perfil personalidad y relacionarlo con los trastornos ansiosos y el estrés. En su investigación concluyó que bajos niveles de ansiedad basales y unas puntuaciones bajas en la dimensión neuroticismo permitía una adecuada modulación de estrés. Concluyendo además que la dimensión extraversión en un polo alto permite controlar el estrés. En nuestra investigación la dimensión global Extraversión no ha resultado ser significativa en ningún momento.

En la misma línea del párrafo anterior el estudio de Zurroza-Estrada, Oviedo-Rodríguez, Ortega-Gómez, y González-Pérez (2009) identificaron que rasgos de personalidad constituyen un perfil de personalidad más o menos vulnerable al estrés, en una muestra de personal que trabajaba en emergencias. Concluyeron finalmente con que era la conjugación de los factores C-( estabilidad), H- (atrevimiento), O+ (aprensión) y Q4+( tensión) lo que constituían el perfil de personalidad más o menos vulnerable a sufrir altos niveles de estrés. Ninguno de estas conclusiones respecto a la personalidad han sido obtenidos en el presente estudio.

A lo largo de toda esta discusión, se ha estado planteando la influencia del desgaste profesional en los diversos resultados obtenidos. Una misión como la de Haití, de carácter humanitario y no bélico, hace pensar que sus principales fuentes de desgaste estén más relacionadas con los problemas de comunicación, el sentimiento de lejanía de la familia, la sensación de aislamiento, las limitaciones impuestas en la ayuda a proporcionar o en los sentimientos de incapacidad de producir cambios reales en esta población. Apunte que está en consonancia con las aportaciones de Condori, Palacios y Ego-Aguirre (2002) que se hicieron en la introducción donde ya se puso de manifiesto que dichas variables modulan el impacto emocional de la experiencia.

El estudio de Ballone, Valentino, Occhiolini, Di Mascio, Cannone, y Schioppa, en el 2000 con militares italianos durante su misión en Bosnia-Herzegovina en 1998. Se encontraron que los principales factores relacionados con el desgaste estaban relacionados con la duración de la misión, las actividades de recreo y deportivas, la separación familiar y la monotonía.

La investigación realizada por Cáceres (2006), identifica una serie de variables que aparecen en las misiones internacionales y que pueden incidir en el desgaste profesional del personal participante. Estas variables son las relacionadas con la separación del ambiente familiar durante largo periodos de tiempo, el aislamiento, el aburrimiento, la inactividad, las difíciles condiciones ambientales y la falta de medios. La disponibilidad de medios y el grado de organización de los mismos han sido consideradas variables moduladoras.

En el presente estudio no se ha evaluado el desgaste profesional, pero los resultados han mostrado que la variable «número de misiones» incide en el estado anímico y en la estabilidad emocional, con lo que resultaría interesante de cara a investigaciones futuras, evaluar por un lado cuales son las variables que influyen directamente en el desgaste y por otro lado si dicho desgaste es tanto para el contexto de los despliegues como en su entorno laboral habitual.

Antes de finalizar este análisis de datos, hay un aspecto que puede haber influido de forma decisiva en los resultados obtenidos de ambos cuestionarios y es la propia organización a la que pertenece la muestra, las Fuerzas Armadas, pues como señalan diversas investigaciones (Bardera, González-Camino y Osca, 2003; Baqués, 2004; Cuadra y Veloso, 2007; Dobrevá, Villeneuve, Strickland y Matheson, 2002; Fontana, 2005; Iversen et al. 2008; Lievens, Hoye y Schreurs, 2005) los factores organizacionales también influyen en el origen del desgaste profesional.

Dentro de todos los factores, los que han resultado ser más determinantes son: cultura organizacional; definición de roles (Dobbins, 2003; Bardera, González-Camino y Osca, 2003; McConville, 2006. ); modelo de carrera profesional (Bouffard, 2005; Shrimpton, y Newman,

2005); la forma de ejercer los poderes de decisión y de control (Bennis, 2005; Metz, 2011; Montero, 2013).; y las relaciones interpersonales en el trabajo ( Griffith, 2007; Rodriguez-Martin, 2003). En un segundo lugar: equipos y ambiente laboral (Pflanz y Ogle, 2006; Soeters, Winslow y Weibull, 2006); concepción de las tareas del puesto, carga y ritmo de trabajo, y programación del trabajo (Kaufman, Brodine, y Shaffer, 2000).

En el caso del grupo evaluado en esta investigación, al pertenecer todos ellos a las Fuerzas Armadas, todos los elementos a los que se ha hecho mención en los párrafos anteriores, están muy presentes. En el ejército existe una cultura organizacional muy potente -con una gran simbología-, cuyos valores y principios regulan todo su funcionamiento. Los roles de todo el personal están definidos, existe un modelo de carrera profesional para todos los componentes y a todos los niveles de empleo. La forma de ejercer los poderes de decisión y de control y las relaciones interpersonales en el trabajo muestran su máxima expresión con la existencia de un código de conducta: las Reales Ordenanzas, que regulan la moral y conducta de cualquier militar.

Así se puede concluir que los resultados positivos obtenidos en esta investigación, tanto en el estudio de la ansiedad como en el de la depresión, podrían ser explicados por la influencia de tres factores:

- Organizacionales que actuaron como mecanismo de protección.
- De personalidad.
- La propia concepción que tienen los sujetos sobre la experiencia que van a realizar.

De forma objetiva y de cara a futuras aplicaciones como la selección del personal militares para misiones, siempre teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio, se debería tener en cuenta que:

1. Existe un número de misiones a partir del cual el sujeto se vuelve más vulnerable a la sintomatología depresiva y ansiosa.
2. A nivel de personalidad, no se puede hablar de un perfil de personalidad concreto ni específico, sino que su estructura varía al mismo tiempo que la interacción entre individuo y la Institución Militar se mantiene a lo largo del tiempo. La presente investigación pone de relieve una serie de rasgos que actúan como protectores ante una sintomatología depresiva y ansiosa tanto cuando el sujeto tiene escasa experiencia como cuando los sujetos son más experimentados. Sin embargo debido a las propias limitaciones de la muestra como metodológicas no se puede establecer un perfil ideal concreto y generalizable a todas las funciones del militar.

# **7. Conclusiones**



### **A. Respecto a la sintomatología depresiva**

1. Existe un número de misiones a partir del cual el sujeto se vuelve más vulnerable a la sintomatología depresiva.
2. A nivel de personalidad a la hora de la selección de personal, las puntuaciones en las Dimensiones Globales de Ansiedad (Ans) y Dureza (Dur) (Russell y Karol, 2005), predicen la debilidad del sujeto a la sintomatología depresiva, independientemente de su experiencia en misiones. Para aplicaciones futuras interesa buscar a personal con altas puntuaciones en Ansiedad (Ans) y Dureza (Dur).
3. Cuando se despliega personal con poca o nula experiencia se deben de tener en cuenta las puntuaciones alcanzadas en las Dimensiones Globales Independencia (Ind) y Autocontrol (AuC) (Russell y Karol, 2005), que tenga el militar, pues con bajas puntuaciones predice una predisposición a la sintomatología depresiva.
4. Con respecto a las Dimensiones Básicas de la personalidad, las escalas Privacidad (N) y Apertura al Cambio (Q1) (Russell y Karol, 2005), presagian por sí mismas la fragilidad a la sintomatología depresiva, sin tener en cuenta la experiencia. Lo ideal sería seleccionar a sujetos con altas puntuación en N y bajas en Q1.
5. Por el contrario las Dimensiones Básicas de la personalidad Dominancia (E), Tipo de Pensamiento (B) y Perfeccionismo (Q3) (Russell y Karol, 2005), con una baja puntuación predicen la vulnerabilidad a la sintomatología depresiva siempre y cuando

el sujeto tenga escasa experiencia en misiones. Cuando un militar despliegue por primera vez, lo ideal sería que se caracterizara por un Pensamiento Abstracto (B+), alta puntuación en Dominancia (E+) y Perfeccionismo (Q3+).

### **B. Respecto a la sintomatología ansiosa**

1. Tal y como se ha indicado, habría que limitar el número de misiones. a mayor número de misiones, mayor tendencia a mostrar sintomatología ansiosa y resultando también influyente en los niveles basales en Ansiedad Rasgo.
2. Cuando el sujeto tenga mucha experiencia en misiones interesa seleccionar a aquellos que tengan una puntuación baja en Ansiedad Estado. Mientras que para sujetos más inexpertos interesan puntuaciones más altas en la mencionada escala.
3. Ninguna Dimensión Global de la personalidad del 16 PF-5, resulta influyente en la Ansiedad Estado.
4. Con respecto a las Dimensiones Básicas de la personalidad y la Ansiedad Estado la única que resulta influyente es el Perfeccionismo (Q3) (Russell y Karol, 2005), siempre que se tenga en cuenta el número de misiones. Siendo interesante de cara a futuras aplicaciones seleccionar sujetos con una alta puntuación (Q3+) en dicha dimensión cuando se tenga escasa o nula experiencia pues predice niveles bajos de Ansiedad Estado.
5. En relación a la Ansiedad Rasgo, la única Dimensión Global de la personalidad que influye es Independencia (Ind) (Russell y Karol, 2005), siempre y cuando se tenga en cuenta, como en otras ocasiones, el número de misiones. de esta manera, en



posteriores selecciones de efectivos carentes de experiencias previas en misiones, sería conveniente recurrir a aquellos que tengan alta puntuación (Ind+) en esta escala.

6. Continuando con las Dimensiones Básicas de la personalidad y la Ansiedad Rasgo, resulta significativa la escala Dominancia (E) (Russell y Karol, 2005). Con vistas a una aplicación práctica hay que considerar eficaz seleccionar sujetos con bajas puntuaciones en Dominancia (E-), cuando no tenga experiencia en misiones.



# **8. Referencias Bibliográficas**



- Acinas, M.P. (2007). Gestión de la información y mensajes a la población en situaciones de emergencia, evacuaciones y simulacros. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 19(2), 88-95.
- Adler, A B., Huffman, A. H., y Bliese, P. D. (2005) The Impact of Deployment Length and Experience on the Well-Being of Male and Female Soldiers. *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol 10(2), 121-137.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Alexander, D.A., y Klein, S. (2009). First responders after disasters: a review of stress reactions, risk, vulnerability, and resilience factors. *Prehosp Disaster Med*, Mar-Apr;24(2):87-94
- Allport, G.W. (1974). *Psicología de la personalidad*, Buenos Aires, Paidós.
- Allred, K.D., y Smith, T.W. (1989). The hardy personality: Cognitive and physiological responses to evaluative threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 257-266.
- Aluja, A., y Blanch, A. (2002). Análisis descriptivo y comparativo del 16PF-5 en muestras americanas y españolas. *Boletín de Psicología*, 74, 27-38.
- Aluja, A., y Blanch, A. (2003). Replicabilidad de los factores de segundo orden del 16PF-5 en muestras americanas y españolas. *Psicothema*, 15(2), 309-314.

