

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA



IMPACTO DE LAS CONDICIONES LABORALES SOBRE
LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES
DE PROTECCIÓN CIVIL

Tutor:
Martín Villalobos

Autoras:
María F. Gallo
Elizabeth Hernández

Caracas, Mayo de 2007



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA**

**IMPACTO DE LAS CONDICIONES LABORALES SOBRE LA SALUD
MENTAL DE LOS TRABAJADORES DE PROTECCIÓN CIVIL**

**TUTOR:
MARTÍN VILLALOBOS**

**AUTORAS:
MARÍA F. GALLO
ELIZABETH HERNÁNDEZ**

CARACAS, MAYO DE 2007

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo explorar y describir el impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental en 4 funcionarios operativos pertenecientes a la O.N.P.C.A.D, de sexo masculino, mayores de edad y con los mínimo de 2 atenciones dentro de la zona caliente en los últimos 2 años. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas en profundidad y la aplicación del MMPI-2. Los resultados obtenidos por medio del análisis de contenido realizado mediante el Atlas. ti y la corrección del MMPI-2, evidencian que el impacto de las condiciones sobre la salud mental de los trabajadores se encuentra mediado por el empleo de factores de protección, tanto internos como externos, que permiten la adecuada adaptación de estos a la zona caliente.

Palabras claves: salud mental, rescatistas, atención en emergencia, MMPI-2.

DEDICATORIA



La presente investigación está dedicada a los valientes hombres y mujeres del país que conforman los equipos de protección civil, quienes arriesgan sus vidas por salvar las de otros. A ustedes está dedicado este grupo de arcos que pretende, a través de sus actividades, promover la salud en el país.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA

IMPACTO DE LAS CONDICIONES LABORES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES DE PROTECCIÓN CIVIL

Trabajo de grado para optar por el título de Licenciado en Psicología

TUTOR:
MARTÍN VILLALOBOS

AUTORAS:
MARÍA F. GALLO
ELIZABETH HERNÁNDEZ

CARACAS, MAYO DE 2006

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada, a los valientes hombres y mujeres del país que conforman los equipos de rescate del país, quienes arriesgan sus vidas por salvar las de otros. A ustedes está dedicado este grano de arena que pretende, a través de sus hallazgos, construir un camino hacia la prevención y promoción de salud en sus puestos de trabajo

Elizabeth Hernández

A mis padres, por apoyarme, creer y confiar en mí en todo momento, por haber entregado todo de sí mismos y no desalientarse nunca en esta entrega. A mis hermanos, por su apoyo constante e incondicional. A todas aquellas personas que, de una u otra manera, estuvieron a mi lado durante este camino y que fueron importantes para llegar hasta aquí. Para todos y cada uno de ustedes, Gracias.

María Fernanda Gallo

Le agradezco, especialmente, a la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres por abrirnos sus puertas y darnos un espacio dentro de su organización; en especial, a Mariavictoria Gómez por luchar a nuestro lado, confiar en nosotras y brindarnos su experiencia.

De igual manera, queremos agradecer a nuestro Tutor, el Profesor Martín Villalobos y a los Profesores Manuel Aramayo y Víctor Sojo por habernos dedicado un poco de su tiempo y de su experiencia, en pro de la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá y hermanos por acompañarme en este camino, por su apoyo y paciencia. A mi padre por haberme enseñado lo suficiente. A mis amigos por estar siempre presentes para compartir nuestras experiencias. Para ustedes, todo mi agradecimiento, por la presencia y constancia de cada uno.

Elizabeth Hernández

A mis padres, por apoyarme, creer y confiar en mí en todo momento, por haber entregado todo de ellos y no desfallecer nunca en esa entrega. A mis hermanos, por su apoyo constante e incondicional. A todas aquellas personas que, de una u otra manera, estuvieron a mi lado durante este camino y que fueron importantes para llegar hasta aquí. Para todos y cada uno de ustedes, Gracias.

María Fernanda Gallo

Le agradecemos, especialmente, a la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres por abrirnos sus puertas y darnos un espacio dentro de su organización; en especial, a Marianela Gómez por luchar a nuestro lado, confiar en nosotras y brindarnos su experiencia.

De igual manera, queremos agradecer a nuestro Tutor, el Profesor Martín Villalobos y a los Profesores Manuel Aramayo y Víctor Sojo por habernos dedicado un poco de su tiempo y de su experiencia, en pro de la realización de este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO	11
2.1. ORGANIZACIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL Y ADMINISTRACIÓN DE DESASTRES	11
2.1.1. Áreas de riesgo y atención	15
2.2. DESASTRE Y SALUD MENTAL	16
2.3. IMPACTO DE LAS CONDICIONES LABORALES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES OPERATIVOS. ENFOQUES EXPLICATIVOS	23
2.3.1. Nosología clásica y moderna	23
2.3.2. Personalidad premórbida	30
2.3.3. Factores socioculturales	33
2.3.4. Estrés y estilos de afrontamiento	35
2.3.5. Crisis	39
2.3.6. Resiliencia	49
2.3.6.1. Concepto	50
2.3.6.2. Diferenciación; resiliencia y otros conceptos	57
2.3.7. Mecanismos de defensa	59
2.3.8. Modelos sistémicos	63
2.3.9. Integración de los enfoques teóricos	69
III. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	75
IV. OBJETIVOS	77
V. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA	78
5.1. CARACTERIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	78
5.2. PARTICIPANTES	79
5.3. FASES DE LA INVESTIGACIÓN	81
5.3.1. Exploración documental	81
5.3.2. Exploración de campo	82
5.3.3. Análisis de contenido	83
5.3.2.1. Categorización.	83
5.3.2.2. Teorización y discusión	83
5.3.4. Contrastación de resultados	83
5.4. RECURSOS	84
5.4.1. Recursos Humanos	84
5.4.2. Recursos Materiales	84
5.4.2.1. <u>Entrevista cualitativa en profundidad</u>	84
5.4.2.2. <u>Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2</u>	88
5.4.2.3. <u>Análisis de Contenido</u>	97

5.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS	98
5.5.1. Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2	98
5.5.2. Entrevistas en Profundidad	102
VI. RESULTADOS	107
6.1. INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA-2	107
6.1.1. Participante 1	107
6.1.2. Participante 2	116
6.1.3. Participante 3	127
6.1.4. Participante 4	136
6.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO	146
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	164
7.1. INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA-2	164
7.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO	170
VIII. CONCLUSIÓN	199
IX. REFERENCIAS	203
X. ANEXOS (Ver CD anexo)	

I. INTRODUCCIÓN

Las situaciones de desastres, así como las de emergencias complejas, tienen la particularidad de que pueden ocurrir prácticamente en cualquier lugar del mundo y de manera inesperada e incontrolable, generando de así intensas reacciones emocionales, al igual que un deterioro importante del tejido social, encontrándose, fuertemente relacionadas con diversos tipos de pérdidas, las cuales suelen producir efectos directos e intensos sobre varias de las esferas que componen la vida de la población expuesta, es decir, ésta se ve afectada tanto a nivel material, como de la salud física y mental.

En este sentido, se observa que los efectos de los desastres sobre la salud física de las personas suelen ser bastante conocidos, produciendo secuelas a corto, mediano y largo plazo. Sin embargo, no siempre se han reconocido de igual manera los efectos que producen sobre la salud mental, aun cuando se ha demostrado que, en situaciones de desastre y emergencias, se produce un incremento de signos de sufrimiento psicológico tales como la aflicción y el miedo; llegándose a aumentar, en cierta medida, la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales.

Afortunadamente, en los últimos años se ha comenzado a prestar atención al componente psicosocial, el cual está presente en este tipo tragedias humanas, pero intentando dimensionar los aspectos psicosociales en un sentido extenso, que abarque tanto las enfermedades psíquicas, como el conjunto de síntomas con repercusiones sociales marcadas que suelen presentarse, tales como conductas violentas y consumo excesivo de sustancias adictivas (OPS, 2002).

Es importante señalar que, de acuerdo a la magnitud e intensidad del evento ocurrido, se esperaría que entre la tercera parte y la mitad de la población expuesta al mismo, sufra de alguna manifestación psicológica; cabe destacar que, aunque no todas estas manifestaciones pueden calificarse como patológicas, muchas de ellas

deben entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. Luego de que una emergencia o desastre ocurre, los problemas de salud mental en los involucrados requieren atención durante un período prolongado durante el cual, les toca enfrentar la difícil tarea de reconstruir y reorganizar sus vidas (OPS, 2006).

El interés científico en estos aspectos ha estado centrado en las necesidades y afectación que presentan los sobrevivientes, tendiendo a dejar de lado al personal de atención en emergencias y la posible afectación que ellos también pueden estar experimentando. En este sentido, Condori, Palacios y Ego-Aguirre (2002), confirman que existe una alta probabilidad de afectación psicológica por parte del personal de primera respuesta o atención en emergencias, y, más aún, señalan que el tipo de impacto psicológico más frecuentemente experimentado por ellos es el emocional, usualmente el referido a tristeza y llanto, seguido por el impacto cognitivo, mayoritariamente el referido a la reexperimentación del desastre. Las sensaciones físicas fueron referidas por el 62%, de los cuales el 27% refirió asco y náuseas al oler carne u olores fuertes, 58% de la muestra se sintió afectado en su comportamiento, 15% por verse obligados a evitar lugares congestionados o personas en cantidad.

En esta misma línea, diversos autores, entre estos Salinas (2003), plantean que en el caso particular de los rescatistas y bomberos, la gran cantidad e intensidad de las labores de atención en emergencia a las cuales se ven sometidos, les llevaría a levantar una serie de defensas para mitigar el impacto psicológico que pudiesen generar los sucesos catastróficos en la psique de estos trabajadores. De lo contrario, si el miedo rebasa la defensa se producirán manifestaciones por medio de una serie de patologías, afectando al individuo, su familia y entorno personal.

Llevando esta situación a nuestro país, cabe señalar que el personal encargado de la atención de desastres y emergencias es la Organización de Protección Civil y

Administración de Desastres, la cual funciona tanto a nivel nacional, como en los niveles estatales y municipales. Para un óptimo cumplimiento de sus labores, el personal perteneciente a la Organización debe realizar una labor coordinada y de trabajo en equipo; tanto en el lugar del suceso como desde la propia institución deben realizarse labores y actividades que permitan la adecuada atención y resguardo de las posibles víctimas y la organización y bienestar del personal (Organización de Protección Civil y Administración de Desastres, s.f.).

Debido a estas condiciones se plantea la necesidad de realizar una investigación que, adaptándose a las limitaciones inherentes del trabajo en emergencias y desastres, permita describir, de forma sistémica, el impacto que tales condiciones laborales producen sobre la salud mental de los trabajadores pertenecientes a la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres. Para la realización de la investigación, se pretende determinar, mediante la contrastación teórica y práctica del fenómeno, aquellos factores que fomentan variaciones de intensidad y características.

En tal sentido se espera, en primer lugar, proporcionar un aporte teórico que facilite el conocimiento, la comprensión y la importancia actual que posee el fenómeno en estudio, para luego partir de esos hallazgos e impulsar la creación de intervenciones pertinentes y eficaces que permitan disminuir y prevenir las consecuencias negativas de los desastres.

Para tal fin, se partió de la descripción del principal Organismo Nacional encargado de la atención de situaciones de desastres y emergencias como medio de comprensión de las labores y el contexto de trabajo sus funcionarios. Posteriormente se exploraron las relaciones que diversos autores han encontrado entre salud mental y desastres, debiendo antes conceptualizar ambos constructos.

Esto permitió iniciar la exploración de los diversos enfoques que intentan explicar dicha vinculación, desde centrados en los hallazgos sintomáticos hasta los que

plantean la posibilidad de que los mismos no se encuentren presentes gracias a la mediación de variables de personalidad, psicosociales, culturales, entre otras.

2.1. Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres

Durante las últimas décadas se ha observado un creciente interés en el desarrollo de centros, tanto de investigación como de atención, dirigidos a disminuir el impacto devastador de los desastres sobre países y comunidades. Consecuencias que, en países desarrollados como Estados Unidos, superan las ocho mil (8000) muertes al año, mientras que en países en desarrollo han llegado a ser diez veces mayores debido a las condiciones socioeconómicas, a las características del movimiento poblacional y a la inestabilidad política que los caracteriza (Seaman, 1984 c.p. Alarcón, 1989).

Específicamente, en América Latina la vulnerabilidad de los países, comunidades y grupos, se ha visto en aumento, entre las causas del mismo se encuentran las características geográficas, inestabilidad política, ocupación irracional de territorios y el tipo de construcciones que se establecen en los mismos, los daños producidos por el hombre y la creciente pobreza, así como también la falta de una cultura y de educación preventiva, condiciones a las que se le suma el impacto de la violencia social, política y callejera (Vidal, Arias y Torres, 2002). Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), al referirse a América Latina y el Caribe afirma que existen aún muchos países que cuentan con escasa capacidad de respuesta a los problemas de salud mental en situaciones de emergencias, y pese a que la Asamblea de Naciones Unidas declaró la década de los 90 como la Década Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, sólo en el año de 1999, las cifras de muertes causada por los terremotos de Turquía y Taiwán y las inundaciones de Venezuela alcanzaron las ciento veinticinco mil (125.000) personas, que llevan a considerar un número de sobrevivientes afectados significativamente elevado: aquellos que fueron afectados directamente, los que a pesar de encontrarse físicamente lejos del lugar sufren pérdidas materiales y/o humanas y de otros tipos,

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres

Durante las últimas décadas se ha observado un creciente interés en el desarrollo de centros, tanto de investigación como de atención, dirigidos a aminorar el impacto devastador de los desastres sobre países y comunidades. Consecuencias que, en países desarrollados como Estados Unidos, superan las ocho mil (8000) muertes al año, mientras que en países en desarrollo han llegado a ser diez veces mayores debido a las condiciones socioeconómicas, a las características del movimiento poblacional y a la inestabilidad política que les caracteriza (Seaman, 1984 c.p. Alarcón, 1989).

Específicamente, en América Latina la vulnerabilidad de los países, comunidades y grupos, se ha visto en aumento, entre las causas del mismo se encuentran las características geográficas, inestabilidad telúrica, ocupación irracional de territorios y el tipo de construcciones que se establecen en los mismos, los daños producidos por el hombre y la creciente pobreza, así como también la falta de una cultura y de educación preventiva, condiciones a las que se le suma el impacto de la violencia social, política y callejera (Vidal, Arias y Torres, 2002). Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), al referirse a América Latina y el Caribe afirma que existen aún muchos países que cuentan con escasa capacidad de respuesta a los problemas de salud mental en situaciones de emergencias, y pese a que la Asamblea de Naciones Unidas declaró la década de los 90 como la Década Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales, sólo en el año de 1999, las cifras de muertes causada por los terremotos de Turquía y Taiwán y las inundaciones de Venezuela alcanzaron las ciento veinticinco mil (125.000) personas, que llevan a considerar un número de sobrevivientes afectados significativamente elevado: aquellos que fueron afectados directamente, los que a pesar de encontrarse físicamente lejos del lugar sufren pérdidas materiales y/o humanas y de otros tipos,

El 26 de noviembre de 2001, el Presidente de la República decreta la Ley de Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres, la cual estuvo motivada por los últimos desastres acaecidos en el país. Su aporte consistió en la reglamentación de la Organización de Protección Civil y Administración de Desastres, tanto a nivel nacional, como en los niveles estatales y municipales, cada una de ellas, dentro del ámbito de su propia competencia territorial, dedicadas a ejecutar la Política Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres, a garantizar la coordinación de los esfuerzos interinstitucionales, la dotación de recursos materiales y equipos, el entrenamiento de personal de protección civil y la realización de los programas educativos de preparación de la ciudadanía frente a desastres.

Cada una de ellas, articuladas en el Comité Coordinador Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres, el cual, es el órgano encargado de la discusión, aprobación e instrumentación de las políticas nacionales, que están dirigidas a fortalecer las capacidades de preparación y respuesta a las instituciones y a la comunidad ante situaciones de desastres (Ley de la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres, 2001). Dicho comité se encuentra conformado por el Ministerio de Interior y Justicia, organismo que lo presidirá, por un representante de alto nivel de cada Ministerio del Ejecutivo Nacional, por un representante de los Gobernadores y uno de los Alcaldes; de igual manera forman parte el Director Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres, quien será el Secretario Permanente, el Coordinador Nacional de Bomberos, un representante del Consejo Nacional de Policías y un representante de las Organizaciones No Gubernamentales que actúan en el área de Protección Civil y Atención de Desastres (Ley de la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres, 2001).

De esta manera, se articula la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres (PC) cuyos objetivos se resumen en la planificación, establecimiento y promoción de políticas que salvaguarden la seguridad y protección de la ciudadanía en casos de emergencias y desastres, esto incluye la preparación y coordinación del potencial nacional representado por los diferentes organismos relacionados con la gestión de riesgos, instancias del estado, y potencial personal, familiar y comunal, así como labores de prevención, atención y rehabilitación.

Esta Organización, se diferencia de otros organismos de atención tales como cuerpo de bomberos, cuerpos policiales, etcétera, por ser un organismo de atención secundaria, llamado a participar cuando la situación sobrepasa la capacidad de los organismos antes mencionados o de atención primaria, y sea declarada una situación de desastre por las autoridades competentes. De esta manera, en el Artículo 4 de la Ley del Sistema Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres (2001), se distingue entre las emergencias y los desastres, porque las primeras se refieren a sucesos que pueden ser atendidos por los Organismos de atención primaria de la localidad y pueden, pero no invariablemente, generar pérdidas humanas o materiales, mientras que los desastres sobrepasan la capacidad de respuesta de dichos Organismos y producen numerosos daños materiales y pérdidas humanas.

Es por esto que la atención de los desastres implica una labor coordinada y trabajo en equipo; tanto en el sitio del suceso como desde la propia institución deben realizarse labores y actividades que permitan la adecuada atención y resguardo de las víctimas reales y potenciales y la organización y bienestar del personal. En este sentido, dentro de la Organización de Protección Civil y Administración de Desastres, existen trabajadores operativos o de escena y trabajadores administrativos. Los primeros son los encargados de trabajar en el lugar del desastre, mientras que los segundos realizan labores de tipo administrativo o de apoyo, ya sea dentro de la

institución o del área del desastre. En adelante, se hará referencia a los trabajadores operativos o de escena.

2.1.1. Áreas de riesgo y atención

Una vez que se ha presentado la situación de desastre, el Equipo de la Organización de Protección Civil y Administración de Desastres procederá a determinar y delimitar las diferentes áreas en las que realizarán su intervención, siendo éstas denominadas Áreas de Riesgo y Atención (http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/ELOC_Preencion_y_atencion_de_contingencias_a_niv_e). La división de estas áreas es la siguiente:

a) **Zona caliente** (área de desastre): Es la zona de impacto o de afectación de la calamidad. En ésta se realizan fundamentalmente las acciones encomendadas a los grupos de respuesta primaria, por ejemplo, evacuación, búsqueda, rescate y salvamento, etc.

b) **Zona tibia o templada** (área de socorro): También llamada zona de precaución; es la inmediata a la de desastre e igualmente se considera zona de riesgo. En ella se realizan las operaciones de asistencia médica y otras, tales como descontaminación y además, se organiza el apoyo al grupo de respuesta primaria. En distintos lugares de la zona templada se establecerá el área Logística.

c) **Zona fría** (área base): Es aquella donde se encuentran y organizan los recursos; es donde se instala el Centro de Operaciones (móvil), se organiza y coordina la recepción de recursos, y personas damnificadas para su traslado a los refugios temporales.

De acuerdo con la descripción de dichas zonas o áreas, es posible esperar que aquellos funcionarios que laboren dentro de la zona caliente, estén expuestos en

mayor medida que los que laboren en las zonas restantes, al contacto con víctimas con lesiones físicas y /o psicológicas, cuerpos y, en general, a un ambiente de trabajo menos favorable. Como bien lo expone Mitchell (1989), el personal que labora en estas condiciones no sólo puede verse abrumado por la cantidad de muertes en un siniestro, a ello se le suma el posible manejo de cuerpos mutilados, decesos simultáneos y violentos, la presencia de niños entre las víctimas, la visión de imágenes sangrientas o el escuchar sonidos de dolor, la vivencia de situaciones inesperadas combinadas con la toma de decisiones bajo presión y la conciencia de tener la vida y seguridad de otros en las manos; a medida que se van presentando estos factores, se producen diversos efectos sobre el personal que los experimenta, efectos que van a influir en diversos ámbitos de la vida de los mismos. De esta manera, se pueden ver afectados aspectos tales como la vida personal y familiar del personal expuesto, el desempeño laboral, la salud física y, tal vez un aspecto que pueda ayudar a explicar los anteriores, la salud mental.

2.2. DESASTRES Y SALUD MENTAL

A lo largo de los años, el término desastre ha sido definido por diversos autores manteniendo, salvo con algunas variaciones, un acuerdo general sobre su significado (ver tabla 1).

Tabla 1.

Definiciones de desastre

Autores	Concepto de Desastre
Kinston y Rosser (1974, c.p. Alarcón, 1986)	“Una situación de estrés colectivo que afecta a toda una comunidad o segmentos considerables de ella, de manera tal que los individuos expuestos pueden sufrir consecuencias físicas y mentales potencialmente dañinas (pág. 10)”.
Gómez (1995, c.p. San Juan, 2001)	“Un evento que ocurre de repente, inesperadamente e incontrolablemente, de naturaleza catastrófica, que implica la pérdida o amenaza de la vida o de la propiedad, perturba el sentido de continuidad y, a menudo, provoca consecuencias psicológicas adversas en los sobrevivientes (p.12)”.

Cohen (1999)	“Los desastres, ya sean causados por el hombre o naturales, son eventos al azar que crean una devastación incontrolable (pág. XIII)”.
San Juan (2001)	“Una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional y se vincula a pérdidas masivas que afectan intensamente tanto a factores materiales, físicos, psicológicos o masivos (p.51)”.
Ley de la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres	“Todo evento violento, repentino y no deseado, capaz de alterar la estructura social y económica de la comunidad, produciendo grandes daños materiales y numerosas pérdidas de vidas humanas y que sobrepasa la capacidad de respuesta de los organismos de atención primaria o de emergencia para atender eficazmente sus consecuencias (artículo 4, ordinal 1º)”

Nota. De “Consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia Latinoamericana” por R. Alarcón, 1989, en *Desastres, Series de monografías clínicas N° 2. Programa de cooperación internacional en salud mental “Simón Bolívar”*, México: D.F. Publisher by the Hispanic American Family Center, Chicago, Illinois, USA.

Nota. De “Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores, por R. Cohen, 1999, Organización Panamericana de la Salud, México: Manual Moderno.

Nota. De “Catástrofes y ayuda de emergencia”, por C. San Juan, 2001, Barcelona, España: Icaria.

Nota. De Ley de la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.076, de fecha 26 de noviembre de 2001, en Consejo de Ministros.

Para Slaikeu (2001), las características de los desastres son las presentadas en la tabla 2, además, se clasifican en:

Desastres naturales: Son aquellos ocurridos en la naturaleza como: terremotos, inundaciones, volcanes, ciclones, huracanes, tornados. Los desastres naturales los podemos clasificar según sus causas:

1. Desastres meteorológicos: ciclones, tifones, huracanes, tornados, granizados, tormentas de nieve y sequías.
2. Desastres topográficos: deslizamientos de tierra, avalanchas, deslizamientos de lodo e inundaciones.
3. Desastres que se originan en planos subterráneos: sismos, erupciones, volcánicas y olas de sismos oceánicos.

Desastres generados por el hombre: El desastre provocado por el hombre más destructivo y evitable es el conflicto armado. Existen otros tipos como los accidentes de transporte (automovilísticos, ferroviarios, aéreos marítimos), derrame de material peligroso (químicos y radiactivos) terrorismo y violencia urbana.

Tabla 2.

Características de los desastres

CARACTERÍSTICAS	NATURALES	GENERADOS
Carácter repentino	Con frecuencia repentinos, algunos anticipados	Pueden ser repentinos u ocasionados
Impacto poderoso	Habitualmente poderosos	Habitualmente poderosos
Daño visible	De modo habitual causan daños y pérdidas	Pueden no causar daños ni pérdidas
Predecibilidad	Alguna predecibilidad	Baja predecibilidad
Declive	Claro declive	Declive no claro
Percepciones de control	Incontrolable, carencia de control	Incontrolable, pero potencialmente controlable, resulta en una pérdida de control
Extensión de los efectos	Usualmente limitada para las víctimas	Pérdida de confianza y credibilidad de las víctimas y el público acerca de los agentes humanos percibidos
Persistencia de los efectos	En más de un año, bastante grave	Puede ser crónica. Incertidumbre de largo plazo.

Nota. De "Intervención en Crisis: Manual para práctica en investigación", por K.

Slaikau, 2001, México, D.F: Manual Moderno.

Tal y como los diversos conceptos lo reflejan, a lo largo de tres décadas el concepto de desastre y sus caracterización han incluido y reflejado la importancia de las consecuencias que éste puede tener sobre los individuos o comunidades a él expuestos, tratándose de fuertes impactos emocionales, psicológicos, sociales o materiales, asociados a lo repentino de dichos eventos, a la fuerza de los mismos y a su carácter colectivo. De esta manera, implican la vivencia de eventos nuevos, disruptivos de la cotidianidad y seguridad diaria, vivencias de muertes o amenazas a la vida, que ponen a prueba la capacidad de reacción o resistencia de quienes los experimentan, demostrando así, la estrecha relación entre éstos y la salud mental de los involucrados.

No obstante, ¿Cómo debe concebirse la salud mental en desastres?, según Campos (2000), y como es constante dentro de las investigaciones sobre desastres, no existe acuerdo alguno respecto al concepto de Salud Mental, incluso existen escritos que abogan que se trata de un constructo indefinible debido a lo que Campos (2000) llama “una muestra de tolerancia ante la diversidad doctrinal que se da en este campo o como un modo de reconocer la complejidad de la cuestión (pág. 138)”.

Por una u otra razón, su definición se ha visto caracterizada por dos problemas básicos. El primer lugar, su mayor desarrollo se encuentra apegado a un enfoque humanista, salutogénico que surge en contra del reinante enfoque médico-curativo y apela a la noción de bienestar para referirse a lo que existe más allá de la ausencia de enfermedad, remitiendo de manera inequívoca a visiones ideológicas o arquetípicas del ser humano que han sido históricamente rechazadas desde un ámbito científico. En segundo lugar, aún cuando varias disciplinas intentan ocuparse del tema, el logro de una perspectiva integral ha sido difícil; aún está pendiente la tarea de definir la salud mental para luego consensuar las áreas a las que compete (Campos, 2000).

El mayor consenso gira en torno a definirla desde la triple dimensión bio-psico-social del ser humano, dentro de la cual cada dimensión se encontraría en relación dinámica, poseyendo, a su vez, sus propias potencialidades: biológicamente un organismo con potencial para su desarrollo y crecimiento en armonía con el medio; a nivel social, un ser potencialmente capaz de superar sus necesidades básicas e instintivas en pro de relaciones y organizaciones constructivas y solidarias; desde su dimensión psíquica, la salud mental, refiere a las potencialidades que le caracterizan como ser humano; procesos de pensamiento, afectividad y acción (Campos, 2000), recalcando que:

Consecuentemente, no sólo las enfermedades mentales o los trastornos identificables con una visión psicopatológica afectan negativamente estas potencialidades. También lo hacen la ignorancia, los esquemas rígidos de pensamiento, una baja autoestima, la violencia en las relaciones interpersonales, etc. En tanto producto dinámico, siempre inconcluso, la salud mental se expresa en el desarrollo efectivo de esas potencialidades intelectuales, afectivas y activas. Esto no significa la improbable ausencia de todo trastorno, sino una organización integral de la personalidad que permita ese desarrollo (pág. 139-140).

Por lo tanto, no se trata de una característica o bien propio, sino de un producto dinámico, resultado del entorno social y el hacer personal. En palabras de Vidal y cols. (2002), la salud mental es:

Como pensamos, sentimos y actuamos para fluir con las situaciones de vida.

Es como nos vemos a nosotros mismos, nuestras vidas y a la gente que conocemos y por la cual nos interesamos.

También nos ayuda a determinar como manejamos el estrés, nos relacionamos con otros, evaluamos nuestras opciones y tomamos las decisiones (pág. 22).

Al ser un proceso-producto complejo, la salud mental puede verse comprometida en situaciones de desastres. Por esta razón, algunos autores no sólo han incluido este aspecto en la definición de estos eventos, como se describió anteriormente, sino que han definido y diferenciado las reacciones y las consecuencias que pueden tener sobre la salud mental. En el caso de las reacciones, son consideradas como respuestas psíquicas o emocionales esperables ante la experimentación de eventos anormales o del impacto propio de los desastres, cuya aparición es transitoria e inmediata a su ocurrencia (Vidal y cols., 2002).

En cuanto a las consecuencias psicológicas, son de aparición tardía y de mayor intensidad y persistencia, por lo que ocasionan una afectación considerable que, por lo general, amerita atención especializada (Vidal y cols., 2002).

Esta necesidad de atención se ha evidenciado desde tiempos remotos, acentuándose a partir de la Segunda Guerra Mundial, a partir de la cual los impactos en la salud mental de sus protagonistas fomentaron el ensayo de intervenciones psicoterapéuticas rápidas que permitiesen la reinserción de los soldados y oficiales a sus anteriores servicios o a algunos de menor tensión. Posteriormente, para mediados de 1950, se inicia la creación y el desarrollo de las primeras clínicas especializadas en la atención de pacientes en crisis (p.e. Family Guidance Center de Harvard, Trouble Shooting Clinic y Los Angeles Suicide Prevention Center), y para finales de los años 60 y principio de los 70 se inicia el movimiento de clínicas libres destinado a brindar atención a aquellos sectores de la sociedad norteamericana que no poseían fácil acceso al campo de la salud mental, logrando lo que se llamó el boom de los paraprofesionales; es decir, la inclusión de personal no profesional en las labores asistenciales (Villalobos, 1985).

Específicamente en Venezuela, el campo hospitalario ha comenzado a reconocer la importancia de la atención psicológica desde la década de los 80, así destaca Coronil por la creación del Servicio de Higiene Mental y Psiquiatría que abrió paso a la práctica y desarrollo de la intervención en crisis dentro del país (Molina, 1989), y las diversas iniciativas tanto en desarrollo como capacitación en Psicología del desastre que surgieron a partir de 1999 y el llamado “deslave de Vargas”; entre éstas, la Red de Apoyo Psicológico, convocada por el Área de Psicología (Escuela, Instituto y Postgrados) de la Universidad Central de Venezuela, y conformada por estudiantes y profesionales de psicología, conjuntamente con Protección Civil.

Entre las actividades desarrolladas por la misma en el año de 1999 se encuentran: la organización del apoyo en centros de traslado de damnificados, refugios y albergues, especialmente en el Litoral Central y Caracas, la apertura de una línea de atención telefónica 800-PSICO, la conformación de redes de intercambio y comunicación entre individuos, grupos, instituciones, organizaciones nacionales y extranjeras y la producción y difusión de material gráfico, artículos de prensa y otros, que orientaron la acción en los diferentes centros de atención en la compleja red que se constituyó en torno a la emergencia. Para el año 2005 y debido a la Vaguada del mes de Febrero (Estados Vargas, Mérida y Miranda) la acción fue dirigida fundamentalmente a la asesoría y capacitación de profesionales a cargo de programas de apoyo psicosocial, y a la difusión de materiales, manuales y recomendaciones a través de distintos medios (Lozada, 2005).

Sin embargo, la particularidad de los desarrollos teóricos y líneas de investigación en el área de salud mental en desastres o psicología del desastre y la emergencia, estriba en que la obtención de los datos se hace mediante la exploración de laboratorios naturales (comunidades devastadas, refugios temporales, estudios etnográficos o reuniones de debriefing), los cuales, debido a lo inédito de sus características, permiten un escaso margen de consenso y unificación teórica. No

obstante, se han desarrollado diversas líneas o enfoques que, nutridos y complementados por la acumulación constante de datos, dan por resultado la obtención actual de modelos multidisciplinarios y sistémicos para comprender el impacto de las condiciones laborales de los trabajadores operativos sobre su salud mental. En el próximo apartado se presentará en que consisten dichos enfoques y en que medida explican, cada uno desde su perspectiva, la salud mental dentro de la atención en desastres y emergencias.

2.3. IMPACTO DE LAS CONDICIONES LABORALES SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES OPERATIVOS. ENFOQUES EXPLICATIVOS

2.3.1. Nosología clásica y moderna

Los primeros estudios en este campo, realizados por médicos psiquiatras, fueron dirigidos a analizar cómo situaciones estresantes producto de conflictos bélicos y posteriormente de desastres, afectaban a los sobrevivientes. Estas investigaciones se caracterizaron por ser eminentemente descriptivas y con objetivos centrados en el descubrimiento de las reacciones sintomáticas presentadas por las personas durante y después de los desastres, el proceso de diferenciación de estas reacciones en función de la edad y el sexo; y, posteriormente, la determinación del proceso que permitía entender cómo se veían afectados también los equipos de primera respuesta debido al trabajo especial que realizaban. Esto condujo a que esta línea de trabajo propusiera y desarrollara modelos explicativos del estrés desde la perspectiva de las emergencias y desastres (Gaeta, 1999). Al inicio desde un enfoque descriptivo-aneecdótico y posteriormente, gracias a la información acumulada, con un énfasis más explicativo (Alarcón, 1989).

La orientación de la naciente línea fue, y continuó siendo, eminentemente clínica, considerando central el estudio de las patologías para entender las respuestas de los

individuos ante las situaciones de desastres y emergencias, planteando, tal y como lo afirma Alarcón (1989), “una ecuación simplista desastre-enfermedad mental (pág. 10)” propia de una noción de determinismo causal.

A través de ella se han llegado a operacionalizar entidades clínicas o síndromes y abandonar el enfoque sintomático por uno de mayor estructuración que permitió el nacimiento de términos tales como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Síndrome del desastre y sus fases respectivas, y reacción de adaptación, entre otros (Alarcón, 1989).

Varias nociones fueron utilizadas para el logro de estos síndromes, entre los términos que antecedieron al TEPT se encuentran corazón de ferrocarril, corazón irritable de los soldados, choque por bomba, etc. (Campos, 2000).

Actualmente, el concepto de TEPT hace referencia a diversas alteraciones que se presentan con posterioridad a experiencias traumáticas; es decir, cuya intensidad y naturaleza inusual desborda el equilibrio psíquico y fisiológico de las personas afectadas. Su incorporación formal a la nomenclatura psiquiátrica se produjo por conducto del American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, en su tercera edición (1980), en el grupo de los denominados trastornos por ansiedad. En la versión actualmente utilizada del manual, *DSM-IV-TR* (2003), el TEPT es la aparición de síntomas específicos, luego de la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, en el cual el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real o amenaza para su vida e integridad física, dichos acontecimientos pueden ser vividos o, experimentados por otras personas y, ser transmitidos al individuo, afirma que entre los primeros con capacidad de producir el trastorno destacan la observación de accidentes graves o muerte no natural de otras personas a causa de la guerra, accidentes, ataques violentos, desastres o ser testigo inesperado de muertes, amputaciones o

fragmentación de cuerpo, mientras que entre los segundos destacan actos terroristas, accidentes graves o heridas de envergadura vividos por un familiar o amigo cercano, entre otros.

Según el *DSM-IV-TR (2003)*, la probabilidad de presentar el TEPT se encuentra determinada por diversos factores, entre los cuales destacan la intensidad y duración del evento, antecedentes de depresión en familiares de primer grado y proximidad de exposición al acontecimiento traumático. Al referirse a la prevalencia del trastorno, afirma que:

Los estudios realizados en individuos en situación de riesgo (es decir, grupos expuestos a acontecimientos traumáticos específicos) arrojan resultados variables, con los porcentajes más elevados (oscilando entre un tercio y más de la mitad de las personas expuestas) observados entre los supervivientes a violación, combate militar, cautividad, internamientos por causas étnicas o políticas y genocidio (p. 521).

De esta manera, resulta evidente la asociación los acontecimientos traumáticos mencionados y algunas profesiones en particular, tales como policías, mineros, soldados, bomberos, buzos, paracaidistas y personal de rescate, entre otros.

Dentro de la literatura actual es posible encontrar innumerables estudios que confirman esta realidad. Por ejemplo, Haisch y Meyers (2004) indican que uno de los factores que aparece frecuentemente asociado con niveles altos de TEPT es el tipo de empleo; pues los individuos con trabajos de alto estrés presentan mayor probabilidad de desarrollar el trastorno, como consecuencia de las situaciones a las que se ven sometidos; con apoyo en investigaciones longitudinales, proponen que en los sitios de

trabajos de alto riesgo (militares, servicios de emergencia y fuerza policial) existe una mayor cantidad de predictores que pueden explicar el desarrollo del TEPT.