- Aluja, A., García, O. L., García, F., y Seisdedos, N. (en prensa). Invariance of the «NEO-PI-R» factor structure across exploratory and confirmatory factor analyses. *European Journal of Psychological assessment*.
- Aluja, A., Rossier, J., Garcia, L. F., y Verardi, S. (2005). The 16PF5 and the NEO-PI-R in Spanish and Swiss samples: A cross-cultural comparison. *Journal of Individual Differences*, 26(2), 53-62.
- Álvarez Gallego, E., y Fernández Rios, L. (1991). El síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 11, 257-265.
- Alvarez Muriel, D., Benavides Campos, B., Bueno Duque, O., Patricia Cuadros, V., Ricardo Echeverri, D., Gomez Ibañez, L., Patricia Guzman, A., Torres Polanco, M., Castaño Castrillon, J., Paez Cala, M., y Fernando Aristizabal, J. (2006). Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. *Archivos de Medicina*, 13, 51-67.
- Alvarez Rocha, L. B. Bayón Pradilla, A. M. y Cardona, G. D. P. (2013). Intervención en crisis en situaciones de emergencia. Trabajo de Grado. Facultad de Psicología, Universidad de la Sabana
- Álvarez-Ude, F., Fernández-Reyes, M. J., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R., y Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21(2), 191-199.
- Anderson, D. G. (2001). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 24, 839-848.
- Andreu Mateu, M. (2011). Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado. Tesis Doctoral. Universitat Jaume I: Castellón.

- Anjos, E. M. D. (2011). Influencia de la personalidad en el cansancio emocional y el afrontamiento en universitarios brasileños. Tesis Doctoral. Universidad de Psicología: León.
- Apellaniz, A., y Pascual, A. (2005). Enfermedades laborales emergentes: el bournaut. *Revista Técnica de Seguridad y Salud Laboral*, 172,26-34.
- Apiquian, A. (2007). *El Síndrome del Burnout en las Empresas*. Recuperado el 22 de octubre de 2007, del sitio Web de la Escuela de Psicología de la Universidad de Anáhuac: <http://www.anahuac.mx/psicologia/>.
- Apples, A. (1998). Estrés laboral, agotamiento y enfermedad. En J. Buendía (ed). *Estrés laboral y salud*, pp 119-128. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Aptekear, Lewis. (1994): *Environmental disasters in global perspective*. Nueva York: G. K. Hall & Co. Macmillan Publishing Co.
- Arana, F., Scappatura, M.L., Lago, A., y Keegan, E. (2007). *Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo y malestar psicológico en estudiantes universitarios argentinos: un estudio exploratorio utilizando el APS-R*. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. (t. I). Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Aranda Romero, J. (1997). Intervención psicológica inmediata con víctimas de una catástrofe natural. *Papeles del Psicólogo*, 68, 20-29.
- Arcos Gonzalez, P., Castro Delgado, R., y Del Busto Prado, F. (2002). Desastre y salud pública: Un abordaje desde el marco teórico de la epidemiología. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 121-132.
- Arntz, A., Rauner, M., y Van den Hout, M. A. (1995). If I feel anxious, there must be danger: ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 917-925.

- Arraras, J. I., Wright, S. J., Jusue, G., Tejedor, M., y Calvo, J. I. (2002). *Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. Psychology, Health y Medicine*, 7, 181-187.
- Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.
- Ayuso, J.C. (1988). *Trastorno de angustia*. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Balcarcel Amaya, A. (2000). Teoría básica sobre el riesgo, la crisis, la catástrofe social. Tema II: Teoría social básica sobre el riesgo, la crisis y la catástrofe social. conferencia virtual sobre Teoría y práctica de las Ciencias Sociales en situaciones de riesgos catastróficos. Recuperado de [www.proteccioncivil.es/es/DGPCE/información\\_y\\_documentacion/catalogo/carpeta04/ceisevirtual/ceisev2000\\_p02-16.htm](http://www.proteccioncivil.es/es/DGPCE/información_y_documentacion/catalogo/carpeta04/ceisevirtual/ceisev2000_p02-16.htm).
- Ballone, E., Valentino, M., Occhiolini, L., Di Mascio, C., Cannone, D., y Schioppa, F.S. (2000). Factors Influencing Psychological Stress Levels of Italian PeaceKeepers in Bosnia. *Mil med*, 165(12), 911-915.
- Baqués, J. (2004). La profesión y los valores militares en España. *Revista Internacional de Sociología*, 62(38), 127-146.
- Bardera, M.P. (2010). *Antecedentes psicosociales en la salud laboral de militares españoles*. Tesis Doctoral. UNED:Madrid.
- Bardera, P., González Camino, G., y Osca, A. (2003). Perfil psicosocial de un grupo de soldados accidentados: un estudio en las Fuerzas Armadas españolas. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 3, 15 -19.
- Bardera, P., Osca, A., y González Camino, G. (2002). Influencia del estrés y la satisfacción laboral sobre la propensión al abandono, el absentismo y la accidentalidad. *Ansiedad y Estrés*, 8, 2-3, 103-284.

- Bartone, P. T. (1999). Hardiness protects against war-related stress in Army Reserve forces. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51(2), 72.
- Bascón Pachón, D. (2012). Resiliencia: ¿ nuevo concepto o una antigua actitud ante la adversidad?. *Ejército: de tierra español*, (852), 90-95.
- Battaglia, M., Przybeck, T. R., Bellodi, L. y Cloninger, C. R. (1996). Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 292–298.
- Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K., y Corneil, W. (1998). Exposure to duty-related incident stressors in urban fire fighters & paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 821-828.
- Beck, A.T. (1984). Cognitive approaches to stress. En R. Woolfolk y C. Lehrer. *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J. Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A.T., y Steer, R.A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bedoya, F. G. (2006). *Hábitat Transitorio: Vivienda para Emergencias Por Desastres en Colombia: Lineamientos y Percepciones*. Univ. Nacional de Colombia.
- Benavides, G., González, R., Pastor, Y., y Sesé, A. (2002). Características de personalidad y sociodemográfica del voluntariado de acción social. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 3 (1), 5-23.



- Benítez Sánchez, J. (2013). Intervención psicológica en la prevención de accidentes de tráfico en misiones internacionales. En D. Donoso (coord.), *Psicología en las Fuerzas Armadas*, 609-624, Madrid.
- Bennis, W. (2005). *On becoming a leader*. Ed.: Addison Wesley Iberoamericana.
- Benyakar, M. (2002). Salud mental y desastres. Nuevos desafíos. *Revista de Neurología Neurocirugía Psiquiatría*, 35(1), 3-25.
- Berren, M.R., Beigel, A., y Barker, G. (1982). A typology for the classification of disasters: Implications for intervention. *Community Men J Health*, 18, 120-134.
- Berren, M.R., Santiago, J. Beigel, A. and Timmons, S.A. (1989). *A Classification scheme for disasters*. In R. Gist and B. Lubin (Eds.). Psychosocial aspects of disaster. New York: Wiley.
- Bhar, S. S., Brown, G. K., y Beck, A. T. (2008). Dysfunctiona beliefs and psychopathology in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 165-77.
- Bills, C. B., Levy, N. A., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., Moline, J., y Katz, C. L. (2008). Mental health of workers and volunteers responding to events of 9/11: review of the literature. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 75(2), 115-127.
- Bisson, J.I., Shepherd, J.P., Joy, D., Probert, R., y Newcombe, R.G. (2004). Early cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63-69.
- Bonanno, G.A., y Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clínical Psychology Review*, 21, 705-734.

- Boscarino, J.A., y Adams, R.E. (2008). Overview of Findings from the World Trade Center Disaster Outcome Study: Recommendations for Future Research after Exposure to Psychological Trauma. *International Journal Emergency Mental Health* , 10 (4), 275–29
- Boscarino, J.A., y Adams, R.E. (2009). Peritraumatic Panic Attacks and Health Outcomes Two Years after Psychological Trauma: Implications for Intervention and Research. *Psychiatry Research*; 167 (1-2): 139-150.
- Boschetti Fontanes, B. (2004). La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*; 3, 61-63.
- Bouffard, L. A. (2005). The military as a bridging environment in criminal careers: differential outcomes of the military experience. *Armed Forces and Society*, 31(2), 273-295.
- Bourne, P.G. (1975). *Men, stress and Vietnam*. Boston: Little, Brown and Company.
- Bowles, S.V., y Bates, M.J. (2010). Military organizations and programs contributing to resilience building. *Military Medicine*, 175, 6, 382-385.
- Boyle, A., Grap, M., Younger, J. y Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-857.
- Brackbill, R. M., Stellman, S. D., Perlman, S. E., Walker, D. J., y Farfel, M. R. (2013). Mental health of those directly exposed to the World Trade Center disaster: Unmet mental health care need, mental health treatment service use, and quality of life. *Social Science and Medicine*, 81, 110-114.
- Bragado, C., Bersabe, R., y Crrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en adolescentes y niños. *Psicothema*, 11(4), 939-956.

- Brauchle, G (2006). Incidente-and reactio-related predictors of de acute and posttraumatic stress disorder in disaster workers. *Psychosomatic Medicine and Psychotherapy*; 52(1):52-62.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., y Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* ; 48:216-22
- Breslau, N. Kessler, R.C., Chicoat, H. D., Schultz, L. R., David, G.C., y Andreskip, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the comunity the 1996 Detroit area survey trauma. *Archives of General Psychiatric*, 55, 626-632.
- Brewin, C.R., Andrews, B., y Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychoogyl* 88(5), 748-66.
- Bridger, R., Kilminster, S., y Slaven, G. (2007). Occupational stress and strain in the Naval Service: 1999 and 2004. *Occupational Medicine*, 57(2), 92-97.
- Brissette, I., Scheier, M.F. y Carver, C.S. (2002). The role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102-111.
- Britton, N. F. (1986). *Reaction-diffusion equations and their applications to biology*. Academic Press.
- Brown, E. (2012). *Loss Change and Grief*. David Fulton Publishers.
- Bryant, R.G., y Harvey, A.G. (2000). *Accute Stress Disorder*. Washington D.C.
- Burke, R. J., y Greenglass, E. (2000). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of coping. *International Journal of Stress Management*, 7, 49-59.

- Burke, R. J., y Greenglass, E. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychological and Health*, 16, 583-594.
- Cabrera, P., Simón, E., Fernandez de la Rosa, R., Palazon, A., y Santodomingo A. (2000). Personalidad y estrés en el personal sometido a un trabajo de tensión y riesgo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 29(2), 79-83.
- Cáceres Bermejo, G. (2006). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar*, Tesis doctoral, Facultad de Medicina Universidad Complutense: Madrid.
- Calderón Hernández, V. (2013). *Correlación entre función ejecutiva y estados emocionales de ansiedad y depresión en estudiantes de primer año de psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios en Bello Antioquia*. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología: Medellín.
- Camero, M. L. R., Hernández, R. A., Salvador, M. D. M. R., Camero, N. R., López, A. T., y García, J. P. (2007). Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias extrahospitalaria epes 061 del sp. de Granada. *Tempus vitalis: Revista Electrónica Internacional para el cuidado del paciente crítico*, 7(1), 2-16.
- Campillo Cascales, M. J., Rivas Molina, A., Luna Maldonado, A., y Llor Esteban, B. (2004). ¿Qué pueden hacer los psicólogos en una situación de desastre?. *Enfermería Global*, 4.
- Campos, S. A. (2000). *Educación y prevención en desastres*. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina.
- Card, J.J. (1987) Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal Clinical Psychology* ; 43: 6-17.
- Cardenal Hernaez, C., y Fierro Bardaji, A. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, (49), 1, 65-81.