En este sentido, Violanti et al., (2005) comentan que el trabajo policial es psicológicamente estresante debido a las múltiples situaciones en las cuales los oficiales se ven involucrados (tiroteos, violencia doméstica, abuso familiar y observación directa de cadáveres) lo que trae como consecuencia una elevación en el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el estrés, incluyendo el TEPT u otra forma de estrés agudo relacionada con la exposición al evento traumático. En este estudio fue empleada la Escala desarrollada por el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre Depresión (CES-D) y la Escala de Impacto del Evento (IES), en la que se mide estrés relacionado con eventos traumáticos y la aparición de síntomas psicológicos del TEPT; obteniendo como resultado la presencia de humor depresivo, sentimientos de culpa, pérdida del apetito y perturbaciones del sueño.

Otros estudios sugieren directamente que el TEPT puede ocurrir entre las personas que se unen a los esfuerzos de rescate tales como bomberos y aquellos que responden ante el desastre. Tal como sugieren Tyra y Crocker (1999, c.p. Akbayrak, Oflaz, Aslas, Ozcan, Tastan, Cicek, 2005) los profesionales de la salud que trabajan con víctimas de traumas pueden sufrir de traumatización vicaria, lo que llevaría a considerar un doble afectación. En primer lugar, el estar expuesto a los factores de riesgo propios de las situaciones de emergencia y desastres y, en segundo lugar, el interactuar directamente con las víctimas de las mismas.

Akbayrak et al (2005), tras el empleo de la Escala Impacto de Estrés (IES por sus siglas en ingles), el Inventario de Ansiedad de Beck y una lista de chequeo de síntomas derivada de la Escala PTSD para la evaluación clínica del TEPT, en 225 profesionales de la salud que asistieron en hospitales militares durante un período en el que ocurrieron diversos ataques terroristas y desastres naturales, afirman que la

participación en trabajos de rescates aumenta la probabilidad de presentar el TEPT e incluso, la constancia de los estresores podrá ocasionar su cronificación debido a la resistencia de los profesionales a discutir sus síntomas, además encontraron una correlación positiva entre historia previa de pérdidas, género femenino y severidad de TEPT. Específicamente, autores como Condori, Palacios y Ego-Aguirre (2002), en un estudio realizado con 42 miembros de un equipo interdisciplinarios de primera respuesta que participó en el incendio de Mesa Redonda (Perú, 2001), y otros eventos, a quienes les aplicaron un Cuestionario sobre reacciones inmediatas y posteriores al estrés realizado por los autores, encontraron que dentro de las manifestaciones sintomáticas del TEPT, el tipo de impacto psicológico más frecuentemente experimentado fue el emocional, con mayor frecuencia el referido a tristeza y llanto, seguido por el impacto cognitivo, mayoritariamente el referido a la reexperimentación del desastre.

Mientras que el 58% de la muestra se sintió afectada en su comportamiento y el 15% por verse obligados a evitar lugares congestionados o personas en cantidad. Además de éstos, otros hallazgos revelaron que aún cuando las mujeres son más afectadas por las situaciones de desastres y emergencias, superan su afectación más rápido que los hombres y sin llegar a describir cambios significativos en sus vidas, al contrario de los encontrado entre los hombres afectados.

Variabilidades como las demostradas por los hallazgos mencionados han sido un punto de gran discusión dentro del campo nosológico de este trastorno, acerca de la cual, diversos autores consideran importante las particularidades de ajuste individual.

Por ejemplo, Ozer y Weiss (2004), explican que dicha variabilidad se debe a la inexistencia de síntomas típicos, los cuales dependerán de las variables, tanto individuales (características históricas o antecedentes, procesos psicológicos durante e inmediatamente después del trauma y soporte social o estresor de vida después del

trauma) como del evento desencadenante (características del estresor, la frecuencia de exposición, entre otros).

De igual manera, Mingote, Machón, Isla, Perris y Nieto (2001), señalan que el curso longitudinal del trastorno puede presentarse con formas agudas, diferidas, crónicas, intermitentes, residuales y reactivas, y apoyan la hipótesis de que no se trata de una verdadera entidad nosológica, sino de un síndrome postraumático, el cual se encuentra determinado por las particularidades de estresor y la percepción subjetiva de quien lo experimenta. Para los autores, la característica fundamental de todos los estresores traumáticos es que constituyen una grave amenaza para la vida de un ser humano y para su integridad personal, y en cuanto a la percepción subjetiva del estresor traumático serán determinantes el miedo intenso, atribución de incapacidad personal, percepción de amenaza vital y riesgo de violencia física. La mayoría de las personas no desarrollan TEPT incluso cuando han sufrido traumas horribles: lo que destaca la importancia de diferentes factores de vulnerabilidad individual.

Como se mencionó antes, las historias personales de pérdidas también han sido consideradas como un factor de vulnerabilidad al desarrollo del TEPT, incluso, algunas investigaciones han relacionado la afectación de la salud mental en desastres con la aparición de duelos, término que dentro de este campo ha referido principalmente a los procesos individuales y colectivos desencadenados por la pérdida de seres queridos (Akbayrak et al., 2005). Con este significado, gana un lugar importante dentro de los problemas de salud mental relacionados con situaciones de desastre.

El concepto engloba actualmente diversos desarrollos teóricos. Una primera redefinición importante ha llevado a entenderlo, desde el psicoanálisis, como un proceso suscitado por pérdidas afectivas muy variadas: personas amadas, partes del cuerpo o determinadas capacidades, lugares de residencia y trabajo, transiciones

sociales y muchísimas otras situaciones que adquieren una carga de frustración para el sujeto en duelo. Esta ampliación conceptual convierte el duelo en una forma de crisis (Campos, 2000).

En la cual, puede ocurrir que la elaboración del duelo se “desindividualice” ante la tragedia colectiva y los sentimientos de pérdida tiendan a equilibrarse con ciertas experiencias emocionalmente positivas, como la de haber sobrevivido junto a otros, y el sentimiento de que ha surgido una tarea en común, y ser facilitado por las formas colectivas de elaboración del duelo, entre las cuales son muy importantes los ritos fúnebres y las expresiones de condolencia y apoyo. Sin embargo, también puede suceder que ciertas reacciones intersubjetivas tales como el miedo a la muerte y a los muertos (sobretudo en casos de víctimas desaparecidas o cadáveres no recuperados), los sentimientos de culpa por haber sobrevivido o quedado ileso, permanezcan como duelos no resueltos.

Entonces, como forma de crisis, la elaboración del duelo puede culminar con ciertos logros positivos para la salud mental individual y colectiva o, a la inversa, agregar problemas y trastornos en las personas y comunidades afectadas por desastres. Nada de esto ocurre espontáneamente, la elaboración constructiva del duelo es un importante objetivo de la atención psicológica y de la salud mental de base. (Campos, 2000).

Otros de los factores comúnmente asociado al TEPT ha sido explicado por Haisch et al., (2004) quienes enuncian que los niveles de estrés en las experiencias vividas por quienes lo padecen y el tipo de estrategia de afrontamiento que ellos seleccionan, pueden estar relacionados con rasgos de personalidad como neuroticismo, extraversión y apertura ante nuevas situaciones. Aún más, el neuroticismo, como variable de personalidad, ha sido comprobado como un predictor de TEPT en

víctimas de accidentes y veteranos de guerra (Faucrbach y Lawrence, 2000 c.p. Haisch et al., 2004).

2.3.2. Personalidad premórbida

Como lo expone Alarcón (1989), esta perspectiva, dentro de la cual se enmarcan las consecuencias de los desastres sobre la salud mental, pertenece a la biomédica, denominada por algunos (Shore, Tatum y Vollmer, 1986, c.p. Alarcón, 1989) del trauma individual. De acuerdo con él, los desastres no tienen la fuerza suficiente para generar por sí mismos afectaciones en la salud mental de los expuestos, sino que serán los individuos susceptibles los que presentarán consecuencias psicológicas duraderas con repercusiones en sus ajustes a corto y largo plazo. Dicha susceptibilidad se encontrará determinada por las características de personalidad del sujeto; si posee o no patología, si es flexible, entre otros.

El término trauma, introducido en psicología desde los inicios del psicoanálisis para connotar la ruptura y discontinuidad en ciertos procesos psíquicos, la cual puede ser originada como consecuencia de múltiples eventos, ha pasado por un largo proceso de crecimiento conceptual.

Inicialmente conceptualizado como producto de la irrupción del mundo externo en el psiquismo, posteriormente como una represión de significados o eventos no tolerables por el yo del sujeto, y actualmente como un efecto que puede llegar a ser acumulativo, según el cual un trauma se puede constituir sobre una serie de experiencias, que aisladamente no son necesariamente traumáticas pero se desarrollan y refuerzan en interacción y conducen al quiebre de la estructura psíquica (Campos, 2000).

En la prolongación del trauma se van enlazando significados muy personales. Por ejemplo, la evocación de un lugar donde transcurrieron gratos momentos, que en sí

misma no sería traumatizante, puede resultar perturbadora y dolorosa si es relacionada con un ser querido que ha muerto. Esto explica también su evolución cambiante: el trauma puede recrudecer cuando la situación disruptiva que lo motivó ha desaparecido en el tiempo.

En esta misma línea de pensamiento, Benyakar (1997, c.p. Campos, 2000) estima necesario, para posibilitar un abordaje terapéutico adecuado, establecer una diferencia entre vivencia traumática y estrés. La esencia del estrés, arguye, remite a la existencia de una amenaza detectada como tal y al desarrollo de las defensas concomitantes. La vivencia traumática, en cambio, es como un “agujero en el psiquismo”, un vacío que se produce entre lo sucedido y lo vivenciado, una “vivencia averbal” (que no puede ser expresada verbalmente porque se encuentra reprimida, no es consciente).

Según este autor, el “vivenciar traumático” es normal en el desarrollo del aparato psíquico, constitutivo en todas las personas y, en un entorno no contenedor, será tierra fértil para el desarrollo de los desórdenes de personalidad y patologías psicosomáticas (dificultades de simbolización). Por otra parte, las vivencias traumáticas traen consigo un “fenómeno de compensación” o “exigencia de reparación”, es decir, la persona afectada acusa al mundo externo, a la sociedad, por el daño que se le ha provocado. Las situaciones de desastre serían particularmente propicias para este tipo de vivencias.

En relación con el estudio de las personalidades psicosomáticas, su base ha sido la correlación entre desastres y el reporte posterior de patologías físicas no preexistente (abortos espontáneos, leucemia, úlceras, ataque cardíaco, aumento de la frecuencia cardíaca), encontrándose asociaciones coincidentes entre determinadas patologías y ciertas características de personalidad, con la presencia de intensas secuelas emocionales que fueron obviadas por la relevancia de los síntomas somáticos. Sin embargo, no todos los reportes posteriores a las situaciones de desastre han

coincido en un aumento espontáneo de estos síntomas y el abordaje metodológico no permite el establecimiento de relaciones invariables (Alarcón, 1989).

Con respecto a los estudios orientados hacia la obtención de perfiles de personalidad, éstos suelen orientarse alternativamente hacia dos objetivos básicos: predecir el éxito/fracaso de los aspirantes a cargos en la atención primaria o la determinación de poblaciones vulnerables, y determinar las características de aquellos resistentes al impacto psicológico de los desastres con el fin de promoverlas.

Una síntesis de los hallazgos en esta área la presenta Mitchell (1989) al citar a Hall, Gardner, Perl, et al. (1981), quienes

Observaron que el personal de servicio de emergencia es idealista y tiene una gran necesidad de aprobación por parte de los demás. Le atrae el trabajo de socorro porque satisface su necesidad de estimulación, y porque requiere gran despliegue de energía y el tesón necesario para no flaquear cuando la presión es crítica (pág. 213).

Continúa parafraseando a Graham (1981), quien afirma que los trabajadores de emergencia disfrutan del desafío, la variedad, están orientados a la acción y se aburren fácilmente, para cerrar con Everey y Mitchell (1986) afirmando que

Los socorristas son estadísticamente diferentes de la población general. Se trata de individuos orientados a los detalles y a la acción, que tienen una imperiosa necesidad de controlar una situación, a sí mismos y a sus familias. Además sienten la necesidad de ser necesitados ("la personalidad del socorrista"), se aburren con facilidad y necesitan recompensa y satisfacción inmediatas. Suelen tener un estrecho vínculo de camaradería, pero expresan recelo hacia los

“extraños”. Tienen una mayor tolerancia al estrés, al cambio y al desafío, que la persona promedio (pág. 214-215).

De acuerdo con esta perspectiva, se trata de personalidades justas para trabajos particulares, sin las cuales la insatisfacción laboral, y por ende la deserción, se harían evidentes. Sin embargo, a pesar de las características de personalidad del personal de emergencias y del entrenamiento que reciben (que refuerza las características preexistentes), algunos de ellos se muestran afectados y llegan a presentar tanto reacciones como consecuencias a corto y largo plazo.

Algunas de las causas de dicha afectación son, en primer lugar, la intensidad y características propias de los desastres, y, en segundo, las exigencias laborales que conllevan la represión (no simbolización) constante de las emociones experimentadas como un mecanismo para no flaquear durante la atención a las víctimas (Mitchell, 1989), lo que daría pie a la constitución de traumas en el individuo.

2.3.3. Factores socioculturales

Como la mayoría de los estudios lo demuestran y, tomando en cuenta la triple dimensión de la salud mental (bio-psico-social), las personas expuestas a desastres pueden llegar a presentar consecuencias debido a factores sociales, culturales y demográficos, así por ejemplo, algunos autores coinciden en que los factores de mayor impacto emocional no se relacionan con la catástrofe en sí, por el contrario, tienen una mayor influencia la manera en que puede percibirse la situación, entre ellas serán protectores la percepción de que la cohesión comunitaria no ha fracasado (Quarantelli y Dynes, 1985, c.p. Campos, 2000), que se cuenta con la ayuda esperada o que no se ha tenido responsabilidad en el desencadenamiento del evento traumático o adverso.

Por su parte, los efectos psicológicos crónicos se asocian más a las experiencias de desastre en que intervienen amenazas antrópicas. En otras palabras, la anticipación o experimentación de amenazas naturales evidentes, como las inundaciones o sequías cíclicas, no propician reacciones traumáticas (Campos, 2000). La diferencia en las reacciones frente a amenazas antrópicas o no, estará asociada con el significado arraigado en el interior de los sujetos que lo experimentan, entre éstos, el respeto a la vida.

Desde esta misma perspectiva, Echeburúa, Corral y Amor, 2001 (en San Juan, 2001), afirma que los factores de protección frente al estrés (ver la tabla 3), se encuentran fuertemente asociados a variables sociales

Tabla 3

Factores de protección frente al estrés postraumático

Factores Psicológicos: resistencia al estrés.
Apoyo y protección familiar.
Apoyo social próximo: amigos o grupo de afiliación.
Apoyo social general: opinión pública y medios de comunicación.
Apoyo social institucional: gobierno y otras instituciones.

Nota. De "Catástrofes y ayuda de emergencias", por E. Echeburúa, P. Corral y P. Amor, 2001, en C. San Juan, 2001. Barcelona, España: Icaria editorial.

Estos estudios especulan respecto a la mediación del apoyo, recurso e integración social en las respuestas ante desastres. Como lo afirma Alarcón (1989), "El punto cardinal es que un apoyo social tangible atempera la influencia estresante del desastre natural y regula el grado de respuesta emocional; también es cierto lo opuesto (pág. 15)".

Otros estudios como los de Bell (1978), Melick y Logue (1985), Price (1978), McFarlane, Policansky e Irwin (1987), Burke, Moccia, Borus et al. (1986) citados por Alarcón en 1989, han encontrado mayor afectación en las esferas sociales de víctimas jóvenes, en comparación con víctimas mayores de 50 años, menores niveles de

ansiedad y depresión en víctimas directas de inundaciones mayores de 65, que en las indirectas, al igual en inundaciones registradas en Australia, las mujeres menores de 65 años presentaron más síntomas psiquiátricos que mujeres mayores y hombres, menor prevalencia inmediata (8 y 26 meses del desastre) de trastornos en niños de 8 a 12 años afectados por incendios forestales, sugiriendo diferencias significativas en las afectaciones de la salud mental de niños, adultos y ancianos. No obstante, no se trata de hallazgos concluyentes, en tanto no dejan claro si se trata de diferencias en cuanto a estrategias o mecanismos para resolver ansiedades o simbolizar experiencias traumáticas, atribuibles a años vividos, nivel socioeconómico, grado de instrucción o rol social, entre otros.

Debido a la escasa parsimonia de los mismos, y como lo afirma Alarcón (1989), la importancia conceptual de los factores socioculturales se encuentra en su contribución a las perspectivas de la personalidad premórbida, estilos de afrontamiento y crisis. Sin negar la invaluable contribución que han tenido el conocimiento de diferencias culturales sobre los planes de intervención psicológica, sobre todo en el área de duelos, significación religiosa, creencias y esperanzas.

2.3.4. Estrés y estilos de afrontamiento

A lo largo de sus avances, el estrés ha sido considerado desde diversas acepciones como un estímulo nocivo, el cual será más patógeno al ser más intenso, y como una reacción defensiva del organismo con alteraciones neurofisiológicas, ante situaciones perturbadoras (Alarcón, 1989). Para Lazarus, Folkman y Martínez (1986), el estrés no debe ser tratado como una variable, sino como un concepto organizador de un conjunto de variables y procesos, diferenciado de conceptos como adaptación al ejemplificar que, aún cuando muchas personas se adaptan, no todas perciben una condición de estrés al momento de lograrlo. Debido a su importancia, los criterios para determinar si una situación es realmente inductora de estrés, han sido muy

discutidos, pasando por la aceptación de taxonomías generales como la propuesta por Lazarus y Cohen (1977, c.p. Lazarus y cols., 1986. Ver tabla 4), la planteada por Elliot y Eisdorfer (1982, c.p. Lazarus y cols., 1986. Ver tabla 5), o la propuesta de Lazarus y cols (1986), de identificar las características formales de las situaciones que podrían afectar, cuantitativa o cualitativamente, su capacidad estresante entre las que se tendrán la intensidad y duración del estímulo, pero también, las diferencias individuales de vulnerabilidad al mismo.

Tabla 4

Clasificación y características de los acontecimientos estresantes, según Lazarus y Cohen (1977)

Acontecimientos estresantes	Características
Cambios mayores	Cataclismos: considerados estresores universales, fuera de cualquier control, entre éstos, desastres naturales o producidos por el hombre (guerras, encarcelamientos, desarraigo, etc.). el que afecte a unos pocos, no disminuirá su capacidad perturbadora.
Cambios mayores que sólo afectan a una persona o a unas pocas	Despidos, divorcios, enfermedades discapacitantes, muerte de un ser queridos, entre otros.
Ajetreos diarios	Pequeñas cosas que pueden irritar o perturbar al sujeto en un momento dado, como por ejemplo, extraviar las llaves del auto o el fuerte tráfico automovilístico. Algunos ajetreos escapan al control del sujeto, sin embargo, no equiparará su potencial estresante con el de los cambios mayores.

Nota. De "Estrés y procesos cognitivos", R. Lazarus, S. Folkman y R. Martínez, 1986, Barcelona, España.

Tabla 5

Clasificación y características de los tipos estresantes, según Elliot y Eisdorfer (1982)

Tipos estresantes	Características
Estresantes agudos	Limitados en el tiempo, tal como un salto en paracaídas.
Secuencias estresantes	Serie de acontecimientos desencadenados por un evento estresante, que ocurren en un período prolongado de tiempo, por ejemplo, un divorcio.

Estresantes crónicos intermitentes	Son constantes pero ocurren de manera intermitente o cada cierto tiempo, entre éstos las visitas a familiares conflictivos.
Estresantes crónicos	Son estímulos permanentes que pueden o no, haber sido iniciados por un acontecimiento discreto que persiste durante un largo tiempo (estrés laboral crónico, incapacidad permanente, etc.).

Nota. De "Estrés y procesos cognitivos", R. Lazarus, S. Folkman y R. Martínez, 1986, Barcelona, España.

En relación con las diferencias individuales, destaca el concepto de estilo de afrontamiento, el cual se encuentra irremediamente asociado al enfoque de estrés y la ecuación estrés/respuesta dada. Desde este enfoque se reconoce la existencia de los mecanismos de defensa postulados desde la teoría psicoanalítica, sin embargo, se intenta ir más allá de los mismos.

Lazarus y cols. (1986), le definen como "el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como desbordadoras de los propios recursos (pág. 200)". Se distingue entre dos estilos de afrontamiento, el primero, dirigido al problema y de un nivel cognitivo más elevado, con el cual se busca solucionar la situación. El segundo, dirigido a la emoción y caracterizado por ser más primitivo, busca aminorar o controlar las emociones asociadas con la situación estresante. De esta manera, el afrontamiento servirá a dos funciones: cambiar o alterar el problema o regular la respuesta emocional.

Se ha planteado la relación entre éstos y factores socioculturales y demográficos tales como edad, estado civil, nivel de instrucción y nivel socioeconómico, al respecto no existe una posición única o concluyente. Aceptándose de manera generalizada, que al tratarse de demandas o fuentes de estrés diferentes, las personas emplearán afrontamientos distintos. De igual forma, los diversos autores en este campo, han intentado definir la existencia de etapas de afrontamiento, las cuales irían desde el inicio del esfuerzo por parte del sujeto hasta la cesación del mismo y la concreción de

una determinada respuesta (Horowitz, 1976 y Wortman y Brehm, 1975, c.p. Lazarus y cols, 1986), dejando ver, en el caso de los estudios sobre desastres, que éstos acontecimientos generan por sí mismos cambios en los estilos de afrontamiento como consecuencia de los cambios en la situación misma. Así por ejemplo, no resultará de igual exigencia la fase de impacto de un desastre que la fase de culminación, por ende las estrategias y estilos de afrontamiento se ajustarán a los requerimientos de la situación.

El modelo resultante ha sido un modelo complejo, la respuesta del sujeto y su grado de salud ante situaciones estresantes se encuentra determinada por su modo de afrontamiento, no obstante, los modos de afrontamiento se encuentran determinados por:

Los recursos de que dispone (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales.

(...) por las coacciones que limitan la utilización de los recursos disponibles.

Los condicionantes personales incluyen valores y creencias culturales interiorizadas, que proscriben ciertas formas de conducta, y los déficits psicológicos. Los condicionantes o factores coactivos ambientales incluyen las demandas que compiten con los mismos recursos y las empresas o instituciones que impiden los esfuerzos de afrontamiento (Lazarus y cols, 1986, pág. 201).

Se plantea en la investigación la concepción del individuo como un ser total en relación abierta con su entorno, y no como una simple ecuación estímulo respuesta característica de los primeros planteamientos entorno al concepto de estrés.

2.3.5. Crisis

Los diversos términos empleados para designar la palabra crisis revelan significados psicológicos; así, el término chino de crisis (Weiji) se compone de dos caracteres semánticos que significan peligro y oportunidad, concurrentes a un mismo tiempo (Wilhelm, 1967 c.p. Slaikou, 2001). El término inglés se basa en el griego (Krinein) decidir, cuyas derivaciones demuestran que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, un momento crucial durante el cual se podrá mejorar o empeorar (Lidell y Scout, 1968 c.p. Slaikou, 2001). En inglés, en el Webster's New Collegiate Dictionary, se destaca que la crisis es el punto de decisión, el momento decisivo para el mejoramiento o empeoramiento de una enfermedad aguda, también, un ataque de violento dolor, angustia o de funcionamiento desordenado, y finalmente, un evento emocionalmente significativo o cambio radical en el nivel de vida de una persona (Cavenar, Cavenar y Walter c.p. Villalobos, 1985).

En castellano y de acuerdo a la Real Academia (1970 c.p. Villalobos, 1985), la crisis se conceptualiza como "Mutación considerable que acaece a una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya sea agravarse un enfermo (p.379)".

Según Slaikou (2001), las influencias teóricas en las teorías de las crisis se remontan a cuatro antecedentes principales, a saber:

La teoría de la evolución y la idea de la supervivencia del más apto, dentro de la cuales, el análisis de la lucha por la existencia entre los organismos vivos, en relación con su medio, "condujeron al desarrollo de la ecología humana, cuya hipótesis

característica es que la comunidad humana es un mecanismo adaptativo esencial en la relación de la humanidad con su medio (Moos, 1976, p. 6 c.p. Slaikeu, 2001)

La psicología que considera el desarrollo y realización del ser humano: Por un lado, el enfoque psicoanalítico con su concepción del desarrollo y realización del ser humano desde el concepto de impulso; para Freud, la motivación es un intento por reducir la tensión, fundamentada en impulsos sexuales y agresivos. Por otro lado, el enfoque humanista de la psicología, basado en la realización y el crecimiento positivo del hombre, de la mano de Rogers (1961) y Maslow (1954), consideran que en los seres humanos existe una tendencia hacia la autorealización y la necesidad de enriquecer sus experiencias y de ampliar sus horizontes. Desde este mismo enfoque Buhler (1962) afirma que la conducta del ser humano es intencional y dirigida hacia la persecución y reestructuración de metas, llegando, algunas de las teorías de crisis a considerar que éstas son el resultado de obstáculos o propósitos inalcanzables (Slaikeu, 2001).

El enfoque psicoanalítico de Ericsson (1963 c.p. Slaikeu, 2001) respecto al ciclo vital del desarrollo supuso que con cada transición, dentro de las ocho etapas del ciclo que planteó, el desarrollo subsecuente se vería afectado, es decir, dependía del anterior.

La cuarta influencia se desprendió de datos empíricos acerca de cómo las personas respondían y manejaban el estrés vital extremo. Holmes y Masuda (1973 c.p. Slaikeu, 2001), demostraron alguna relación entre el estrés producto de sucesos de vida, la salud física y la enfermedad. En psiquiatría y psicología clínica, el concepto de "crisis" adquirió fuerza, inicialmente, como una propuesta que impugnó el papel etiológico del estrés en los trastornos mentales. En un sentido más amplio, se consolida como un punto de vista que considera ciertas situaciones vitales como periodos transicionales, que incluyen tanto una oportunidad para el desarrollo de la

personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental (Caplan, c.p. Campos, 2000). A diferencia del estrés, que sólo permitiría una adaptación a los síntomas, la crisis connota dos salidas posibles: un efecto debilitante o uno de crecimiento personal (Slaikeu, 2001).

Algunos autores utilizan ambos conceptos para describir fases de un mismo proceso, entendiendo que la crisis aparece cuando un estrés vital supera la capacidad de adaptación normal de la persona. Caplan (1964), por su parte, desarrolló un enfoque "homeostático" de la crisis, atribuyendo su aparición a un desequilibrio entre la dificultad e importancia de un problema y los recursos de los que se dispone inmediatamente para enfrentarlos. Este desequilibrio se inclinará en favor de uno de sus polos en virtud de ciertos factores personales (como la relación simbólica establecida entre el problema y otras experiencias vividas), familiares y socioculturales. Para Caplan (pág. 35, 1999),

Una crisis es una situación, delimitada en el tiempo, de perturbación en las funciones de un individuo normal que ocurre ante circunstancias peligrosas, involucrando generalmente una pérdida, una amenaza de pérdida o un reto, que va más allá de las habilidades de la persona de dominar tal situación. Por lo tanto obliga al individuo a inventar nuevas maneras de dominar la situación.

Así entendidas, las crisis pueden corresponder a las repercusiones psicológicas de situaciones vitales muy variadas, muchas de las cuales son típicas de nuestro ciclo vital "tales como el destete, la entrada a la vida escolar, la elección profesional, la confrontación de la vejez y la muerte, para mencionar sólo algunas" en tanto que otras se relacionan con eventos fuertemente amenazantes o agresores del entorno.

Para Slaikeu (2001), las crisis se caracterizan por consistir en una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de

enfrentamiento, limitado en el tiempo y con potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos que dependerán de la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo y los recursos sociales del individuo.

El estado de crisis ha sido concebido por diversos autores como un progresar a través de una serie de etapas relativamente bien definidas, aunque distintas según cada autor.

En 1964, Caplan señala que existen cuatro etapas o períodos, el primero se caracteriza por la súbita tensión inicial causada por el impacto de un suceso externo. A medida que aumenta la tensión, el sujeto empleará sus habituales estrategias o patrones para solucionar problemas (Villalobos, 1985). El segundo período, por el incremento de la tensión, los sentimientos de desequilibrio y la ineficiencia, debido la falta de éxito y el fracaso en las respuestas desplegadas, más el impacto continuado del suceso precipitante (Slaikeu, 2001).

El sujeto intentará entonces, aliviar la tensión empleando métodos de emergencia o no usuales (Villalobos, 1985), de esta manera, la crisis puede desembocar en una reducción de tensión cuando los nuevos métodos resulten eficaces o en caso de que disminuya la amenaza externa, en caso de que los métodos resulten ineficaces, el sujeto podrá replantearse el problema o renunciar (Slaikeu, 2001). En el cuarto período se desarrollará alguna de estas alternativas, en consecuencia, la crisis será resuelta adecuada o inadecuadamente, o aumentará la tensión produciendo una desorganización emocional grave (Villalobos, 1985).

En 1976, Horowitz plantea un modelo que detalla las etapas de la crisis, según este, las reacciones pueden ser más o menos obvias. Las reacciones iniciales se caracterizarán por el desorden, el cual conducirá tanto a la negación como a la intrusión, pudiendo alternar entre ambas u omitir alguna. La primera conduce al amortiguamiento del impacto y puede acompañarse de un entorpecimiento

emocional, mientras que la segunda, de manera contraria incluye la abundancia involuntaria de dolor por los sentimientos acerca del suceso (Slaikeu, 2001).

A continuación se produce, voluntariamente o gracias a la ayuda externa, la identificación y expresión de pensamientos, ideas, sentimientos e imágenes asociadas a la experiencia, esta es la fase de translaboración, que será seguida por la fase de terminación, en la cual la reorganización ha sido consumada, o iniciada, permitiendo una integración de la experiencia de crisis a la vida del individuo (Slaikeu, 2001).

Se debe resaltar que todas las propuestas expuestas caracterizan a la crisis como un momento de “desorganización, desequilibrio, incertidumbre”, sin embargo, afirman que en su fase de terminación o resolución brindan al sujeto la oportunidad de una solución afortunada, y de integrar los nuevos recursos a su experiencia de vida, lo que supondría un crecimiento o el desarrollo de nuevas habilidades.

Dicho crecimiento puede ocurrir sólo cuando los patrones previos se han destruido y el proceso de reconstrucción tiene lugar (Slaikeu, 2001). Danish y D' Augelli (1980 c.p. Slaikeu, 2001), sostienen que el concepto de prevención primaria llevaría a alejar a las personas de sus experiencias de crisis con el fin de reducir un probable debilitamiento posterior, de ser así, el crecimiento se encontraría coartado en alguna medida. Como una alternativa, ellos desarrollaron un modelo de crecimiento y desarrollo humano, afirmando los estados de desequilibrio preceden el crecimiento y sin él, no hay crecimiento posible. También Caplan (1964), en su modelo homeostático, reconoció esta cualidad de las crisis, planteando que el modo como éstas se resuelvan, tiene un impacto capital sobre su papel final en la salud mental. Al esforzarse para alcanzar la estabilidad durante la crisis, el proceso de salir adelante por sí mismo puede redundar en el logro de una “estabilidad” cualitativamente diferente.

De esta manera, y contrario al punto de vista de que las crisis son destructivas, las mismas pueden iniciar un proceso de reestructuración hacia un crecimiento posterior, Danish (1977) afirma que los objetivos en intervención en crisis deberán dirigirse a mejorar la aptitud de quien la padece, no para prevenirlas ya, sino para fomentar sus resultados positivos (c.p. Slaikeu, 2001, ver gráfico 2).

“Este énfasis en torno a la oportunidad, a la trascendencia del momento o a lo decisivo del mismo es lo que permite homologar el término crisis a urgencia, y con ello a la perentoriedad de la intervención” (Villalobos, p.10, 1985). Es precisamente esta característica de la crisis la que, en materia de salud mental, resulta positiva para su abordaje, acercamiento o aceptación de ayuda e incluso su solicitud, así lo afirma Caplan (1999): “Durante el periodo de perturbación, el individuo se muestra más dispuesto a formar uniones con otros individuos, parece ser que aumentan sus necesidades de afiliación. Asociado a este fenómeno encontramos un incremento de la sugestionabilidad (p. 35)”.

En cuanto a las clasificaciones de las crisis, Villalobos (1985) afirma que la propuesta por Baldwin en 1983 representa una integración de los diferentes puntos de vista postulados acerca de las mismas (ver tabla 6).

Tabla 6

Clasificación de las crisis según Baldwin

CLASIFICACIÓN SEGÚN BALDWIN	
CRISIS DISPOSICIONALES	Estas crisis son definidas por la angustia resultante de una situación problemática.
CRISIS DE TRANSICIONES ANTICIPADAS	Son crisis que reflejan anticipadamente momentos vitales de transición en la vida, sobre las que el individuo puede o no tener control, p.e. divorcio, paternidad, jubilación.
CRISIS RESULTANTES DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Crisis emocionales precipitadas por estresares externos o situaciones que son inesperadas e incontrolables y que son emocionalmente abrumadoras, p.e. repentina muerte de un familiar, violación, asalto, pérdida repentina de trabajo o status, desastres.
CRISIS MADURATIVAS	Son crisis emocionales que resultan de un intento de ocuparse

O DE DESARROLLO	de una situación interpersonal que refleja una lucha con un aspecto muy íntimo, pero normalmente circunscrito, que no ha sido resuelto adaptativamente en el pasado, y que en la actualidad refleja un intento por alcanzar la madurez emocional, p.e. conflictos relacionados con problemas de identidad sexual, dependencia, capacidad para la intimidad emocional, respuesta a la autoridad.
CRISIS QUE REFLEJAN PSICOPATOLOGÍA	Crisis emocionales en las cuales pre-existe una psicopatología y ésta precipita la crisis o en las cuales la psicopatología complica o impide significativamente la resolución adaptativa. P.e. Desórdenes caracterológicos, esquizofrenias.
EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS	Situaciones críticas en las cuales el funcionamiento general del sujeto ha sido severamente limitado y el individuo se torna incompetente o incapaz de asumir su responsabilidad personal. P.e. psicosis agudas, intoxicación alcohólica, intento suicida, pánico incontrolable, sobredosis de drogas.

Nota. De "Intervención en crisis. Historia, definición y clasificación", por M. Villalobos, 1985, *Psicología Psicoanalítica*, Vol. III.

Los planteamientos actuales han llevado a considerar las crisis desde el ámbito laboral, Valero (2005) plantea que incluso, a nivel laboral, las crisis, en especial las desencadenadas por eventos adversos, traen consigo un potencial positivo o negativo de cambio y darán la oportunidad de repensar las estrategias y estructuras organizacionales, permitiendo revelar las verdades ocultas de las organizaciones, mostrando si los planes de contingencias realmente funcionan, si existe en ellos flexibilidad suficiente y si sus funcionarios podrán adaptarse creativamente a la situación presentada.

Las aristas de las variables que desencadenan la crisis pueden ser muy variadas por esto es que en la gestión de los eventos adversos las crisis tienen un enfoque tridimensional, es decir, pueden desencadenarse en cualquiera de sus fases (antes, durante o después).

En *el antes* pueden ser precipitadas por una situación política inestable que conlleve a la renuncia de los cargos de confianza de los directivos de los cuales

dependen nuestros programas de presupuestos o de ejecución de obras o los recortes por decisiones políticas de emergencias.

En *el durante* puede manifestarse por la magnitud, extensión o característica propia del impacto del evento adverso que puede desbordar todos los planes de Contingencia o plantear una nueva situación no prevista con antelación; en esta fase también destacan las comunicaciones confusas, los pedidos desproporcionados de ayuda, los reportes periodísticos alarmistas, las presiones de los políticos y de los propios afectados contribuyen a aumentar el impacto de la crisis en las primeras horas.

En *el después*, la crisis puede ser desencadenada por el desborde en la atención logística a las demandas de ayuda humanitaria que se solicitan, su traslado almacenamiento y distribución, en muchas ocasiones el problema se deriva de los recursos y su disponibilidad depende también de en qué parte del país están a la hora de estallar una crisis. Los problemas de saneamiento ambiental y la rehabilitación de los servicios básicos esenciales apuntando a la reconstrucción futura, el lenguaje que se utiliza entre las diversas organizaciones que intervienen es fundamental a la hora de decir lo que se necesita, cómo se necesita y qué está ocurriendo es casi inviable por la simple razón de que no nos entendemos. Estos son unos pocos ejemplos de las múltiples variables que pueden desencadenar una crisis de gestión frente a un evento adverso.

Por lo consiguiente, es necesario para los organismos de atención de desastres, aprovechar los momentos de relativa calma para preparar los momentos adversos, la metodología y el conocimiento de estas situaciones pueden ser críticas para el futuro inmediato de la organización, lo que se debe hacer es analizar el estado presente y la evolución de todos los parámetros claves de funcionamiento de la organización como son los Planes de Contingencias, la Organización, funcionamiento de los Equipos de

Respuesta, las coordinaciones y fortalezas intersectoriales, los presupuestos asignados, los recursos logísticos disponibles entre otros.