- Cardenal Hernaez, C., y Fierro Bardaji, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar social y adaptación social. *Psicothema*, 13(1), 118-126.
- Carmona, E. (2011) «Mueren más soldados en EEUU por suicidio que por combate». (en línea).
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 40 (2), 20-34.
- Carvajal, C., Carbonell, C.G., Philippi, R., Monteverde, P., Bacigalupo, F., y Alvear ,F. (2001). Características clínicas del trastorno de adaptación con síntomas de estrés postraumático. *Revista Chilena de NeuroPsiquiatria*, 39,99-109.
- Casanueva, B. y Di Martino, V. (1994). Por la prevención del estrés en el trabajo. Las estrategias de la OIT. *Salud y Trabajo, Revista del I.N.S.H.T.*, 102 (2) ,17-24.
- 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.
- Castillejo Pérez, S. y Osa Segovia, A. (2012). Los equipos de R.P.E. Situaciones de desastre y Catástrofe. Curso Internacional en gestión en crisis. Instituto Universitario Gutiérrez Mellado- UNED.
- Castro Solano, A. y Casullo, M. M. (2003). Concepciones civiles y militares argentinos sobre el liderazgo. *Boletín de Psicología*, 78, 63-79.
- Castro Solano, A., y Casullo, M. M. (2005). Estilos de personalidad, afrontamiento e inteligencia como predictores de las trayectorias académicas de cadetes en una institución militar. *Anuario de psicología*, 36(2), 197-210.

- Castro Solano, A. y Nader, M. (2004). Estilos de liderazgo, contexto y cultura organizacional percibida. Un estudio comparativo en población civil y militar. *Boletín de Psicología*, 82, 45-63.
- Catell, H.E.P. (1994). Development of the 16PF Fifth Edition. En la obra de Conn y Rieke (1994).
- Catell, R. B. (1989). *The 16PF: Personality in depth*. Champaign, IL: INstitute for Personality and Ability Testing, Inc.
- Cattell, R.B., Cattell, A.K., y Cattell, H.E.P. (1993). *Sixteen Personality Factor Questionnaire, Fifth Edition*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing, Inc.
- Ceballos Becerril, M.P., Rodríguez González, J.M., López López , M.J., Troyano Rodríguez, Y. (2013). Prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de policías locales de la comunidad autónoma andaluza. *Trabajo presentado en el VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica, Santiago de Compostela*.
- Cernuda Martínez, J. A. (2012). Impacto de los desastres en la salud mental. Tesis Doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo.
- Ceverino, A. y Baca, E. (2006). Alteraciones psicopatológicas tras situaciones traumáticas naturales o accidentales. *7º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Interpsiquis. Psiquiatría.com.
- Chacón, F., y Dávila, M. (2001). Construcción de una tipología cognitiva sobre actividades de voluntariado. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11(2), 35-59.
- Chacón, F., y Vecina, M.L. (1996). Motivaciones y burnout en el voluntariado. *Intervención Psicosocial*, 1,31-43.
- Chacón, F. y Vecina, M. L., Barón, A., y De Paúl, M. P. (1999). Burnout en voluntarios que trabajan con pacientes de sida o cáncer. *Clínica y Salud*, 2, 137-150.

- Chávez, E., y Yturalde, E. (2006). *Tu Fortaleza*. E.Y.A.
- Chen, C. C., Heinemann, A. W., y Hart, D. L. (2003). Comparing amputation patterns in VAMCs from 1997-2000. Abstract. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84 (10), A1.
- Chou, F., Wu, H., Chou, P., Su, C., Tsai, K., Chao, S., Chen, M., Su, T., Sun, W., y Ou-Yang, W. (2007). Epidemiological psychiatric studies on post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 370-378.
- Cie-10 (Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Cohen, R. E. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres*. Mexico: Manual Moderno.
- Cohen, R. E. (2008). Lecciones aprendidas durante desastres naturales: 1970-2007. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(1), 109-117.
- Cohen, R.E., y Ahearn, F.L. (1989). *Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres*. Mexico: Ed. Harla.
- Conde, V., Esteban, T., y Useros, E. (1976). Revisión Crítica de la Adaptación Castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General Aplicada*, 31:469-497.
- Condori, L., Palacios, A., y Ego Aguirre, V. (2002). Impacto psicológico en el trabajo en emergencias y desastres en equipos de primera respuesta. *Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres del Colegio de Psicólogos del Perú*.
- Conejo Galindo, J., Medina, O., Fraguas, D., Terán, S., Sainz-Cortón, E., y Arango, C. (2008). Psychopathological sequelae of the 11 March terrorist attacks in Madrid: an

- epidemiological study of victims treated in a hospital. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 28-34.
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-179.
- Cooper, M. L., Word, P. K., y Albino, A. (2003). Personality and the Predisposition to Engage in Risky or Problem Behaviors during Adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 390-410.
- Corroto Ortega, S. (2013). Selección de pilotos en el Ejército del Aire. En D. Donoso (coord.), *Psicología en las Fuerzas Armadas*, 371-382, Madrid.
- Cortés, B. y Aragonés, J.I. (1997). Multiplicidad temática en la comprensión psicológica de los desastres. *Papeles del Psicólogo*, 68, 7-14.
- Cortés Díaz, J. M. (2002): *Seguridad e Higiene del Trabajo – Técnicas de Prevención de Riesgos Laborales*, México: Alfaomega.
- Cortés Marcelo, C., Piero Oneto, G., y Sherrington, R. (2001): «*Perfil Psicológico de Bomberos Rescatistas pertenecientes a Cuerpos de Bomberos de la Quinta Región*», Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y título de Psicólogo, Universidad Católica de Valparaíso:Chile.
- Cortés Trujillo, E. G. (2000): «La enseñanza de la gestión del riesgo mediante el uso de ejemplos cotidianos», en Conferencia virtual sobre *Teoría y práctica de las Ciencias Sociales en situaciones de riesgos catastróficos. Tema II: Teoría social básica sobre el riesgo, la crisis y la catástrofe social* (30 de octubre a 10 de noviembre de 2000). [www.proteccioncivil.org/ceisevirtual](http://www.proteccioncivil.org/ceisevirtual).



- Corzo P., Paula, A. y Bohorquez, P., Adriana, P. (2009). Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol.17 (1), 14-19.
- Cova S, F., Rincón, G. P., Grandón, F. P., y Vicente, P. B. (2011). Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 288-297.
- Cuadra Peralta, A. y Veloso Besio, C. (2007). Liderazgo, clima y satisfacción laboral en las organizaciones. *Universum (Talca)*, 22(2), 40-56.
- Dahlsgaard, K., Peterson, Ch. y Seligman, M. (2005). Shared virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of General Psychology*, 9, 3, 203-2013.
- Danes, V. y Horvat, V. (2005). Psychological consequences of war stress in the developing population in Bosnia and Herzegovina. *Psychiatr Danub*, 17 (3-4), 225- 9.
- David, A., y Klein, S. (2009). First Responders after Disasters: A Review of Stress Reactions, At-Risk, Vulnerability, and Resilience Factors. *Prehospital and Disaster Medicine* , 87-94.
- Davidson, R. J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196-1214.
- Dávila León, M., y Chacón Fuertes, F. (2004). Factores psicosociales y tipo de voluntarios. *Psicothema*, 16 (4), 639-645.
- Day, A. L., y Livingstone, H. A. (2004). Chronic and acute stressors among military personnel: do coping styles buffer their negative impact on health? *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 348.

- De Franca, F. M., y Ferrari, R. (2012). Burnout Syndrome and the socio-demographic aspects of nursing professionals. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 743-8.
- De Nicolás, L. (1997). Después de los Desastres... ¿Qué?. *Papeles del Psicólogo*, 68,20-29.
- De Nicolás, L., Artetxe, A. I., Jauregi, A., y Lopez, S. (2000). *Intervención psicológica en situaciones de emergencias y desastres*. Vitoria: Ed Gobierno Vasco.
- Declercq, F., Meganck, R., Deheegher, J., y Van Hoorde, H. (2011). Frequency of and subjective response to critical incidents in the prediction of PTSD in emergency personnel. *Journal of traumatic stress*, 24(1), 133-136.
- Delahaij, R., Gaillard, A. W., y Van Dam, K. (2010). Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 386-390.
- Delatibodier, R., Lenina, A., Reyes-Flores, E., Reyes Tica, A., y Padgett Moncada, D. (2000). Prevalencia de trastornos mentales en personas damnificadas por el Huracán Mitch reubicadas en albergues y en trabajadores de cuerpos de rescate. *Revista Médica de Postgrado de UNAH*, vol 5(3), 203-210.
- Die Olmos, L. (1996). La Formación del Voluntariado. Documentación Social. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología*, 104, 167-187.
- Die Olmos, L. (2001). La Formación del voluntariado. Documentación Social. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, 104, 167-184.
- Dirección General de Protección Civil (2012). Planificación e intervención psicosocial en emergencias y catástrofes.
- Dobbins, J. F. (2003). America's role in nation-building: from Germany to Iraq. *Survival*, 45(4), 87-110.

- Dobrevá Martinova, T., Villeneuve, M., Strickland, L., y Matheson, K. (2002). Occupational role stress in the Canadian forces: Its association with individual and organizational well-being. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 34(2), 111.
- Dohrenwend, B.P., Neria, Y., Turner, J.B., Turse, N., Marshall, R., Lewis Fernandez, R. y Koenen, K.C. (2004). Positive tertiary appraisals and posttraumatic stress disorder in US male veterans of the war Vietnam: The roles of positive affirmation, positive reformulation, and defensive denial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 417-433.
- Donnelly, E., y Sieber, D. (2009) Occupational risk factors in the emergency medical services. *Prehospital Disaster Medicine*. Sep-Oct; 24(5):422-9.
- Dougall, A. L., Hyman, K. B., Hayward, M. C., McFeeley, S., y Baum, A. (2001). Optimism and Traumatic Stress: The Importance of Social Support and Coping<sup>1</sup>. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(2), 223-245.
- DSM-IV TR (2001). Manual *diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Duch Orleáns, M., Fortuño Sancerni, C., y Lacambra Gambau, V. (1997). Apoyo psicológico: Formación e intervención con el voluntariado en desastres. *Papeles del Psicólogo*, 68, 30-33.
- Duckworth, A.L., Steen, T.A., y Seligman, M.E.P. (2005). Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical Psychology*. 1, 629-651.
- Duque, F., Mallo, M., Álvarez, M. (2007). *Superando el Trauma. La vida Tras el 11-M*. Barcelona: La Liebre de Marzo, S.L.
- Durán, M. M. (2010). Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 71-84.