En el caso específico del personal operativo, Valero (2004) afirma que por encontrarse sometidos a factores y variables de riesgo por un tiempo prolongado, pueden presentar repercusiones en las áreas físicas, cognitivas, conductuales y emocionales. En la fase de intervención, pueden presentarse signos que requerirán o no una acción correctiva inmediata (recuérdese la diferencia entre reacciones y consecuencias), siendo, aquellas que no requieren atención inmediata las que señalarán la presencia de una crisis (Ver tabla 7).

Tabla 7

Manifestación de crisis en la fase de intervención

Signos que requieren una acción correctiva inmediata	Signos que no requieren una acción correctiva inmediata
	Área física
Dolor en el pecho	Nauseas
Presión arterial alta	Dolor de estomago
Arritmias cardiacas	Tremor
Excesiva deshidratación	Disturbios del sueño
Vómitos excesivos	Dolor muscular
Signos severos de Shock	Diarreas
Colapso por exhaustación	Problemas de visión
Dificultad respiratoria	Fatiga
	Sensación de descoordinación
	Sudoración profusa
	Pulso acelerado
	Temblores
	Boca seca
	Escalofríos
	Área Cognitiva:
Decremento en el estado de alerta	Confusión
Dificultad en la toma de decisiones	Dificultad para el calculo
Estado de hiperalerta	Problemas de memoria
Confusión mental generalizada	Pobre concentración
Desorientación en tiempo, lugar y persona	Disfunción en el pensamiento lógico
Seria disfunción del pensamiento	Disminución de la atención
Serio retardo en el pensamiento	Buscar culpables

Serios problemas en el reconocimiento de sus familiares	
Área Emocional:	
Reacciones de pánico	Ansiedad Anticipada
Reacciones fóbicas	Temor
Backdraft Emocional	Depresión
Emociones inapropiadas	Sensación de abandono
	Cólera
	Identificación con la víctima
	Rechazo
	Culpa de haber sobrevivido
	Pesar
	Preocupación
	Sentimientos de desesperación
	Sensación de estar agobiado
Área Conductual	
Extrema hiperactividad	Cambios de actividad
Actos antisociales	Susplicia
Cambios significativos en el discurso	Cambios en su comunicación
Excesivos arranques de cólera	Incremento o decremento en los hábitos de comida
Gritos	Excesivo humor
	Excesivo silencio
	Conductas inusuales
	Incremento en el habito de fumar
	Incremento en el uso del alcohol
	Aislamiento

Nota. De "La Crisis en la Gestión de los Eventos Adversos. Una Perspectiva Psicosocial", por S. Valero, 2005, Federación Latino Americana de Psicología en Emergencias y Desastres.

Una fase que también merece analizarse, por sus potenciales consecuencias es la de término, la cual comprende la etapa de la desmovilización en la cual los trabajos de urgencia ya han sido realizados, la calma retorna paulatinamente al lugar del desastre y los equipos de respuesta empiezan a ser relevados, en esta fase se puede observar las siguientes manifestaciones de crisis (ver tabla 8, Valero, 2005).

Tabla 8

Manifestación de crisis en la fase de término

Dificultad emocional para aceptar el término de las operaciones, desecho de seguir trabajando.
Melancolía, depresión.
Inquietud, disgusto o aburrimiento ante el trabajo rutinario
Sentimientos de extrañamiento por el trabajo en desastre.
Sentimientos de extrañamiento por la familia.
Sentimientos de cólera o frustración.
Necesidad de hablar, contar y repetir las vivencias del desastre.
Conflicto con los compañeros que no participaron en las operaciones del desastre, sentimientos de superioridad.
Conflicto con la familia, esta puede estar enojada por su ausencia prolongada por el desastre.

Nota. De "La Crisis en la Gestión de los Eventos Adversos. Una Perspectiva Psicosocial", por S. Valero, 2005, Federación Latino Americana de Psicología en Emergencias y Desastres.

Desatender y desconocer estos síntomas puede llevar a la instauración de consecuencias en la salud mental de los trabajadores. Como lo afirma Valero (2005), no se espera que los trabajadores sean invulnerables, se espera que posean experiencia y capacitación adecuada, que les guste su trabajo y que, en el caso de una crisis, puedan asumir y solicitar la ayuda necesaria.

2.3.6. Resiliencia

Como se explicó anteriormente, los efectos de la exposición a eventos traumáticos, al estrés laboral o, en general, la constante exposición a factores que potencian el desarrollo de patologías asociadas al estrés, han sido frecuentemente estudiados y definidos dentro de la psicología. Sin embargo, existen aspectos que conforman la otra cara de la moneda, es decir, reacciones posteriores a sucesos adversos de características diferentes, las cuales habían sido ignoradas y solo recientemente han llevado a preguntar ¿Qué diferencia a las personas que desarrollan patologías frente a la adversidad de aquellas que no?

De este vacío en la psicología, surgió una nueva forma de entender y conceptualizar el trauma; desde las fortalezas y capacidades de resistencia de los

individuos. Enfoque que comprende al ser humano como activo y capaz de rehacerse en la adversidad (Vera, 2004).

Desde dicho modelo, salutogénico o centrado en el concepto de salud mental, se cuestionan las conclusiones de la psicología clínica tradicional respecto al duelo y trauma, en las cuales, según dicho enfoque, se asume que los sujetos que enfrentan alguna de estas condiciones, darán una respuesta “patológica” unidimensional y casi invariable. Respondiendo que no todos los sujetos emiten la misma respuesta, hay quienes incluso aprenden y se fortalecen de la experiencia sin sucumbir ante ella (Vera, 2004).

Este modelo sintetiza las posibles reacciones ante eventos adversos en: trastorno, trastorno retardado, recuperación, resiliencia y crecimiento. Así, la experiencia traumática será siempre negativa, pero la reacción dependerá del sujeto (Vera, 2004).

2.3.6.1. Concepto

El hecho de que desde la psicología clínica se haya dado cabida a conceptos como la salud mental, tomando en cuenta no sólo la prevención sino también la promoción de ésta, se debe, entre otros elementos, a que el estudio de los factores de riesgo permitió conocer que no todos los individuos expuestos a los mismos desarrollaban las mismas respuestas, de esta manera, parecían existir individuos protegidos o poco vulnerables a condiciones adversas específicas. El estudio de este fenómeno trajo consigo un nuevo concepto, el de resiliencia (Kalawski y Haz, 2003).

La primera aparición del término dentro de la psicología y psiquiatría es ubicada por Kalawski y Haz (2003) en el año de 1942, en un artículo publicado por Scoville en el cual se hacía referencia al hecho de que niños y niñas sometidos a situaciones peligrosas para sus vidas no mostraban afectación, mientras sí lo hacían ante situaciones de desarraigo familiar. Para el año de 1960 se inicia la discusión respecto

al hecho de que muchos de los niños criados por uno o ambos padres alcohólicos no presentaran déficit en el desarrollo biológico o psicosocial, sino que alcanzaran una adecuada calidad de vida, siendo Werner conductor del estudio en el que se siguió a más de 500 niños por más de 30 años, hasta su vida adulta. Al principio, atribuyendo su resistencia a características genética, se empleó el término de invulnerabilidad para describirlos (Melillo, 2006). Siendo en 1978, cuando Rutter (c.p. Figueroa, 2005), tras discutir la inadecuación del término invulnerabilidad, llama a estas personas resilientes.

El término proviene del inglés Resilience y no es propio de las ciencias sociales, sino tomado de la metalurgia, para la cual “la resiliencia es la capacidad que tienen los metales de contraerse, dilatarse y recuperar su estructura interna” (Schiera, 2005, pág. 130), y de la ingeniería, desde la cual “es la capacidad de una viga de soportar peso sin quebrarse” (Schiera, 2005, pág. 130).

Por su parte, dentro de la psicología se le ha caracterizado, como suele ocurrir con todo cambio científico, de diferentes maneras:

“La resiliencia se refiere al proceso de, capacidad para, o resultado de una adaptación exitosa a pesar de circunstancias desafiantes o amenazantes” (Masten, Best, y Garmezy, 1991, pág. 425. c.p. Kalawski y Haz, 2003 pág. 367).

“La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión y, por otra parte, mas allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles (Vanistendael, 1994, c.p.

<http://notas.nezit.com.ar/resiliencia.htm><http://notas.nezit.com.ar/resiliencia.htm>)

”

“La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida” (Suárez, 1996, pág. 54 c.p. Kalawski y Haz, 2003 pág. 367)”.

“Es la capacidad para y los medios por los cuales un sobreviviente del trauma se adapta a, o enfrenta de un modo positivo, una circunstancia o historia traumática” (Harvey, Liang, Harney, Koenan, Tummala-Narra, Lebowitz y Vickers, 1997, pág. 5. c.p. Kalawski y Haz, 2003 pág. 367).

“La resiliencia grupal es la combinación de una capacidad innata de resistir la destrucción, tanto en personas individuales como en sistemas sociales, complementada por la habilidad de aprender de lo sucedido y buscar, conjuntamente, como convertir la crisis en oportunidad para el crecimiento. Es una serie de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana viviendo en un medio insano (Breson, 2002)”.

“un fenómeno psicológico complejo que existe latente en todos los seres y puede ser estimulada para que niños, jóvenes, adultos, familias y comunidades sobrevivan y se sobrepongan pasiva o activamente al medio adverso (...) es la capacidad para superar la- adversidad y salir fortalecido de ella (...) no se trata de la capacidad de sufrir, sino de resistir, de surgir, de renacer (Figuroa, 2005)”.

Los conceptos anteriores coinciden en observar los factores y/o condiciones que permiten un desarrollo saludable, viendo la resiliencia como una forma de protección contra la adversidad y condiciones desfavorables a la vida, antes que enfocarse en aquellos aspectos que facilitan, mantienen o promueven patologías o una baja calidad de vida. Sin embargo, algunos definen la resiliencia como un proceso individual mientras que otros le trasladan al ámbito grupal, e incluso social. Dentro de ambos,

existen autores que le definen como una capacidad y otros como un proceso. Algunos le definen como la capacidad de superar o afrontar la adversidad, mientras otros suman a dicha capacidad la obtención de un beneficio, aprendizaje o crecimiento posterior a la experiencia traumática o adversa. Diferencias que reflejan los escasos acuerdos que la reciente aparición de una visión positiva del trauma ha dejado en la psicología.

Se encontrarían entonces, la corriente norteamericana con la visión de resiliencia como el proceso de afrontamiento y la corriente francesa con una visión más amplia, incluyendo tanto la resistencia ante la adversidad como el proceso de una evolución, crecimiento o aprendizaje posterior, vinculándola con el concepto de crecimiento postraumático (Vera, 2004), dentro de ambas, se encuentran aún fuertes discrepancias respecto a si se trata o no de un proceso, si en individual o grupal, entre otros. A partir de este momento, al hablar de resiliencia se entenderá desde la corriente francesa, no sólo como la superación de la adversidad, sino también como el logro de un aprendizaje o crecimiento posterior.

Continúa siendo innegable la importancia, incluso dentro de una misma corriente, de intentar una definición o aproximación conceptual más precisa, es por ello que dentro de la presente investigación se toma en cuenta la reflexión conceptual de Kalawski y Haz (2003), y su preocupación por el carácter tautológico del término. Para ellos, las discordancias anteriores se originan en un doble uso del término, empleado para hacer referencia a la relación entre los factores de riesgo y la salud, y para referirse a las variables moderadoras del efecto de los factores de riesgo.

Cuando se refiere al segundo aspecto, se habla de las dimensiones de la resiliencia, es decir, de aquellas características intrapsíquicas que permiten a un sujeto ser resiliente en una condición de adversidad, la dificultad está en que se tratará de variables relativas tanto al factor de riesgo como al resultado que se mide. Negarlo

sería afirmar que una persona que posea las dimensiones o factores de resiliencia es invulnerable, ya que poseería el mecanismo único que explica la resistencia ante la adversidad. De ser así, se esperaría hallar covarianzas entre los diferentes resultados que se pueden medir, sin embargo esto no ha sido así. Tal y como afirman Kalawski y Haz, niños y niñas sometidos a altos niveles de estrés, con adecuados índices de competencia social o conductual presentan niveles de ansiedad y depresión similares a los de niños y niñas menos adaptados conductualmente.

Así, resulta imposible afirmar que éstos niños se encuentren protegidos por un mecanismo único que los hace resilientes a la adversidad, más es posible inferir la existencia, en los niños con índices de competencia social o conductual más elevados, de alguna característica que les permite tal rendimiento, es decir, que les hace resiliente de síntomas externalizadores, aún cuando presenten síntomas internalizadores (orientados al pensamiento). Desde este punto de vista, la resiliencia dependería de la manera en que sean medidos los resultados, de lo extensa que pueda ser la medición realizada y de los factores de riesgo que se consideren relevantes en dicho estudio.

Ahora, cuando la resiliencia se refiere a la relación entre factores de riesgo y salud subsiguiente, el panorama es distinto y permite hacer referencia no a una condición psicológica, sino a la discordancia entre un factor de riesgo y un aspecto específico de la conducta o personalidad del individuo a él expuesto (Kalawski y Haz, 2003). Se trataría entonces de un relación causa-efecto establecida con antelación en un estudio particular, que al no cumplirse señalaría la resiliencia de ese sujeto a determinada condición (síntomas esperados), cuando se encuentra expuesto a factores de riesgo particulares. “Lo que sí pueden ser variables psicológicas son los factores o mecanismos que explicarían esta resiliencia (Kalawski y Haz, 2003, pág. 368)”.

Estos autores afirman que los factores de protección son aquellos que permiten que los dominios de funcionamiento que debían ser afectados por la presencia de un factor de riesgo permanezcan conservados en tal condición, es decir, sin presentar la afectación esperada. Diferenciándolos de los factores de recuperación por ser, éstos últimos, los que permitirán un cambio relativamente permanente en cualquier dominio afectado por un factor de riesgo, es decir, mientras los factores de protección impiden la afectación o detrimento esperado frente a uno o varios factores de riesgo, los factores de recuperación, permitirán una mejoría en un dominio afectado de acuerdo al detrimento esperado.

Por último, los factores que ejercen un control conductual, serán todos aquellos factores o situaciones ambientales que impidan una respuesta desadaptativa de forma relativamente temporal. Para ellos, “un punto importante a considerar es que la diferencia entre recuperación y control no es absoluta, ya que consiste en la relativa permanencia o temporalidad del resultado” (Kalawski y Haz, 2003, pág. 369), los factores que permiten la recuperación serán prolongados, mientras que los que ejercen un control tendrán un efecto temporal.

No se hablaría entonces de un proceso, sino de factores que permiten al individuo ser resiliente, los cuales podrán ser de protección, de recuperación o de control (Kalawski y Haz, 2003). De considerar este enfoque como el adecuado, se hablaría de personas resilientes ante determinadas circunstancias y no de personas resilientes ante la adversidad, resiliencia determinada por lo las relaciones entre factores de riesgo, protección, recuperación y control.

Ahora, ¿cómo se determinan aquellos factores que tendrán la fuerza necesaria para provocar una respuesta patológica en un sujeto o grupo determinado? En primer lugar deben considerarse los estudios pertinentes, y los hallazgos arrojados por éstos respecto a las variables mediadoras y los factores de protección, y en segundo lugar,

pero no menos importante, debe considerarse, si para el individuo o grupo en estudio ese factor representa o no un riesgo.

Los dominios pueden ser, según Kalawski y Haz (2003), externos u orientados a la acción e internos u orientados al pensamiento. Sin embargo, Luthar, Cicchetti y Becker (2000), afirman que la naturaleza de los dominios a considerar, así como el grado de conservación del mismo considerado adaptativo o no, dependerá del tipo de adversidad en estudio y de las teorías que le sustenten. En el caso de los factores de riesgo, será la comorbilidad de éstos con afectaciones específicas, y sus respectivas manifestaciones clínicas las que determinarán los dominios y niveles de conservación a considerar.

Si se afirma que los factores de riesgo y de protección pueden ser definidos como tales mientras existan estudios o investigaciones que demuestren una relación causal entre éstos y la presencia/ausencia de una determinada respuesta desadaptativa, entonces deberán considerarse con detenimiento y cuidado los dominios de afectación de dicha respuesta y su intensidad, es decir, qué tipo de afectación será considerada como "respuesta desadaptativa". Resultando esencial la operacionalización de las mismas y la consideración de su delimitación en términos de dominios (conductual, social, emocional, etc.), intensidad o grado de afectación.

2.3.6.2. Diferenciación; resiliencia y otros conceptos:

Recuperación: Al hablar de recuperación se hace referencia a una mejoría o cambio que sobreviene posterior a un período de disfuncionalidad, en el caso de los individuos resilientes, no existirá tal período, sino permanecerán en niveles funcionales a pesar de estar expuesto a factores de riesgo o a una experiencia traumática (Masten, 2001 c.p. Vera 2004). Según Vera, (2004), son conceptos con

trayectorias temporales diferentes: “la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso” (pág. 23, párrafo 3).

Sobreadaptación: La sobreadaptación se caracteriza por la alienación del sujeto frente un medio que le resulta inadecuado, en su intento por hacer frente a la situación pierde su identidad y resulta en una respuesta inconveniente, “diferenciándola claramente de las conductas adaptativas. En las últimas, el sujeto puede afrontar situaciones conflictivas sin renunciar a su identidad, es decir se preserva, no se aliena” (Shiera, 2005, pág. 135). Se diferencia de la resiliencia en que en ella la adaptación del sujeto es máxima, enfrentando la situación adversa y obteniendo provecho de ella, no hay en él alienación frente a la experiencia traumática o medio hostil.

Inteligencia emocional: De acuerdo con Melillo (2005), la inteligencia emocional se define a través de los ítems específicos, entre los que se encuentran: empatía, control emocional, independencia, capacidad de resolver problemas de forma interpersonal, entre otros. A diferencia de la resiliencia, la inteligencia emocional se definirá como la presencia de tales características en un mismo sujeto. En el caso de un persona resiliente los factores psicológicos o características que le mantendrán resiliente dependerán de los factores de riesgo a los cuales se encuentre expuesto y de los resultados que se medirán posexposición a la adversidad.

Sometimiento: A diferencia de la resiliencia, el sometimiento es una manera pasiva y también alienante de encarar la adversidad, en la cual el individuo no hace frente a los problemas para resolverlos, sino que se mantiene en ellos a la espera de que el cambio ocurra (Shiera, 2005).

Invulnerabilidad: Respecto a la invulnerabilidad, Rutter (1993 c.p. Kalawski y Haz, 2003, pág. 367) afirmó que: “(a) la invulnerabilidad implica una resistencia

absoluta al daño; (b) sugiere que la característica se aplica a todas las circunstancias de riesgo; (c) implica una característica intrínseca del sujeto; y, (d) sugiere una característica estable en el tiempo". Diferenciándose de la resiliencia en que ésta, no implica una resistencia absoluta, por el contrario el sujeto resiliente es afectado por la adversidad y puede sufrir y padecer frente a ella, sin embargo le enfrenta y sale triunfante, al punto de fortalecerse o aprender algo de su experiencia, además de que, como se expuso anteriormente, el sujeto resiliente no es resistente a todo factor de riesgo, podrá enfrentar alguno que por su importancia, significado o peso le sobrepase.

Hardiness: De acuerdo al enfoque de la personalidad resistente o hardiness, estas personas se caracterizan por tener sentido del compromiso, sensación de control sobre los acontecimientos y estar abiertos a los cambios. Estas personas perciben las situaciones estresantes y/o traumáticas como menos perjudiciales, ya que valoran sus capacidades para enfrentarlas como adecuadas (Vera, 2004). A diferencia del enfoque de la resiliencia, no se trata de características únicas que hagan a la persona resiliente resistir cualquier situación estresante o traumática, se trata de una relación directa entre el individuo, los factores de riesgo y la afectación esperada. El concepto de resistencia implica que el sujeto resiste todas las situaciones de estrés y cambio, sin embargo, desde la resiliencia, capacidad de resistencia del sujeto dependerá de la particularidad de la situación estudiada.

2.3.7. Mecanismos de defensa

Salinas (2003), plantea que existen factores patógenos relacionados directamente al tipo de trabajo que se ha de realizar y que tienen que ver con el miedo que de tal labor resulta. Según este autor, tal es el caso de los rescatistas y bomberos por verse expuestos a una gran cantidad de labores de atención en emergencia, ante las cuales alzarían una serie de defensas para mitigar el impacto psicológico que pudiesen

generar los sucesos catastróficos en la psique de estos trabajadores. Sin embargo, es necesario mantener ciertas conductas que aseguren el mantenimiento de la defensa, como por ejemplo su carácter colectivo, ya que si un integrante del equipo no controla su ansiedad o temor despertará en el resto las vivencias de sus propias emociones, por lo tanto deben defenderse de él, generalmente haciéndolo motivo de burlas y generando su exclusión. De lo contrario, si el miedo rebasa la defensa se producirán manifestaciones por medio de una serie de patologías relacionadas al estrés, afectando al individuo, su familia y entorno personal.

Por su parte, en una investigación realizada por Sazón, Dekel, Nacasch, Chopra, Zinger, Amital et al (2004), se afirma que existe una tendencia a desarrollar mecanismos compensatorios para reducir el nivel de activación y ansiedad que resultan de cogniciones negativas provocadas por la exposición a un evento adverso; de igual manera, tanto Liberman (1962) como Reich (1978), explican el Trastorno Obsesivo Compulsivo apelando al concepto psicoanalítico de Mecanismos Defensivos, los cuales evitarían el sufrimiento psicológico causado por un hecho puntual, al costo de causar en el individuo una serie de conductas destinadas a mantener tales defensas, provocando en consecuencia una personalidad rígida, carente de espontaneidad y con excesivo temor a las manifestaciones afectivas, teoría que engrana los diferentes hallazgos de las investigaciones antes comentadas.

Si esto es así, sería posible plantear que algunos tipos de afecciones a la salud mental se desarrollarían, en primer lugar, por una característica individual de déficit en la regulación emocional. En segundo lugar, y ante un evento traumático, el sujeto se vería obligado a evitar el dolor y la ansiedad mediante los mecanismos de defensa (por ejemplo, Negación y represión del evento), sin embargo, de no realizar conductas compensatorias las defensas serían sobrepasadas, por lo cual se realizan una y otra vez afectando el desenvolvimiento general del sujeto, tal y como lo explica Salinas (2003).

De esta manera, al mermar las capacidades yoicas del sujeto para lidiar con los afectos que le producen los hechos catastróficos y traumáticos, se inicia la puesta en práctica de los mecanismos de defensa de manera rígida, para evitar el desbordamiento de las ansiedades que aquellos producen en el Yo.

En este sentido, el *DSM-IV-TR* (2003) ha elaborado una escala según la cual el clínico debe reconocer mecanismos de defensa específicos, que emplee el sujeto durante el proceso terapéutico o de evaluación, agrupándolos en distintos niveles de defensa, de acuerdo a la función que cumplan los mismos (ver tabla 12).

Tabla 12

Niveles y Mecanismos de defensa. DSM-IV-TR (2003).

<p>Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos). El mecanismo de defensa en este nivel permite que ideas, sentimientos, recuerdos, deseos o temores potencialmente peligrosos se mantengan fuera de la conciencia del individuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abstención: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo empleando palabras o comportamientos con el propósito simbólico de negar o plantear enmiendas a pensamientos, sentimientos o acciones. • Aislamiento afectivo: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo separando las ideas de los sentimientos originalmente asociados a ellas. El individuo se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos). • Desplazamiento: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo reconociendo o generalizando un sentimiento o una respuesta a un objeto hacia otro habitualmente menos importante. • Disociación: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia, memoria, percepción de uno mismo
--	--

	<p>o del entorno, o comportamiento sensorial/motor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación reactiva: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo sustituyendo los comportamientos, los pensamientos o los sentimientos que le resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos (este mecanismo de defensa suele actuar en simultaneidad con la represión). • Intelectualización: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo generalizando o implicándose en pensamientos excesivamente abstractos para controlar o minimizar sentimientos que le causan malestar. • Represión: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expulsando de su conciencia o no dándose por enterado cognoscitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar. El componente afectivo puede mantenerse activo en la conciencia, desprendido de sus ideas asociadas.
<p>Nivel de encubrimiento. Este nivel permite mantener situaciones de estrés, impulsos, ideas, afectos o responsabilidades desagradables o inaceptables fuera de la conciencia del individuo, sin ser atribuidos erróneamente a causas externas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negación: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo negándose a reconocer algunos aspectos dolorosos de la realidad externa o de las experiencias subjetivas que son manifiestos para los demás. ▪ Proyección: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. ▪ Racionalización: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo inventando sus propias explicaciones, tranquilizadoras pero incorrectas, para encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.

Nota. De "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)", American Psychiatric Association, 1994, Washington, DC, EE.UU.: Masson.

Haisch y Meyers (2004), recorrieron esta línea de investigación al correlacionar en 254 agentes policiales el TEPT, estrés laboral, estrategias de resolución y rasgos de personalidad, encontrando correlaciones significativas entre estrés laboral, presión laboral y estrés asociado a la falta de apoyo organizacional, y el riesgo de sufrir el TEPT. Aquellos que presentaron mayores niveles de estrés relacionados a esas condiciones laborales fueron más neuróticos (mayor empleo de mecanismos de defensa) y más extrovertidos en comparación con aquellos con niveles menores de estrés. El uso de estrategias de resolución desadaptativas estuvo asociado a poca efectividad laboral y, en consecuencia, a un aumento del estrés experimentado. Los años dentro de este tipo de empleo no correlacionaron con los niveles de estrés presentes en el sujeto, ni con su riesgo de padecer el TEPT.

Estos hallazgos son aplicables a las condiciones laborales bajo las cuales se rige el personal de rescate y atención en emergencia. Sin embargo, en estos últimos existen elementos que pueden llegar a empeorar el panorama descrito, entre ellos el hecho de actuar como responsables del bienestar físico y psicológico de las víctimas, involucrando no solo la vivencia de continuos e intensos eventos que representan una amenaza a su integridad o la de otros, sino también presiones laborales, éticas y humanas que parten del hecho de tener o no la capacidad material, profesional y psicológica para salvaguardar a la víctima.

2.3.8. Modelos sistémicos

A medida que se han acumulado datos y hallazgos relevantes a cada enfoque y línea respectiva de investigación, se ha hecho más frecuente y constante el uso de diversos conceptos, tales como factores de riesgo, factores de protección, factores o variables mediadoras, personalidad premórbida, factores socioculturales, y resiliencia,

los cuales, anclados a sus respectivos enfoques y organizados en modelos multidimensionales (algunos más otros menos), impregnan las investigaciones y literaturas especializadas actuales. A continuación se describe uno de los modelos más completos encontrado en la literatura especializada; el abordaje teórico-conceptual propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el estudio y abordaje del impacto de los desastres sobre la salud mental de los trabajadores operativos.

Según este abordaje, la forma en la cual cada persona interpreta, y por ende, vive sus experiencias, se encuentra influida por patrones sociales, culturales, familiares e incluso biológicos (OPS, 2002). Por ejemplo, los patrones sociales y culturales determinan algunas diferencias entre las reacciones de los hombres y las mujeres; la OPS (2002) ha mencionado la mayor predisposición del sexo masculino a presentar una recuperación más lenta, en comparación con el sexo femenino, de esta manera, afirma que las mujeres, tienen una mayor tendencia a expresar sus afectos y emociones, e incluso a estar más abiertas a recibir apoyo y buscarlo en otros, lo que facilita la recuperación o superación de las adversidades. No solo la diferencia de roles de acuerdo a los géneros determinan la manera en que las personas interpretan sus experiencias, también lo hacen las experiencias previas con estímulos similares, la percepción o no de apoyo y de capacidades propias, entre otros.

Es por ello que determinadas experiencias pueden resultar muy traumáticas o difíciles de afrontar para algunas personas, a la vez que otras las enfrentan de forma natural y sin un esfuerzo considerable, pudiendo ser consideradas incluso como positivas. Esto ocurre con los llamados factores de riesgo y protección.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) basándose en los conceptos de Rutter (1985), define los factores de riesgo como aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de trastornos mentales, así los

factores de riesgo estarán asociados con la “mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud (pág. 22)”. Mientras que los factores de protección referirán “a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos (pág. 22)”, de tal manera que disminuyan o aminoren las respuestas desadaptativas de una persona frente a los factores de riesgo.

En palabras de la OPS (2002), la vulnerabilidad resulta de un proceso dinámico e interactivo entre factores individuales, familiares y sociales. Entre los principales factores condicionantes del riesgo, según esta Organización, se encuentra: la exposición directa e indirecta al evento traumático, las pérdidas de cualquier índole, las características individuales y el contexto, y tal como se verá a continuación los conceptos de dichos factores se encuentran asociados a probabilidades, no a reglas de oro. Recalcando a su vez, la fuerza dinámica de la salud mental y sus diferentes dimensiones (ver apartado Desastres y Salud Mental).

En relación con la salud mental de los trabajadores de rescate, la OPS (2002), toma en cuenta no sólo las características de los desastres sino también señala las inherentes al contexto laboral, señalando la existencia de nueve categorías de peligros o factores de riesgo para el desarrollo del estrés laboral en éstos trabajadores. Existen cuatro relacionados directamente a las características del trabajo y cinco al contexto laboral. Los cuatro primeros son:

Las características del puesto entre las cuales se encuentran las tareas monótonas, aburridas y triviales, la falta de variedad, las tareas desagradables y las que producen aversión. El volumen y el ritmo de trabajo entre los cuales están el exceso o la escasez de trabajo y los trabajos con plazos muy estrictos. El horario de trabajo por ser estricto o inflexible, por tratarse de jornadas muy largas o fuera del horario normal, los horarios imprevisibles o los sistemas de turnos mal concebidos, y por

último la participación y el control, sea por la falta de participación en la toma de decisiones o por la falta de control sobre los métodos de trabajo, el ritmo, el horario o el entorno laboral.

Por su parte, las categorías relativas al contexto laboral son las siguientes:

Las perspectivas profesionales, el estatus y el salario, considerados de riesgo cuando existe: inseguridad laboral, falta de perspectivas e la promoción profesional, actividades poco valoradas socialmente, remuneraciones por trabajo a destajo, un sistema de evaluación del rendimiento injusto o poco claro y/o exceso o carencia de capacidades para el puesto. El papel en la entidad por poseer un papel indefinido, por funciones contrapuestas dentro del mismo puesto, por tener a cargo otras personas o por atender constantemente a otras personas y ocuparse de sus problemas. Las relaciones interpersonales por encontrarse con una supervisión inadecuada, desconsiderada o que no proporciona apoyo, por poseer malas relaciones con los compañeros, por recibir intimidación, acoso o violencia, por un trabajo aislado o en solitario y/o por ausencia de procedimientos establecidos para tratar de resolver problemas o quejas. La cultura institucional en la cual puede existir una mala comunicación, un liderazgo inadecuado o falta de claridad en los objetivos o en la estructura de la entidad. Y finalmente la relación entre la vida familiar y la vida laboral entre las cuales se encuentran: exigencias contrapuestas entre la vida laboral y la vida familiar, la falta de apoyo en el trabajo con respecto a los problemas familiares y la falta de apoyo en la familia con respecto a los problemas laborales.

La OMS (2004), señala también aquellos factores de riesgo que incrementan la probabilidad de sufrir trastornos psíquicos en el personal de primera respuesta (ver tabla 9), los cuales van desde condiciones o factores individuales, hasta condiciones socioculturales desfavorables, resaltando de esta manera la importancia de múltiples

variables en la conservación de la salud mental en desastres, no sólo el poder de impacto que pueden tener estos sucesos.

Tabla 9

Factores de riesgo para trastornos psiquiátricos en equipos de primera respuesta

Factores de riesgo genéricos a trastornos psiquiátricos

El proceso de selección del personal no ha sido riguroso, por lo que pueden incluirse personas sin condiciones para desarrollar este tipo de trabajo.

No han sido preparados o entrenados debidamente.

Exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes como divorcios, conflictos hogareños, etc.

Antecedentes de trastornos físicos o psíquicos.

Condiciones de vida desfavorables como la pobreza, desempleo, discriminación, etc.

Exposición prolongada -durante la emergencia- a situaciones de estrés o vivencias de experiencias muy traumáticas.

Confrontación con aspectos éticos y la resolución de dilemas.

Tendencia a perder el límite en el alcance de las soluciones (el rol de ayuda implica en la situación de emergencia grandes demandas).

Problemas organizacionales como: rigidez en las reglas y límites, elevadas demandas laborales (extensión de tiempos de trabajo, tareas complejas o de riesgo, informes, etc.).

Nota. De "Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones políticas: informe compendiado", por Organización Mundial de la Salud (2004), Oxford University Press. Francia.

Por su parte, la OPS (2002), señala algunas recomendaciones o reglas preventivas del impacto en la salud mental de los trabajadores (ver tabla 10).

Tabla 10

Reglas mínimas preventivas de desajustes o trastornos psicosociales en trabajadores de primera respuesta (OPS, 2002)

Definición clara de perfiles para la selección del personal, así como una adecuada formación y capacitación del mismo.

Rotación de roles y funciones.

Garantizar una adecuada y completa información a los miembros de los equipos de respuesta.

Disminución de las fuentes o condicionantes del estrés.

Valoración de estados emocionales subyacentes del personal antes y durante la emergencia.

Organización de tiempos de trabajo y dotación de recursos que faciliten las labores de campo.

Durante la emergencia, cuidarse físicamente y comer frecuentemente en pequeñas cantidades; tomar descansos cuando note que disminuye su fuerza, coordinación o tolerancia.

Mantener, en la medida de lo posible, el contacto con familiares y amigos.

Creación de espacios para la reflexión, catarsis, integración y sistematización de la experiencia. En cuanto sea posible y después de haber terminado totalmente el trabajo, organizar una reunión de "descarga" entre los compañeros del equipo. En dicha reunión hablar de sus sentimientos y pensamientos tal y como aparezcan (sin juzgarlos); escucharse respetuosamente brindándose apoyo mutuo.

Reconocer el enojo de algunos compañeros/as, no como algo personal, sino como expresión de frustración, culpa o preocupación.

Estimular que entre ellos se manifieste el apoyo, solidaridad, reconocimiento y aprecio mutuo.

No se recomiendan reuniones de debriefing mientras se esté en activo y se vaya a volver a la escena del desastre; el tiempo ideal para un debriefing, después de haber terminado totalmente el trabajo, es equivalente al número de días que se estuvo laborando.

Nota. De "Protección de la Salud Mental en situaciones de Desastres y Emergencias", Organización Panamericana de la Salud, 2002, Washington, D.C.: OPS.

De igual manera, la OPS (2002) realiza algunas recomendaciones para el personal que laboró en alguna emergencia, después que retorna a la normalidad y se reintegran a la vida cotidiana (ver tabla 11).

Tabla 11

Recomendaciones pos emergencia

Realizar ejercicios físicos y de relajación.

Regresar a su rutina lo antes posible.

Descansar y dormir lo suficiente.

Alimentarse de forma balanceada y regular.

No tratar de disminuir el sufrimiento con el uso de alcohol o drogas.

Buscar compañía y hablar con otras personas, compartir sentimientos y pensamientos; conversar con los seres queridos de lo que ellos vivieron mientras se estuvo ausente.

Participar en actividades familiares y sociales.

Ocuparse y atender a su familia.

Observar y analizar sus propios sentimientos y pensamientos. Reflexionar sobre la experiencia que ha vivido y lo que significa como parte de su vida.

Buscar contacto con la naturaleza.

Nota. De "Protección de la Salud Mental en situaciones de Desastres y Emergencias", Organización Panamericana de la Salud, 2002, Washington, D.C.: OPS.

Los factores, recomendaciones o reglas antes mencionadas, protegerán al trabajador de una afectación mayor, más no eliminarán la experiencia de estar

expuesto a los factores de riesgo propios de sus labores de atención en emergencias. De acuerdo con planteamiento de la OPS (2002), diversos estudios afirman que el disponer de tales recursos o cumplir con tales reglas permitirá una respuesta más adaptativa durante y después de la emergencia.

Entre las recomendaciones para proteger la salud mental de los grupos vulnerables, específicamente, de los trabajadores de primera respuesta, la OPS (2002), señala que la atención a los mismos debe ser priorizada e incluir: un plan de capacitación para la actuación en situación de emergencia previsto en condiciones de normalidad y acciones emergentes de entrenamiento ante la catástrofe, y un plan de educación para la salud en situación de emergencia previsto en condiciones de normalidad y acciones emergentes ante la catástrofe.

Desde esta perspectiva, serán los factores individuales, la personalidad premórbida, el contexto laboral, las características del desastre y los factores socioculturales los que determinarán el impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental de los trabajadores operativos pertenecientes a PC.

2.3.9. Integración de los enfoques teóricos.

Luego de profundizar en los diferentes enfoques teóricos que intentan comprender el impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental de los trabajadores operativos resultan claros los siguientes aspectos:

En primer lugar, el abordaje de este fenómeno a través de enfoques nosológicos es ineficaz, así se demostró durante el inicio de la nosología clásica y se demuestra, aún hoy, con el uso de la nosología moderna, la cual, si bien ha empezado a incluir y

considerar variables individuales como la capacidad de afrontamiento y duelos anteriores, o como la constancia de dichas variables debido, por ejemplo, al tipo de empleo, no profundiza en los mismos.

La razón de ello se encuentra en el hecho de que este enfoque realiza un abordaje desde lo sintomático o, dicho de otra manera, desde la voz del síntoma, encargado de informar el tipo de impacto. Así las reacciones positivas o la ausencia de síntomas en poblaciones sometidas a labores como las realizadas dentro de la zona caliente no son de interés y, por ende, la información y datos asociados a éstos, son escasos y se limitan a la obtención de errores estadísticos o sujetos fuera de la norma.

No se pretende, en la presente investigación, enjuiciar los avances científicos-clínicos, logrados gracias a la nosología moderna; sin embargo, se considera cuestionable la utilidad de categorías diagnósticas y el estudio de una patología instaurada para prevenir su instauración en otros sujetos, además de considerarlo un enfoque poco flexible que interactúa con el ser humano desde sus debilidades y no desde sus posibles fortalezas, restándole importancia a las acciones que éste pueda realizar frente a factores de riesgo o condiciones desfavorables.

En segundo lugar, deben reconocerse los aportes que desde el enfoque de personalidad previa se han logrado, permitiendo conocer algunas características o rasgos de personalidad que pueden, al ser fomentados, llegar a proteger al trabajador de la zona caliente de padecer impactos negativos sobre su salud mental, así como el aporte teórico de disminuir la importancia de la fuerza del evento traumático o desastre para afianzar, de manera parcial, el rol activo del sujeto.

La mención a "parcial", se encuentra relacionada con una de las debilidades de este enfoque, y es que aunque afianza el rol activo, cae en la tentación de resolver el problema de los impactos negativos seleccionando trabajadores con personalidades resistentes y excluyendo de las labores operativas a aquellos con otras características.

La definición de un perfil laboral no es cuestionable, pero resulta crítica la escasa relevancia de una fórmula evitativa como la que se plantea: personal resistente es igual a ausencia de impacto. Por último, resulta igualmente parcial el reducir el fenómeno a variables de personalidad si se toma en cuenta que no todos los trabajadores cuentan con una estructura rígida y que los mismos pueden llegar a emplear recursos y/o defensas variables en contextos y períodos de tiempo diversos.

En tercer lugar, se encontró que enfoques como el estrés, la crisis y los factores socioculturales han intentado abarcar las limitaciones antes comentadas. Por ejemplo, el enfoque de los factores socioculturales ha incluido la significación que las características del evento pueden tener para diferentes personas y la importancia que el apoyo familiar y social puede tener en la obtención de un impacto negativo o positivo sobre la salud mental. No obstante, esta inclusión ha ido de la mano con la escasa consideración de variables culturales y con el impedimento de estudiar las variables consideradas de relevancia sociocultural en situaciones externas al período de impacto del evento, dificultando así la obtención de datos que sirvan de control y determinen la validez de sus conclusiones.

En consecuencia, queda de lado qué ocurre con sujetos con características de personalidad predisponentes a la afectación, pero con un elevado apoyo familiar y social o si las personas que reportan una elevada adaptación ante situaciones adversas como las implicadas en el trabajo de operaciones, han reportado los mismos resultados en ausencia de apoyo externo o resultados negativos en presencia del mismo.

Por su parte, el enfoque del estrés abarca actualmente variables de personalidad, factores de apoyo o limitación externa, las características del estímulo estresor y factores como la creencia de control y las creencias religiosas. A pesar de ello, la interacción de los mismos permite dos resultados; en el caso de poseer los recursos

para enfrentar el estímulo, como plantea el enfoque de personalidad previa, pero incluyendo recursos externos, el sujeto saldrá libre de afectación. En el caso contrario, es decir, si los recursos no son suficientes en función de la demanda de la situación, el sujeto presentará afectación.

Surge entonces la interrogante, cómo pueden entenderse aquellos casos de adaptación e incluso crecimiento, en los cuales la intensidad excesiva del estresor ha sido comprobada y los recursos (en niños, por ejemplo), son escasos.

En respuesta a vacíos como los anteriores, han surgido dos enfoques principales; la crisis y la resiliencia. Ambos apelan al rol activo del ser humano explicando que existe la posibilidad de que el individuo, ante un vivenciar traumático, logre no solo adaptarse sino también, salir fortalecido, éstos poseen una visión salutogénica del fenómeno.

El enfoque de la crisis explica que la afectación surge cuando las capacidades del individuo son insuficientes para satisfacer la demanda o cuando no es capaz de desarrollar nuevas herramientas para hacerle frente, de allí que sea posible un crecimiento posterior. En base a lo anterior, plantea la necesidad de capacitación y la disminución de factores disruptivos externos como medios para evitar las resoluciones inadecuadas o la irresolución de una crisis en los trabajadores operativos, toma en cuenta el apoyo externo, las características de personalidad previa y las características del suceso precipitante, afirmando, al reconocer los múltiples desencadenantes de las crisis que deben tenerse a disposición enfoques tridimensionales.

Pese a ello, y tomando en cuenta los múltiples desencadenantes, resulta difícil comprender la adaptación de los trabajadores operativos que se encuentran expuestos constantemente a desencadenantes de las denominadas crisis resultantes de TEPT y que además, no cuentan con planes de enfoques tridimensionales. Al igual que ocurre

con la resiliencia, resulta un enfoque dinámico y abarcativo pero debido a distancias socioculturales no permite abarcar el impacto de las labores operativas dentro de la zona caliente en trabajadores venezolanos.

En cuarto lugar y en relación a la resiliencia, sería necesario, para salvar las distancias antes mencionadas, estudios concluyentes respecto a las afectaciones y reacciones esperadas en los trabajadores operativos venezolanos, que permitiesen distinguir entre una respuesta resiliente y no resiliente, esto sin contar con la ausencia de investigaciones nacionales que definan y evalúen la existencia y características de factores de control, recuperación y protección. La debilidad de su enfoque surge de su novedad y de la falta de acuerdos al respecto. Dentro del enfoque es posible hablar de una persona resiliente para referirse a personas que enfrentan una situación adversa, personas que la enfrentan y además se fortalecen con la experiencia, de sujetos que no resultan afectados tras un vivenciar traumático, de aquellos que resultan afectados pero no en todos los dominios esperados, etc.

De igual forma, el concepto ha sido usado para referirse a un tipo de personalidad que tiene su origen en la infancia y, contrariamente, a capacidades que pueden ser desarrolladas en cualquier etapa de la vida, con posturas que afirman que dichas capacidades o tipo de personalidad puede proteger al ser humano de una afectación a mediano-largo plazo esperada frente a una situación particular (por ejemplo, ser resiliente a desastres), mientras que otros postulan que pueden proteger frente a cualquier vivencia traumática o negativa (por ejemplo, desastres, despidos, duelos, diagnósticos de enfermedades crónicas, entre otros).

Uno de los planteamientos más claros al respecto, ha sido el considerar la resiliencia como una resistencia del sujeto frente a situaciones determinadas por la disponibilidad de factores de protección, control y recuperación asociados a la misma. Esta falta de acuerdo y de evidencias concluyentes hace de este enfoque uno de

escasa utilidad y aplicación práctica en el campo estudiado, no solo porque dificulta su comprensión y explicación, sino por tratarse de explicaciones que rozan con las suministradas, de manera más parsimoniosa y aprehensible, por enfoques sistémicos como los desarrollados por la OPS (2002) y la OMS (2004).

De allí que se concluya la necesidad de tomar en cuenta enfoques sistémicos, no apegados a una sola corriente teórica, y de ser necesario, complementarlo para dar cabida a un fenómeno complejo, tanto por tratarse de un fenómeno humano, como por estar asociado a características laborales, a situaciones externas con características propias como los desastres y las emergencias, a la posible repercusión en el entorno familiar y a variables individuales como la personalidad y las capacidades o fortalezas propias.

Como se deja entrever, luego del análisis realizado, se consideran como enfoque capaces de responder ante tal complejidad a los propuesto por la OPS (2002) y la OMS (2004), resumido a continuación en el figura I.

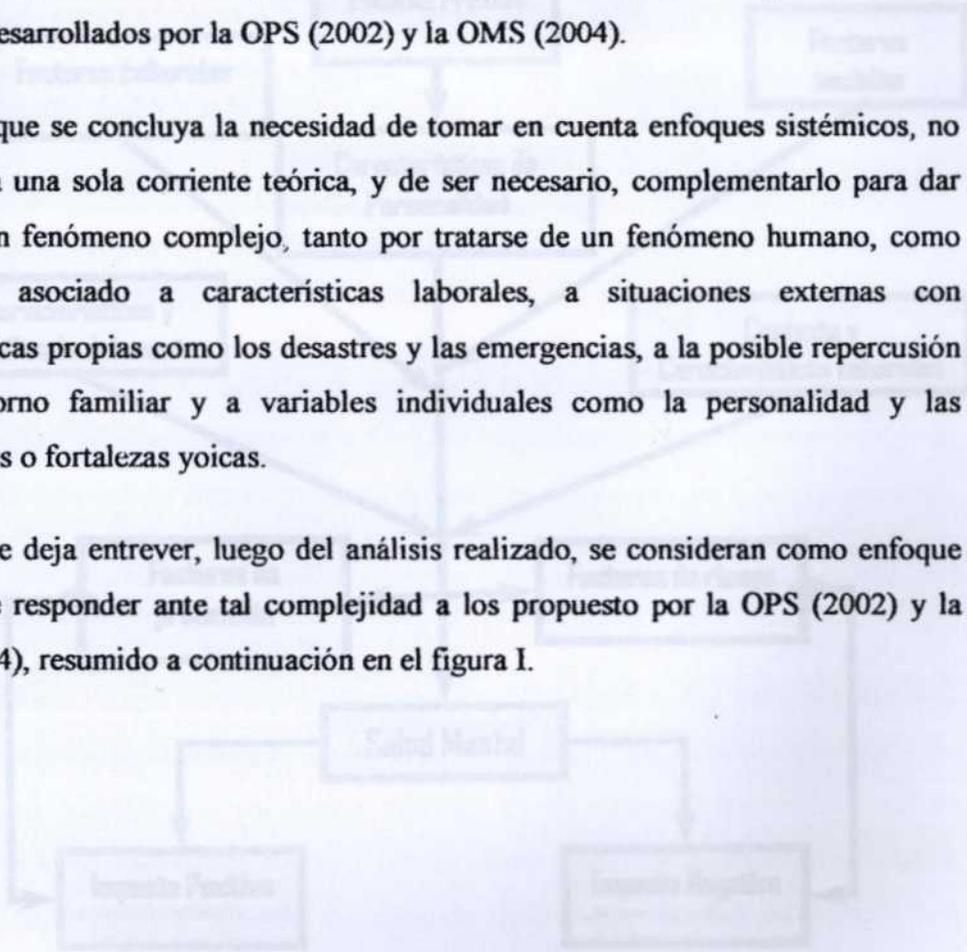
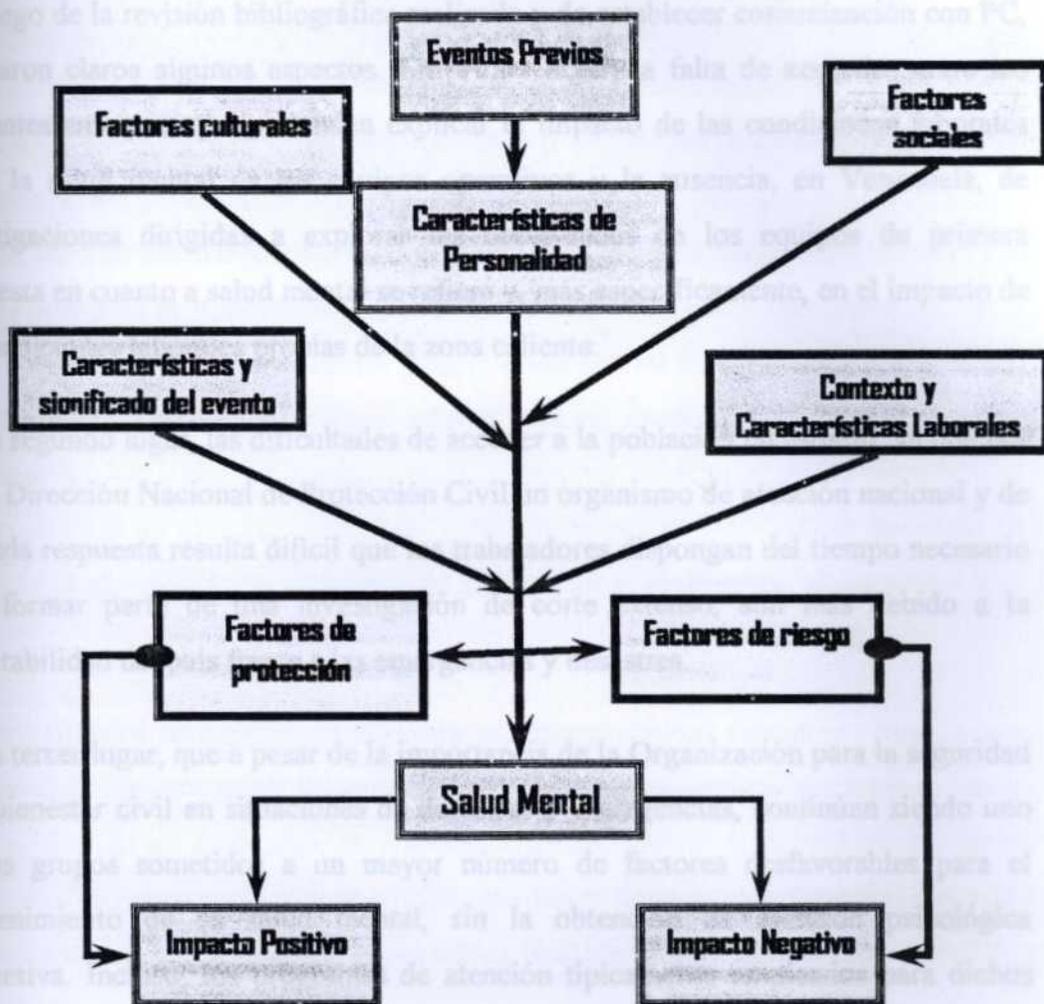


Figura I. Modelo sistémico



Al considerar los puntos anteriores, surgió la necesidad de realizar una investigación que permitiera, adaptándose a las limitaciones del trabajo en emergencias y desastres, describir, de manera sistémica, el impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental de los trabajadores operativos determinando, mediante la contrastación teórica y práctica del fenómeno, aquellos factores que podrían fomentar variaciones de intensidad y características.

III. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Luego de la revisión bibliográfica realizada y de establecer comunicación con PC, resultaron claros algunos aspectos. En primer lugar, la falta de acuerdos entre los diferentes enfoques que pretenden explicar el impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental de los equipos operativos y la ausencia, en Venezuela, de investigaciones dirigidas a explorar las necesidades de los equipos de primera respuesta en cuanto a salud mental se refiere y, más específicamente, en el impacto de las condiciones laborales propias de la zona caliente.

En segundo lugar, las dificultades de acceder a la población en estudio, ya que por ser la Dirección Nacional de Protección Civil un organismo de atención nacional y de segunda respuesta resulta difícil que los trabajadores dispongan del tiempo necesario para formar parte de una investigación de corte extenso, aún más debido a la vulnerabilidad del país frente a las emergencias y desastres.

En tercer lugar, que a pesar de la importancia de la Organización para la seguridad y el bienestar civil en situaciones de desastres y emergencias, continúan siendo uno de los grupos sometidos a un mayor número de factores desfavorables para el mantenimiento de su salud mental, sin la obtención de atención psicológica preventiva. Incluso, los programas de atención típicamente empleados para dichos grupos no parecen adaptarse a sus necesidades y han sido planificados desde la urgencia y el desastre.

Al considerar los puntos anteriores, surgió la necesidad de realizar una investigación que permitiese, adaptándose a las limitaciones del trabajo en emergencias y desastres, describir, de manera sistémica, el impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental de los trabajadores operativos, determinando, mediante la contrastación teórica y práctica del fenómeno, aquellos factores que podrían fomentar variaciones de intensidad y características.

Se esperaba, de esta forma, superar las limitaciones de enfoques cuantitativos, centrados en contrastar una teoría específica, a la cual el fenómeno en estudio termina moldeándose (por el empleo de escalas e instrumentos preestablecidos, por compromiso teórico del investigador, por deseabilidad social del participante, etcétera.), y partir de la realidad para contrastar la teoría, una realidad aprehendida de la mano de los expertos, de aquellos que la construyen. Así, que los participantes poseían un mínimo de dos atenciones en la zona caliente durante los últimos dos años, y tuvieron la oportunidad, gracias al tipo de entrevistas realizadas, de dar a conocer sus vivencias, percepciones y experiencias en un tema tan complejo como el impacto de las condiciones laborales sobre sí mismos, desde un abordaje salutogénico y abarcativo. Sin desechar la importancia de algunas características de personalidad (no reportables de manera conscientes y evaluadas por el MMPI-2) al momento de construir la representación simbólica de la realidad y, finalmente, al responder ante ella.

4.2.1. Objetivo General

Los hallazgos permitieron el logro de una mayor certeza teórica del fenómeno y fortalecieron las propuestas de modelos integrativos y sistémicos que representan la complejidad de un fenómeno de relevancia social, laboral e individual, así como facilitaron la comprensión de los diferentes tipos de impactos generados por los mismos sucesos y la relevancia de variables individuales, socioculturales, o propias del desastre, para tales diferencias.

Repuestas que al ser trasladadas a un contexto práctico y laboral, podrán fortalecer propuestas preventivas con miras a fomentar aquellos factores o características que contribuyan a la vivencia de un impacto positivo y/o fortalecimiento de la salud mental de los trabajadores operativos, así como disminuir o controlar la presencia de factores o características que impulsen impactos negativos y/o la afectación de la salud mental del personal.

*Impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental,
desde la perspectiva de los funcionarios operativos pertenecientes a la*

Lo que se planteó con el objetivo de la presente investigación fue, finalmente, impulsar la creación de intervenciones pertinentes y eficaces que permitan disminuir las consecuencias negativas de los desastres, tales como, la deserción laboral, el estrés laboral, la disrupción familiar y grupal e incluso la instauración de síntomas físicos, y fomentar la calidad de vida de los trabajadores operativos, por ende, el adecuado rendimiento y la satisfacción laboral, traduciéndose en beneficios directos para la organización, la población víctima de desastres, los trabajadores y su entorno personal, al responder la siguiente pregunta:

¿Qué tipo de impacto generan las labores operativas llevadas a cabo dentro de la zona caliente sobre la salud mental de un grupo de funcionarios pertenecientes a la Organización de Protección Civil?

IV. OBJETIVOS

4.2.1. Objetivo General

Describir el impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental de un grupo de funcionarios operativos pertenecientes a la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres, que han laborado en la zona caliente.

4.2.2. Objetivos específicos

4.2.2.1 Explorar, a través del empleo del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), los factores de personalidad presentes en los trabajadores operativos pertenecientes a la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres que han laborado en la zona caliente.

4.2.2.2 Explorar el impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental, desde la perspectiva de los funcionarios operativos pertenecientes a la

Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres que han laborado en la zona caliente.

4.2.2.3 Describir, mediante la contrastación de la integración teórica y los hallazgos prácticos, el impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental de los funcionarios operativos pertenecientes a la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres que han laborado en la zona caliente.

V. APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

5.1. CARACTERIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Desde un punto de vista paradigmático, la presente investigación partió desde una base fenomenológica, la cual puede considerarse como la capacidad de acercarse a la realidad con el interés único de ver las cosas desde el punto de vista del otro, para ello fue necesario, tal y como lo afirma Martínez (2005) “la puesta en práctica de la famosa “reducción” fenomenológica (*epoché*) que consiste en poner “entre paréntesis” (suspender temporalmente) las teorías, hipótesis, ideas e intereses que pueda tener el investigador (pág. 3)”. Evitando así, sesgar el punto de vista del informante o, peor aún, del investigador, llevando al primero a ver lo que antes no veía, y al segundo, a no ver lo pudo llegar a ver.

El objetivo de acercarse a los participantes se basó entonces, en aprehender el proceso mediante el cual interpretan y definen su mundo, es decir, comprender el punto de vista de éstos, ya que, la manera en la que ven y definen, determina sus conductas, sean acción, palabra o pensamiento (Taylor y Bogdan, 1986). Considerando que la manera de interpretar, tanto la institución a la que pertenecen como las labores ejercidas dentro de la misma, influirá en la vivencia de determinado impacto (cualitativa y cuantitativamente diferente), asumido, y por ende, enfrentado por medio de respuestas diferentes.

Debido a que las variables no fueron manipuladas y se logró la descripción y análisis del fenómeno estudiado, el tipo de investigación realizada se denomina no experimental, de campo, explicativa (Kerlinger y Lee, 2003) cuyas principales herramientas fueron el empleo del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) y de entrevistas en profundidad. El diseño de la investigación es transversal debido a que se recolectan los datos en un solo momento y su propósito principal es describir variables y analizar su incidencia en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 1999).

5.2. PARTICIPANTES

Cuatro funcionarios operativos pertenecientes a la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres, que hayan participado en un mínimo de dos atenciones dentro de la zona caliente durante los últimos dos años (ver tabla 13). La razón por la cual se eligieron a los participantes pertenecientes a la Organización Nacional y no a otras dependencias de Protección Civil, bien sea a nivel estatal o municipal, es debido a que los primeros poseen mayor experiencia y años de servicio.

Tabla 13

Referencias de los Participantes

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Edad	30 años	47 años	26 años	47 años
Estado Civil	Casado	Soltero/ Concubinato	Soltero	Casado
Titulación Académica	Bachiller, estudiante universitario	Bachiller	Técnico en emergencias médicas; estudiante universitario	Técnico aeronáutico

El número de los mismos fue establecido de acuerdo con el criterio de saturación de la información. Concepto planteado por Glaser y Strauss (1967 c.p. Valles, 2000), según el cual, una vez que el investigador va encontrando similitudes constantes, aumentará su confianza en que los datos están saturados (agotados) y resultando irrelevante la búsqueda de mayor información. Aún cuando es un concepto planteado ante investigaciones netamente teóricas, ha sido extendido a investigaciones prácticas o de campo con muestras no aleatorias de corte cualitativo, en palabras de Bermejo (2005):

Con frecuencia, especialmente en investigación cualitativa, podemos simplemente ampliar gradualmente nuestra muestra y analizar los resultados según llegan. Cuando en casos nuevos ya no se presenta información nueva, podemos concluir que nuestra muestra está **saturada**, y terminaremos el trabajo (pág. 78).

Debe recordarse que la guía de los diseños cualitativos son los descubrimientos o las interrogantes teóricas, nunca la representatividad de los datos, ya que la misma se encuentra sustentada en las cualidades de los discursos e informantes elites. De allí la relevancia, para la validez de la presente investigación, de incluir los casos más representativos, esto es, aquellos que no se consideran casos atípicos (disminución significativa del rendimiento o condiciones especiales diferentes a las del común) y que poseen un mayor dominio del tema a explorar desde su propia experiencia, es decir, con un mayor número de entradas a la zona caliente en el menor número de años.

De lo anterior se desprende el empleo de una muestra no probabilística, intencional o basada en criterios (Martínez, 2004).

5.3. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

5.3.1. Exploración documental

En la primera fase de la investigación se realizó la exploración documental de tema "Impacto de los desastres y emergencias sobre la salud mental". Durante la misma se contó con diversos expertos que brindaron tanto sus aportes teóricos como sus experiencias vivenciales a la misma. Por medio de los hallazgos obtenidos se hizo evidente la existencia de un fuerte impacto en algunos involucrados en dichas situaciones así como la no afectación de otros y la afectación posterior o a largo plazo.

Para ese momento existía una elevada demanda práctica en dicha línea de investigación, confrontada con la ausencia de conclusiones convergentes y de aportes nacionales que permitiesen esclarecerlas. Aun cuando se trató de una carencia que repercutía tanto en las víctimas como en el personal de atención, en éstos últimos se comprobó una mayor desatención. A partir de allí surge la necesidad de plantear un abordaje que brindará solución al impacto experimentado por este grupo. Debiendo, en primer lugar, conocer el fenómeno a intervenir, fue diseñada una investigación cuyo fin fue la exploración práctica del tema, desde la perspectiva de los involucrados y sin la adopción de teoría alguna para evitar sesgar sus experiencias y opiniones.

Con base en lo anterior, el tema a explorar fue delimitado de la siguiente forma: "Impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental de un grupo de trabajadores operativas pertenecientes a la Organización Nacional Protección Civil". Siendo ésta la Organización de mayor repercusión a nivel nacional en lo que respecta a la atención en desastres y emergencias.

De esta manera inicia la segunda etapa de exploración bibliográfica, partiendo de la investigación de la normativa legal y laboral de la Organización y de aquellos

registros que dan cuenta de las reacciones de los trabajadores operativos frente a las labores de atención de desastres y emergencias.

5.3.2. Exploración de campo

La misma fue dividida en tres etapas. La primera referida al conocimiento formal de la Organización, para ello se estableció contacto con la psicóloga de la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de desastres a través de la cual fue posible participar en diversas actividades prácticas de tipo laboral que permitieron el acceso a niveles de comprensión mayores que los alcanzados por medio de la exploración bibliográfica y la orientación de la exploración de campo hacia aspectos específicos de los trabajadores operativos: aspectos de personalidad y vivencia de las labores operativas.

Así, se pasó a la segunda etapa, selección de los participantes (ver apartado participantes), los cuales fueron seleccionados de acuerdo al número de participaciones dentro de la zona caliente y a su voluntaria inclusión dentro de la investigación, obteniéndose así un total de 12 participantes.

Durante la tercera etapa se inició la aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota 2, logrando la misma en un total de 6 participantes cada uno de los cuales arrojó un perfil válido, con los cuales se inició la realización de entrevistas cualitativas en profundidad.

De acuerdo al criterio de saturación, fueron incluidos dentro de la presente investigación los cuatro primeros entrevistados (ver apartado participantes).

5.3.3. Análisis de contenido

El proceso de análisis contó con la participación independiente de las autoras de la presente investigación y el Licenciado en psicología clínica y psicología social Carlos Villarino. Para esta fase se empleó la herramienta computacional Atlas ti.

5.3.2.1. Categorización.

Cada uno de los participantes de esta fase realizó la categorización de los corpus textuales de manera individual e independiente, contrastando luego los resultados obtenidos; las categorías con dos o tres coincidencias intercodificadores fueron incluidas en la investigación, aquellas no coincidentes fueron excluidas del proceso de análisis. Las definiciones de las mismas fueron acordadas por los categorizadores. El mismo criterio de inclusión fue empleado para el establecimiento de las relaciones entre los códigos y familias.

5.3.2.2. Teorización y discusión.

Se emplearon criterios clínicos y formales. Los criterios formales fueron los establecidos por medio del Atlas ti, a través del cual es posible obtener un mapa conceptual basado en las frecuencias de aparición de cada categoría y las relaciones preestablecidas.

Los criterios clínicos se establecieron por medio de la valoración de clínica del discurso, categorías, relaciones y mapa conceptual.

5.3.4. Contrastación de resultados.

Por último se procedió a la contrastación de los resultados obtenidos por medio del análisis de contenido y de los perfiles del MMPI-2, para luego contrastar los obtenidos de esta forma y los hallazgos teóricos.

5.4. RECURSOS

5.4.1. Recursos Humanos

5.4.1.1. Prof. Victor Sojo: Asesor metodológico

5.4.1.2. Prof. Manuel Aramayo: Asesor metodológico

5.4.1.3. Lic. Carlos Villarino: Validación de familias y categorías extraídas por medio del Análisis de Contenido.

5.4.2. Recursos Materiales

5.4.2.1. Entrevista cualitativa en profundidad

Para el desarrollo y construcción de la misma se partió la técnica de exploración de la función expresiva de la comunicación interpersonal planteada por Alonso (1994), dentro de su modelo de la función expresiva de la comunicación interpersonal. Para el autor, la entrevista debe concebirse como “Un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae información de una persona que se halla contenida en la biografía de ese interlocutor (pág. 226 Alonso. L., Cap 8)”.

La entrevista individual abierta tiende a resultar muy productiva para el estudio de casos típicos o extremos, en el cual la actitud de ciertos individuos encarna, con toda su riqueza, el modelo ideal de una determinada actitud, mucho menos cristalizada en la “media” del colectivo de referencia, debido a la potencialidad de su situación proyectiva para revelar las relaciones con los modelos culturales de su personalidad (reflejados en el otro generalizado) o, si se quiere, la relación, en términos freudianos, del narcisismo del “yo ideal” y las exigencias del “ideal del yo” (Alonso, 1994, Pág. 237).

Empleando, para la investigación en curso, una postura constructivista y contextualista. Desde la cual, el discurso nace en el momento en que la entrevista le evoca, es éste su marco social, con características, objetivos y definiciones propias, las cuales generan para el entrevistado y en el entrevistador límites y libertades particulares, ambos co-construirán, de acuerdo a los mismos, el discurso mencionado (Alonso, 1994).

Su objetivo final es explorar o conocer escenarios o personas a los cuales no es posible acceder por otros medios, es decir, se trata de acontecimientos pasados o experiencias humanas subjetivas (Taylor y Bogdan, 1986), considerándola como más adecuada debido a que el objetivo de la presente investigación consiste en acceder a las experiencias subjetivas de los trabajadores operativos de PC resultantes de sus experiencias dentro de la zona caliente.

Alonso (1994) distingue tres niveles relacionales que determinan el sentido del discurso dentro de este tipo de entrevistas y que fueron la base de entrevistas realizadas: El contrato comunicativo, la interacción verbal y el universo social de referencia, cada uno de los cuales debe ser cuidado si se pretende la obtención de un discurso que satisfaga el objetivo de la entrevista, los mismos dan vida a un sistema comunicativo que se retroalimenta y que debe entenderse "como el resultado de una circularidad interaccional (pág. 230)".

✓ El contrato comunicativo:

Empleándolo dentro de la entrevista abierta o en profundidad para referirse a una situación que podría, sin su empleo, trabar el desenvolvimiento del dialogo. Cuando se realizan este tipo de entrevistas y se recurre a elites o expertos, se les solicita que producciones íntimas y biográficas que al lograrlas dejaran de serlo. Es una situación que Alonso (1994) denomina como paradójica, la cual es solventada gracias al contrato, el cual permite primero, de modo explícito, preservar la intimidad del

discurso y relación al remitir el uso de la información en un contexto exterior y anónimo (informe o resultados de la investigación), y luego, de manera implícita, orientar la entrevista, replantear su rumbo, facilitar el relato, entre otros, saberes que el autor define como:

Saberes implícitos o capaces de crear una situación potencialmente comunicativa: códigos lingüísticos y culturales, reglas sociales y modelos de intercambio oral.

Saberes explícitos, suscitados en la función temática del trabajo, saberes que constituyen la base común de los primeros intercambios entrevistado-entrevistador y se fundan en los objetivos de la investigación, del cómo, por qué y quién la realiza. De allí la importancia vital de un rol activo por parte del entrevistador, pero aún más reflexivo y atento para mantener vivo el diálogo.

✓ La interacción verbal

Alonso considera la interacción verbal como un proceso regulado por un marco que le hace verosímil y por un conjunto de estrategias que permiten expresar o defender un punto de vista propio, generar una determinada respuestas, justificar, etc. Dentro de la entrevista el marco que le organiza y dirige es el guión de entrevista, el cual, desde esta perspectiva de base fenomenológica, estará compuesto por los tres actos de habla principales resumidos en la tabla 11. Para guiar las entrevistas iniciales, Taylor y Bogdan (1986) proponen los siguientes modos: pregunta descriptiva, relato solicitado, entrevista con cuaderno de bitácora y documentos personales.

De los antes mencionados, dentro de la presente investigación fue seleccionada la pregunta descriptiva, considerada por los autores como el mejor modo de iniciar las entrevistas. Éstas poseen la apertura suficiente para no estructurar las respuestas de los sujetos y facilitar un relato suficientemente amplio en el cual tenga la libertad de

introducir aquello que considere relevante. Este tipo de pregunta consiste en solicitar a los informantes “que describan enumeren o bosquejen acontecimientos, lugares o personas de sus vidas (Taylor y Bogdan, 1986, p. 115)”.

Al tratarse de una situación en la cual se invita al entrevistado a la confidencialidad es importante cuidar la interacción y facilitar, sobre todo al inicio, la resolución de la angustia. Durante la interacción verbal, el entrevistador interviene mediante el empleo de las consignas o instrucciones que permiten centrar el discurso subsiguiente del entrevistado, y los comentarios que en sus diversas formas (explicaciones, interrogaciones, indicaciones, etc.) permiten fomentar la producción discursiva (Alonso 1994).

Existen tres actos de habla principales que el entrevistador pudo ejecutar: la declaración o “Acto por el cual el que habla hace conocer al interlocutor su punto de vista o conocimientos (Alonso, 1994, pág. 234)”, la interrogación o solicitud de respuesta a una pregunta y la reiteración o “Acto por el cual el que habla, asume, repitiéndolo, un punto de vista enunciado por el interlocutor (Alonso, 1994, pág. 234)”. Cada uno de ellos establecidos mediante dos registro discursivos: el referencial que remite a la identificación o definición del objeto del cual se habla, y el modal que refiere a la actitud del locutor en relación a la referencia. La combinación de actos y registros producen seis posibles intervenciones del entrevistador que conformaron la base del proceso de entrevista, expuestas en la tabla 14.

Tabla 14

Intervenciones del entrevistador

REGISTRO/ACTOS	DECLARACIÓN	INTERROGACIÓN	REITERACIÓN
REFERENCIAL	Complementación: al procurar mayor exhaustividad y profundidad estimulan el discurso narrativo y	Pregunta sobre el contenido: busca conocer más sobre la referencia.	Eco: al operar mediante la selección de una parte del discurso (aquella que se quiere resaltar)

	descriptivo.		puede terminar en la trivialización del todo.
MODAL	Interpretación: de acuerdo a lo errado o asertivo de su contenido provocará resistencia o consentimiento, esto debido a que pretende empleando lo dicho por el entrevistado mostrarle una actitud no explicitada.	Pregunta sobre actitud: busca conocer más la actitud del entrevistado.	Reflejo: permitir central el discurso en contenido modales para conocer mejor la posición personal del informante.

NOTA. De "Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa", por L. Alonso, 1999, en J. Delgado y J. Gutiérrez (Eds.). España: Síntesis.

El verdadero rol del investigador estará en seleccionar alguna de ellas en el momento adecuado y en el desarrollo de la entrevista.

✓ El universo social de referencia

Empleado por el autor para designar la capacidad de la entrevista en profundidad de evocar en el entrevistado la representación de su grupo de referencia, no prototípico, sino estereotipo en el sentido de que mostrará aquello que según su interpretación serán los valores o las actitudes socialmente esperadas para su grupo de referencia. Mostrará entonces su vivencia individual de los marcadores sociales que lo enmarcan (Alonso, 1994).

5.4.2.2. Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2):

Es un test empleado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales que puede aplicarse a sujetos de ambos sexos con edades comprendidas entre 16 y 65 años, de manera individual o colectiva.

Consta de un cuadernillo reutilizable y una hoja de respuesta para su corrección manual o mecánica. El cuadernillo está compuesto por 567 ítems, de los cuales los primeros 370 pertenecen a las escalas básicas. Para su corrección manual se emplean plantillas que permiten el recuento de los ítems positivos de cada una de las veinte y ocho escalas clínicas (patrón de personalidad evaluado), puntuaciones que son vaciadas en una Hoja de perfil, destinada a recogerlos de forma gráfica; las puntuaciones directas obtenidas de cada hoja de respuestas, son convertidas a puntuación T a partir de las normas obtenidas de la población española.

El perfil impreso incorpora gráficamente baremos para dichas escalas, y existen perfiles separados para varones y hembras.

5.4.2.2.1. Escalas de validez:

- Escala Mentiras (L): Esta escala sirve como un índice de la probabilidad de que un determinado sujeto vicie sus respuestas para responder de manera que los registros resultantes proporcionen bases pobres para realizar inferencias sobre su persona; de esta manera, los sujetos pueden responder de manera que aparezcan como bien ajustados, sin serlo realmente (Hathaway & McKinley, 1999).
- Escala Falseamiento (F): Proporciona un indicador de sujetos que no han cooperado al responder el test y han respondido el mismo de manera azarosa (Hathaway & McKinley, 1999).
- Escala de Corrección (K): Esta escala refleja la tendencia al sesgo en las respuestas de los sujetos, de manera que los mismos pueden proporcionar respuestas que minimicen las implicaciones de un pobre control interno e ineficacia personal (Hathaway & McKinley, 1999).