- Durán, M., Montalbán, F., y Stangeland, P. (2006). El síndrome de estar quemado en la policía: Perfil de incidencia e influencia de factores socio-demográficos. *Revista de Psicología Social*, 21 (1), 95-107.
- Durham, T., McCammon, S., Allison, E. (1985). The psychological impact of disaster on rescue personnel. *Annals of emergency medicine*, 14 (july), 664-668.
- Dynes Rowes, R. (1994). Conceptualización del desastre en formas productivas para la investigación en ciencias sociales, desastre: una perspectiva norteamericana. *La red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en America Latina*, 3(24), 127-154.
- Einarsen, S. (2000). Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behavior*, 4(5), 379-401.
- Engel, C. C., Jaffer, A., Adkins, J., Riddle, J. R. y Gibson, R. (2004). Can we prevent a second Gulf War syndrome? Population-based healthcare for chronic idiopathic pain and fatigue after war. *Psychosomatic Medicina*, 25, 102-22.
- Enrique, A. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: una aproximación desde el estrés postraumático. *Interdisciplinaria*, 21(2), 213-246.
- Ersland, S., Weisaeth, I., Sund, A. (1989). The stress upon rescuers involved in an oil rig disaster. *Acta psychiatrica scandinavica. Suppl*, 355, (80), 38-49.
- Estado Mayor del Ejército. M17-002. Manual de Instrucción. Supervivencia. Madrid: Ministerio de Defensa, 1994.
- Estévez Colmenero, F., y Báguena Puigcerver, M. (2013). Misiones de Paz en zonas de conflicto: análisis de los estresores y repercusiones psicológicas. En D. Donoso (coord), *Psicología en las Fuerzas Armadas*, 323-334, Madrid.

- Extremera, N., Durán, A., y Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de Burnout, *engagement*, y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Extremera, N, y Fernández Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo. Hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 97-116.
- Eysenck, H.J. (1947). *Dimensions of Personality*. New York, McMillan.
- Eysenck, H.J. (1964). *Crime and Personality*. London, Routledge and Kegan Paul.
- Feder, A., Southwick, S.M., Goetz, R.R., Wang, Y., Alonso, A., Smith, B.W. y Vythilingam, M. (2008). Posttraumatic growth in former Vietnam prisoners of war. *Psychiatry*, 71, 359-370.
- Felipe, E. y Ávila, A. (2002). Los perfiles interpersonales. Aspectos clínicos del circumplex interpersonal de Wiggins. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 19-34.
- Felipe, E. y Ávila, A. (2007). Un análisis interpersonal de la ansiedad y la depresión. Parecidos y diferencias en el Circumplex interpersonal. *Ansiedad y Estrés*, 13, 77-87.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Alison, M., Valerie, E., Mary, B.A., y James, M.D. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine* 14(4):245-258.
- Femintéz Berrocef, P., Ramos, N., y Extremera, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, (70), 79-95.
- Fernández Millán, J. (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández Poncela, A. M. (2012). Emociones y desastres. *Boletín Científico Sapiens Research*, 2(1), 7-12.

- Ferrando, L. Gabriel, R. (2006). Consecuencias psicopatológicas de los atentados del 11M en el Cuerpo Nacional de Policía: Resultados de un estudio transversal doce semanas después del suceso. *Ciencia Policial*, 76, 65-82.
- Ferrero, F. La necesidad de la motivación para la supervivencia (I). Recuperado en: [URL:http://www.andinia.com/articles/supervivencia\\_sobrevivir/a23787.shtml](http://www.andinia.com/articles/supervivencia_sobrevivir/a23787.shtml)
- Fidalgo Vega, M. (2006). *La conducta humana ante situaciones de emergencias: Análisis de proceso en la conducta individual*. NTP 390, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: España.
- Fierro Hernández, C., Rodríguez, J. A. J. (2002). Bienestar, variables personales y afrontamiento en jóvenes universitarios. *Escritos de psicología*, (6), 85-91.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatic stress disorder in those who treat the traumatizae*. New York: Brunner/Mazel.
- Figueroa, R.A., Marín, H. y González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista Médica Chile*, 138: 143-151.
- Flin, R. (2001). Selecting the right stuff: Personality and high-reliability occupations. En B. Roberts. *Personality psychology in the workplace*, 253-275. Washington, DC: American Psychological Association.
- Florian, V., Mikulincer, M. y Taubman, O. (1995) Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4):687-695.
- Foa, E.B., Zinbarg, R., y Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrabillity and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.

- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 150-170.
- Fontana, A. (2005). *Consideraciones sobre el rol de las fuerzas armadas y la profesión militar*. Recuperado de [http://www.ub.edu.ar/investigacionesdt\\_nuevos/127.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigacionesdt_nuevos/127.pdf).
- Fouce, J. G., y Sánchez, E. (2002). Intervención psicosociológica en situaciones de estrés agudo: consideraciones teóricas y sugerencias para la intervención en situaciones de emergencia. *Anuario de psicología*, 33(1), 63-78.
- Fredrickson, B.L. y Tugade, M.M. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30: 159-165.
- Friedman, M.J., Warfe, P.G. y Mwititi, G.K. (2003). UN Peacekeepers and civilian field personnel. En B.L. Green, M.J. Friedman, J.T.V.M de Jong, S.D. Solomon, T.M. Keane, J.A. Fairbank, B. Donelan, E. Frey-Wouters (Eds.), *Trauma interventions in war and peace, prevention, practice and policy* (pp. 323-348). New York: Kluwer academic/Plenum Publisher.
- Fried, K.E. (2005). Biomedical research on health and performance of military women: Accomplishments of the defense Women's health research program. *Journal of Women's health*, 19(4), 764-802.
- Fritz Charles, E. (1961). Disaster. En R.K. Merton y R.A. Nishets (eds). *Contemporary social problem*, 651-694. New York: Hacourt.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., y Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress

- disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1370-1376.
- Gaborit, M. (2010). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento psicológico*, 2(7),15-39.
- Gabriel, R., Ferrando, L., Sainz Cortón, E., Mingote, C., García Camba, E., Fernández Liria, A., y Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry*, 22, 339-346.
- Galea, S., Nandi, A., y Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78-91.
- Gallego, L., Morales, G., Rotger, D., Prior, C. (2002). Incremento de la ansiedad en los sujetos componentes de grupos de intervención en crisis y desastres. *Comunicación III Congreso Virtual de Psiquiatría*. Interpsiquis.
- García Izquierdo, B. (2001). *Nuevos Socios para nuevas ONG. Ayuda Humanitaria y Desarrollo*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- García Izquierdo, M. (1995). Evaluación del Burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229.
- García Izquierdo M., Sáez, M. C., y Llor, B. (2000): Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de psicología del trabajo y las organizaciones*. 16 (2): 215-228.
- García Maldonado, G., Saldívar González, A. H., Llanes Castillo, A., y Sánchez Juárez, I. G. (2011). El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro. *Salud mental*, 34(4), 367-378.



- García Renedo, M. (2011). *Reacciones de adolescentes ante desastres y emergencias. Aspectos psicosociales derivados del 11 de marzo*. Tesis Doctoral. Barcelona. Facultad de Psicología Jaume I: Castellón.
- García Renedo, M., Gil Beltran, J. M. y Valero Valero, M. M. (2007). *Psicología y desastres. Colección Cooperación y Solidaridad, Vol 6*. Castellón: Univesitat Jaume I.
- García Vera, M. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 129-148.
- Garrosa, E., Moreno Jimenez, B., Liang, Y., y González, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 418-427.
- Gelenberg, A.J., Reiman, E.M., y Ebert, M.H. (2001). Focus on Generalized Anxiety Disorder. *Journal Clinical Psychiatry*, 62 (11), 346-359.
- Gil Foz, G., (2009). *El síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria: propósito de un caso*. Tesis Doctoral. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
- Gil Monte, P. R. (1991). Una nota sobre el concepto de Burnout, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Información Psicológica*, 46, 4-7.
- Gil Monte, P. R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedentes del «síndrome de quemarse por el trabajo» (Burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1, 21-31.
- Gil Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gilman, S. E., y Marden, J. R. (2013). Role of the social environmental over the life course in

- the aetiology of psychiatric disorders. *A Life Course Approach to Mental Disorders*, 215, 45-72.
- Goiria, J., San Sebastián, X., y Torres, E. (2003). Estudios de evaluación e intervención del estrés laboral en la policía municipal. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública* .1(7),17-21.
- Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- Gómez Fraguera, J.A. y González Iglesias, B. (2010). El papel de la personalidad y la ira en la explicación de las conductas: de riesgo al volante en mujeres jóvenes. *Anales de Psicología*, 26(2), 318-324.
- Gómez Jacinto, L. (1995). *Masas, Emergencias y Desastres Colectivos*. En L Gómez y J. Canto (Eds). Psicología Social, Madrid: Eudema.
- Gómez, R. y Francis, L. M. (2003). Generalized anxiety disorder: relationship with Eysenck's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences*, 34, 3-17.
- González Millán, R. (2011). Trastornos Ansiosos: generalidades para su aproximación. Recuperado en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v23n1-2/art2.pdf>
- González Ordi, H., Miguel Tobal, J.J., Cano-Vindel, A. y Iruarrizaga, I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10, 207-217.
- Gore, S. y Aseltine, R.H. (1995). Protective processes in adolescence: Matching stressor with social resources. *American Journal of Community Psychology*, 23,301-327.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario

- hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.
- Gray, J.A. (1971). *The psychology of fear and stress*. London: Weidenfeld and Nicholson.
- Green, B.L. (2003). Traumatic stress and its consequences. En B.L. Green, M.J. Friedman, J.T.V.M de Jong, S.D. Solomon, T.M. Keane, J.A. Fairbank, B. Donelan, E. Frey-Wouters (Eds.), *Trauma interventions in war and peace, prevention, practice and policy* (pp. 17-32). New York: Kluwer academic/Plenum Publisher.
- Green, B.L. y Lindy, J.D. (1994). Posttraumatic stress disorder in victims of disaster. *Psychiatric Clinics of North America*, 17,301-309.
- Griffith, J. (2007). Further considerations concerning the cohesion-performance relation in military settings. *Armed Forces and Society*, 34(1), 138-147.
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., Spitznagel, E. L., y Cloninger, C. R. (2003). Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis. *Journal of affective disorders*, 74(2), 123-130.
- Guerrero Rey, K. Y., y Suárez Baquero, A. (2012). Intervención en crisis: eventos traumáticos en situaciones de desastre.
- Guerrero, E., y Vicente, F. (2001). *Síndrome de «Burnout» o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Extremadura: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura.
- Gutierrez, L., y Vera, I. (2000-01). El papel del psicólogo en los desastres. Trabajo presentado en la *Conferencia Virtual Teoría y Práctica de las Ciencias sociales en Situaciones de riesgo catastróficos*. Dirección General de Protección Civil.

- Hagh Shenass, H., Goodarzi, M. A., Dehbozorgi, G., y Farashbandi, H. (2005). Psychological Consequences of the Bam Earthquake on Professional and Nonprofessional Helpers. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 477–483.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall Ibérica, S.R.L.
- Hansen, A.M., Hogh, A., Persson, R., Karlson, B, Garde, A.H. y Orbaek, P. (2006). Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 63-72.
- Hansen, D. (1990). La Psicología en los Ejércitos Europeos. *Papeles del Psicólogo*. 46-47, 24-25.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G, Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clinical*, 126, 445-51.
- Harrington, D., Bean, N., Pintello, D. y Mathews, D. (2001). Job satisfaction and burnout: Predictors of intentions to leave a job in Military setting. *Administration in Social Work*, 25 (3),1-16.
- Harrison, M., Loiselle, C.G, Duquette, A., y Semenic, S.E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*,38, 584-591.
- Harshbarger, D. (1974). Picking Up the Pieces: Disaster Intervention and Human Ecology. *Omega* 5, 55-59.
- Hartley, T.A., Violanti, J.M., Fekedulegn, D., Andrew, M.E., Burchfiel, C.M. (2007). Associations between major life events, traumatic incident, and depresión amog Buffalo police officers. *International Journal of Emergency Mental Health*. Winter; 9 (1): 25-35.

- Helzer, J.E., Robins, L.M., McEvoy, L. (1987) Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiological. *The New England Journal Medicine* ; 317:1630-4.
- Hernández Arellano, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista digital universitaria*, 78(8). Recuperado en <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/int66.htm>
- Hernández Coronado Carpio, A., Martínez Bonilla, R., Losada Pérez, D., Nevado Rey, M y Fauces Fernández, J. (1999). Modelo comprensivo de estrés en situaciones de emergencia. *Apuntes de Psicología*, 17 (1), 147-154.
- Hernández Zamora, G, Olmedo Castejón, E., Ibáñez Fernández, I. (2004). Estar quemado y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 323-336.
- Hotopf, M., Hull, L., Fear, N. T., Browne, T., Horn, O., Iversen, A., ... y Wessely, S. (2006). The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: a cohort study. *The Lancet*, 367(9524), 1731-1741.
- Huang, S., Yeoh, B. S., y Toyota, M. (2012). Caring for the elderly: the embodied labour of migrant care workers in Singapore. *Global Networks*, 12(2), 195-215.
- Hyllers, R., y Rey, M. (2006). Seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M en Madrid por el Dispositivo de Atención Psicológica del SUMMA 112. *Anales de Psicología*, 22, 1-10.
- Iversen, A. C., Fear, N. T., Ehlers, A., Hacker Hughes, J., Hull, L., Earnshaw, M., y Hotopf, M. (2008). Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychological medicine*, 38(4), 511-522.
- Izquieta Etulain, J. y Callejo Gonzalez, J. (2004). Las organizaciones de ayuda humanitaria y de

- cooperación al desarrollo. Cultura e Identidad de las ONGD. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 105, 195-216.
- Jackupcak, M., Conybeare, D., Hunt, S., Holmes, H. y Bradford, F. (2007). Anger, Hostility and Aggression Among Iraq and Afghanistan War Veterans reporting PTSD and Subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 945 -954.
- Janoff Bulman, R. (1992). *Strattered assumptions*. New York: The free Press.
- Jareño, I. G., del Paso, A. R., Martínez-Correa, A., y León, A. G. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Judkins, S., Reid, B. y Furlow, L. (2006). Hardiness training among nurse managers: building a healthy workplace. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37, 202-7.
- Kaspersen, M.,y Matthiensen, S. (2003). Síntomas de estrés postraumático entre los soldados de Naciones Unidas y el personal perteneciente al voluntariado. *The European Journal Psychiatry*, 17 (2), 69-77.
- Kaufman, K. R., Brodine, S., y Shaffer, R. (2000). Military training-related injuries: surveillance, research, and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(3), 54-63.
- Kessler, R.C. (1995). The National Comorbidity Survey. *International Review of Psychiatry*, 6, 365-376.
- Kessler, R.C. (2000) Posttraumatic stress disorder: The burden on the individual and society. *Journal Clinical Psychiatry* ,61(suppl 5),4-12.
- Kessler, R.C., Andrews, G., y Mroczek, D. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *International Journal Methods in Psychiatry Research*, 7, 171-85.

- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Petukhova, M., y Hill, E. D. (2012). The importance of secondary trauma exposure for post-disaster mental disorder. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(1), 35.
- Khechane, N., y Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among black South African haemodialysis patients. *Social Behavior and Personality*, 32, 777-782.
- Kin, J. F., Creamer, M. C., Forbes, y McKenzie. (1991). War related psychological stressors and risk of psychological disorders in Australian veterans the 1991 gulf war. *The British Journal of Psychiatry*, 185(2), 116-126.
- Kobasa, S.C. (1979). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7, 413-423.
- Kobasa, S.C. (1982). Commitment and coping in stress resistance among lawyer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 707-717.
- Kobasa, S.C., y Maddi, S.R. (1977). *Existential personality Theory*. En R, Corsini (ed), Current personality theory. Itasca, iii: Peacock.
- Kobasa, S., Maddi, S. y Puccett, M. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 391-404.
- Kreps, G. A. (1984). Sociological inquiry and disaster research. *Annual review of sociology*, 3,309-330.
- Krueger, R., y Bezdjian, S. (2009). Aumento de la investigación y tratamiento de los Trastornos mentales en conceptos dimensionales: hacia DSM-V y la ICD-11. *World Psychiatry (ed esp)*, 7(1),3-6.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A. et al (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation*. New York: Brunner/Mazel.

- Lai, T., Chang, C., Connor, K., Lee, L., y Davidson, J. (2004). Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 313-322.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Petrini, M., Li, X. M., y Zhang, Y. J. (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nursing and health sciences*, 9(2), 120-126.
- Lang, J., Thomas, J., Bliese, P. y Adler A. (2007). Job demands and job performance: the mediating effect of psychological and physical strain and the moderating effect of role clarity. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(2), 116-124.
- Lange, A. (2003). Chronic pain syndrome and the relation to children abuse and stressful life events. *Journal of Psychosomatic*, 84, 361-367.
- Larsen, R., y Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad*. México: McGraw-Hill.
- Latorre, J. O. (2008). El enfoque de personalidad resistente en el ámbito de la psicología de la salud: una revisión de publicaciones en español. *Psicología y Salud*, 18, 267-274.
- Lazarus, R. S, y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, R., y Ashfort, B. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of applied psychology*, 75(6), 743-747.
- Lievens, F., Hoye, G., y Schreurs, B. (2005). Examining the relationship between employer knowledge dimensions and organizational attractiveness: An application in a military context. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(4), 553-572.
- Lindstrom, K.E., Smith, T., Wells, T., Wang, L., Smith, B., Reed, R.J., Goldfinger, W. y Ryan, M. (2006). The Mental Helath of US Military Women in Combat Support Occupatios. *Journal of Women 's health*, 15(2), 162-172.



- Lisbona Bañuelos, A., Morales Domínguez, F., y Palací Descals, F. (2006). Identidad y compromiso en equipos de intervención en emergencias. *Psicothema*, 18 (3), 407-412.
- López, A. (1996). La Agrupación de Voluntades para la Acción Colectiva. En pos del sentido comunitario y a la búsqueda de un voluntario internacional. *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y de Sociología*, 104, 81-101.
- López Cabanas, M., y Chacón, F. (2003). *Intervención Psicosocial y Servicios Sociales. Un Enfoque Participativo*. Capítulo 8. Madrid: Síntesis.
- López Murga, M. (1997). Formación del policía para situaciones de emergencias. *Papeles del Psicólogo*, 68, 34-36.
- Macías Pichardo, H. (2007). Estudio de los niveles de estrés de un contingente español desplegado en Irak en misión de mantenimiento de la paz. Tesis Doctoral, Facultad de Psicología: Granada.
- Maddi, S. R. (2005). On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist*, Vol 60(3), 261-262.
- Maddi, S. R., y Khoshaba, D. M. (2005). *Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you*. New York: Amacom.
- Mamani Encalada, A., Obando Zegarra, R., y Uribe Malca, A. M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Revista Peruana Obstetricia y Enfermería*, 3(1), 50-57.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2005). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Ed.), *La Resiliencia: Resistir y Rehacerse*. Barcelona, Gedisa.
- Marijnissen, G., Tuinier, S., Sijben, A. E. S., y Verhoeven, W. M. A. (2002). The temperament

- and character inventory in major depression. *Journal of affective disorders*, 70(2), 219-223.
- Márquez, M., Montorio, I., Izal, M., y Losada, A. (2006). Predicción del nivel de ansiedad a partir de la intensidad emocional y el afrontamiento cognitivo en situaciones amenazantes en personas jóvenes y mayores. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 305-316.
- Martín, M., Jiménez, M., y Fernández, E. (1997). Estudios sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4), 24-35
- Martín Ayala, J. y De Paúl Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(81), 45-49.
- Martín Beristain, C. (1999). Reconstruir el tejido social. *Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona: Icaria.
- Martín Beristain, C., y Doná, G. (1997). *Enfoque Psicosocial de la Ayuda Humanitaria*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Martín Chaparro, M., Vera Martínez, J., Cano Lozano, C., y Molina Navarrete, C. (2004). Nuevos retos de las políticas de salud laboral en las organizaciones de trabajo: Una aproximación al estrés laboral y al Burnout en clave psicosocial. *Temas Laborales*, 75, 187-211.
- Martín Usero, A., y García de la Banda, G. (2007). Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 369-384.
- Martínez Sánchez, J.A. (2011). Aspectos psicológicos de la supervivencia en operaciones militares. *Sanidad Militar*, 67(1): 43-48.
- Martínez Sánchez, J. A. (2012). Análisis descriptivo del personal militar español asistido por el Servicio de Psicología del Role 2 de Herat, Afganistán. *Sanidad Militar*, 68(3), 163-167.