5.4.2.2.2. Escalas clínicas:

- **Hipocondriasis (HS):** Proporciona indicios de sujetos que muestran una excesiva preocupación por su salud; pueden reflejar síntomas determinados o quejas específicas y/o una preocupación somática más general (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Depresión (D):** Refleja sentimientos de desánimo, pesimismo y desesperación, los cuales son característicos de individuos depresivos; de igual manera, proporciona características de personalidad, tales como hiperresponsabilidad, valores personales rígidos y autocastigo (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Histeria (HY):** Sugiere indicadores de sujetos que podrían presentar trastornos motores o sensoriales en los que puede establecerse una base orgánica, en los cuales se incluyen quejas físicas específicas; de igual manera, podrían implicar una negación de problemas en la propia vida (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Psicopatía (Dp):** Proporciona indicios de sujetos que presentan conductas antisociales, tales como problemas con la ley y la autoridad, consumo de drogas, problemas familiares, bajo control de impulsos, relaciones personales superficiales, entre otras (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Masculinidad-Feminidad (MF):** Refleja indicadores de problemas de índole sexual, tales como problemas con la identidad sexual, falta de intereses en actividades propias de su sexo, entre otros (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Paranoia (Pa):** Proporciona indicadores de sujetos con predisposición paranoide, que son excesivamente suspicaces, airados, resentidos, cautelosos, evasivos, etc. (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Psicastenia (Pt):** Refleja ansiedad y estrés generalizado (o emocionalmente negativos), así como la declaración de estrictas normas de moral, auto-culpa por las cosas que van mal y rígidos esfuerzos por controlar los impulsos (Hathaway & McKinley, 1999).

- Esquizofrenia (Es): proporciona indicios de las formas de esquizofrenia, tales como pensamientos extraños, experiencias inusuales y características especiales de estos individuos (Hathaway & McKinley, 1999).
- Manía o Hipomanía (Ma): Refleja características conductuales asociadas a sujetos con dicha condición, tales como ambición desmedida, extraversión, altas aspiraciones, excesiva energía, impulsividad, poca tolerancia a la frustración, entre otras (Hathaway & McKinley, 1999).
- Aislamiento social (Si): Proporciona indicadores del modo en el que el sujeto se relaciona con el ambiente social, tales como introversión o extraversión, amistoso o aislado, sumiso o enérgico, reservado y tímido o hablador y sociable, con preferencia por pasatiempos solitarios y poca asertividad social o activo y seguro de sí mismo, entre otras (Hathaway & McKinley, 1999).

5.4.2.2.3. Escalas de contenido:

- Ansiedad (ANX): Proporciona indicadores de síntomas generales de ansiedad, incluyendo tensión, problemas somáticos, problemas de insomnio, preocupaciones y escasa concentración (Hathaway & McKinley, 1999).
- Miedos (FRS): Aporta indicadores de temores específicos, tales como temor a ver sangre, a los lugares altos, temor a los animales (arañas, serpientes, ratones, etc.), a las tormentas, a los desastres, entre otros (Hathaway & McKinley, 1999).
- Obsesividad (OBS): Confiere indicadores de sujetos con grandes dificultades para tomar decisiones y que son propensos a rumiar excesivamente sus preocupaciones y problemas, impacientando a los demás (Hathaway & McKinley, 1999).

- **Depresión (DEP):** Caracteriza a individuos con pensamientos significativamente depresivos, que se sienten melancólicos, con incertidumbre acerca de su futuro y sin interés por sus vidas (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Preocupaciones por la salud (HEA):** Proporciona indicadores de sujetos que presentan muchos síntomas físicos en varios sistemas orgánicos; incluyen síntomas gastro-intestinales, problemas neurológicos, problemas sensoriales, síntomas cardiovasculares, problemas dermatológicos y dificultades respiratorias. Son sujetos que se preocupan mucho por su salud y tienden a enfermarse más que la mayoría de las personas (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Pensamiento extravagante (BIZ):** Aporta indicadores de procesos de pensamiento psicótico, tales como alucinaciones auditivas, visuales u olfativas; de igual manera, puede informar ideación paranoide (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Hostilidad (ANG):** Sugiere la presencia de sujetos con problemas en el control de la ira (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Cinismo (CYN):** Esta escala indica individuos con creencias misántropas; dichos sujetos esperan motivaciones negativas ocultas en los actos de los demás. De igual manera, desconfían de los demás, pues creen que la gente hace amistades solo para usar a los demás (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Conductas antisociales (ASP):** Esta escala informa de sujetos que indican de conductas problemáticas durante los años de escolarización, y de prácticas antisociales tales como tener problemas con la ley, robos o estafas; de igual manera, son individuos que suelen disfrutar con las fechorías que cometen los criminales (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Comportamiento tipo A (TPA):** Proporciona indicadores de sujetos que trabajan duramente, que se mueven rápidamente y son individuos

5.4.2.2.4. Escalas suplementarias

orientados al trabajo, que frecuentemente se impacientan, se irritan y se molestan; además de esto, caracteriza a sujetos que no les gusta esperar o ser interrumpidos. De igual manera, en sus relaciones con los demás son directos y autoritarios (Hathaway & McKinley, 1999).

- **Baja autoestima (LSE):** Esta escala sugiere individuos que se caracterizan por tener mala opinión de sí mismos, no creen que los demás les aprecien ni se consideran importantes. Así mismo, tienden a adoptar actitudes negativas hacia sí mismos, incluyendo pensamientos de que son torpes, inútiles y poco atractivos a los demás; tienen una alta carencia de autoconfianza y se sienten abrumados por todos los errores que ven en sí mismos (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Malestar social (SOD):** Indica sujetos que se sienten intranquilos cuando están rodeados de gente y, por esto, prefieren estar solos. Son sujetos que se ven a sí mismos como tímidos y no les gustan los actos sociales ni las fiestas (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Interferencia laboral (WRK):** Sugiere la presencia de conductas o actitudes que probablemente contribuyen a una deficiente ejecución del trabajo; algunos de estos problemas se relacionan con baja autoconfianza, dificultades de concentración, obsesividad, problemas en la toma de decisiones, tensión y presión (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Problemas familiares (FAM):** Proporciona indicadores de considerables discordias familiares, en las cuales se presentan constantes y desagradables riñas (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Indicadores negativos de tratamiento (TRT):** Suministra indicadores de individuos con actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento de salud mental; estos sujetos tienden a creer que nadie puede atenderles o ayudarles (Hathaway & McKinley 1999).

5.4.2.2.4. Escalas suplementarias:

5.4.2.2.4.1. Escalas tradicionales:

- **Ansiedad (A):** Proporciona indicadores que reflejan malestar, ansiedad, incomodidad y trastornos emocionales generales. (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Represión (R):** Evalúa la tendencia de los sujetos a ser convencionales y sumisos, y que se esfuerzan por evitar situaciones desagradables o no placenteras (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Fuerza del yo (Es):** Está desarrollada para evaluar la capacidad de un individuo para sacar provecho de una psicoterapia individual; de igual manera, es una medida de la adaptabilidad, resistencia, recursos personales y comportamiento afectivo. También podría ser considerada un buen indicador de salud mental (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Escala revisada de Alcoholismo (MAC-R):** Evalúa la propensión del individuo a la adicción en general y al abuso de sustancias; se trata de sujetos socialmente extrovertidos, exhibicionistas y que les gusta correr riesgos (Hathaway & McKinley, 1999).

5.4.2.2.4.2. Escalas adicionales:

- **Hostilidad excesivamente controlada (OH):** Proporciona una medida de la capacidad del individuo para tolerar frustraciones sin tomar represalias (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Dominancia (DO):** Es considerada una medida de la tendencia del individuo al predominio y el control en sus relaciones interpersonales (Hathaway & McKinley, 1999).
- **Responsabilidad social (RE):** Indica la tendencia de los sujetos a verse a sí mismos o a ser vistos por los demás, como dispuestos a aceptar las consecuencias de sus propias conductas, dependientes y dignos de

- confianza y poseedores de integridad y sentido de la responsabilidad hacia el grupo (Hathaway & McKinley, 1999).
- Inadaptación universitaria (Mt): Esta escala se emplea para discriminar entre universitarios con buen ajuste emocional y con mal ajuste emocional (Hathaway & McKinley, 1999).
- Escalas de Rol sobre el género (GM y GF): Proporcionan indicadores de la identificación de los sujetos a las características de uno u otro género (Hathaway & McKinley, 1999).
- Escalas de Trastorno de Estrés postraumático (PK y PS): Esta escala es una buena herramienta complementaria en el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, ya que proporciona una mejor clarificación diagnóstica (Hathaway & McKinley, 1999).

5.4.2.2.5. Subescalas Harris-Lingoes:

- Alienación Social (Subescala Pd4): Ayuda en la discriminación de individuos que revelan sentirse alienados y aislados y extraños por los demás. De igual manera, pueden indicar sentimientos de soledad, infelicidad e inadecuación y suelen culpar a los demás por sus problemas (Casullo, 1999).
- Autoalienación (Subescala Pd5): Esta subescala indica personas con sentimientos de incomodidad, los cuales se pueden expresar en problemas de concentración, sensación de no encontrar interés en la vida, ni recompensa a sus malestares en ella, y dificultades para afrontar sus problemas (Casullo, 1999).
- Ideas Persecutorias (Subescala Pa1): Proporciona indicadores de sujetos que suelen sentir que el medio resulta amenazador para su integridad y pueden experimentar ser incomprendidos. También pueden presentar sentimientos de suspicacia y desconfianza (Casullo, 1999).

- Alienación Social (Subescala Sc1): Refiere personas que expresan sentimientos de incomprensión y de ser maltratados por los demás. Usualmente son personas que manifiestan situaciones familiares carentes de amor y contención, pudiendo llegar incluso a albergar sentimientos de hostilidad y odio hacia los miembros de su familia. Es probable que sientan que los demás traman cosas o conspiran contra ellos (Casullo, 1999).
- Alienación Emocional (Subescala Sc2): Indica sujetos con tendencia a presentar sentimientos de depresión y desesperación y deseos de estar muertos (Casullo, 1999).
- Ausencia de Dominio del Yo, Cognitivo (Subescala Sc3): Facilita indicadores sobre sujetos que experimentan temor a perder el control sobre su mente. Refieren disturbios del contenido del pensamiento, juicios extraños, sentimientos de irrealidad y problemas de atención y concentración (Casullo, 1999).
- Ausencia de Dominio del Yo, Conativo (Subescala Sc4): Sugiere la presencia de personas que sienten que la vida representa un esfuerzo para ellos. Suelen referir depresión, desesperación y preocupación; también pueden expresar deseos de estar muertos y tener problemas para enfrentar la vida (Casullo, 1999).
- Experiencias Sensoriales Extrañas (Subescala Sc6): Esta escala informa de sujetos que indican pueden llegar a referir cambios inusuales en su cuerpo o en su percepción; de igual manera, pueden expresar alucinaciones y pensamientos extraños o de referencia, así como también haber pasado por experiencias peculiares y extrañas (Casullo, 1999).

5.4.2.3. Análisis de contenido

5.4.2.3.1. Tipo

Para Piñuel (2002) y de acuerdo con el diseño de análisis del objeto de estudio, es decir, del proceso singular de comunicación donde tuvieron origen los productos comunicativos, se trata de un análisis de contenido de diseño vertical o intensivo, caracterizado por un corpus reducido. Se trata de un análisis no cuantitativo, que recurrió a las relaciones, las oposiciones y el contexto para extraer la información.

Según los parámetros de medición y evaluación, se trata de un análisis de contenido relacional que evaluó la co-ocurrencia, valiéndose de tabulaciones frecuenciales del tipo de las tablas de contingencia entre distintos elementos categoriales, y estableció, a partir de ellas, relaciones de determinación, asociación, equivalencia, oposición, exclusión y proximidad. Se empleó además, el esclarecimiento de estructuras de relaciones lógicas entre categorías, para constatar la discriminación o la consistencia de unas sobre otras (Piñuel y Gaitán, 1995 c.p. Piñuel, 2002).

5.4.2.3.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis dentro de la presente investigación fue la vivencia de los trabajadores operativos, respecto al impacto en su salud mental asociado a las labores de atención dentro de la zona caliente, a la cual se accedió gracias a la manifestación de la función expresiva de sus narraciones, evocadas por medio de las entrevistas cualitativas en profundidad, reducidas luego a unidades temáticas.

5.5. TÉCNICA DE ANÁLISIS

5.5.1. Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2):

Se realizará la corrección manual de las escalas de validez, clínicas, de contenido, suplementarias y subescalas de Harris-Lingoes, éstas últimas serán analizadas para obtener el perfil de cada sujeto a través del empleo de los baremos, los cuales serán

interpretados por medio de la descripción del significado de dichas puntuaciones realizadas por Hathaway & McKinley (1999); de igual manera, se utilizarán los pasos planteados por Brenlla y Prado (en Casullo, 1999) para la interpretación del perfil básico e información adicional, dichos pasos son los siguientes:

1. Evaluar la aceptabilidad del protocolo.
2. Examinar los puntajes de las escalas de validez y evaluar la actitud del sujeto al responder el inventario.
3. Examinar los puntajes de las escalas clínicas y generar una lista de posibles líneas de interpretación respecto de la personalidad y del estado emocional actual del sujeto.
4. Consultar varias guías interpretativas buscando patrones comunes generados por el perfil y las alternativas diagnósticas.
5. Determinar las escalas elevadas, incluyendo niveles moderados, tomando en cuenta las posibles subescalas que contribuyan a la misma.
6. Explorar la existencia de cualquier ítem crítico significativo.
7. Elaborar las hipótesis interpretativas y un resumen de las dinámicas de personalidad y diagnóstico por medio de la evaluación de los puntajes en las escalas de contenido.
8. Complementar la validez, interpretaciones e hipótesis al examinar los puntajes en las escalas suplementarias.

Rivera, (1987), plantea que, antes de la interpretación del MMPI, se debe determinar la validez y la aceptabilidad del perfil; para ello existen tres reglas básicas, las cuales deben estar presentes en un mismo perfil para considerarlo invalidado o no interpretable, éstas son las siguientes:

1. Puntaje bruto **F** igual o superior a 20.
2. Resta de los puntajes brutos de **F-K** (índice de Gough) igual o superior a +9.
3. Ninguna de las escalas clínicas con T 55-45 (normalidad estadística).

De igual manera, Casullo (1999) plantea los siguientes criterios, los cuales debe cumplir un perfil para ser considerado como valido:

1. ? menor que 30
2. El valor crítico de L es 6-7 puntos directos.
3. El valor crítico norteamericano de F es de 16, en otros países pueden aceptarse valores superiores.
4. Se aceptan en K puntuaciones directas en un rango de 10-15

De igual manera, al momento de integrar los datos se tendrán en cuenta ciertas estrategias para la interpretación, las cuales se resumen a continuación (Brenlla y Prado, en Casullo, 1999):

1. Tomar en cuenta los datos sociodemográficos y cualquier información extra-test. El sexo y la edad de sujeto, factores socioculturales y el contexto de evaluación.
2. La actitud de respuesta a través de las escalas L, F, K, ?, TRIN y VRIN.
3. Evaluar los síntomas y comportamientos al observar posibles factores comunes entre las escalas de puntuaciones similares y evaluar la presencia de un estado de ánimo agudo, reflejado en elevaciones de escalas asociadas, Butcher y Williams (1992, c.p. Brenlla y Prado, 1999) plantean la siguiente guía:

Ansiedad: Pt 65-79; Pt más elevada que Sc (moderada)

Pt 80-89; Pt más elevada que Sc (marcada)

Pt 90 o mayor; Pt más elevada que Sc (severa)

Estado Depresivo: D 65-79; Ma menor que T 40 (moderado)

D 80-89; Ma menor que T 40 (marcado)

D 90 o mayor; Ma menor que T 40 (severo)

Estado Maníaco: Ma 80 o mayor; puntaje más elevado, D menor que T 55.

Psicosis: Sc 80 o mayor; puntaje más elevado.

Pa, Dy **Sc** mayor que **Pt** en 10 puntos T.

Susplicacia: **Pa** mayor que T 70; puntaje más elevado.

Acting-out: **Pd** mayor que T 65.

Ma mayor que T 70 y **Si** menor que T 40.

ANG mayor que T 65

Confusión/desorientación: **F** mayor que T 80

Sc mayor que T 80

Pt mayor que T 80

Estabilidad del perfil: Elevación promedio del perfil mayor que T 70

Estado de crisis: Observar conjunto de ítemes críticos de Koss-Butcher y Lachar-Wrobel (**Pa** = T80; **Sc** = T 72; **Ma** = T 62). Cuando se cumple esta condición, se

4. Evaluar el autocontrol/acting-out a través de:

Inhibición o constricción: **Si** mayor a T 65.

Sobrecontrol o represión: **Hy** y/o **O-H** mayores que T 65.

Acting out o impulsividad: **Dp** y **Ma** mayores que T 65, y **Si** menor que T 40.

Hostilidad: **ANG** mayor que T 65

5. Los autores sugieren que algunos rasgos o características de personalidad pueden ser indicativas del curso del tratamiento, algunos de ellos reflejan:

Impulsividad: **Pd** mayor que T 65.

Ma mayor que T 70 y **Si** menor que T 40

Introversión: **Si** mayor que T 65, observar escalas de Harris-Lingoes.

Obsesividad: **Pt** mayor que T 65, puntaje más elevado

OBS mayor que T 65.

Dominancia: **Do** mayor que T 65.

Cinismo: **CYN** mayor que T 65.

6. Evaluar la propensión de los sujetos hacia conductas de abuso y de la disposición a reconocer problemas de alcohol y de drogas:

Pd mayor que T 65.

Pd y **D** mayores que T 65.

Pd, D y Pt mayores que T 65.

MAC-R, APS o AAS mayores que T 65.

7. Evaluar el estilo de relaciones interpersonales por medio de la valoración de las escalas **Hs, Pd, Do, Pa, Sc, MDS y SOD**.
8. Evaluar la estabilidad del perfil; las dos escalas más elevadas deben presentar una diferencia respecto a las otras de 5 a 10 puntos.
9. Evaluar la severidad del desorden de acuerdo a las elevaciones o disminuciones de las escalas clínicas y los hallazgos de las escalas de validez.

Estabilidad del perfil: Un perfil se considera bien definido y estable cuando las dos escalas más elevadas tienen 10 puntos de diferencia respecto a las restantes, (por ejemplo: Pa = T80; Sc = T 72; Ma = T 62). Cuando se cumple esta condición, se considera que los perfiles son más estables en el tiempo y, por consiguiente, en la interpretación se pueden contemplar aspectos pasados, presentes y prospectivos con mayor confiabilidad. Sin embargo, perfiles con 5 a 9 puntos de diferencia tienden a ser bastante estables. En cambio, los perfiles con diferencias menores que 5 puntos propenden a ser inestables en el tiempo (Casullo, 1999).

5.5.2. Entrevistas en Profundidad:

Se empleará el análisis de contenido; tal y como se ha explicado en el marco epistemológico, el lenguaje es una expresión que simboliza la acción del ser humano y le da vida:

Una expresión es, primigeniamente, un acto. Sin embargo, ese acto puede producir un objeto (una frase, un cuadro, una catedral...) separable, de alguna manera, del acto expresivo originario (...). Las expresiones –sobre todo, las expresiones-objeto- pueden recopilarse, compararse, clasificarse..., con vistas a establecer su *virtualidad* como tales expresiones en relación al sistema expresivo

al que pertenecen. Esta tarea es la que hace suya el AC (Navarro y Díaz, 1994, pág. 178).

En este sentido, el análisis de contenido permite, por medio de la desconstrucción del texto y su posterior reagrupación, acceder a aquel objeto simbolizado al que hace referencia. Tal y como lo explican Navarro y Díaz (1994):

A veces no se enfatiza lo suficiente el hecho de que cuando se habla del "contenido" de un texto -y, en general, de cualquier realidad expresiva-, a lo que se está aludiendo en realidad, de forma un tanto paradójica, no es al texto mismo, sino a algo en relación con lo cual el texto funciona, en cierto modo, como instrumento. Desde este punto de vista, el "contenido" de un texto no es algo que estaría localizado dentro del texto en cuanto tal, sino fuera de él, en un plano distinto en relación con el cual ese texto se define y revela su sentido (pág. 179).

Para revelar tal sentido, las unidades de registro a emplear serán las unidades temáticas, en ellas se des construirán los corpus textuales para lograr el establecimiento de categorías y sus relaciones, y finalmente, a través del proceso de teorización y el apoyo bibliográfico, la aproximación a un modelo descriptivo del proceso estudiado. Para una explicación detallada del proceso de análisis véase "Atlas.ti".

Debe recordarse que, como técnica de aproximación y obtención de conocimiento, el análisis de contenido se encuentra fuertemente arraigado a una concepción cualitativa y a una definición particular de la realidad y su construcción, marco epistemológico antes detallado.

Ahora bien, el análisis de contenido debe ser entendido como un proceso cuyas características principales son su sistematización y el alto nivel de exhaustividad. Durante la realización de dicho proceso, se efectúan actividades tales como desconstruir el texto, para luego pasar a categorizarlo, contrastarlo y ordenar los datos obtenidos a partir de este; una vez realizados estos pasos, se procede a establecer vínculos y relaciones entre ellos. Justamente, para ayudar y agilizar este proceso, fue creado el programa para computadoras Atlas.ti (Martínez, 2001).

En este sentido, Muñoz (2003) plantea que el Atlas.ti “es una herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de, principalmente, grandes volúmenes de datos textuales (pág. 2)”. Cabe destacar, que el programa también permite el análisis de otro tipo de información, tales como archivos de sonido, de imagen y de video.

Dado que su atención se centra en el análisis cualitativo, su función no es precisamente automatizar el proceso de análisis, sino más bien brindar una ayuda al intérprete, con la finalidad de agilizar, de manera considerable, muchas de las actividades implicadas en dicho análisis e interpretación, tales como la segmentación del texto en citas, la codificación y la escritura de comentarios y anotaciones; actividades que también pueden ser realizadas de manera manual, pero que demandarían una gran inversión de tiempo y esfuerzo (Muñoz, 2003).

La primera fase del trabajo de análisis podría ser denominada de Nivel Textual, durante la cual se realizan actividades tales como integrar toda la información de que se dispone, bien sean los datos, las fichas, las anotaciones, etc., facilitando de esta manera su organización y, por consiguiente, su posterior búsqueda y recuperación. La segunda fase, se denomina de Nivel Conceptual, que consiste en el establecimiento de las relaciones entre los diversos componentes y la elaboración de modelos a través de representaciones gráficas.

Un aspecto relevante al cual se debe hacer referencia, es que el proceso de análisis llevado a cabo con el Atlas.ti implica, habitualmente, un continuo ir y venir entre las dos fases señaladas, la Textual y la Conceptual; por lo tanto, no deben ser consideradas como fases o actividades aisladas e independientes, sino que más bien se desarrollan de manera secuencial y complementaria (Muñoz, 2003). El resultado de dicho proceso de análisis será un archivo, el cual recibe el nombre de Unidad Hermenéutica y sus componentes son los siguientes:

1. Documentos Primarios: “son la base del análisis, es decir, son los datos brutos (Muñoz, 2003, pág. 5)”. Los mismos pueden ser datos textuales, imágenes, archivos de sonido y video.
2. Citas: son los segmentos significativos de los documentos primarios; las citas pueden ser consideradas como la “primera selección de material de base, una primera reducción de los datos brutos (Muñoz, 2003, pág. 5)”.
3. Códigos: suelen ser la unidad básica de análisis, dado que usualmente, el análisis se basará en ellos. Los códigos pueden ser entendidos como “conceptualizaciones, resúmenes o agrupaciones de las citas, lo que implicaría un segundo nivel de reducción de los datos (Muñoz, 2003, pág. 5)”.
4. Anotaciones: “son todas aquellas anotaciones que realiza el analista durante el proceso de análisis y que pueden abarcar desde notas recordatorias, hipótesis de trabajo, etc..., hasta explicaciones de las relaciones encontradas, conclusiones, etc. (Muñoz, 2003, pág. 5)”.
5. Familias: son grandes agrupaciones de los componentes principales anteriormente expuestos, tales como documentos, códigos y anotaciones. Dichas anotaciones pueden ser consideradas como un primer paso del análisis conceptual.
6. Networks: son considerados uno de los principales elementos en el trabajo conceptual, ya que “permiten representar información compleja de una forma intuitiva mediante representaciones graficas de los diferentes componentes y de las relaciones que hayan sido establecidos entre ellos (Muñoz, 2003, pág. 5)”. Dichos

Networks pueden ser considerados como el fin principal de cualquier investigación y de la ciencia como tal, esto es, la creación de modelos y estructuras teóricas (Martínez, 2001).

Ahora bien, a continuación se presentará una síntesis del proceso de análisis que realiza el programa Atlas.ti, el cual implica tres etapas (Martínez, 2001):

La primera de ellas es la categorización de la información (corpus). El programa ubica las categorías que se crean en orden alfabético y le asigna dos números, los cuales coloca entre paréntesis; el primer número simboliza la cantidad de citas que han sido codificadas con dicha categoría, y a su vez, simboliza lo relevante e importante que es la misma, y el segundo número, indica la cantidad de otras categorías que, de alguna manera, se encuentran conectadas con ésta dentro de la estructura que se va creando.

En segundo lugar, está la creación de redes estructurales y de relaciones; estas redes conceptuales y estructurales van haciendo explícitas las interpretaciones y nos permiten, en un momento particular, llamar a todos los elementos que pueden apoyar una u otra hipótesis, argumento o conclusión.

Por último, la teorización propiamente dicha, en la cual se ilustran los tipos de relaciones que se establecen entre las categorías (variables o indicadores) y el papel o rol que juegan éstas en la estructura total o parcial del fenómeno en estudio y de que manera pueden explicarlo. Se empleará además, la construcción de tabulaciones secuencias para inferir y orientar tal proceso de teorización, finalmente representado por medio de un Networks topológica, es decir, construida a partir de las categorías con mayor número de citas y extendiéndose hacia aquellas de menor número.

Por su parte, la escala L dentro del rango de normalidad estadísticas indica que el participante se mostró mayoritariamente conforme con su imagen propia emitido respuestas típicas, al igual que una puntuación T-49 en la escala F; sin embargo, en

VI. RESULTADOS

6.1. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2)

6.1.1. Participante 1

Sexo: Masculino

Edad: 30 años

Estado civil: Casado

Titulación Académica: Bachiller, Estudiante Universitario

Clave MMPI-2: 9 - 2 4 8 7 3 5; 5 7 16

Tabla 15

Puntajes de las Escalas de Validez y Clínicas PA1

ESCALAS	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
PUNT BRUTO	5	7	16	8	18	16	14	17	10	7	8	21	25
PUNT CORR				16			20			23	24	24	
PUNT T	51	49	53	53	42	37	41	30	47	38	40	24	47

6.1.1.1. Validez del perfil y actitud hacia el Inventario

De acuerdo con Granham (1987), Casullo (1999) y Hathaway y McKinley, (1999), una puntuación 2 en la **escala interrogante** o ? indica que el participante realizó una interpretación idiosincrásica de los ítems omitidos, lo cual coincide con el contenido de los mismos (ver ítems 119 y 483).

Por su parte, la **escala L** dentro del rango de normalidad estadística indica que el participante se mostró mayoritariamente conforme con su imagen propia emitiendo respuestas típicas, al igual que una puntuación T 49 en la **escala F**; sin embargo, en

esta última existe la probabilidad de que el participante haya intentado mostrar una falsa imagen de sí mismo (Granham, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999), no obstante, Casullo (1999) plantea que dicha puntuación, acompañada de la elevación en K puede estar señalando un participante defensivo que oculta síntomas significativos, tensión emocional y aprensión.

Para diversos autores (Granham, 1987, Hathaway y McKinley, 1999 y Casullo, 1999), un puntaje T 53 en la **escala K** representa un equilibrio adecuado entre la autocrítica y autoconcepto positivo, se trataría de un participante bien ajustado y con escasos signos de trastorno emocional, independiente, seguro y de intereses amplios. Este puntaje se relaciona con una capacidad adecuada de insight (Rivera, 1987).

La combinación de las escalas **L, F y K** sugieren un participante defensivo que se intenta dar una imagen fiel de sí mismo, fingiendo en aquellos casos en los cuales se siente amenazado o confrontado, aún cuando posee o cree posee adecuados recursos para lograr una buena adaptación (Rivera, 1987).

Validez del perfil según las reglas básicas de Rivera (1987):

1. Puntaje directo F menor a 20.
2. Resta de los puntajes directos de F-K (índice de Gough) igual -9 (Según Casullo (1999), puede tratarse de un intento de fingir moderadamente).
3. Tres de las escalas clínicas se encuentran en T 55-45 (normalidad estadística).

Validez del perfil según Casullo (1999):

1. ? menor que 30
2. Puntaje directo L es 5.

3. El puntaje directo F es 7.
4. Puntuación directa K un punto superior a lo esperado

6.1.2.2. Líneas de interpretación de la personalidad y del estado emocional del Participante

Ansiedad: **Pt** menor que 65; **Pt** menor que **Sc** (no significativo)

Estado Depresivo: **D** menor que 65; **Ma** mayor que T 40 (no significativo)

Estado Maníaco: **Ma** menor que T 80; puntaje más elevado, **D** menor que T 55 (no significativo).

Psicosis: **Sc** menor que T 80. **Sc** mayor que **Pt** en 3 puntos T (no significativo).

Susplicacia: **Pa** menor que T 70 (no significativo).

Acting-out: **Pd** menor que T 65, **Ma** menor que T 70 y **Si** mayor que T 40, **ANG** menor que T 65 (no significativo).

Confusión/desorientación: **F** menor que T 80, **Sc** menor que T 80, **Pt** menor que T 80, elevación promedio del perfil menor que T 70 (no significativo).

Autocontrol/acting-out:

Inhibición o constricción: **Si** menor a T 65 (no significativo).

Sobrecontrol o represión: O-H mayor que T 65 (significativo).

Acting out o impulsividad: **Dp** y **Ma** menores que T 65, y **Si** mayor que T 40 (no significativo).

Hostilidad: **ANG** menor que T 65 (no significativo).

Impulsividad: **Pd** menor que T 65, **Ma** menor que T 70 y **Si** mayor que T 40 (no significativo).

Introversión: **Si** menor que T 65 (no significativo).

Obsesividad: **Pt** menor que T 65, **OBS** menor que T 65 (no significativo).

Dominancia: **Do** menor que T 65 (no significativo).

Cinismo: **CYN** menor que T 65 (no significativo).

Problemas de alcohol y de drogas: **Pd** menor que T 65, **MAC-R** menor que T 65 (no significativo).

Estilo de relaciones interpersonales: **Hs 53, Pd 41, Do 52, Pa 47, Sc 40 y SOD 46.**

Tomando en consideración los puntajes anteriores, se puede indicar que el participante se caracteriza por presentar rasgos narcisistas o egocéntricos, lo cual le dificulta el establecimiento de relaciones interpersonales profundas; sin embargo, se muestra sociable con inclinación a los grupos y a la responsabilidad hacia estos. Otras de las características que presenta son el contacto con la realidad y una capacidad de socialización superficial, además de una actitud enérgica, amistosa y locuaz. Por último, se denota que el participante puede presentar poco control de impulsos ocasionalmente, pero que se autocontrola manteniéndose dentro de la ley y socialmente aceptable.

6.1.1.3. Escalas elevadas, contribución de subescalas

No existen escalas significativamente elevadas, sin embargo, la más alta del perfil es la **escala 9 (Ma)** con una puntuación T de 59, señalando un comportamiento gregario, actitud emprendedora y orientada al logro, efectividad, baja tolerancia al

tedio y una amplia gama de intereses. Socialmente se trata de alguien responsable, amistoso, entusiasta y realista. La principal contribución a esta escala es la **subescala Ma3**, la cual, aún cuando no debe ser interpretada debido a una puntuación menor que T 65 en la **escala 9 (Ma)**, da señales de una tendencia a la impaciencia y negación de la ansiedad social.

6.1.1.4. Patrones comunes

Clave MMPI-2: 9 – 2 4 8 7 3 5; 5 7 16

Al evaluar la cercanía de las **escalas 9 (Ma)** y **1 (Hs)** como las más elevadas del perfil es posible describir en el participante la tendencia a una sobreactividad acentuada que puede estar relacionada con ansiedad, inquietud, tedio o tensión. Tal ritmo produce fatiga, sea corto o largo plazo, y estimula fantasías respecto a la salud física o molestas somáticas inespecíficas, negando cualquier posibilidad de que se encuentren relacionadas con aspectos psicológicos. De acuerdo a estas escalas, puede existir en el participante ambición sin objetivos claros y rasgos pasivos dependientes, por lo cual los síntomas pueden ser empleados para manipular el ambiente, justificar posibles fallas u obtener un mayor reconocimiento laboral (Granham, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

En relación a los rasgos pasivos dependientes se encuentra una marcada disminución en la **escala 3 (Hy)**, la cual, de acuerdo con Rivera (1987), indica la necesidad de mostrarse independiente, al punto de evitar y acabar cualquier relación en la cual pueda sentirse controlado, cuyo origen puede encontrarse en la dificultad para confiar en los demás. Conductas defensivas que podrán indicar la subyacente dependencia e inseguridad, finalmente, los sujetos con estos puntajes tienden a actitudes cínicas, al aislamiento social y a presentar intereses reducidos (Casullo, 1999).

Este participante presenta además una disminución significativa en la **escala 5 (Mf)**. Disminución que refuerza la hipótesis anterior respecto a un rango de intereses reducido y señala la limitada capacidad de insight sobre sus motivaciones y valores sociales. Su orientación a la acción y énfasis exagerado en la fuerza y valor físico le arriesgan a conducirse de manera cruda, imprudente, agresiva y con tendencia al acting. Se trata de una puntuación que señala la posibilidad de que el participante presente dudas acerca de su masculinidad y emplee tales conductas y actitudes como compensación (Casullo, 1999, Granham, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999), tal y como lo señala Rivera (1987), se trata de una autoafirmación de las características masculinas por medio de la exageración del estereotipo masculino, resaltando la rudeza, brusquedad y autosuficiencia.

Las **escalas 2 (D)** y **4 (Pd)** revelan una disminución que contribuye a la descripción anterior. En primer lugar las disminuciones en la **escala 2 (D)** se encuentran asociadas a un esfuerzo por parte del participante por mostrarse "seguro, firme y decidido" (Rivera, 1987, p. 26), aun cuando posea una actitud realista y cierto grado de equilibrio emocional (Casullo, 1999). En segundo lugar, la disminución en la **escala 4 (Pd)** es, de acuerdo con Rivera (1987), caracteriza a un individuo de rasgos narcisistas o egocéntrico que posee dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas, responsabilidades y compromisos, y un frágil control de impulsos que le hacen propenso al acting y merman su autoestima.

La disminución de la **escala 7 (Pt)** en un perfil sumergido parece señalar una dificultad para valorar las experiencias, por ende, para identificar y modificar patrones desadaptativos. Esto se traduce en una limitada capacidad de insight y en la marcada disminución de la angustia señal, asociándose con un superyó frágil (Rivera, 1987).

Entre sus fortalezas destacan el contacto con la realidad, su capacidad de planificación y de socialización (superficial, **escala 8 (Sc)**), actitud enérgica, activa aunque poco controlada y manipulativa (**escala 0 (Si)**), amistosa y locuaz, la racionalidad y el pensamiento claro (**escala 6 (Pa)**) (Casullo, 1999, Granham, 1987 y HathaWay y McKinley, 1999).

6.1.1.5. Escalas de contenido

Tabla 16

Puntajes de las Escalas de Contenido PAI

ESCALAS	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT
PUNT BRUTO	8	3	6	4	10	2	6	13	12	11	4	6	5	6	3
PUNT T	50	43	50	42	54	45	49	54	55	55	43	46	47	44	41

Clave MMPI-2, Contenido: - **WRK FRS LSE DEP TRT**

Las escalas **OBS** y **ANX** señalan que aún cuando pueden existir tensiones o ansiedades, el participante no se deja agobiar por las mismas, es capaz de concentrarse, tomar decisiones adecuadas y mediar adecuadamente ante las situaciones de cambio. Así mismo la escala **BIZ** permite afirmar un adecuado contacto con la realidad, pensamiento organizado, claro y estructurado. Ventajas que se complementan con una puntuación **TPA** en normalidad estadística, señalando una personalidad orientada al trabajo, enérgica, que aún cuando puede mostrarse impaciente, mantiene y media por medio de una comunicación directa con los demás. En este sentido, se muestra sociable con inclinación a los grupos y afirma percibir apoyo y comprensión familiar (**SOD, FAM**). Es un participante que puede presentar poco control de impulsos ocasionalmente, pero que se autocontrola manteniéndose dentro de la ley y socialmente aceptable y esforzándose por ser asertivo (Granham, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

Perfil sumergido: Las escalas FRS y LSE señalan la negación de miedos específicos y dificultades de aceptación de sí mismo, las cuales, en consonancia con las descripciones anteriores pueden indicar la autoafirmación de seguridad y confort, encubriendo temores, dudas o inseguridades con respecto al entorno y sí mismo. Las escalas DEP y TRT coinciden en señalar la resistencia a considerar a los otros como fuente de ayuda, pero la segunda señala también, por medio de su acentuada disminución, sentimientos de melancolía encubiertos por defensas que impresionan de tipo maniacas. Las dificultades antes mencionadas pueden estarse reflejando en una inconformidad con el entorno laboral (Casullo, 1999, Granham, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

6.1.1.6. Escalas suplementarias

Tabla 17

Puntajes de las Escalas Suplementarias PAI

ESCALAS	A	R	Es	MAC-R	Fb	TRIN	VRIN	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS
PUNT	7	22	40	23	0	10	7	18	16	19	12	39	17	5	8
BRUTO															
PUNT	41	61	60	52	42	51	48	67	52	49	45	57	30	41	42
T															

Clave MMPI-2, Suplementarias: **O-H R Es GM – PS Fb PK A GF**

El puntaje T de la escala Fb señala una actitud de colaboración por parte del participante al momento de contestar el inventario (Rivera, 1987), sin embargo Hathaway y McKinley (1999), señalan la posibilidad de que se trate de un perfil que intenta mostrar una imagen favorable del participante debido a una marcada defensividad.