- Más Esquerdo, J. (2013). Aspectos Psicológicos del personal embarcado en un buque de guerra. En D. Donoso (ed.), *Psicología en las Fuerzas Armadas* (pp. 626-653). Madrid.
- Masterman, L. (2010). *La enseñanza de los medios de comunicación* (Vol. 1). Ediciones de la Torre.
- Matud, M.P., Guerrero, K., y Matías, R.G. (2006) Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en Depresión. *Journal Clinical Healthy Psychology*, 6(1):7-21.
- Mc Cammon, S.I. (1996). *Emergency medical service workers: occupational stress and traumatic stress*». En: Paton, D. y Violanti, J.M. *Traumatic stress in critica occupations*. Charles C. Thomas publishers.
- Mc Caslin, S.E., Metzler, T.J., Best, S.R., Liberman, A., Weiss, D.S., Fagan, J., y Marmar, C.R. (2006). Alexithymia and PTSD symptoms in urban police officers: crosssectional and prospective findings. *Journal of Traumatic Stress. Jun; 19 (3):361-73*.
- Mc Caslin, S.E., Rogers, C.E., Metzler, T.J. Best, R.S., Weiss, D.S., Fagan, J.A., Liberman, A., y Marmar, C.R. (2006). The impact of personal threat on police officers responses to critical incident stressors. *The Journal of Nervous and Mental Disease. Aug; 194 (8): 591-7*.
- McConville, T. (2006). Devolved HRM responsibilities, middle-managers and role dissonance. *Personnel Review*, 35(6), 637-653.
- McDougall, L. (2007). *Enhancing the coping skills of submariners: An evaluation of effectiveness of skills based stress management training*. Tesis doctoral, Murdoch University: Perth, Australia.
- McLaughlin, K. (2012). *Surviving identity: Vulnerability and the psychology of recognition*. London: Routledge.

- Meda, R., Moreno Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E., y Vargas, R. (2012). La Evaluación del Estrés Traumático Secundario: Estudio Comparado en Bomberos y Paramédicos de los Servicios de Emergencia de Guadalajara, México. *Terapia psicológica*, 30(2), 31-41.
- Medialdea Cruz, J. (2004). Conciencia de la situación y personalidad. Factores estresantes y personalidad en pilotos de avión. *Medicina aeroespacial y medioambiental*, 2 (4), 66-70.
- Mellalieu, S.D., y Hanton, S. (Eds.). (2009). *A competitive anxiety review: Recent directions in sport psychology research*. Hauppauge, NY: Nova Science.
- Mellalieu, S.D., Neil, R., Hanton, S., y Fletcher, D. (2009). Competition stress in sport performers: Stressors experienced in the competition environment. *Journal of Sports Sciences*, 27, 729-744.
- Mendelsohn, B. (1976). *Victimology and Contemporary Society*. Trends: E.U.A
- Merino Soto, C., Manrique Borjas, G., Angulo Ramos, M., Isla Chavez, N. (2007). Indicador de estrategias de afrontamiento al estrés: análisis normativo y de su estructura factorial. *Ansiedad y Estrés*, 13 (1), 24-39.
- Metz, S. (2011). *Junior leader professional development. Who has the time?* Strategic Studies Institute.
- Miguel Cano, J.A., Iruarrizaga, I., González, H., Muñoz, M., y Casado, M. (2005). Comunicado de prensa, Evolución de las consecuencias psicológicas producida por los atentados del 11-M. *El País*, 4 de Marzo del 2005.
- Miguel Tobal, J. J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H., y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 163-179.

- Miguel Tobal, J.J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H., y Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15 (3), 293-304. 2004
- Mikkelsen, E.G., y Einarsen, S. (2002a). Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: the role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(5), 397-405.
- Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Marx, B. P., et al. (2012). The prevalence and latent structure of proposed DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. national and veteran samples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Millon, T., y Everly, G. S. (1985). *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. New York: Wiley.
- Mingote, J. C. (1998). Síndrome Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua*, 8, 493-508.
- Miralles Muñoz, F. (2001). *Cambios emocionales y de personalidad en jóvenes que realizan el servicio militar obligatorio*. Tesis Doctoral. Universidad De Psicología Complutense: Madrid
- Miret, C., y Larrea, A. M. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout The professional in emergency care: aggressiveness and burnout. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1), 193.
- Mitchell, J.T. (1982). The psychological impact of the air Florida 90 disaster on fire-rescue, paramedic and police officer personnel. *Proceedings of the first assembly on emergency medical services*. Baltimore. M.D. June 13-17.

- Mitchell, J.T., y Dyregrov, A. (1993). Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel. Prevention and intervention. En: Wilson, J. P. y Raphael, B. *International handbook of traumatic stress syndromes*. Plenum press, NY.
- Mobley, M., Slaney, R., y Rice, K. (2005). Cultural validity of the almost perfect scalerevised for African-American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 629-639.
- Mohr, D., Vedantham, K., Neylan, T., Metzler, T.J., Best, S., y Marmar, C.R. (2003) The mediating effects of sleep in the relationship between traumatic stress and health symptoms in urban police officers. *Psychosomatic Medicine*. May-Jun; 65(3):485-9.
- Moioli, B., y Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(8), 476-484.
- Montero Guerra, J. (1997). Intervención psicológica en desastres bélicos. *Papeles del Psicólogo*, 68, 37-47.
- Montero Guerra, J. (2013). Liderazgo y el ejercicio del mando. En D. Donoso (coord.), *Psicología en las Fuerzas Armadas*, 355-370, Madrid.
- Montero Guerra, J., Fernandez Velasco, R., Angeli Arab, C., Calabozo Casaso, F., Miguel Casillas, E., y Rodriguez Ortiz, P. (2002). Intervención psicológica en catástrofes: ¿una necesidad?. *Medicina Militar*, 58 (1): 29-37.
- Moos, R.H., y Holahan, C.J. (2003). Disposicional and contextual perspectivas on doping: toward an inte-grative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403.
- Moreno Jiménez, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M., y Rodríguez Carvajal, R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*, 24(1), 79-86.

- Moreno Jiménez, B., Morante, M.E., Garrosa, E., y Rodríguez, R. (2004). Fatiga por compasión o estrés traumático secundario. Nuevas formulaciones para un viejo problema. *Psicología Conductual*, 12, 215-231.
- Moreno Jiménez, B., Morett Natera, N. I., Rodríguez Muñoz, A., y Morante Benadero, M. E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), 413-418.
- Morris, R. G., Tarassenko, L., y Kenward, M. (2005). *Cognitive Systems-Information Processing Meets Brain Science*. Elsevier.
- Moya Albiol, L., y Occhi, S. (2007). Sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático y empatía en población no directamente afectada tras los atentados terroristas de Madrid del 11 de Marzo de 2004. *Ansiedad y Estrés*, 13 (2-3), 269-281.
- Muñoz, M., Crespo, M., Pérez Santos, E., y Vázquez, J.J. (2004). We were all wounded on March 11 in Madrid: Immediate psychological affects and interventions. *European Psychologist*, 9, 278-281.
- Nagy, S., y Nix, C.L. (1989) *Relations between preventive health behavior and hardiness*. *Psychological Reports*, 65, 339-345.
- Nail Adger, W. (2006). Vulnerability. *Global Environmental Change*, 16(3), 268-281.
- Narváez Ortiz, M. C., Trujillo Villa, S., Vergara Girón, D. C., y Martín Padilla, M. A. E. (2012). Aspectos psicológicos de la intervención ante los desastres naturales. Recuperado en: <http://hdl.handle.net/10818/1290>
- Nettle, D., (2004). Evolutionari origins of depression: a review and reformulation. *Journal of Affective Disorders*, 81, 91-102.

- Nevado Pablo, J.L. (2013). El fortalecimiento psicológico en la preparación de la fuerza, previo a su envío a zona de operaciones. contribución de la psicología militar a la gestión de la respuesta de estrés en operaciones militares. En D. Donoso (coord.), *Psicología en las Fuerzas Armadas*, 557-576, Madrid.
- Nielsen, M. B., Matthiesen, S. B., y Einarsen, S. (2006). *Sense of coherence among victims of workplace bullying: preliminar findings*. Trabajo presentado en el 5th International Conference on Bullying and Harassment in the Workplace, Dublin, Irlanda.
- Nietert, P.J., y Kirchmer, J.E. (2007). Utilization and cost of mental health, sustance abuse, and medical services, among at risk drinkers. *Medical Care Research and Review*, 64(4), 431-448.
- Norris, F.H., y Elrod, C. (2006). Psychosocial consequences of disaster. A review of past research. En F. Norris, S. Galea, M. Friedman, and P. Watson (Eds.), *Methods for Disaster Mental Health Research* (p. 3-19). New York, USA: Guilford Press.
- Norris, F.H., Friedman, M.J., y Watson, P.J. (2002). 60000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65, 240-260.
- Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J., Byrne, C.M. Díaz, E., y Kaniasty, K. (2002). 60000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature. 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 207-239.
- Norris, F.H., y Kanisasty, K. (1996). Recieved and perceived social support in time of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal personality and Social Psychology*, 71,498-511.
- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J.C., Pfefferbaum, B., Spitznagel, E. L., Cox, J., Nixon, S., Bunch, K. P., y Smith, E. M. (2002). Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 159, 857-859.



- Novoa, M.M., Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C.E, Palma, M., Montealegre, M.P., Bayona, M., y Sanchez, C. (2005). Relacion entre el perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universidad Javeriana*. Bogota (Colombia), 4,63-75.
- Önder, E., Tural, U., Aker, T., Kilic, C., y Erdogan, S. (2006). Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 868-874.
- Ordi, H. G., Vindel, A. C., Tobal, J. J. M., y Díez, I. I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas del atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y estrés*, 10(2), 207-217.
- Organización Mundial de la Salud (2011) Recuperado de: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie de manuales y guías sobre desastres Nª 1*. Washigton D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie de manuales y guías sobre desastres Nª 5*. Washigton D.C.
- Orsi, A. (2007). Los desastres naturales y los países pobres. *Revista Futuros No*, 18, V (5), 25-29.
- Ortega Herrera, V., Ortiz, V., Coronel, B. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17 (1): 5-16.
- Ortega Ruiz, C., y López Ríos, F. (2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los

- profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Osca, A. (2004). ¿Qué puede ofrecer la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones a la intervención en catástrofes?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 20(1), 5-8.
- Osca, A., Gonzalez Camino, G. Bardera, P., Peiro, J. (2003). Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. *Psicothema*, 15(1), 54-57.
- Otman, P.K. (1964). Field dependendcd and arousal. *Perceptual and Mater Skills*, 19, 441-442.
- Pacheco, T., López, E., Pérez, E., Benegas, J. N., Condés, M., y Ajates, B. (2006). Estado de salud general y psicosocial de intervinientes tras las catástrofes naturales de Indonesia y Pakistán. *Cuadernos de Crisis*, 2 (5).
- Parada Torres, E. (2008). *Psicología y emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Parada Torres, E. (2010). *Intervención en crisis en incidentes con múltiples afectados y desastres*. Inédito.
- Peñacoba, C., Díaz, L., Goiri, E., y Vega, R. (2000). Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés: un análisis comparativo entre bomberos con y sin experiencia. *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones*, 16(3), 341-356.
- Pérez de Tudela, C. (1991). Gestión informativa en una emergencia. *Rev. Mapfre Seguridad n° 42*, pgs. 15-23.
- Pérez Hidalgo, A. M. (2009). Análisis de los niveles de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en un contingente de tropas del Ejército Español desplazado a Bosnia Herzegovina. *Tesina*. Universidad de Sevilla.