Por su parte las escalas TRIN y VRIN indican la emisión de respuestas consistentes y, por ende, de un perfil válido (Hathaway y McKinley, 1999 y Casullo, 1999).

En cuanto al manejo conductual y emocional, el puntaje **T** obtenido por el participante en la escala **O-H**, señala la presencia en él, de una hostilidad controlada en exceso, que si bien le permite no agredir ante las provocaciones, puede ocasionar reacciones exageradas sin provocación aparente, aún más cuando se encuentra asociada a un puntaje en **R** levemente elevado, indicador de una emocionalidad constrictiva, sobrecontrolada, con un marcado esfuerzo para evitar estímulos desagradables o displacenteros, ya que tales características pueden llegar a producir sobrecargas o mermar los mecanismos de control del individuo. Debe destacarse que el puntaje obtenido por el participante en la escala **Es** señala que éste cuenta con buenos recursos yoicos o personales, es adaptable y resistente, logrando así hacer frente al estrés y recuperarse de los problemas. De igual manera, los puntajes de normales obtenidos en las escalas **Do**, **Re** y **Mt** refuerzan los recursos antes mencionados, indicando que el participante puede ser flexible en las relaciones interpersonales y perseverante en el ámbito laboral, con tendencia al liderazgo y a la responsabilidad hacia el grupo (Granham, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999). Sin embargo, puede contemplarse la posibilidad de que la rigidez de sus defensas podrá ocasionar la disminución de tales capacidades y permitir el florecimiento de cierta sintomatología.

En correspondencia con la **escala 5 (Mf)**, los puntajes de las escalas **GM** y **GF** con elevación leve y disminución significativa respectivamente, señalan en el participante tendencia a exagerar el rol masculino llegando a mostrar rechazo por las actitudes que conforman típicamente el estereotipo femenino, de esta forma, se presenta una tendencia a la fuerza física y a la dominancia, presentando prepotencia, baja capacidad de insight y pobre control del temperamento (Casullo, 1999, Granham, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

Los puntajes similares obtenidos por el participante en las escalas **PK**, **PS** y **A**, y el hecho que se encuentren sumergidas señala la presencia de ansiedad, tensión o estrés

o ansiedad que es compensada por medio de actividades y tendencias energicas, competitivas y extravertidas (Casullo, 1999).

6.1.1.7. Estabilidad del perfil

6/12 = T 59; Ma = T 53; Hy = T 47 Pa

6/6 = T 53; Hy = T 47; Pa = T 47; Si

Perfil estable.

6.1.2. Participante 2

Sexo: Masculino

Edad: 47 años.

Estado civil: Soltero/ Concubinato

Titulación Académica: Bachiller

Clave MMPI-2: 4 8 6' 7 9 2 5; 1 22 11

Puntuación ? : 1

Tabla 18

Puntajes de las Escalas de Validez y Clinicas PA2

ESCALAS	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
PUNT BRUTO	1	22	11	10	28	23	23	28	19	28	40	25	26
PUNT CORR				16			36			39	51	27	
PUNT T	35	76	42	53	62	52	76	56	72	66	76	66	48

Validez del perfil según las reglas básicas de Rivera (1987):

6.1.2.1. Validez del perfil y actitud hacia el Inventario

Diversos autores (Granham, 1987, Casullo, 1999 y Hathaway y McKinley, 1999), coinciden en que una puntuación de 1 en la **escala interrogante** o ? no influye sobre la validez al perfil, dado que esta omisión de un ítem puede deberse a un descuido a la hora de responder.

De acuerdo con Hathaway y McKinley (1999, adaptado por Ávila-Espada y Jiménez-Gómez), la puntuación obtenida en la **escala L** es considerada como baja e indica, probablemente, un intento por parte del participante de "fingir malestar". Sin embargo Casullo (1999), afirma tal puntaje podría estar apuntando a la presencia de un malestar psicológico enfatizado y agudo, el cual es percibido por él al mostrarse sincero en la forma de responder el cuestionario.

Por su parte, el puntaje obtenido en la **escala F** es considerado por Rivera (1987) como alto, implicando de esta manera la experimentación de una alta tensión interna y la tendencia a la exageración de la propia problemática, la cual puede estar frecuentemente ocasionada por la sensación de impotencia para manejarla por sí mismo. En relación a la **escala K**, el puntaje se encuentra dentro de una categoría modal (Casullo, 1999), lo que refleja en el participante una sensación de estar incapacitado para enfrentar y resolver sus problemas de manera individual, además de la actual vivencia de una situación sumamente conflictiva.

Al interpretar en conjunto las escalas de Validez, se puede concluir que el participante mostró una actitud espontánea al contestar el cuestionario; por otra parte, da la impresión de que vive intensamente su conflictiva, con una gran tensión interna y con una fuerte necesidad de recibir ayuda (Casullo, 1999).

Validez del perfil según las reglas básicas de Rivera (1987):

1. Puntaje directo F igual o superior a 20.
2. Resta de los puntajes directos de F-K (índice de Gough) igual a +11.
3. Tres escalas clínicas con T 55-45 (normalidad estadística).

Validez del perfil según Casullo (1999):

1. ? menor que 30.
2. L igual a 1 punto directo.
3. F igual a 22.
4. K igual a 11 puntos.

6.1.2.2. Líneas de interpretación de la personalidad y del estado emocional del Participante

Ansiedad: Pt T 66; Sc T 66, significativo.

Estado Depresivo: D T 62; Ma 66, no significativo.

Estado Maníaco: Ma T 66; D T 62, no significativo.

Psicosis: Sc T 76; Pt T 66, significativo.

Susplicacia: Pa 72; significativo.

Acting-out: Pd T 76, significativo.

Confusión/desorientación: F 76; Sc T 76; Pt T 66; Elevación promedio del perfil menor que T 70, no significativo.

Autocontrol/acting-out:

Inhibición o constricción: Si T 46, no significativo.

Sobrecontrol o represión: **Hy T52; O-H T 30**, no significativo.

Acting out o impulsividad: **Dp y Ma** menores que T 65 y **Si** mayor que T 40, no significativo.

Hostilidad: **ANG T 54**, no significativo.

Impulsividad: Pd T 76, significativo.

Introversión: Si menor que T 65, no significativo.

Obsesividad: Pt mayor que T 65; **OBS** menor que T 65, no significativo.

Dominancia: Do menor que T 65, no significativo.

Cinismo: CYN T 71, significativo.

Problemas de alcohol y de drogas:

Pd T 76; significativo.

Pd T 76; D T 62, no significativo.

Pd T76; D T 62 y Pt T 66, no significativo.

MAC-R T 70, significativo.

Estilo de relaciones interpersonales: Hs, Pd, Do, Pa, Sc, y SOD.

La **escala 1 (Hs)** refleja una escasa preocupación acerca del cuerpo y la salud, la cual podría estar justificada por una búsqueda interna de seguridad a través del autorreconocimiento de poseer una excelente salud. El puntaje de la **escala 4 (Pd)** refleja a un individuo egocéntrico, manipulador y narcisista, con dificultades para

establecer relaciones interpersonales duraderas y profundas y con tendencia a evitar asumir responsabilidades y compromisos. Se caracteriza por tratar de conseguir de manera inmediata lo que desea sin pensar en las consecuencias de sus actos y sin capacidad para postergar la satisfacción de sus necesidades. Cabe destacar como punto importante, la presencia de problemas para relacionarse con las figuras de autoridad y dificultad para someterse a imposiciones externas. Por su parte, la **escala 6 (Pa)** Actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia, acompañadas de frecuentes descargas agresivas, las cuales se podrían entender como formas de defensa anticipada ante posibles situaciones de ataque, que son percibidas como amenazantes. Todas estas características, indican la dificultad para establecer relaciones interpersonales, ante la percepción y el sentimiento de estar siendo limitado por el ambiente. Como mecanismo de defensa emplea la proyección, a través de la cual, el individuo percibe a los demás como la causa de sus situaciones conflictivas, sus problemas y sus propias fallas. De igual manera, los puntajes en las escalas **8 (Sc)**, **SOD** y **Do** sugieren un estilo de vida esquizoide, en el que el participante experimenta incomodidad en situaciones sociales, por lo que prefiere estar solos en lugar de estar con otros, lo que ocasiona una tendencia importante hacia el aislamiento, con escaso contacto social y tendencia a la alienación y a sentirse incomprendido; resulta una persona muy inaccesible emocionalmente (Casullo, 1999 y Hathaway y McKinley, 1999).

6.1.2.3., Escalas elevadas, contribución de subescalas

Clave MMPI-2: **4 8 6' 7 9 2 5; 1 22 11**

Una de las escalas más elevadas dentro del perfil es la **4 (Pd)**, con contribución de las subescalas **Pd4** y **Pd5**, las cuales señalan la presencia de sentimientos de alienación, aislamiento y soledad, además de sentirse incomprendido y extraño para los demás. Existe también la tendencia a culpar a los demás por sus problemas y a

reconocerse como egocéntrico, poco sensible e incluso desconsiderado. Por otra parte, se evidencian problemas de concentración y dificultades para afrontar problemas (Casullo, 1999 y Hathaway y McKinley, 1999).

Otra de las escalas elevadas es la **8 (Sc)**, con contribución de las subescalas **Sc1**, **Sc2**, **Sc3**, **Sc4** y **Sc6**. Tal elevación apunta hacia un estilo de vida esquizoide, experimentando grandes sentimientos de incompreensión por parte de los otros, además de referir soledad, vacío, depresión y desesperación, pudiendo incluso llegar a desear estar muertos. Pudiera llegar a sentir temor de perder el control sobre su mente y presentar disturbios del contenido del pensamiento, juicios extraños y problemas de atención y concentración; en este sentido, puede existir la tendencia a pensar en la posibilidad de que los demás estén tramando cosas o conspirando contra él. Finalmente, podría llegar a referir que experimenta cambios inusuales en su percepción y experimentar pensamientos extraños o de referencia, así como también haber pasado por experiencias peculiares y extrañas (Casullo, 1999 y Hathaway y McKinley, 1999).

Por último, se tiene la escala **6 (Pa)**, con contribución de la subescala **Pa1**. Esta escala señala posibles actitudes de desconfianza, cautela excesiva y suspicacia, acompañadas de frecuentes descargas agresivas, las cuales se podrían entender como formas de defensa anticipada ante posibles situaciones de ataque, las cuales son percibidas por el participante como amenazantes. Todas estas características, indican la dificultad para establecer relaciones interpersonales, ante la percepción y el sentimiento de estar siendo limitado por el ambiente. Como mecanismo de defensa emplea la proyección, a través de la cual, el individuo percibe a los demás como la causa de sus situaciones conflictivas, sus problemas y sus propias fallas (Casullo, 1999 y Hathaway y McKinley, 1999).

6.1.2.4. Patrones comunes

Clave MMPI-2: 4 8 6' 7 9 2 5; 1 22 11

El primer patrón común que se presenta es en las **escalas 4 (Pd)** y **8 (Sc)**, las cuales obtuvieron los puntajes más elevados del perfil. Dicha elevación sugiere que se trata de un participante que presenta problemas psicológicos serios y que además presenta serias dificultades para lograr ajustarse socialmente, con ciertas tendencias a apartarse del mundo en la forma de fuga a la fantasía o presentando actitudes y conductas hostiles como modo de defensa ante la posibilidad de ser heridos o lastimados. En este sentido, es frecuente observar dificultades en el control de impulsos y por tanto, puede llegar a ser considerado como una persona hostil, irritable y resentida. Con frecuencia, suele desconfiar de las demás personas y, por ende, evita las relaciones sociales comprometidas; como consecuencia de tal actitud, suele ser visto como alguien con una capacidad empática distorsionada y escasa y con fuertes carencias de habilidades sociales básicas. En relación a sus características de personalidad, este patrón refleja una persona con severos problemas de autoconcepto, el cual tiende a albergar profundos sentimientos de inseguridad, además suele ser muy susceptible al rechazo de los otros. Esta descripción coincide con la elevación presentada en la **escala 6 (Pa)**, la cual señala cierta predisposición paranoide en el participante, con tendencia al perfeccionamiento, la rigidez, la preocupación, terquedad, proyección de la culpa y hostilidad. De igual manera, tiende a ser muy sensible, respondiendo en muchas ocasiones con reacciones desmedidas ante los actos de los demás (Granham, 1987, Casullo, 1999, y Hathaway y McKinley, 1999).

En concordancia con lo anterior, la **escala 3 (Hy)** indica una necesidad constante en el participante de mostrarse independiente, incluso llegando a evitar y terminar cualquier relación en la que él pueda sentirse controlado; el origen de esta actitud puede encontrarse en la dificultad para confiar en los demás. La presencia de estas

conductas defensivas pueden indicar la presencia de sentimientos de dependencia e inseguridad subyacente; de igual manera, se evidencia actitudes cínicas y de aislamiento social (Rivera, 1987 y Casullo, 1999),

Las **escalas 7 (Pt) y 9 (Ma)** conforman el segundo patrón común presente en el perfil y apunta a la presencia de gran ansiedad y tensión en el participante, la cual encamina a través de la realización de actividades excesivas y el conflicto que se siente entre hacer muchas cosas o hacerlas bien, ya que siente mucho temor de cometer equivocaciones; es así como la ansiedad que experimenta ante la sensación de no estar alcanzando todas las metas que se propuso y, la constante y excesiva actividad se convierte en una forma de canalizar más adecuadamente la energía. Sin embargo, a pesar de que se involucra en muchas actividades, experimenta constantes rumiaciones y cavilaciones, ya que siempre tiene la impresión de no estar logrando todo lo que, según él, debería (Granham, 1987, Casullo, 1999, y Hathaway y McKinley, 1999).

En este mismo sentido, el puntaje de la **escala 2 (D)** sugiere la presencia de sentimientos depresivos, de infelicidad e inquietud y de intereses restringidos. De igual manera, pueden presentarse problemas de atención y concentración, así como también para relacionarse de un modo eficaz con el medio; es por esto que suele albergar profundos sentimientos de inferioridad y de falta de confianza en si mismo, que pueden reflejarse en incomodidad y evitación de situaciones sociales. Por último, se puede decir que el participante se presenta como una persona acomodaticia e individualista (**escala 5 (Mf)**), con una actitud enérgica y activa aunque poco controlada y manipulativa (**escala 0 (Si)**) y con una escasa preocupación acerca del cuerpo y su propia salud (**escala 1 (Hs)**) (Granham, 1987, Casullo, 1999, y Hathaway y McKinley, 1999)

6.1.2.5. Escalas de contenido

Tabla 19

Puntajes de las Escalas de Contenido PA2

ESCALAS	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT
PUNT BRUTO	15	1	10	20	11	15	8	22	17	16	10	14	11	19	13
PUNT T	65	38	61	72	56	84	54	71	68	70	58	64	62	66	61

Clave MMPI-2, Contenido: **BIZ'' DEP CYN TPA' ASP WRK ANX SOD FAM
OBS TRT LSE HEA – FRS**

El puntaje alcanzado en la escala **ANG** puede referir una actitud de malhumor, impaciencia y terquedad, con sentimientos ocasionales de ruina, de ser renegado y de poseer una percepción pobre y negativa de sí mismo (**LSE**); estos sentimientos se relacionan con la escala **DEP**, la cual señala la presencia de pensamientos depresivos en forma significativa. De esta manera, el participante llega a experimentar sentimientos de melancolía e incertidumbre y desinterés hacia su vida y su futuro, generando esto que experimente sentimientos de intenso vacío e incluso puedan llegar a aparecer ideas suicidas o deseos de estar muertos (Casullo, 1999, y Hathaway y McKinley, 1999).

Por su parte, el elevado puntaje en la escala **BIZ** indica la presencia de procesos psicóticos; en este sentido, se pueden presentar alucinaciones visuales, olfativas o auditivas y reconocer que sus pensamientos son extraños o peculiares. De igual manera, puede llegar a presentar ideación paranoide y a tener la sensación de tener una misión especial en la vida, así como también de poseer poderes especiales. En esta misma línea, las escalas **CYN** y **ASP** sugieren la tendencia a poseer actitudes negativas hacia los demás y creen que éstos actúan por motivos oscuros y secretos, es por esto que suelen ser sumamente desconfiados en relación a los otros; existe incluso la posibilidad de de que tenga actitudes negativas hacia personas de su entorno más

cercano (familiares, amigos y compañeros de trabajo); esta desconfianza hacia los otros, también se refleja en la escala **TRT**, la cual sugiere que se presentan actitudes negativas ante los profesionales de la salud mental, dado que tiene la sensación de que nadie puede ayudarle ni comprenderlo y además, experimenta mucha dificultad para hablar de sus problemas. Cabe destacar que el puntaje de la escala **TPA** señala a una persona inquieta y acelerada, orientada hacia el trabajo y con tendencia a ser resolutiva; en este sentido, refiere no disponer nunca del tiempo suficiente para concluir con las tareas y los compromisos que tiene. Suele ser impaciente e irritable y se molesta en exceso si es interrumpido (Casullo, 1999, y Hathaway y McKinley, 1999).

En relación a las escalas adicionales de validez Hathaway y McKinley (1999), también se hace evidente la presencia de problemas de ansiedad generalizados, tales como tensión, dificultades de sueño, preocupación excesiva y problemas de concentración y de toma de decisiones (**ANX**), ya que suelen rumiar de manera excesiva sus problemas o preocupaciones; estos problemas de ansiedad se exacerban ante las situaciones de cambio (**OBS**). De igual manera, estos síntomas de ansiedad pudieran estar asociados tanto con la existencia en el participante de actitudes o problemas personales que estén contribuyendo a un clima laboral negativo (**WRK**), como con la vivencia de experiencias de discordia familiar; pueden llegar a describir a sus familias como desamorosas y proclives a las disputas (**FAM**).

Por otra parte, la escala **SOD** indica la preferencia del participante por estar solo en lugar de estar con otras personas, lo que trae como consecuencia un distanciamiento social e incomodidad en las situaciones sociales. Por último, el puntaje de la escala **FRS** se encuentra muy bajo, prácticamente sumergido en el perfil, lo cual implica una ausencia importante de miedos, bien sea ante objetos o ante situaciones particulares; también se evidencia poca o ninguna preocupación por su estado de salud (**HEA**) (Casullo, 1999, y Hathaway y McKinley, 1999).

6.1.2.6. Escalas suplementarias

Tabla 20

Puntajes de las Escalas Suplementarias PA2

ESCALAS	A	R	Es	MAC-R	Fb	TRIN	VRIN	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS
PUNT BRUTO	28	14	28	30	6	10	12	8	15	12	23	38	19	31	38
PUNT T	67	42	38	70	55	51	63	30	48	32	60	56	33	75	72

Clave MMPI-2, Suplementarias: **PK PS MAC-R' A VRIN Mt GM – R Es GF Re O-H**

En relación a las escalas adicionales de validez Hathaway y McKinley (1999), consideran que un puntaje T 55 en la **escala Fb** se encuentra dentro de las puntuaciones medias; De igual manera, las puntuaciones obtenidas en las escalas **TRIN** y **VRIN**, refuerzan la información anterior, considerándose como puntuaciones aceptables, por lo cual se puede considerar un perfil válido (Casullo, 1999, y Hathaway y McKinley, 1999).

Las escalas **PK**, **PS** y **A** sugieren la presencia de intensos sentimientos de estrés emocional, tales como ansiedad, disturbios del sueño, así como también de pensamientos perturbadores e intrusivos; de igual manera, se pueden llegar a presentar sentimientos de culpa y sensación de estar deprimido. Por su parte, los puntajes obtenidos en las escalas **O-H**, **R**, **GM** y **MAC-R**, indican un pobre control de impulsos y ausencia de miedos, por lo que suele expresar la agresividad de modo intenso; así mismo, muestra de manera constante una actitud altanera y prepotente, por lo cual tiende a fomentar la confrontación en situaciones desagradables y de displacer. También se evidencia la presencia de un estilo de vida asociado con la aparición de desordenes de adicción, relacionados con el consumo de alcohol y de drogas no prescritas (Casullo, 1999, y Hathaway y McKinley, 1999).

Por último, se evidencian de manera clara sentimientos de baja confianza en sí mismo, así como también una posible sensación de ineficacia, pesimismo y ansiedad; del mismo modo, se presenta poca capacidad para afrontar situaciones de estrés y baja tolerancia a la frustración, lo que relaciona con su tendencia a no aceptar las consecuencias de sus acciones. También se observa una conducta individualista, con poco sentido de la responsabilidad grupal, debido a sentimientos de incomodidad en las relaciones sociales, acompañadas de una tendencia a no aceptar valores o conductas consensuadas (**escalas Mt, Es, Re y Do**) (Casullo, 1999, y Hathaway y McKinley, 1999).

6.1.2.7. Estabilidad del perfil

0/4 = T 76 Pd = T 76 Sc = T 72 Pa

4/10 = T 76Sc = T 72 Pa = T 66 Pt

Perfil poco estable en el tiempo.

6.1.3. Participante 3

Sexo: Masculino

Edad: 26 años

Estado civil: Soltero

Titulación Académica: Técnico en emergencias Médicas. Estudiante Universitario

Clave MMPI-2: - **6 1 2 7 8 5 0; 7 1 21**

Puntuación ?: 2

Tabla 21

Puntajes de las Escalas de Validez y Clínicas PA3

ESCALAS	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
PUNT BRUTO	7	1	21	1	16	23	14	20	9	2	1	16	16
PUNT CORR				11			22			23	22	20	
PUNT T	58	38	63	42	38	52	46	37	44	38	38	50	37

6.1.3.1. Validez del perfil y actitud hacia el Inventario

Diversos autores plantean que una puntuación 2 en la **escala interrogante o ?** es atribuida a una interpretación idiosincrásica de los ítems omitidos, lo cual coincide con el contenido de los mismos (ver ítems 119 y 483) (Granham, 1987, Casullo, 1999 y Hathaway y McKinley, 1999).

La **escala L**, con un puntaje de 59, se encuentra dentro del área de normalidad estadística, lo que indica que el participante respondió el cuestionario de manera típica, mostrándose de esta manera conforme con su propia imagen. Por su parte, en la **escala F** el participante obtuvo un puntaje significativamente bajo, lo cual indica que a pesar de que se trata de un registro aceptable, puede estar indicando la presencia de una fuerte conformidad social, lo cual le lleva a tratar de mostrar una falsa imagen de sí mismo, más adaptada; dicha tendencia puede estar relacionada con una baja capacidad de insight (Granham, 1987, Rivera, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999). En este mismo sentido, Casullo (1999) propone que es un puntaje T válido, aun cuando al combinarse con el puntaje T de la escala L, puede indicar la propensión de sujetos defensivos a negar los problemas o encubrir la sintomatología. De igual manera, un puntaje T de 63 en la **escala K** es considerado por diversos autores (Granham, 1987, Rivera, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999) como elevado, indicando de esta manera que se trata de un participante clínicamente defensivo, que trata de negar sus problemas y muestra mucha reserva ante la tarea de responder el cuestionario, lo que podría indicar baja capacidad de tolerancia o de insight. Puede

Español Mental, No 30, D 33, no significativo

tratarse de personas tímidas e inhibidas y dudosas sobre su compromiso emocional con los demás

Al interpretar la combinación de las escalas **L**, **F** y **K**, se puede afirmar que se trata de un participante que presenta dificultades para reconocer los propios problemas, que posee la tendencia a describir una imagen favorable de sí mismo y la capacidad para enfrentar conflictos, en caso de presentarlos (Rivera, 1987).

Validez del perfil según las reglas básicas de Rivera (1987):

1. Puntaje directo **F** menor a 20.
2. Resta de los puntajes directos de **F-K** (índice de Gough) igual o superior a - 20 (Según Casullo (1999), puede tratarse de un intento de fingir moderadamente).
3. Tres escalas clínicas con T 55-45 (normalidad estadística).

Validez del perfil según Casullo (1999):

1. ? menor que 30.
2. **L** igual a 7 puntos directos.
3. **F** igual 1.
4. **K** igual a 21 puntos directos (elevada).

6.1.3.2' Líneas de interpretación de la personalidad y del estado emocional del Participante

Ansiedad: **Pt** 38; **Sc** 38, no significativo.

Estado Depresivo: **D** 38; **Ma** 50, no significativo.

Estado Maníaco: **Ma** 50; **D** 38, no significativo.

Psicosis: Sc 38; Pt 38, no significativo.

Suspiciacia: Pa 44; no significativo.

Acting-out: Pd menor que T 65, Ma menor que T 70 y Si menor que T 40; ANG menor que T 65, no significativo.

Confusión/desorientación: F 38; Sc 38; Pt 38; Elevación promedio del perfil menor que T 70, no significativo.

Autocontrol/acting-out:

Inhibición o constricción: Si menor a T 65, no significativo.

Sobrecontrol o represión: O-H mayor que T 65, significativo.

Acting out o impulsividad: Dp y Ma menores que T 65, y Si menor que T 40, no significativo.

Hostilidad: ANG menor que T 65, no significativo.

Impulsividad: Pd menor que T 65; Ma menor que T 70 y Si menor que T 40, no significativo.

Introversión: Si menor que T 65, no significativo.

Obsesividad: Pt menor que T 65; OBS menor que T 65, no significativo.

Dominancia: Do menor que T 65, no significativo.

Cinismo: CYN menor que T 65, no significativo.

Problemas de alcohol y de drogas:

Pd menor que T 65; **Pd** y **D** menores que T 65; **Pd**, **D** y **Pt** menores que T 65, no significativo.

Estilo de relaciones interpersonales: Hs 42, Pd 46, Do 55, Pa 44, Sc 38, SOD 34.

A partir de los puntajes anteriores, se puede afirmar que se trata de un participante socialmente adaptado, responsable, persistente y confiado, aun cuando puede ser poco asertivo y muy cauteloso en algunas ocasiones. De igual manera, se muestra como una persona convencional y conformista, con una alta tendencia a aceptar la autoridad y a ser fácilmente influenciado por los otros. Por último, suele ser sumamente restringido en sus relaciones sociales y evita los compromisos emocionales profundos (Granham, 1987, Rivera, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

6.1.3.3. Escalas elevadas, contribución de subescalas

No existen escalas significativamente elevadas; sin embargo, las que obtuvieron puntuaciones más altas fueron las **escalas K** y **L**, con puntuaciones de 63 y 59 respectivamente, lo cual indica que, aun cuando se presenta conforme con su propia imagen, tiende a mostrar una actitud defensiva, tratando de dar una apariencia de adecuación, control y efectividad.

6.1.3.4. Patrones comunes

Clave MMPI-2: - **6 1 2 7 8 5 0**; **7 1 2 1**

La puntuación obtenida en la **escala 6 (Pa)** refleja que el participante tiende a mostrarse como excesivamente controlado en situaciones de conflicto, las cuales le pudieran ocasionar alguna forma de respuesta agresiva; de igual manera se trata de un sujeto ordenado, socialmente interesado, que suele ser convencional y serio en su manera de actuar. Esta información se relaciona con la proporcionada por las **escalas 2 (D)** y **8 (Sc)**, la cual describe a un individuo con la actitud de esforzarse en aparecer

seguro, firme, decidido y realista, por la necesidad de ocultar los aspectos más vulnerables de su personalidad; esta actitud conduce a una reducción de la autocrítica del sujeto ante su propia descripción (Rivera, 1987).

Por su parte, la disminución observada en la **escala 7 (Pt)** dentro un perfil sumergido podría estar señalando cierta dificultad para valorar las experiencias, con la consecuente imposibilidad de cambiar modelos de comportamiento que pudieran tornarse como problemáticas para el sujeto, por lo que puede encontrarse una disminución en su capacidad de insight y en la angustia que se ocasiona ante el reconocimiento de la propia conflictiva. Este participante también presenta una disminución significativa en la **escala 5 (Mf)**; dicha disminución parece reforzar la suposición anterior sobre una limitada capacidad de insight. De igual manera, su orientación a la acción lo lleva a conducirse en algunas ocasiones de manera cruda e imprudente, con tendencia al acting. Dicha puntuación indica la posibilidad de que el participante presente vacilaciones con respecto a su masculinidad y utilice tales conductas y actitudes como compensación (Casullo, 1999, Granham, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999), tal y como lo expresa Rivera (1987), se trata de una autoafirmación de las características masculinas a través de la exageración del estereotipo masculino, resaltando de esta manera la rudeza, brusquedad y autosuficiencia. Esta misma manera de conducirse, lo lleva a exhibir una tendencia a ser superficialmente comunicativo, aparentando ser dinámico, activo y convencionalmente ajustado a las situaciones sociales. En lo que respecta a sus conflictos, da la impresión de buscar que sea el ambiente externo el que cambie, sin conseguir percibir en sus conflictos su propia responsabilidad (**escala 0 (Si)**). Se puede hablar, por lo tanto, de una comunicación aparentemente abierta, pero muy superficial (Rivera, 1987).

Entre sus fortalezas destacan el ser una persona libre de preocupaciones somáticas y sensible; también el poscer una actitud realista, confiable y responsable, además de

un estilo lógico, racional y persistente para llevar a cabo las tareas que se le presenten (escalas 1 (Hs), 3 (Hy), 4 (Pd) y 9 (Ma)) (Casullo, 1999, Rivera, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

6.1.3.5. Escalas de contenido

Tabla 22

Puntajes de las Escalas de Contenido PA3

ESCALAS	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT
PUNT BRUTO	1	1	1	2	2	0	3	7	9	5	0	0	0	1	1
PUNT T	35	38	36	38	39	39	40	43	48	38	33	34	35	36	36

Clave MMPI-2, Contenido: – **CYN ANG HEA BIZ FRS DEP TPA OBS WRK TRT ANX FAM SOD LSE**

La escala ASP se encuentra dentro del área de normalidad estadística e indica que el participante no presenta problemas con la ley ni con las figuras de autoridad, y tampoco tiene dificultades en asumirla (Rivera, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

Perfil sumergido. De acuerdo con las escalas CYN, ANG y SOD, el participante muestra tener confianza en los otros, además de tener actitudes positivas hacia ellos y sentirse cómodo con las relaciones sociales, lo cual se ve potenciado por el hecho de no presentar problemas con el control de la ira y el enojo, ni preocupaciones por la misma. De igual manera, las escalas BIZ, FRS y HEA refieren un pensamiento claro, estructurado y organizado, apegado a la realidad, lo que refleja que no existe la presencia de temores a situaciones u objetos específicos, ni preocupación excesiva por el estado de salud (Rivera, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

Por su parte, el participante es del tipo de personas que refiere usualmente no disponer del tiempo suficiente para realizar sus actividades, lo que ocasiona cierta

tendencia al estrés ante situaciones de cambio, sobre todo aquellas relacionadas con el trabajo, ya que posee una orientación intensa hacia el mismo, lo que le genera ciertas dificultades en la toma de decisiones, una preocupación excesiva y un permanente estado de ansiedad y tensión, además de las dificultades de concentración que tal estado genera (**TPA, OBS, WRK, ANX**). Cabe destacar, que este sentimiento de estrés y tensión, se extiende también a sus relaciones familiares, pues se evidencia una gran preocupación por la estabilidad familiar y por las relaciones entre los miembros de la misma (**FAM**). Sin embargo, hay que señalar que el participante tiene dificultades para hablar de sus problemas y preocupaciones, razón por la cual termina guardándolas para sí mismo, por no confiar en la ayuda de otros (**TRT**); otro punto importante es el reflejado en la escala **LSE**, el cual alude a una autopercepción de resultar poca atractivo para los demás, esto puede referir baja autoestima y autoconfianza, además de poca disposición para aceptar cumplidos por parte de otros, lo que lo lleva a experimentar continuos sentimientos de melancolía y cavilaciones y una tendencia a considerar a los demás como poco contenedores (Rivera, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

6.1.3.6. Escalas suplementarias

Tabla 23

Puntajes de las Escalas Suplementarias PA3

ESCALAS	A	R	Es	MAC-R	Fb	TRIN	VRIN	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS
PUNT	1	20	40	22	0	9	5	18	17	24	5	44	27	0	0
BRUTO															
PUNT	34	56	60	49	42	45	45	67	55	61	35	65	57	35	43
T															

Clave MMPI-2, Suplementarias: **O-H GM Re Es GF R – Fb Mt PK A PS**

En lo que respecta a las escalas adicionales de validez Hathaway y McKinley (1999), consideran un puntaje T 42 para la escala **Fb** disminuido o de validez cuestionable, no por tratarse de respuestas azarosas o “todo falso”, sino por la

posibilidad de que el participante haya tratado de mostrar una buena imagen de sí mismo. Sin embargo, para Casullo (1999), un puntaje T menor a 90 en la escala **Fb** es válido. Para estos autores un puntaje directo de 9 y 5 en las escalas **TRIN** y **VRIN** respectivamente, es considerado bajo o perfil de respuestas consistentes (Rivera, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

Perfil poco estable en el tiempo.

Por su parte, las escalas **O-H** y **R** refleja ciertas dificultades para la expresión de la rabia y el enojo, lo que ocasiona que proceda, en estos casos, de manera sobrecontrolada; de igual manera, se observa cierta tendencia a guardarse de modo rígido la expresión de la agresividad. Otra característica que se presenta en el participante, es una emotividad de tipo constrictiva, muy poco espontánea e intensa, con una tendencia a la negación y a la racionalización de los conflictos, como forma de enfrentarlos. También cabe señalar que un puntaje elevado en la escala **GM** es indicativo de ausencia de miedos y tenacidad; esta descripción se relaciona con la disminución de la **escala 5 (Mf)**, lo cual podría indicar la presencia de una tendencia autoritaria y prepotente. Los puntajes obtenidos en las escalas **Do, Re, Es** y **GF** ponen de manifiesto en el participante una actitud respetuosa y confiable hacia los demás, que posee cierta iniciativa en las situaciones interpersonales, y con un amplio sentido de la responsabilidad grupal y de la justicia; de igual manera, muestra tendencias hacia la religiosidad y a la falta de prejuicios, además de evitar decir malas palabras (Granham, 1987, Rivera, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

Puntajes de las Escalas de Valores y Círculos PA4

Las escalas **PK** y **PS** con puntajes muy bajos, pueden estar señalando la presencia de ansiedad y de sus perturbaciones subsecuentes, tales como problemas del sueño, estrés emocional y pensamientos perturbadores, además de sentimientos de culpa o melancolía y aflicción, correspondiéndose de esta manera con la disminución observada en **Mt** y **A**, que reflejaría, debido a su sumergimiento, una sensación de ineficiencia, inconformismo, ansiedad y pesimismo (Hathaway y McKinley, 1999 y Casullo, 1999).

1999), una puntuación 6 en la escala interrogante o 7 es atribuida a una

6.1.3.7. Estabilidad del perfil

2/8 = T 52 Hy = T 50 Ma = T 44 Pa

8/10 = T 50 Ma = T 42 Hs = T 38 D

Perfil poco estable en el tiempo.

Participante 4

Sexo: Masculino

Edad: 47 años

Estado civil: Casado

Titulación Académica: Técnico Aeronáutico

Clave MMPI-2: 3 - 2 8 5 0; 7 2 23

Puntuación ? : 6

Tabla 24

Puntajes de las Escalas de Validez y Clínicas PA4

ESCALAS	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
PUNT BRUTO	7	2	23	3	19	27	14	22	11	5	4	15	14
PUNT CORR				14			23			28	27	20	
PUNT T	59	40	68	48	44	60	48	42	50	47	44	50	34

6.1.4.1. Validez del perfil y actitud hacia el Inventario

Para diversos autores (Granham, 1987, Casullo, 1999 y Hathaway y McKinley, 1999), una puntuación 6 en la **escala interrogante o ?** es atribuida a una

interpretación idiosincrásica de los ítems omitidos, lo cual coincide con el contenido de los mismos (ver ítems 32, 99, 119, 268, 332 y 406).

De acuerdo con Hathaway y McKinley (1999, adaptado por Ávila-Espada y Jiménez-Gómez), **la puntuación en la escala L** debe encontrarse en un rango T de 50-59, sin embargo Granham (1987), afirma que el puntaje directo para el grupo de estandarización del Inventario fue de 4 puntos, el cual, de acuerdo con investigaciones posteriores, disminuye al aumentar “el nivel educativo, inteligencia, nivel socioeconómico y complejidad psicológica”. Elevación que sugiere una actitud defensiva hacia la tarea de autodescripción, característica asociada con conductas extra-test como el convencionalismo, la conformidad social, inflexibilidad de pensamiento, rigidez, moralista y empleo excesivo de la represión y el rechazo, lo que lleva a un desconocimiento de las propias motivaciones y consecuencias de sus conductas en las demás personas. Para Rivera (1987), una elevación leve la necesidad del participante de describirse socialmente ajustado, apegado a los valores morales, de acuerdo a las expectativas que observe del entorno. Por su parte Casullo (1999), plantea que las personas que intentan dar una imagen ajustada de sí mismos lo hacen por medio de ítems de contenido moralista, por ende, serán cuestionables las características moralistas reflejadas, para esta autora, un puntaje T 59 es válido e indicativo de una fuerte moral y virtuosidad, antes que de fingimiento.