- Pérez Hidalgo, A. M., y Rodríguez González, J. M. (2011). Análisis del estado emocional de una unidad del ejército español en zona de operaciones. *Sanidad Militar*, 67(2), 71-77.
- Pérez Sales, P. (2004). Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario. *Átopos*, 1, 5-16.
- Pérez Sales, P. y Vázquez, C. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(2-3), 235-254.
- Perlin, J.B., Mather, S.H., y Turner, C.L. (2005). Women in the military: New perspectives, new science. *Journal of Women's Health*, 14( 9), 861-862.
- Perlman, S. E., Friedman, S., Galea, S., Nair, H. P., Eros-Sarnyai, M., Stellman, S. D., y Greene, C. M. (2011). Short-term and medium-term health effects of 9/11. *The Lancet*, 378(9794), 925-934.
- Peuters. P. «300.000 soldados de EEUU vuelven de Irak y Afganistán con problemas mentales». 20 minutos.es. 17 de Abril de 2008. Recuperado en <http://www.20minutos.es/noticia/370527/7/soldados/problemas/mentales>
- Pflanz, S. E., y Ogle, A. D. (2006). Job stress, depression, work performance, and perceptions of supervisors in military personnel. *Military medicine*, 171(9), 861-865.
- Pietrzak, R. H., Tracy, M., Galea, S., Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Hamblen, J. L., ... y Norris, F. H. (2012). Resilience in the face of disaster: prevalence and longitudinal course of mental disorders following Hurricane Ike. *PloS one*, 7(6), e38964.
- Pines, A. M., Aronson, E., y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to the personal growth*. New York: Free Press.
- Piragauta Álvarez, C., y Vélez Botero, L. F. (2013). Caracterización del estado de la salud mental

- en los equipos de primera respuesta para emergencias y desastres: afectación y beneficios del ejercicio de su labor. *Artículo de Investigación*.
- Pitoni, D., y Rovella, A. (2013). Ansiedad y Perfeccionismo: su relación con la evaluación académica universitaria. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 329-341.
- Pole, N., Neylan, T.C., Otte, C., Metzler, T.J., Best, S.R., Henn-Haase, C., y Marmar, C.R. (2007). Associations between childhood trauma and emotion-modulate psychophysiological responses to startling rouds: a study of police cadets. *Journal of Abnormal Psychology*. May; 116 (2): 352-61.
- Popa, F., Arafat, R., Purcărea, V. L., Lală, A., y Bobirnac, G. (2010). Occupational burnout levels in emergency medicine—a nationwide study and analysis. *Journal of medicine and life*, 3(3), 207.
- Poseck, B.V. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 1, 3-8.
- Prati, G., y Pietrantonio, L. (2009). Risk and Resilience Factors among Italian Municipal Police Officers Exponed to Critical Incidents. *Journal of Police Criminal Psycholog*,25,27-33.
- Prati, G., Pietrantonio, L., y Cicognani, E. (2010). Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety, Stress, and Coping*, 23(4), 463-470.
- Puelles Casenave, C. (2009). Exigencia y carga emocional del trabajo policial: la intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 171-196.
- Puertas López, E. (1997). Psicología, Instituciones y Catástrofes. *Papeles del Psicólogo*, 68, 15-19.

- Pupko, B., Vera Nistal, M. V., Alejandra-Lara, V., y Fabian, A (2013). Salud psicofísica y su relación con las estrategias de afrontamiento en jóvenes, durante el primer año de adaptación a la formación militar: un estudio longitudinal. In *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores* (p. 26).
- Quarantelli, E. L. (1985). What is disaster? The need for clarification in definition and conceptualization in research. *Disasters and Mental Health Selected Contemporary Perspectives*, 1, 4-73.
- Ramírez Ordóñez, M. (2007). Los estados emocionales en los momentos de duelo y la forma de abordarlos. *Revista Ciencia y Cuidado*, 4(4), 36-44.
- Ramos Martín, J. M. (2006). Evaluación del estilo cognitivo «Dependencia/independencia de campo» en el contexto de los problemas de ansiedad. *Clínica y Salud*, 17(1), 31-49.
- Raphael, B. (1986): *When disaster strikes*. Basic Books, Inc. Nueva York: Publishers.
- Reeves, R. R., Parker, J. D., y Konkle Parker, D. J. (2005). War-related mental health problems of today's veterans: new clinical awareness. *J. Psychosis Nurs Ment Health Ser.* 43 (7), 18-28.
- Regan, J., Burley, H. L., Hamer G, y Wright, A. (2006). Secondary Traumatic Stress in Mental Health Professionals. *Tennessee Medicine*, 3940
- Regehr, C., y Bober, T. (2005). *In the line of fire: Trauma in the emergency services*. New York: Oxford University Press.
- Regier, D.A., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., Blazer, D.G., Hough, R.L., Eaton, W.W., y Locke, B.Z. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Archives of General Psychiatry*, 41, 934-941.

- Rehm, L. P. (1993). Teorías cognitivas y conductuales. En B. B. Wolman y G. Stricker (eds.), *Trastornos depresivos: Hechos, teorías y métodos de tratamiento*. Ancora, S. A.
- Reyes Tica, J.A., (2003). Trastornos de Ansiedad: guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Manuscrito no publicado.
- Ribas, J., Mora, E., Ugas, L., Casaus, P., Puirdevall, M., Peña, J., y García, X. (2002). Intervención psicológica y psiquiátrica en emergencias. Propuesta de un modelo de actuación. *Revista de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona*, 29, 144-152.
- Robins, L.N., y Regier, D.A. (1991). Psychiatric disorders in America. *The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press New York - Toronto.
- Robles Sánchez, J.I., y Medina Amor, J.L. (2001). *Intervención psicológica en catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- Robles Sánchez J.I. y Medina Amor J.L. (2008). *Manual de Salud Mental en Desastres*. Madrid: Síntesis.
- Roca Villanueva, E. (2005). Cómo mejorar tus habilidades sociales. *Valencia: ACDE Ediciones*.
- Rodríguez Biglieri, R., y Vetere, G. (2010). Ansiedad rasgo y creencias relacionados con trastornos de ansiedad: Una comparación entre el trastorno de ansiedad generalizada y otros cuadros de ansiedad. *Perspectivas en Psicología*, V 7, 8-15.
- Rodríguez Fernández, M. (1997). Intervención psicológica en desastres: Un proyecto de trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 68, 3-7.
- Rodríguez González, J. M., y Pérez Hidalgo, A. (2008). Abordaje de víctimas de emergencias. Reflexiones previas a la intervención de los sujetos activos. En Universidad SEK y Academia de Artillería: *Comunicación, conflictos y políticas de Seguridad y Defensa*.

- Actas del III Congreso Nacional «Seguridad, Información y Defensa»*. Segovia Biblioteca de Ciencia y Artillería, 61-72.
- Rodríguez Martín, C. (2003). *Psicología social: cómo influimos en el pensamiento y la conducta de los demás*. Madrid: Pirámides.
- Rodríguez Martos, R. (2006). *El buque mercante. Un análisis sociológico*. (2ª reimpresión) Barcelona. Ediciones UPC. COLECCION: Politext - Aula Práctica.
- Rodríguez Muñoz, M.F., López-Araujo, B., Osa, A., y Díez, V. (2006). Comparación social y salud física y psicológica en el ejército español. Comunicación presentada en las *Jornadas de Investigación organizadas por la Revista de Psicología Social Aplicada* bajo el título «Características del empleo del siglo XXI». Elche.
- Rodríguez Rodríguez, J.A., y Suárez de Vivero, J.L. (2003). El buque como vivienda. Una aproximación metodológica. *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 3(19). Recuperado en <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-149.htm>.
- Rodríguez Zavala, M. R., y Whetsell, M. V. (2007). La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Aquichan*, 7(2), 174-188.
- Rojas Marcos, L. (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Madrid: Espasa.
- Rojas-Medina, Y., Vargas Machuca, J. A., y Trujillo, O. V. (2008). Trastorno de estrés agudo y episodio depresivo mayor en víctimas de una inundación en Tingo María: prevalencia y efectos de su desplazamiento a un albergue. *Revista Peruana de Medicina experimental y de Salud Pública*, 25(1), 66-73.
- Rosen, G.M., Spitzer, R.L., y McHugh, P.R., (2008). Problems with the post-traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-V. *British Journal Psychiatry*, 192(1):3-4.

- Rossi, A., Marinangeli, M.G., Butti, G., Scinto, A., Di Cicco, L., Kalyvoka, A., y Petruzzi, C. (2001). Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *Journal Affect Disorder*, 65,3-8.
- Royuela, J. (1998). La incidencia del estrés en la profesión policial. *Comunicación presentada al IV Congreso Nacional de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Valladolid.*
- Ruíz Aranda, D., Fernández Berrocal, P., Cabello, R., y Extremera, N. (2005). Inteligencia emocional y depresión en una muestra italiana. *Interpsiquis, 6º Congreso Virtual de Psiquiatría.*
- Ruíz Aranda, D., Fernández Berrocal, P., Cabello, R., y Extremera, N. (2006a). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 12 (2-3), 223-230.
- Ruíz Aranda, D., Fernández Berrocal, P., Cabello, R., y Extremera, N. (2006b). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 12 (2-3), 223-230.
- Russell, M.T y Karol, D.L. (2005). 16 PF-5. *Manual*. Madrid: Tea Ediciones.
- Sahaafstal, A., Johnston, J., y Oser, R. (2001). Training teams for emergency management. *Computers in Human Behavior*, 17(5-6), 615-626.
- Saigh, P.A.( 1993). *History, current nosology and epidemiology. En: Posttraumatic stress disorder: A behavioral approach to assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., y Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.



- Samper Lucena, E. (2013). Aplicación de la psicología en la Unidad Militar de Emergencia. En D. Donoso (coord.), *Psicología en las Fuerzas Armadas*, 323-334, Madrid.
- Sanz, J., García Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, L. A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Satacana, M., Kirchner, T., y Amador, A. (1989). Nivel de activación y variables de personalidad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 42 (1), 469-473.
- Schaefer, F.C., Blazer, D.G., Carr, K.F., y Connor, K.M. (2007). Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Cross-Cultural Mission Assignments. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 529-539.
- Schnurr, P.P., y Green, B. L. (Eds.) (2004). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schreiber, S., y Galai Gat, T. (1993). Uncontrolled pain following physical injury as the core-trauma in post-traumatic stress disorder. *Pain*, 54 (1), 107-110.
- Seisdedos, N. (1982). STAI. *Manual del cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.
- Seisdedos, N. (1994). 16PF *Applications of the Fifth Edition in Organizations, Selection and Development. (Cross-cultural analyses at three levels)*. Mesa de Trabajo en el 23º Congreso Internacional de Psicología Aplicada, Madrid.

- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N. y Peterson, Ch. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 5, 410- 421.
- Short, R. J. (1979). Victims and helpers. (A. A. Science, Ed.) Natural Hazards in Australia.
- Shrimpton, D., y Newman, A. M. (2005). The US Army uses a network optimization model to designate career fields for officers. *Interfaces*, 35(3), 230-237.
- Silgo, M.G., y Bardera, P. (2010). Resiliencia: La defensa psicológica. *Revista Española de Defensa*, 266, 54-55.
- Sledge, W.H., Boydston, J.A., y Rabe, A.J. (1980). Self-concept changes related to war captivity. *Archives of General Psychiatry*, 37, 430-443.
- Smithson, M., Pearce, P., y Amato, P. (1983). *Dimensions of helping behavior*. Oxford: Pergamon Press.
- Soeters, J. L., Winslow, D. J., y Weibull, A. (2006). Military culture. In Handbook of the Sociology of the Military. *Springer US*, 237-254.
- Soffer, Y., Wolf, J.J., y Ben Ezra, M. (2011) Correlations between psychosocial factors and psychological trauma symptoms among rescue personnel. *Prehospital Disaster Medicine*, 26(3):166-169.
- Solomon, Z., y Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POWs. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 303-312.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research: I*. New York: Academy Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1970). *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologists Press.

- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R., Vagg, P.R., y Jacobs, G.A. (1982). *Manual for the state-trait anxiety inventory, (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. Adaptación Española. Madrid: Sección de Estudios de Test. TEA Ediciones S.A. 1994.
- Spielberger, C.D., Pollans, C.H., y Wordern, T.J. (1984). Anxiety disorders. En S.M. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis*. Nueva York: Wiley.
- Stellman, J. M., Smith, R. P., Katz, C. L., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., Moline, J., Luft, B. J., Markowitz, S., Udasin, I., Harrison, D., Baron, S., Landrigan, P. J., Levin, S. M., y Southwick, S. (2008). Enduring mental health morbidity and social function impairment in World Trade Center rescue, recovery, and cleanup workers: the psychological dimension of an environmental health disaster. *Environmental Health Perspectives*, 116, 1248-1253.
- Stetz, T., Stetz, M., y Bliese, P. (2006). The importance of self-efficacy in the moderating effects of social support on stressor-strain relationship. *Work and Stress*, 20(1), 49-59.
- Suárez Colorado, Y. (2010). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio. *Duazary*, 7(2), 282-283.
- Suárez Colorado, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología, GEPU*, 3 (1), 182-200.
- Swanson, R. (1993). Psychological issues in cpr. *Annals of emergency medicine*. 22 (2): 350-353.
- Tabuenca, T. P., Valtierra, M. E. L., Villa-Landa, E. P., Bautista, J. N. B., Moreira, M. C., y Ajates, B. (2006). Estado de salud general y psicosocial de intervinientes tras las catástrofes naturales de Indonesia y Pakistán. *Cuadernos de Crisis*, 5(2), 43-61

- Taylor, J.W., y Frazer, A. G. (1981). *Psychological sequelae of operation overdue following the DC-10 aircrash in Antarctica*. New Zealand: Vitoria University of Wellington Publications in Psychology.
- Thomas, H., y Rey, M. (2005). Estrés postraumático secundario y bienestar laboral en los psicólogos implicados en la atención a las víctimas del 11-M. Efecto de las demandas emocionales, las características individuales y el apoyo social. *Trabajo presentado en el IX Congreso de Psicología Social, A Coruña, España*.
- Thompson, J. (1993). Psychological impact of body recovery duties. *Journal of the Royal Society of Medicine* , 86, 628-629
- Topa Cantisano, G., y Morales Domínguez, J. (2007). Burnout e identificación con el grupo: El papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 337-348.
- Torres, E., San Sebastián, X., Ibarretxe, R., y Zumalabe, M. (2002). Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empirico en la policia municipal. *Psichema*. Vol 14, 74-79.
- Turner, S., Thompson, J., y Rosser, R. (1993). *The king cross fire. Early psychological reactions and implications for organizing a «phase two» response*. En: Wilson, J. P. y Raphael, B. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press.
- Ursano, R., y Fullerton, C. (1990). Cognitive and behavioral responses to trauma. *Journal of Applied Social Psychology*. 20 (21): 1766-1775.
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S y Norwood, A.E. (Eds) (2003). *Terrorism and disaster. Individual and community mental health interventions*. Cambridge: Cambridge U.
- Ursano, R., Fullerton, C., Tzu Cheg, K., y Bhartiya, V. (1995). Longitudinal assesment of posttraumatic stress disorder and depression after exposure to traumatic death. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 183 (1): 36-42.

- Ursano, R., Mc Caughey, B. G., y Fullerton, C. S. (eds). (1994). *Individual and community response to trauma and disaster*. Cambridge university press.
- Valero Valero, M. (2004). Psicología y desastres: una aproximación desde la práctica al atentado del 11 de marzo. Trabajo de investigación. Universitat Jaume I, Castellón.
- Valero Valero, M. (2011). Reacciones de adolescentes ante desastres y emergencias : Aspectos psicosociales derivados del 11 de Marzo. Tesis doctoral. Universitat Jaume I, Castellón.
- Valero Valero, M., Gil Beltrán, J.M., y García Renedo, M. (2007). *Profesionales de la psicología ante el desastre*. Colección Cooperación Solidaria, V (7). Castellón: Universidad Jaume I
- Vallejo, G., y Alonso, A. (2009). La identificación genética en grandes catástrofes: avances científicos y normativos en España. *Revista Española de Medicina Legal*, 35(1), 19-27.
- Van Griensven, F., Somchai, M., Thienkrua, W., Pengjuntr, W., Lopes, B., Tantipiwatanaskul, P., Mock, P., Ekassawin, S., Varagrat, a., Gotway, C., Sabin, M., y Tappero, J. (2006). Mental health problems among adults in Tsunami-Affected areas in southern Thailand. *Journal of the American Medical Association*, 296,537-548.
- Van Tonder, M. C. (2008). *The efficacy of the action centred personological treatment plan for emergency rescue workers*. Tesis Doctoral. The Faculty of Arts, University of Johannesburg.
- Vázquez Valverde, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27,1,1-2.
- Vázquez Valverde, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La Ciencia del Bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.

- Vázquez Valverde, C., Pérez Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the march 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 9, No. 1, 61-74.
- Vázquez Valverde, C., y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck. *III Congreso de Evaluación Psicología*. Barcelona
- Vázquez Valverde, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vega Mederos, J. F., y Iñigo Bajos, E. (2011). Retos actuales y perspectivas del mundo del trabajo: emergencia de las competencias profesionales. *Revista Educación y Ciencia*, 8(30), 69-77.
- Velasco, C., Campos, M., Castillo, I. I., y Rovira, D. P. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de psicología*, (82), 25-44.
- Ventura Velázquez, R. E. (2006). Estrés postraumático en miembro de equipo de primera respuesta. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 5(4), 34-46.
- Vera, B., Carbelo, B., y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27,40-49.
- Vetere, G., Portela, A., y Rodríguez Biglieri, R. (2007). Perfil de personalidad de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (2), 129-134.
- Vindel, A. C., Ordi, H. G., Díez, I. I., y Tobal, J. J. M. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10(2), 195-206.

- Vitriol, V., Cancino, A., Riquelme, P., y Reyes, I. (2013). Terremoto en Chile: Estrés agudo y estrés psotraumático por depresión severa en un hospital público destruido el 27 de febrero del 2010. *Revista Médica de Chile*, Vol 141, 338-344.
- Wadey, R., y Hanton, S. (2008). Basic psychological skills usage and competitive anxiety responses: perceived underlying mechanisms. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 79, 363-373.
- Wang, K., Slaney, B., y Rice, K. (2007). Perfectionism in Chinese university students from Taiwan: A study of psychological well-being and achievement motivation. *Personality and Individual Differences*, 42, 1279-1290.
- Warner, A. (1996). Evaluation and community volunteer programs: acability and impact. *Journa. of Community Development Society*, 7 (2), 41-62.
- Warner, C., Warner, C., Matuszak, T., Flynn, J., Rachal, J., y Grieger, T. (2007). Disordered eating in entry level military personnel. *Military Medicine*, 172, 147-151.
- Weinhold, B. (2010). Emergency responder health: what have we learned from past disasters? *Environmental health perspectives*, 118(8), A346.
- Weisaeth, M. (1989a). A study of behavioral responses to an industrial disaster. *Acta psychiatrica scandinavica*. Suppl. 355. 80: 13-24.
- Weisaeth, M. (1989b). The stressors and the post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster. *Acta psychiatrica scandinavica*. Suppl. 355. 80: 25-37.
- Wessely, S., Unwin, C., Hotopf, M., Hull, L., Ismail, K., Nicolaou, V., y David, A. (2003). Stability of recall of military hazards over time Evidence from the Persian Gulf War of 1991. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 314-322.

- Wiebe, D.J. (1991) Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(1): 89-99
- Wiebe, D.J., y McCallum, D.M. (1986). Health Practices and Hardiness as Mediators in the Stress-Illness Relationship. *Health Psychology*, 5 (5), 425-438.
- Williams, T. (1993). Trauma in the workplace. En: Wilson, J. P. y Raphael, B. International handbook of traumatic stress syndromes. New York: Plenum Press.
- Witkin H.A., y Goodenough, D.R. (1981). Estilos cognitivos: naturaleza y orígenes. Madrid: Ediciones Piramide.
- Wright, T. A. y Bonett, D. (1997). The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 491-499.
- Yagüe, M. (1994), Psicología Policia. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos Papeles del Psicólogo*, nº 60, 25-40
- Yehuda R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*; 346: 108-14.
- Yela, J. R. (1996). Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza. *Boletín de Psicología*, 50,37-52.
- Young, B.H. (2006). *The immediate response to disaster*. En Ritchie, E.C.; Watson, P.J. y Friedman, M. J. (Dirs). *Interventions following mass violence and disasters*. Pp. 134-154. N.Y.: Guilford.
- Young, B.H., Ford, J.D., Ruzek, J.I., Friedman, M.J., y Gusman, F.D. (1998). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. Palo Alto, CA: Department of Veterans Affairs. National Centre for PTSD.



- Zamora, G. L. H., Castejón, E. O., y Fernández, I. I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.
- Zarpadiel Fernández, A., Balanzat Alonso, S., Halffter Azcoiti, C., y Molero Manglano. (2009). I Manual de Intervención Psicológica y Social en Víctimas de Terrorismo 11-M. *Asociación de Ayuda a Víctimas del 11-M*. Madrid.
- Zaragoitía, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave*, 13(03), 51-56.
- Zubero Beaskoetxea, I. (1996). El papel del voluntariado en la sociedad actual. Documentación Social. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología*, 104, 39-68.
- Zurroza-Estrada, A. D., Oviedo Rodríguez, I. J., Ortega Gómez, R. y González Pérez, O. (2009). Relación entre rasgos de personalidad y el nivel de estrés en los médicos residentes. *Revista de investigación clínica*, 61(2), 110-118.