La puntuación obtenida por el participante en **la escala F** es considerada por Granham (1987), Rivera (1987) y Hathaway y McKinley (1999), como significativamente baja, indicando que aún cuando se trata de un registro aceptable, indica una fuerte conformidad social que le lleva a describir una falsa imagen de sí mismo, más adaptada. Esta tendencia puede estar relacionada con una baja capacidad de insight. Para Casullo (1999), se trata de un puntaje T válido, sin embargo, en combinación con el puntaje T obtenido en la escala L, puede estar indicando la

tendencia de sujetos defensivos a negar los problemas o enmascarar la sintomatología.

Un puntaje elevado en la **escala K** es disminuye la validez del perfil, por ello, al momento de interpretar el perfil debe tomarse en cuenta que el participante niega sus problemas y presenta una defensividad moderada o presenta excesiva reserva ante la tarea, lo que puede estar indicando baja capacidad de tolerancia o de insight. Su fuerte apego a las normas sociales le lleva a rechazar conductas y creencias poco convencionales. Puede tratarse de personas tímidas e inhibidas y dudosas sobre su compromiso emocional con los demás (Granham, 1987, Rivera, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

Combinación que Rivera (1987) describe como indicativa de la dificultad para reconocer los propios problemas, la tendencia a describir una imagen de sí mismo favorable y la existencia de capacidad para enfrentar conflictos, en caso de presentarlos.

Validez del perfil según las reglas básicas de Rivera (1987):

1. Puntaje directo **F** menor a 20.
2. Resta de los puntajes directos de **F-K** (índice de Gough) igual a -21 (Según Casullo (1999), puede tratarse de un intento de fingir moderadamente).
3. Cinco escalas clínicas con T 55-45 (normalidad estadística).

Validez del perfil según Casullo (1999):

1. ? menor que 30
2. **L** igual a 7 puntos directos.
3. **F** igual a 2.

4. **K** igual a 23 puntos directos (elevada).

6.1.4.2. Líneas de interpretación de la personalidad y del estado emocional del Participante

Ansiedad: **Pt** 47; **Pt** más elevada que **Sc**, no significativo.

Estado Depresivo: **D** 44; **Ma** T 50, no significativo.

Estado Maníaco: **Ma** 50; **D** T 44, no significativo.

Psicosis: **Sc** 44, no significativo, mayor que **Pt** en tres puntos T.

Susplicacia: **Pa** 50, no significativo.

Acting-out: **Pd** menor que T 65; **Ma** menor que T 70 y **Si** menor que T 40; **ANG** menor que T 65; no significativo.

Confusión/desorientación: **F** 40; **Sc** 44; **Pt** 47; Elevación promedio del perfil menor que T 70, no significativo.

Autocontrol/acting-out:

Inhibición o constricción: **Si** menor a T 65, no significativo.

Sobrecontrol o represión: **O-H** mayor que T 65, significativo.

Acting out o impulsividad: **Dp** y **Ma** menores que T 65, y **Si** menor que T 40, no significativo.

Hostilidad: **ANG** menor que T 65, no significativo.

Impulsividad: **Pd** menor que T 65; **Ma** menor que T 70 y **Si** menor que T 40, no significativo.

Introversión: **Si** menor que T 65, no significativo.

Obsesividad: **Pt** menor que T 65; **OBS** menor que T 65, no significativo.

Dominancia: **Do** menor que T 65, no significativo.

Cinismo: **CYN** menor que T 65, no significativo.

Problemas de alcohol y de drogas: **Pd** menor que T 65; **Pd** y **D** menores que T 65; **Pd, D** y **Pt** menores que T 65, no significativo.

Clave MMP-2: 3-2850:7233
Estilo de relaciones interpersonales: **Hs 48, Pd 48, Do 61, Pa 50, Sc 44, SOD 36.**

De acuerdo a los puntajes anteriores, se trata de un participante socialmente adaptado, con interés por los grupos y relaciones sociales, de tipo confiable, sensible y sincero, pero que debido a tendencias dependientes o a su necesidad del otro, puede emplear conductas o actitudes dominantes, suspicacia por creerse dependiente y vulnerable, y/o establecer relaciones superficiales.

6.1.4.3. Escalas elevadas, contribución de subescalas

Elevaciones en las **escala K** y en la **escala 3 (Hy)** T 60, esta última con contribución de **Hy1** (Negación de la ansiedad social) y **Hy4** (Quejas somáticas), que por ser menores a T 65 no pueden ser interpretadas. Las características de aquellos que puntúan alto en esta escala se refieren a la negación de los problemas psicológicos, quejas somáticas vagas y extraversión social (Casullo, 1999). Estas características indican que bajo tensión es probable que el participante emplee mecanismos defensivos como la conversión y la represión ocasionando la presencia de síntomas somáticos cuyo origen psicológico no reconocerá. Es posible que

muestra poco insight de sus motivaciones y emociones. En las relaciones sociales es extravertido pero puede emplear ciertas tácticas para asegurar los acercamientos grupales, tales como la negación de la tristeza y la tendencia a comentar sus dificultades, lo que puede ocasionar el establecimiento de relaciones superficiales e inmaduras y demuestra la necesidad de agradar e inseguridad en sí mismo. La no obtención de atención puede provocar hostilidad y resentimiento, emociones que serán negadas o mostradas de manera indirecta. Debido a su excesivo control y represión, si es confrontado puede reaccionar con resentimiento o sentirse perseguido (Granham, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

6.1.4.4. Patrones comunes

Clave MMPI-2: 3 - 2 8 5 0; 7 2 23

La elevación descrita en la **escala 3 (Hy)** coincide con la marcada disminución de la **escala 0 (Si)**, las cuales permiten describir no solo un sujeto extrovertido y sociable, con capacidad para integrarse a situaciones grupales, sino también, una acentuada necesidad de estar con otros que puede llevar al individuo a la manipulación y el oportunismo debido a que tales características se combinan con rasgos egocéntricos e inmaduros y dificultades para lograr el insight. Se trata de un participante con energía y fluidez tanto verbal como física y se interesa en el poder, la posición y el reconocimiento por lo que busca situaciones competitivas. El puntaje obtenido en las **escalas 4 (Pd)** y **7 (Pt)** describen a un sujeto responsable, comprometido, persistente y confiable, puntual y organizado con buena capacidad de adaptación (Casullo, 1999, Granham, 1987 y Hathaway y McKinley, 1999).

Las **escalas 6 (Pa)** y **9 (Ma)** dentro de la normalidad estadística señalan la probable presencia de sentimientos de vulnerabilidad ante las relaciones interpersonales debido a la sociabilidad y excesiva confianza empleada para solventar la necesidad del otro, tienen tendencia a mostrarse optimistas y negadores de las

preocupaciones y ansiedades, lo que puede ocasionar descargas inesperadas u hostilidades al no conseguir lo buscado. En el ámbito laboral estas escalas reflejan ciertas ventajas: la facilidad para el trabajo en equipo, la búsqueda de actividad, poder, y reconocimiento y el optimismo como energía personal. La escala seis por su parte, protege al sujeto del descontrol al introducir la racionalidad y el pensamiento claro (Casullo, 1999, Granham, 1987).

Las escalas 2 (D) y 8 (Sc) sumergidas pueden indicar la necesidad del sujeto por controlar la presencia rasgos relacionados con la ansiedad, inseguridad, ira y relaciones interpersonales, los cuales, en conjunto, describirían a un individuo con síntomas somáticos y explosiones de ira, ambos producto de la negación, conversión y represión, poco convencional y conservador (Casullo, 1999). La inseguridad en sí mismo determina la existencia de relaciones interpersonales peculiares, marcadas por la necesidad de reconocimiento y compañía, así como por duda y suspicacia de las motivaciones del otro, aunque puede ser que el autocentramiento lleve a confiar excesivamente en el otro. Las inseguridades, la falta de insight y la inflexibilidad al enfrentar los problemas se reflejan en la disminución marcada de la **escala 5 (Mf)**, mostrando además, un énfasis exagerado en la fuerza y valor físico con riesgo de presentarse agresivo, vulgar, arrojado (Granham, 1987), orientado a la acción y apegado al estereotipo masculino (Casullo, 1999).

Aun cuando la **escala 1 (Hs)** señala la ausencia de preocupaciones somáticas la tendencia negadora y la falta de insight en el participante puede haber ocasionado obtención de un puntaje normal en la misma, sin embargo, debe resaltar que aún cuando pueda resultar un mecanismo que mantenga la efectividad del sujeto puede llegar a presentar síntomas incapacitantes, explosiones emotivas y desgaste psicológico por la energía invertida en la defensa. Por último, existen indicios de que la fuerte necesidad de control sobre la descripción de síntomas o rasgos poco

convencionales se relacione con la necesidad de contacto interpersonal y de reconocimiento laboral.

6.1.4.5. Escalas de contenido

Tabla 25

Puntajes de las Escalas de Contenido PA4

ESCALAS	ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT
PUNT BRUTO	5	2	3	2	4	2	3	5	5	6	4	1	2	3	1
PUNT T	43	41	42	38	42	45	40	39	38	41	43	36	40	39	36

Clave MMPI-2, Contenido: – ANX LSE OBS HEA FRS TPA ANG FAM CYN WRK DEP ASP SOD TRT

La escala BIZ dentro del área de normalidad estadística señala que el participante posee un pensamiento claro, estructurado y organizado, con apego a la realidad.

Perfil sumergido. Existen síntomas difusos de ansiedad entre los cuales se encuentran los problemas somáticos y la tensión (ANX), que puede estar asociado a la inseguridad en sí mismo y a la consecuente regulación (dependencia) externa de la autoestima (LSE). La regulación externa y la necesidad de ser y mostrarse ajustado, puede desencadenar en estados melancólicos (DEP) en caso de no obtener una valoración favorable y se ha actuado al margen de lo socialmente esperado (ASP).

La escala OBS relacionada con HEA puede ser indicativo de tensión y preocupación por el estado de salud físico, e indicar la exacerbación de los mismos ante situaciones de cambio. Por su parte, la relación de FRS y TPA puede indicar temores relacionados con el rendimiento laboral, ya que esta última describe una personalidad para la cual no hay horas suficientes para trabajar, de tendencia autoritaria y directa, a la que no le gusta esperar ni ser interrumpida, que se esfuerza y orienta al trabajo duramente. Las diversas características antes descritas, aunadas a la

desconfianza y actitudes negativas hacia algunos compañeros o conocidos (CYN), pueden estar ocasionando aumento de tensión, dificultades en la toma de decisión o en las relaciones con los mismos que se reflejan en la escala WRK, así como su tendencia a guardar las dificultades para sí mismo por no confiar en la obtención de una ayuda (TRT) y disfrutar de contactos sociales superficiales (SOD).

Por su parte la combinación de ANG y FAM, aunada a las características descritas en la escala 5, indican la posible vivencia de problemas e inconformidad familiar que puede despertar en el participante reacciones de ira, rabia e impaciencia con el riesgo de cometer abuso a objetos o personas.

6.1.4.6. Escalas suplementarias

Tabla 26

Puntajes de las Escalas Suplementarias PA4

ESCALAS	A	R	Es	MAC-R	Fb	TRIN	VRIN	O-H	Do	Re	Mt	GM	GF	PK	PS
PUNT BRUTO	6	16	37	24	0	8	6	19	19	25	5	42	26	2	5
PUNT T	40	47	54	54	42	40	44	71	61	63	35	62	50	37	39

Clave MMPI-2, Suplementarias: O-H' Re GM Do -VRIN Fb A TRIN PS PK

Mt

En relación a las escalas adiciones de validez Hathaway y McKinley (1999), considerará un puntaje T 42 para la **escala Fb** disminuido o de validez cuestionable, no por tratarse de respuestas azarosas o "todo falso", sino por la posibilidad de que el participante haya mostrado una buena imagen de sí mismo. Sin embargo, para Casullo (1999), un puntaje T menor a 90 en la **escala Fb** es válido. Para estos autores un puntaje directo de 8 y 6 en las escalas TRIN y VRIN respectivamente, es considerado bajo o perfil de respuestas consistentes.

La elevación presentada en la escala **O-H** refuerza la hipótesis planteada anteriormente respecto a posibles explosiones de ira producto de una constante negación y represión de tales sentimientos, indicaría una tendencia a responder adecuadamente ante las provocaciones, pero que en ocasiones presentará repuestas agresivas exageradas sin provocación aparente (Hathaway y McKinley, 1999), debe considerarse que es una escala que más que predictora indica actos pasados, además de esto, en ciertas profesiones, sujetos con elevaciones en **O-H** son bien adaptados socialmente, como en el caso de los pilotos (Casullo, 1999). Así mismo lo señala la escala **Re**, según la cual el participante es digno de confianza, íntegro y con sentido de responsabilidad hacia el grupo y presenta características dependientes. Se encuentra dispuesto a asumir las consecuencias de sus actos (Hathaway y McKinley, 1999 y Casullo, 1999), es acomodaticio, adaptable, con recursos personales para enfrenta el estrés y resolver los problemas y, aún cuando puede evitar los estímulos desagradables o displacenteros, posee capacidad para mediar con los mismos. Tiende a ser espontáneo, astuto, excitable y dominante (**escalas R, Es y MAC-R**, Hathaway y McKinley, 1999).

En relación con la **escala GM** indica autoconfianza, ausencia de miedos, amplitud de intereses y tenacidad. Al combinarse con la disminución descrita en la **escala 5 (Mf)** podría indicar la presencia de una tendencia autoritaria o pobre control de impulsos, así como con la **escala Do**, la cual señala un estilo dominante en las relaciones interpersonales. Sin embargo, la **escala GF** indica rasgos que contienen de actitudes agresivas o toscas, planteando en el participante el respeto, la consideración, así como la conservación de valores religiosos. El resultado en la **escala A** señala está característica enérgica, extravertida y competitiva, pero podría estar señalando el no reconocimiento de la ansiedad subyacente (Hathaway y McKinley, 1999 y Casullo, 1999).

6.2.7. Adaptación a la zona volcánica

El **Las escalas PK y PS** sumergidas pueden estar señalando la presencia de ansiedad y perturbaciones subsecuentes como disturbios del sueño, estrés emocional y pensamientos perturbadores, y sentimientos de culpa o depresión, relacionándose con la disminución en **Mt** que reflejaría, debido a su sumergimiento, la sensación de ineficiencia, ansiedad y pesimismo (Hathaway y McKinley, 1999 y Casullo, 1999).

6.2.3. Apoyo a la Institución de Protección Civil

6.1.4.7. Estabilidad del perfil

Se refiere a la demostración del participante de sentirse protegido y/o parte importante de la institución. Se refiere a las descripciones o comentarios que demuestran una vinculación afectiva positiva hacia la misma.

10/10 = T 60 Hy = T 50 Pa = T 50 Ma

0/2 = T 50 Pa = T 50 Ma = T 48 Hs

6.2.4. Apoyo familiar

Perfil estable.

El participante refiere contar con la admiración, el soporte o la comprensión familiar. El participante refiere contar con la admiración, el soporte o la comprensión familiar.

6.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO.

A continuación se presentan las categorías encontradas luego de procesar los corpus textuales con la herramienta Atlas.ti, los mismos, en concordancia con la postura paradigmática adoptada, han sido definidos partiendo de los discursos de los expertos y vivenciadores del impacto de las condiciones laborales dentro la zona caliente sobre la salud mental. Los cuatro corpus fueron incluidos en una única unidad hermenéutica de la cual fueron extraídos en total de cincuenta y dos (52) categorías.

6.2.1. ¿Estoy loco?

Referencias del participante que demuestren temer o que afirmen que sus gustos, opiniones o conductas sean o hayan sido juzgadas como irracionales o fuera de lo considerado socialmente normal.

6.2.2. Adaptación a la zona caliente

Comentarios o afirmaciones del participante que denoten su tendencia a transgredir los límites de la zona caliente para cumplir sus labores, las mismas son atribuidas por el sujeto a su entrega a la misma o necesidad de ser eficiente.

El participante refiere la necesidad de normalizar o sobrellevar el trabajo en la zona caliente, un proceso no natural, adquirido por medio de la experiencia propia o vicaria, el cual le permite asimilar nuevas formas de convivencia, relación, trabajo e incluso supervivencia.

6.2.3. Apego a la Institución de Protección Civil

Se refiere a la demostración del participante de sentirse protegido y/o parte importante de la institución, se incluyen descripciones o comentarios que demuestren una vinculación afectiva positiva hacia la misma.

6.2.4. Apoyo familiar

El participante refiere contar con la admiración, el soporte o la comprensión familiar respecto a sus actividades laborales, sea por medio de conductas observables o del apoyo emocional.

6.2.5. Autoimagen del trabajador operativo

Autodescripciones realizadas por el participante y referidas a su personalidad, gustos, conductas o actitudes.

6.2.6. Baja remuneración económica

El participante refiere recibir baja remuneración económica a cambio de su desempeño laboral.

6.2.7. Cambiar la seguridad por entrega a la labor de operaciones

Comentarios o afirmaciones del participante que denoten su tendencia a transgredir los límites de la seguridad mínima al cumplir sus labores, las mismas son atribuidas por el sujeto a su entrega a la misma o necesidad de ser eficiente.

6.2.8. Comparación con el otro: Contraste

El participante refiere la realización de conductas o experimentación de emociones relacionados con su ámbito laboral, afirmando que, a diferencia de él, los demás no los realizan ni experimentan.

6.2.9. Comparación con el otro: Identificación

El participante refiere la realización de conductas o experimentación de emociones relacionados con su ámbito laboral, afirmando que, al igual que él, otros los realizan o experimentan.

6.2.10. Conductas de autocuidado en situaciones de riesgo personal

Aquellos comportamientos que el sujeto refiere hacer para preservar su integridad física en situaciones en las que está en riesgo físico.

6.2.11. Conductas de riesgo placenteras

Se refiere a todas aquellas conductas que el participante informa realizar y que, aún cuando ponen en riesgo su integridad física, le resultan excitantes.

6.2.12. Contenido bizarro

Expresiones del sujeto que no contribuyen a la idea central de su narración y cuyo contenido resulta llamativo o grotesco por la crudeza del mismo.

6.2.13. Creencia en Dios

El participante afirma mantener fe, confianza o creencia en Dios, creador o ser supremo como un elemento importante asociado al éxito o integridad durante sus labores operativas.

6.2.14. Descripciones de la zona caliente

Referencias a los rasgos, características y sucesos genéricos de la zona caliente realizadas por el participante.

6.2.15. Destrezas adquiridas en el trabajo operativo y aplicadas a la vida personal

Se refiere a aquellas destrezas o aptitudes adquiridas en el trabajo operativo que el participante refiere poner en práctica en su vida personal.

6.2.16. El gusto por la labor operativa

Se refiere a la afirmación por parte del participante de experimentar agrado o disfrutar de las labores operativas.

6.2.17. Escasa seguridad laboral

El participante realiza expresiones que reflejan experimentar escasa seguridad física debido a las labores desempeñadas, situación atribuida a la urgencia de la situación o a la falta de recursos materiales durante la misma.

6.2.18. Exaltación de la locura

Referencias del participante a que experimenta admiración o agrado hacia la condición de locura y/o atributos de la misma.

6.2.19. Expectativa inicial

Referencias del participante acerca de mantener una actitud expectante antes y durante su entrada en la zona caliente como un elemento previsivo ante la situación a atender.

6.2.20. Humor dentro de la zona caliente

El participante informa la necesidad o hábito de interpretar los acontecimientos o sucesos laborales desde una visión graciosa o jocosa por medio del cual se atenúan los rasgos displacenteros del mismo.

6.2.21. Idea de Destino

Comentarios o afirmaciones del participante que indican la noción de no poseer control sobre la muerte propia y atribuir el mismo a un control externo, sea destino, ser superior, dios o creador.

6.2.22. Impacto negativo de la zona caliente

El participante refiere o describe haber experimentado impactos afectivos de características displacenteras producto de situaciones propias de la zona caliente y que merman su capacidad de respuesta o eficacia laboral.

6.2.23. Impacto positivo de la zona caliente

El participante refiere o describe haber experimentado impactos afectivos de características displacenteras y/o placenteras producto de situaciones propias de la zona caliente y que fortalecen su capacidad de respuesta o eficacia laboral.

6.2.24. La importancia del entrenamiento y la preparación

Comentarios o afirmaciones del participante que denoten el valor del entrenamiento, la práctica y la preparación en el área de operaciones como elemento indispensable para un alto desempeño y para preservar la integridad física de sí mismo.

6.2.25. Liderazgo en operaciones

Menciones del participante respecto a la importancia, necesidad y/o características del rol de líder dentro de las labores operativas.

6.2.26. Mala Administración de recursos humanos y materiales

Se refiere al señalamiento de parte del participante, de un uso y asignación inadecuada o ineficaz de recursos humanos y materiales dentro de la Organización de Protección Civil.

6.2.27. Manejo de la información en zona caliente

El participante resalta la importancia o valor de la correcta y veraz transmisión de la información respecto al evento atendido.

6.2.28. Masculinidad

Se refiere a la realización por parte del participante de comentarios acerca de diferencias de roles masculinos y femeninos al desempeñarse dentro de la zona caliente o referidos únicamente a su masculinidad.

6.2.29. Miedo preventivo

Referencias del participante acerca de la experimentación de un estado físico y mental de alerta o previsión dentro de la zona caliente, asociado a encontrarse en un estado de calma en espera de la ocurrencia de una emergencia.

6.2.30. Misión de mayor dificultad

El participante realiza constantes referencias a una misión determinada, en detrimento de otras o verbaliza de manera directa que una determinada misión implicó mayor esfuerzo, concentración, impacto y/o riesgo para sí mismo.

6.2.31. Necesidad de vivir por expectativa de muerte latente

El participante refiere la necesidad de emplear el tiempo de manera útil, no privarse de actividades placenteras y/o buscar un mayor número de experiencias gratas, debido a la posibilidad de morir en cualquier momento durante el ejercicio de sus labores operativas.

6.2.32. No expresión de sentimientos displacenteros en la zona caliente

Referencias relacionadas con la necesidad del participante de mantener un elevado control afectivo y no expresar sentimientos displacenteros durante el desempeño de las labores operativas

6.2.33. Omnipotencia

El participante realiza expresiones que reflejan una confianza excesiva en sus capacidades y/o una creencia de invulnerabilidad en cuanto a las labores propias de la zona caliente.

6.2.34. Operaciones en conflicto político

El participante informa o relata de atenciones dentro de la zona caliente de origen político o refiere experiencias displacenteras atribuidas a situaciones políticas nacionales.

6.2.35. Previsión razonable habitual

Se refiere a la ejecución de conductas preventivas por parte del participante a través de las cuales intenta evitar ser víctima de un daño o situación no deseada. La situación evitada es percibida por señales externas objetivas. La emisión de tales conductas es frecuente.

6.2.36. Problemas familiares vinculados a las labores operativas

El participante refiere experimentar dificultades de comunicación, falta de apoyo y/o comprensión de sus exigencias y actividades laborales por parte de sus familiares.

6.2.37. Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Afectación emocional personas

Se refiere a todas aquellas conductas que el participante informa realizar en respuesta a la presencia en la zona caliente de un sujeto con afectación emocional, cuya naturaleza es individual y de origen displacentero triste.

6.2.38. Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hedonista grupal

Se refiere a todas aquellas conductas que el participante informa realizar en respuesta a la presencia en la zona caliente de un sujeto con afectación emocional, cuya naturaleza es grupal y de origen placentero o hedonista.

6.2.39. Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hedonista personal

Se refiere a todas aquellas conductas que el participante informa realizar en respuesta a la presencia en la zona caliente de un sujeto con afectación emocional, cuya naturaleza es individual y de origen placentero o hedonista.

6.2.40. Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hostil grupal

Se refiere a todas aquellas conductas que el participante informa realizar en respuesta a la presencia en la zona caliente de un sujeto con afectación emocional, cuya naturaleza es grupal y de origen agresivo o violento.

6.2.41. Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Afectación emocional personal

Se refiere a todas aquellas conductas que el participante informa realizar en respuesta a la presencia en la zona caliente de un sujeto cuya integridad física se encuentra en riesgo, su naturaleza es individual y de origen displacentero triste.

6.2.42. Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Hostil grupal

Se refiere a todas aquellas conductas que el participante informa realizar en respuesta a la presencia en la zona caliente de un sujeto cuya integridad física se encuentra en riesgo, su naturaleza es grupal y de origen agresivo o violento.

6.2.43. Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Hostil personal

Se refiere a todas aquellas conductas que el participante informa realizar en respuesta a la presencia en la zona caliente de un sujeto cuya integridad física se encuentra en riesgo, su naturaleza es individual y de origen agresivo o violento.

6.2.44. Reacción ante el rechazo público

Se refiere a todas aquellas conductas que el participante informa realizar en respuesta a demostraciones de rechazo, desconfianza o recelo por parte de las víctimas atendidas, o por atender o por parte de sus superiores.

6.2.45. Relación civil-militar

Referencias por parte del participante al tipo o características propias de su relación con personal militar dentro del ambiente laboral.

6.2.46. Salir de Operaciones: Pérdida

Referencias del participante al sentimiento o ideas asociadas con la posibilidad de dejar ejercer labores operativas dentro de la zona caliente.

6.2.47. Satisfacción por agradecimiento y/o reconocimiento

Se refiere a la satisfacción y el agrado del participante al recibir agradecimientos o exaltaciones por parte de las personas atendidas en zona caliente, superiores y/o compañeros de trabajo.

6.2.48. Ser responsable de una vida

Referencias por parte del participante a situaciones o emociones experimentadas debido a la creencia de que de su desempeño depende la vida de la víctima o afectado.

6.2.49. Situaciones de rechazo público

El participante afirma ser o haber sido objeto demostraciones de rechazo, desconfianza o recelo por parte de víctimas atendidas o, por atender o por parte de sus superiores.

6.2.50. Síntomas

Se refiere a las afirmaciones del participante acerca de la manifestación de alguna sensación o cambio en su estado de salud.

6.2.51. Trabajo en equipo

Menciones del participante a la importancia del trabajo en equipo, compañerismo, confianza y apoyo entre compañeros.

6.2.52. Vida personal del trabajador operativo

Referencias relacionadas con las conductas o actividades realizadas al salir de la zona caliente y fuera del desempeño laboral.

PA	PA2	PA3	PA4	TOTAL
13	0	4	0	4
14	3	0	1	4
15	1	2	2	5
16	1	3	3	7
17	4	0	2	6
18	1	2	0	3
19	2	1	2	5
20	0	6	1	7
21	1	3	0	4
22	1	0	3	4
23	1	0	2	3
24	10	4	0	14
25	3	1	0	4
26	3	0	2	5
27	2	0	0	2
28	1	2	0	3
29	2	4	0	6
30	1	1	1	3
31	1	0	1	2
32	0	0	0	0
33	0	0	0	0
34	0	0	2	2
35	1	1	0	2
36	1	0	0	1
37	2	0	0	2
38	1	0	0	1
39	1	0	0	1
40	1	0	0	1
41	2	0	0	2
42	1	0	0	1
43	2	1	0	3
44	2	0	1	3
45	3	0	0	3
46	0	0	0	0
47	2	3	3	8
48	11	4	3	18
49	3	0	1	4
50	0	1	0	1
51	10	2	3	15
52	0	3	0	3
TOTAL				100

Tabla 27

Categorías y frecuencias por participantes

N°	Categorías	PA1	PA2	PA3	PA4	TOTAL
1	¿Estoy loco?	5	4	0	0	10
2	Adaptación a la zona caliente	2	8	12	2	24
3	Apego a la Institución de Protección Civil	4	4	0	4	12
4	Apoyo familiar	1	2	2	0	5
5	Autoimagen del trabajador operativo	4	11	4	2	21
6	Baja remuneración económica	6	1	0	0	7
7	Cambiar la seguridad por entrega a la labor de operaciones	2	3	0	0	5
8	Comparación con el otro: Contraste	1	0	1	0	2
9	Comparación con el otro: identificación	4	0	0	1	5
10	Conductas de autocuidado en situaciones de riesgo personal	1	0	1	2	4
11	Conductas de riesgo placenteras	7	5	0	0	12
12	Contenido bizarro	0	4	0	0	4
13	Creencia en Dios	3	0	6	1	10
14	Descripciones de la zona caliente	3	0	1	0	4
15	Destrezas adquiridas en el trabajo operativo y aplicadas a la vida personal	1	2	2	4	9
16	El gusto por la labor operativa	7	2	3	4	16
17	Escasa seguridad	4	0	2	0	6
18	Exaltación de la locura	1	2	0	0	3
19	Expectativa inicial	2	1	2	1	6
20	Humor dentro de la zona caliente	6	6	1	0	13
21	Idea de destino	1	3	0	1	5
22	Impacto negativo de la zona caliente	5	0	5	0	10
23	Impacto positivo de la zona caliente	1	0	2	1	4
24	La importancia del entrenamiento y la preparación	16	4	7	4	31
25	Liderazgo en operaciones	3	1	0	1	5
26	Mala administración de recursos humanos y materiales	3	0	2	3	8
27	Manejo de la información en zona caliente	7	0	0	0	7
28	Masculinidad	1	2	0	0	3
29	Miedo preventivo	7	4	4	0	15
30	Misión de mayor dificultad	1	1	1	1	4
31	Necesidad de vivir por expectativa de muerte latente	1	6	1	0	8
32	No expresión de sentimientos displacenteros en la zona caliente	6	8	0	3	17
33	Omnipotencia	6	5	2	1	14
34	Operaciones en conflicto político	1	1	0	0	2
35	Previsión razonable habitual	7	0	0	0	7
36	Problemas familiares vinculados a las labores operativas	7	6	0	0	13
37	Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Afectación emocional personal	0	0	0	1	1
38	Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hedonista Grupal	1	0	0	0	1
39	Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hedonista personal	1	0	0	0	1
40	Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hostil Grupal	1	0	0	0	1
41	Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Afectación emocional personal	2	0	0	0	2
42	Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Hostil grupal	1	0	0	0	1
43	Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Hostil personal	2	1	0	0	3
44	Reacción ante el rechazo público	2	0	1	0	3
45	Relación civil-militar	5	0	0	0	5
46	Salir de operaciones: Pérdida	0	3	0	1	4
47	Satisfacción por reconocimiento y/o agradecimiento	7	2	3	4	16
48	Ser responsable de una vida	11	8	5	3	27
49	Situaciones de rechazo público	3	0	1	0	4
50	Síntomas	0	1	0	1	2
51	Trabajo en equipo	10	9	8	6	33
52	Vida personal de trabajador operativo	2	3	0	0	5
TOTAL		186	123	79	52	440

En la figura II, es posible apreciar la frecuencia de aparición de las cincuenta y dos (52) categorías encontradas en la unidad hermenéutica analizada, entre las que destacan, la categoría "Trabajo en equipo", "La importancia del entrenamiento y la preparación", "Ser responsable de una vida", "Adaptación a la zona caliente" y "Autoimagen del trabajador operativo" por poseer una mayor frecuencia en comparación con el resto, esto es, 33, 31, 27, 24 y 21 respectivamente. Seguidas de la categoría "No expresión de sentimientos" con una frecuencia igual a 17, "El gusto por la labor" y "Satisfacción por agradecimiento y/o reconocimiento" ambas con 16 unidades temáticas, "Miedo preventivo" con 15 unidades y "Omnipotencia" con 14.

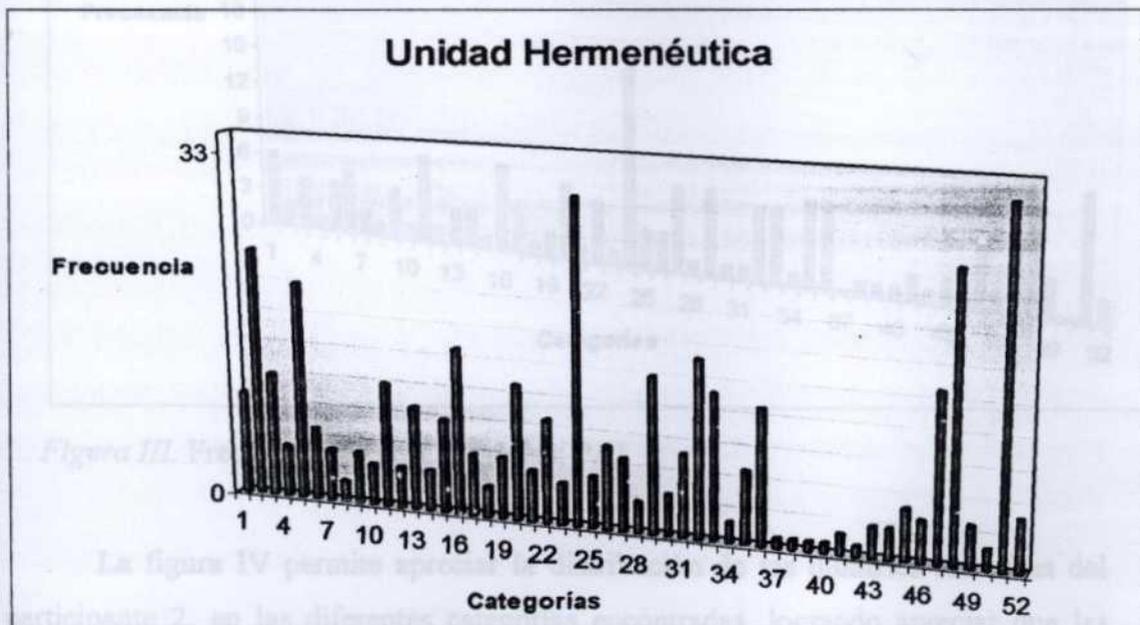


Figura II. Frecuencia de las Categorías: Unidad Hermenéutica

La figura III muestra las frecuencias con que una unidad temática coincide con las categorías establecidas en el corpus textual del participante 1. En él es posible observar que las categorías con un mayor número de frecuencias son "La importancia del entrenamiento y la preparación" con una frecuencia igual a 16, "Ser responsable de una vida" con 11 y "Trabajo en equipo" con un total de 10 frecuencias. Las

categorías “El gusto por la labor”, “Conductas de riesgo”, “Manejo de la información en la zona caliente”, “Miedo preventivo”, “Previsión razonable habitual”, “Problemas familiares” y Satisfacción por agradecimiento y/o reconocimiento” se encuentran seguidas de las anteriores, cada una con una frecuencia igual a 7.

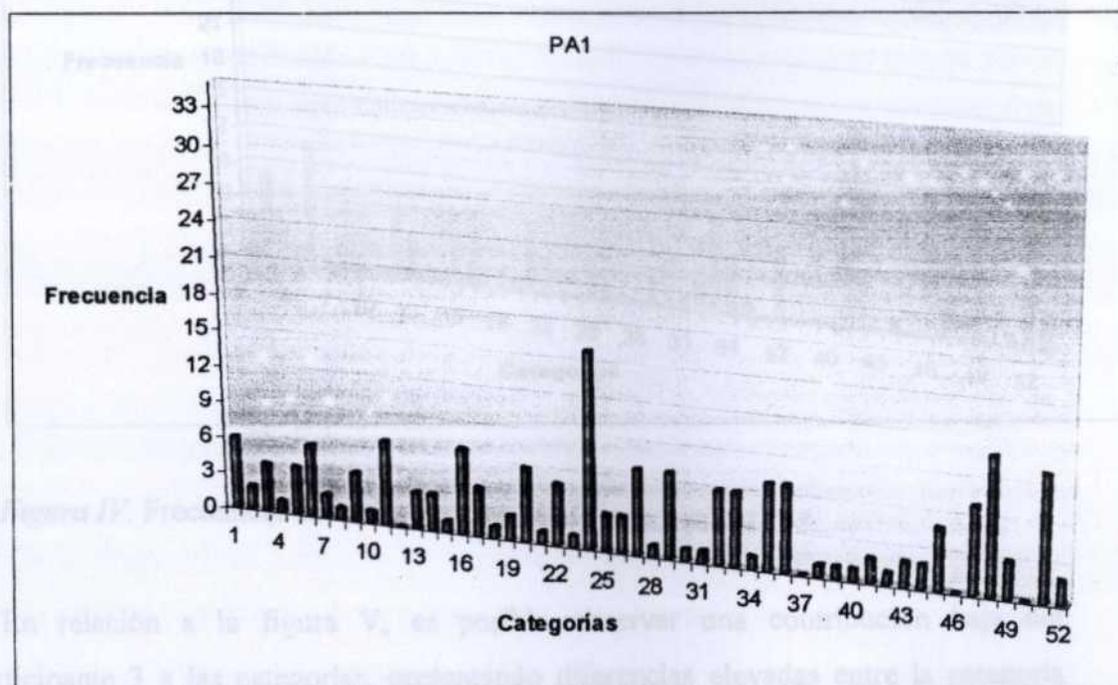


Figura III. Frecuencia de las Categorías: PA1

La figura IV permite apreciar la distribución de las unidades temáticas del participante 2, en las diferentes categorías encontradas, logrando apreciar que las frecuencias más elevadas se encuentran en las categorías “Autoimagen del trabajador operativo”, “Trabajo en equipo” con 11 y 9 frecuencias respectivamente, “Adaptación a la zona caliente”, “No expresión de sentimientos en la zona caliente” y “Ser responsable de una vida” conformadas cada una por 8 unidades temáticas. Las siguientes son “Necesidad de vivir por expectativa de muerte latente”, “Humor en la zona caliente” y “Problemas familiares” con 6 unidades temáticas cada una.

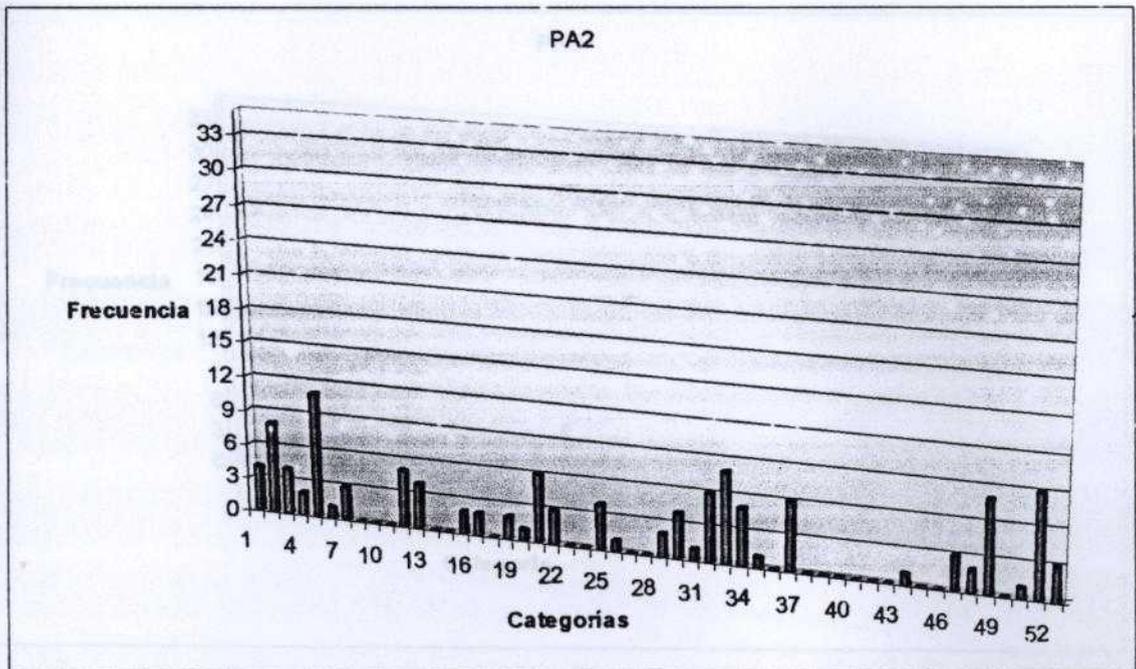


Figura V. Frecuencia de las Categorías: PA3

Figura IV. Frecuencia de las Categorías: PA2

En la figura VI, se presentan las frecuencias de las categorías para el participante

En relación a la figura V, es posible observar una contribución baja del participante 3 a las categorías, presentando diferencias elevadas entre la categoría más elevada (“Adaptación a la zona caliente” con 12 unidades temáticas), y la siguiente (“Trabajo en equipo” con 8 unidades). “La importancia del entrenamiento y la preparación” posee 7 unidades, seguida de “Creencia en Dios”, “Impacto negativo de la zona caliente”, “Ser responsable de una vida” y “Miedo preventivo” con 6, 5, 5 y 4 categorías respectivamente.

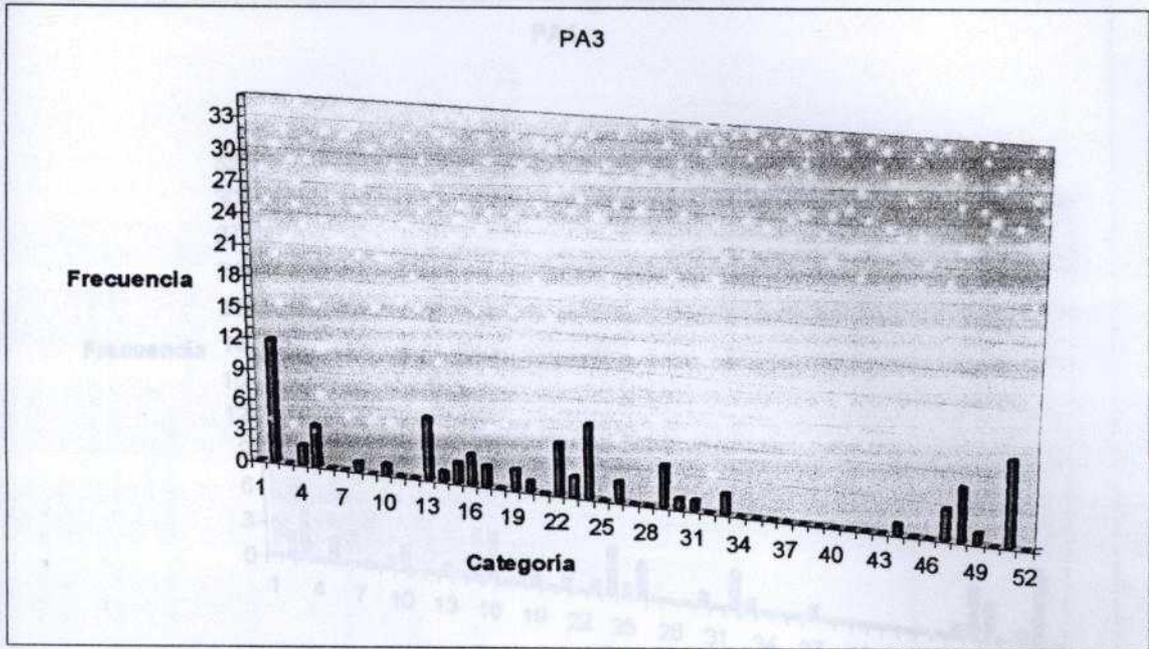


Figura V. Frecuencia de las Categorías: PA3

Figura VI. Frecuencia de las Categorías: PA4

En la figura VI, se presentan las frecuencias de las categorías para el participante 4. En éste se observa que la categoría más elevada está compuesta por 6 unidades temáticas (“Trabajo en equipo”), mientras que las siguientes se encuentran compuestas por 4 cada una y son: “Apego a la institución de Protección Civil”, “Destrezas adquiridas en el trabajo operativo y aplicadas a la vida personal”, “El gusto por la labor”, “La importancia del entrenamiento y la preparación” y “Satisfacción por agradecimiento y/o reconocimiento”.

“Es parte de” y la línea amarillada de tipo unidireccional de relación causal (“Es causa de”).

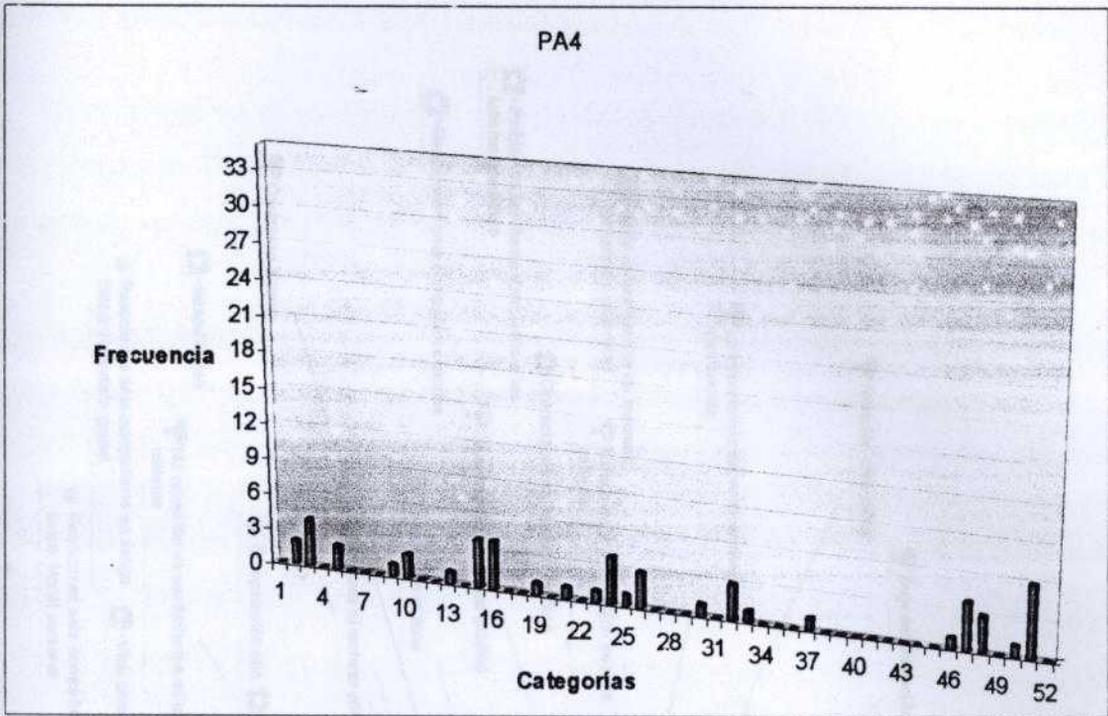
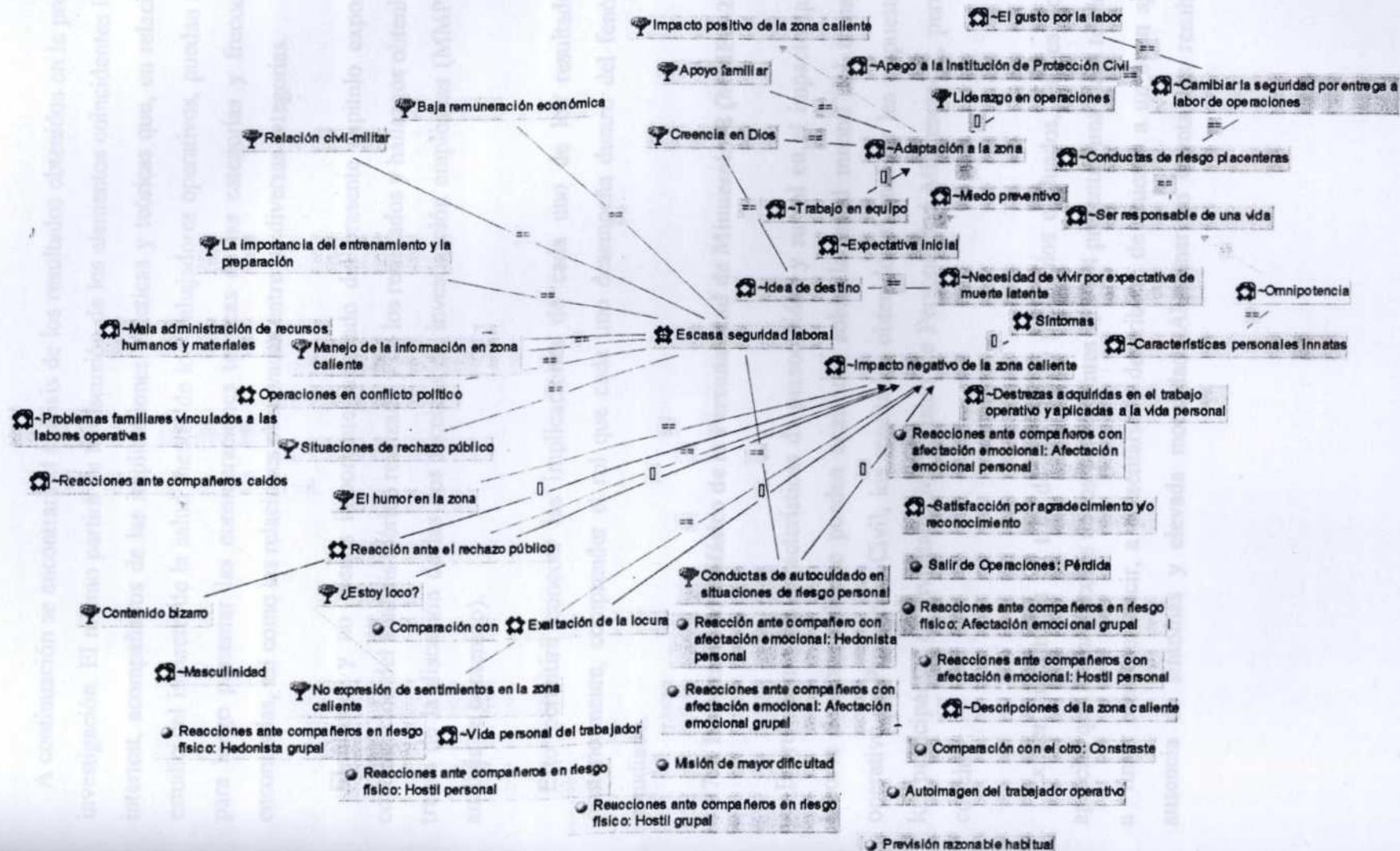


Figura VI. Frecuencia de las Categorías: PA4

En cuanto a la figura VII, muestra la Networks obtenida a través de la técnica topográfica. En él se aprecia, en el centro, aquellas categorías con un mayor número de frecuencias, rodeadas por aquellas de frecuencia media, hasta llegar a los bordes en donde se ubican las categorías de frecuencia baja. Las relaciones entre categorías se muestran por medio de tres líneas; la roja representa una relación bidireccional de tipo “Está asociada con”, la línea azul representa una relación unidireccional de tipo “Es parte de” y la línea anaranjada de tipo unidireccional de relación causal (“Es causa de”).



VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se encontrará el análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación. El mismo partirá de la discusión de los elementos coincidentes intra e intertest, acompañados de las implicaciones prácticas y teóricas que, en relación al estudio del impacto de la salud mental de los trabajadores operativos, puedan tener, para luego presentar las consideraciones teóricas de las categorías y frecuencias encontradas, así como las relaciones observadas entre las diversas categorías.

El último, y no menos importante, apartado del presente capítulo expone la contrastación del análisis teórico realizado y de los resultados y hallazgos obtenidos a través de la discusión de las dos técnicas de investigación empleadas (MMPI-2 y análisis de contenido).

Esto permitirá conocer las implicaciones de cada uno de los resultados y, posteriormente, comprender el rol que cada uno desempeña dentro del fenómeno estudiado.

7.1. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI -2)

En relación a las características de personalidad y su rol en el impacto que las labores de zona caliente pueden ocasionar sobre la salud mental del trabajador operativo de Protección Civil, los resultados obtenidos al analizar las respuestas de los participantes al Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota- 2, permiten concluir:

Existen similitudes en tres de los cuatro protocolos evaluados, así, es posible apreciar que los protocolos de los participantes 1, 3 y 4 presentan una clara tendencia a “fingir bien”, es decir, a presentarse y describirse de acuerdo a un buen ajuste, ausencia de síntomas y elevada moralidad. Al tomar en cuenta los resultados

positivos en la evaluación del estado emocional de los participantes, específicamente, el referido a "Sobre control o represión", se infiere la existencia de una fuerte tendencia al empleo de la represión que no permite conocer las motivaciones propias e indicadores de malestar, además de una disminuida capacidad de insight.

Características que trasladadas al contexto laboral pueden ser indicativas de un buen ajuste en dicho contexto y de un ajuste emocional disminuido, es decir, ante las exigencias de la zona caliente, el apego a las normas sociales y la necesidad de mostrar un elevado ajuste y funcionamiento, protegerán al participante de conductas desadaptativas y de vivenciar o contactar con impactos emocionales que disminuyan su capacidad de respuesta al darle una mayor estructuración psíquica. Por medio de la represión los sujetos se mantendrán desvinculados emocionalmente de las vivencias displacenteras que puedan encontrar en la zona de desastre o emergencia, a favor de una elevación del contacto cognitivo "intelectualizador" de la realidad.

Sin embargo, estas características y las constantes entradas a la zona caliente llevarán a una inversión de energía considerable con el fin de mantener la represión, implicando la puesta en juego de nuevos mecanismos defensivos que mantengan los afectos fuera de la consciencia en sucesivas entradas a dicha zona. Para determinar un impacto positivo o negativo, será relevante determinar si los participantes son capaces de levantar las defensas una vez finalizadas las labores en la zona caliente, o si son capaces de un mayor contacto con sus estímulos y necesidades internas. De lo contrario, tal actitud creará a largo plazo un desgaste emocional elevado, síntomas causados por fallas en la represión o el abrupto traspaso de la resistencia por parte del contenido emocional reprimido.

En relación al estilo de relaciones interpersonales establecido por los mismos, resaltan las siguientes: el mantenimiento de una actitud conformista, de apego a las normas sociales y lo que se cree espera el otro integrante de la relación, mientras que

internamente se mantiene una actitud suspicaz que no permite la evolución del vínculo hacia uno íntimo o profundo. La suspicacia puede estar motivada por el conflicto entre el interés en los grupos y situaciones sociales y la tendencia a evitar situaciones emocionales.

El interés por los grupos se encuentra asociado a otras características que resultan favorables dentro de un contexto laboral, éstas son, la aceptación de figuras de autoridad, actitudes emprendedoras y activas (por tendencia al tedio), y la facilidad para relacionarse con otros trabajadores y desempeñar un rol adecuado al trabajar en equipos.

Las escalas más elevadas de cada uno de estos perfiles señalan características coincidentes que determinan un estilo en las relaciones interpersonales como el anteriormente descrito, pero además, señala las implicaciones del uso no discriminado de la represión y la baja motivación a la introspección, apoyando la hipótesis de probables síntomas somáticos ante situaciones de tensión. Estos participantes tienden a ser vistos con un fuerte ajuste, efectividad y control, características que poseen en cuanto al manejo de los estímulos externos, pero que aplicadas a los estímulos de origen interno tienen un resultado contrario.

Los patrones comunes intra e interprotocolos, señalan participantes con fuertes necesidades por el otro, pero no logran relaciones profundas debido a falta de seguridad en sí mismo, que les lleva a controlar sus contactos al mantener una actitud suspicaz o defensiva ante las motivaciones de los demás. Pueden emplear la manipulación para obtener una mayor atención y afecto.

El rígido control, la escasa capacidad de insight y la primacía de mecanismos tales como represión y negación elevan la probabilidad de conductas de acting out, descargas inadecuadas y síntomas somáticos conversivos. Se encuentran también coincidencias respecto a la adopción de estereotipos machistas y la exageración de

tales características, las cuales señalan la compensación de inseguridades o dudas relacionadas. Estas dos tendencias pueden resultar en conductas agresivas y dificultades en las relaciones de pareja.

Se encuentran dificultades de auto aceptación y disminución de la autoestima que pueden potenciar la adopción de estereotipos machistas, y que generan a su vez, dudas respecto al rendimiento laboral y la búsqueda constante de reafirmación y regulación externa.

La tendencia a la actividad, la espontaneidad, la tendencia al liderazgo y posiciones autoritarias, el deseo de éxito y poder, la extroversión y facilidad para el trabajo en equipo, el sentido de responsabilidad, compromiso, organización predicen en estos participantes éxitos laborales y una adaptación elevada. Sin embargo, estas características pueden llevar a un compromiso excesivo con la Organización, poco saludable para estos trabajadores, ya que se traduce en la dedicación incondicional y dificultades para desligarse de dicho contexto.

Conductas como las antes descritas y el desconocimiento de la vida psíquica propia (constricta, sobrecontrolada) merman la calidad de los vínculos familiares, encontrando descripciones de los mismos como poco comprensivos, contenedores y con escasas muestras de aceptación. Los tres participantes mantienen apego a valores y creencias religiosas que, aún cuando puede formar parte de su apego social, puede representar un control externo que brinde seguridad y apoyo en situaciones críticas.

Cada uno de estos resultados parecen mostrar una personalidad resistente al estrés y al impacto de los desastres y/o emergencia, sin embargo el costo de esta resistencia parece ser muy elevado a nivel personal, aún cuando se encuentre constantemente compensado por la preferencia de los participantes de vivencias cambiantes, estimulantes y de riesgo.

Se trata de perfiles con una estabilidad media en el tiempo por lo cual las inferencias pueden ser proyectadas a mediano plazo, concluyendo que las características y funcionamientos descritos no son originados por elementos circunstanciales, transitorios.

El perfil del participante 2 muestra, por su parte, diferencias significativas con respecto a los ya analizados, los cuales pueden tener origen en experiencias tempranas y previas a su inclusión dentro de la Organización de Protección Civil, o bien puede estar asociados a las consecuencias que las conductas descritas en los participantes 1, 3 y 4, pueden tener a largo plazo sobre la personalidad del sujeto. Se trata de una personalidad de rasgos límites, muy poco constante en los vínculos y relaciones establecidas, con tendencia a un pensamiento poco apegado a las normas lógicas y convencionales que se traduce en conductas de iguales características como conductas de riesgo y extremas, con poca o ninguna preocupación por la integridad física. Existe poca consideración por los otros y estos son vistos como medios para un fin. Sus relaciones interpersonales son cínicas, superficiales de tipo egocéntricas, narcisistas, con frecuentes manipulaciones al otro.

No existe una diferenciación clara de sí mismo y los otros que juega a favor del predominio de defensas tales como la proyección y la introyección, con escasa capacidad para asumir las consecuencias de sus actos y poseer un control afectivo significativo.

Los montos de ansiedad son elevados y vivenciados por el participante, y encuentran su origen en la escasa diferenciación, en un superyó rígido (con presencia de síntomas melancólicos), en necesidades narcisistas no satisfechas, entre otras.

Tales características son las que determinan la permanencia del participante dentro de la Organización de Protección Civil, ya que en ella, muchas de sus actuaciones resultan adaptativas, se trata de un trabajo y de labores cambiantes y variables, que

exigen conductas de riesgo. De igual manera, la Organización actúa como contenedor y organizador de las alteraciones del pensamiento manteniéndole (cognitivamente) apegado a la realidad y facilitando la obtención de éxitos laborales.

Para finalizar, es importante destacar algunas diferencias encontradas entre los participantes 1, 3 y 4, así como coincidencias entre el participante 2 y los tres mencionados. En cuanto a la escala TPA, los participantes 1, 2 y 4 coinciden en una personalidad orientada al logro, con elevado compromiso y roles labores activos, a diferencia del participante 3, quien presenta dificultades en la toma de decisión, al igual que para asumir roles de elevada responsabilidad y trabajo bajo presión. En el participante 3 resalta, en comparación con el resto, una tendencia a establecer relaciones interpersonales íntimas y a confiar en tales vínculos. Los participantes 3 y 4 se distinguen de los restantes por su mayor orientación social y por el agrado que los contactos interpersonales les causan.

FAMILIAS

De esta manera, puede concluirse la presencia de coincidencias en rasgos y tendencias que sugieren un rol destacado de características y tipos de personalidad en los trabajadores operativos, los cuales podrían explicar el éxito o fracaso en su área laboral o el logro de una adaptación satisfactoria a la misma. Para confirmar tal sugerencia resultará necesaria la evaluación de un mayor número de participantes y la contrastación de resultados obtenidos al momento del ingreso en las labores operativas y luego de algunos años de experiencia.

CATEGORÍA	Entrenamiento y la preparación	Nivel	Trabajador operativo	Comparación con el otro: Contraste
			Creencia en Dios	Comparación con el otro: Comparación
	Apoyo familiar	Nivel de mayor dificultad	El gusto por la labor	Satisfacción por el aprendizaje
			Apoyo a la institución	Responsabilidad de una vida

7.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO

Con respecto a la perspectiva de los participantes, como expertos y vivenciadores directos del impacto de las condiciones laborales sobre su salud mental, se encontró que éstos coinciden al considerar el trabajo en equipo como uno de los elementos más importantes dentro del fenómeno estudiado. Desde sus perspectivas, éste es entendido como aquella labor, actividad o misión, en la que la vida propia, el éxito de la misión y/o la integridad de la víctima se consideran en manos de un compañero de trabajo o del trabajo realizado entre éste y el participante. El origen del mismo es asociado con el compartir situaciones de riesgo personal o emocional (ver tablas 28 y 29).

Tabla 28

Familias y Categorías encontradas en el Análisis de Contenido (Factores internos-externos/positivos-negativos)

FAMILIAS			
FACTORES EXTERNOS POSITIVOS	FACTORES EXTERNOS NEGATIVOS	FACTORES INTERNOS POSITIVOS	FACTORES INTERNOS NEGATIVOS
Trabajo en equipo	Mala administración	Adaptación a la zona caliente	Idea de destino
Manejo de la información	Operaciones en Conflicto político	Humor en la zona caliente	Omnipotencia
		Expectativa inicial	
La importancia del entrenamiento y la preparación	Relación civil-militar	Miedo preventivo	Masculinidad
	Escasa seguridad laboral	Autoimagen del trabajador operativo	Comparación con el otro: Contraste
		Creencia en Dios	Comparación con el otro: Comparación
Apoyo familiar	Misión de mayor dificultad	El gusto por la labor	
		Apego a la Institución	Satisfacción por agradecimiento
		Responsabilidad de una vida	Responsabilidad de una vida

CATEGORÍAS

Tabla 29

Familias y Categorías encontradas en el Análisis de Contenido (Impacto positivo-negativo)

FAMILIAS

CATEGORÍAS

IMPACTO POSITIVO	IMPACTO NEGATIVO
Destrezas adquiridas en la labor y aplicadas a la vida personal	No expresión de sentimientos en la zona caliente
Previsión razonable habitual	Salir de operaciones: pérdida Situaciones de rechazo público
El humor en la zona caliente	Reacción ante el rechazo público
Conductas de autocuidado	Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hedonista personal
Liderazgo en operaciones	Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hostil grupal
	Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Afectación emocional personal
	Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Hostil grupal
	Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Hostil personal
	Exaltación de la locura
	Contenido bizarro
	Vida personal del trabajador operativo
	Síntomas
	Problemas familiares

Con mayor o menor frecuencia, pero atribuyéndole cada uno una importancia significativa, señalan que el trabajo en equipo adquiere tal importancia que representará un elemento de control de la ansiedad y de mayor percepción de seguridad personal dentro de las labores de zona caliente.

“(…) nosotros o somos un equipo o no somos, porque yo dependo de la vida

tuya y la vida tuya depende de la mía, si yo estoy arriba la tuya depende de la mía, si yo me caigo, nada más con darme la mano ya me estás ayudando, cierto?, pero si te vas, entonces ¿para qué somos equipo?” (PA1)

“(…) y mientras más peligro de repente corres más, más unidos nos volvemos. Ya allí se olvida uno de “Esta botellita de agua es mía”, sino esta botellita de agua es para todos, hasta que aparezca otra. Cada quien busca otra botellita de agua, no se queda uno con nada, sino empiezas a compartir esa información, esa camaradería, ese “Aquí comemos todos o no come nadie” (PA2).

La importancia que le es atribuida implica a su vez, la elección de grupos de compañeros con los cuales se tiene la certeza de que se realizará una labor adecuada y disminuirán los riesgos propios, incluso, de ser necesario, los compañeros serán probados en escena o antes de llegar a ella para determinar sus conocimientos y la seguridad en sí mismos, la cual implicará la ausencia de dudas durante la premura de la atención en emergencias.

Asociado a éste, con una frecuencia menor y presente en el discurso del participante 1 se encuentra la categoría “el manejo de la información”, la cual se incluye dentro de la familia *factores externos positivos* por implicar un elemento externo de seguridad. Con un efecto similar al de la categoría anterior, el manejo adecuado de la información sobre el evento atendido, las víctimas, consecuencias y posibles réplicas o extensión del impacto, asegurará al trabajador operativo control sobre la situación, previniendo y preparándose adecuadamente, incluso antes de entrar a la zona, además de permitir reducir la ansiedad ocasionada por la incertidumbre.

Dentro de los factores externos se encuentra “el apoyo familiar”, de frecuencia baja pero distribuido de manera uniforme entre los participantes 1, 2 y 3, representa un estímulo motivador y reforzador para el trabajador operativo, probablemente asociado a la necesidad de reconocimiento del esfuerzo y riesgo al que se encuentran

sometidos. En general, los participantes refieren satisfacción ante expresiones de admiración, reconocimiento y/u orgullo de los miembros de la familia hacia el rol desempeñado dentro de la Organización de Protección Civil.

La adaptación a la zona caliente, es otro de los factores positivos, aunque de origen interno e impresionada, debido a su elevada frecuencia de aparición, ser un elemento de importancia como mediador del impacto negativo y favorecedor de los positivos. Descrito por los participantes como la capacidad para restarle importancia a las condiciones de incomodidad, peligro o riesgo, para "verlas como algo normal", permite soportar las labores y además no vivenciarlas como algo negativo o desagradable. De acuerdo a sus perspectivas puede entenderse como la capacidad para matizar un ambiente hostil.

"Es lo que decíamos algunos "Me paso un Zancudo", y el zancudo no era un zancudo, de repente, sino que estaban sonando una balas y uno si pasaba un sonido, el primer día uno reaccionaba, el segundo día ya, ni pendiente, se convierte como en un zancudo, nadie supo a ciencia cierta si era una bala o un zancudo, y se vuelve como gracioso el asunto, y lo más interesante de todo es que entre la incomodidad consigues que después no te quieras ir. Es como, no se si ustedes, bueno tenían que haberlo estudiado, es como el síndrome del secuestrador y el secuestrado, que llega un momento en que se aman, porque lo entendiste, yo siempre he dicho que todo situación tiene dos versiones y puede ser que la aceptes, que estés de acuerdo y, puede se que la entiendas. Uno de repente entiende la posición, decir, por ejemplo, sin tocar política ni nada de esto, de repente uno puede entender que un enemigo está acostumbrado a vivir con mil millones de bolívares mensuales ¿y que después tengas que ganar cuatro

o cinco?, es entendible, le entiendo la posición, no la comparto ni se la aplaudo, me parece una asquerosidad pero lo entiendo, ya no vives de la misma manera” (PA2).

“(…) por mucha experiencia que tenga uno, uno siempre se debe adaptar a la circunstancia que lo va a rodear porque en mi caso en particular yo tengo seis misiones internacionales, pero ninguna ha sido igual” (PA3).

Dentro de este proceso de adaptación y con repercusión en el funcionamiento de los trabajadores operativos, fuera de la zona caliente se encuentra el empleo del sentido de humor. Éste permite una adaptación mayor al enfocar las situaciones críticas e impactantes desde una perspectiva grata o, al menos, graciosa; en consecuencia, los participantes logran mantener un nivel de funcionamiento elevado y vivenciar un impacto positivo sobre su salud mental.

Dos mecanismos importantes para lograr la disminución de la afectación emocional o evitarla, son el miedo preventivo y la expectativa inicial, ambos permiten una activación cognitiva y fisiológica elevada. Tal estado de alerta, permitirá al participante protegerse al prevenir las situaciones de riesgo y prepararse para responder ante probables situaciones graves o de emergencia. Asociado con el efecto de la adrenalina, permitirá que la efectividad del trabajador sea elevada.

La importancia del entrenamiento y la preparación no solo presenta una elevada frecuencia, sino que también se relaciona con la categoría antes analizada al permitir, mediante la preparación constante y frecuente, que muchas de las labores e incluso parte de los pasos a realizar para lograr la adaptación se ejecuten de manera automática sin implicar procesos de pensamiento y elaboración que podrían implicar una vivencia afectiva, lo que permite a su vez, ahorrar energía y recursos psíquicos.

“Como les pasó a mis compañeros cuando fueron a buscar a [nombre compañero 3] y a [nombre compañero 4], yo los llame y les pregunte, dijeron “No chamo esos como que están muertos”, y duraron vivos unos días, pero estos dos que fueron también han tenido tantos operativos que los vieron, dijeron “se estrellaron” y bueno” (PA1).

“Entonces uno dice, ¿está mal o está bien?, pero es eso es, yo pienso que la gente tiene que aprender lo que, el conocimiento, eso lo decimos muchos, ya nos los creamos como una consigna cuando damos talleres o charlas, de que el saber reemplaza al miedo, es algo fundamental, como te dije, no lo quita, no lo puedes dejar aquí y lo vengo a buscar dentro de un rato, no. Está contigo, sencillamente que tienes que hacer, tienes que dominarlo, tienes que subyugarlo, tienes que decirle ¡ya!” (PA2).

“se que no debo tenerle miedo a aprender nada, sino que lo que aprenda va a ser para mi beneficio y el beneficio de los demás, porque el problema de este puede ser la solución de aquel, aunque voy a trabajar con este ya yo se que paso, ahhh yo me acuerdo que este fue así y asao, ahora voy a hacer esto acá. O sea tienes que ir con esa expectativa de seguir aprendiendo y eso es lo que lo va a ayudar mucho a uno a ser un buen profesional” (PA3).

“ (...) entonces los accidentes suceden cuando se rompen las normas, cuando se saltan las reglas, cuando se obvian los pasos y eso entonces, yo no le estoy echando la culpa a nadie, yo tengo culpa, pero aquí estamos y estoy vivo (...)” (PA4).

Esta categoría parece representar una manera de automatizar los procedimientos que asegurarán el resguardo de la vida propia, pero también el anular las vivencias displacenteras. Situación diferente a la observada en la necesidad real/objetiva de mantenerse constantemente informados de las situaciones y eventos que tienen ocurrencia dentro de la zona caliente que se encuentran atendiendo, ya que esta última se relaciona con una necesidad laboral, con el conocer y tomar en cuenta los diferentes sucesos que puede coincidir y que deberán ser atendidos por el equipo de operaciones.

La creencia en Dios actúa desde la perspectiva de los participantes como un factor de seguridad y confianza ante situaciones en las cuales se duda del resultado a obtener. Es un mecanismo asociado a un locus de control externo, debido a que, en momentos en los que se pierde la percepción de control sobre la situación, el sujeto le atribuye éste a otro ser, en este caso, uno cuya existencia no es posible comprobar pero al que le son atribuidas cualidades como omnipotencia y omnipresencia, es decir, aquellas que le hacen capaz de enfrentar la situación y salir airoso.

En el caso de la autoimagen, otra de las categorías pertenecientes a la familia "factores internos positivos", fue clasificada como tal debido a que las características descritas coinciden con las esperadas para un trabajador operativo, siendo aquellas que facilitan la permanencia dentro de las labores operativas, es decir, agrado por los viajes, mayor atracción hacia situaciones de riesgo, cambiantes y estimulantes, facilidad y aptitud para el trabajo humanitario, entre otros. El hecho de que los trabajadores se perciban de esta manera permite que se sientan más adaptados y que su satisfacción laboral aumente. Incluso, otra de las categorías elevadas dentro de la misma familia es "El gusto por la labor", la cual remite a la satisfacción y el agrado experimentado al desempeñarse dentro de la atención en emergencias; partiendo de él, los participantes explican su presencia y permanencia en el área, y la resistencia ante los factores negativos y exigencias de la zona caliente.

El agrado por la labor permite, además, el nacimiento de un fuerte apego a la institución. En relación al mismo, se encuentran referencias al logro de una mayor experiencia dentro del área de trabajo, las diversas ciudades, estados y países conocidos y las experiencias compartidas con otros de sus integrantes. Un aspecto no reportado directamente por los participantes, pero que fue extraído de sus discursos es la implicación negativa de esta categoría, ya que al igual que permite la satisfacción y motivación laboral, fomenta una entrega desmedida a la misma en detrimento de la satisfacción en otras áreas de la vida de los participantes, entre éstas, la familiar y recreativa.

Otra categoría asociada con la protección de salud mental es la satisfacción por el agradecimiento, relacionada con el recibir un estímulo que resulte importante y significativo para quien lo recibe. Sin embargo, este estímulo puede generar vivencias ambivalentes, al tratarse de un agradecimiento recibido de la víctima atendida se traduce en una recompensa y un estímulo para continuar en la labor a pesar de otras circunstancias menos gratas, al surgir de reconocimientos públicos (prensa, actos públicos), las reacciones descritas son contrarias; incomodidad y presión por exceso de responsabilidad.

Respecto al gusto por la labor, una de las sensaciones implicadas con la labor de operaciones y que fue constantemente descrita como placentera son las conductas de riesgo, aquellas en las cuales el participante pone, voluntariamente, su vida o integridad física en peligro, consideradas como pertenecientes a la familia *impacto negativo* debido a que el agrado o búsqueda excesiva del riesgo generará el verdadero riesgo físico del trabajador, y por ende, de quienes dependen en alguna medida de su eficacia. En el contexto de la unidad hermenéutica total, es posible concluir que se trata de una característica que permite, en primer lugar, la elección del área laboral, y en segundo, el mantenerse dentro de la misma por un tiempo prolongado, pero

implica un riesgo excesivo con implicaciones sobre la integridad física, ilustraciones de ésta son:

“O sea, me gusta, lo disfruto, el tipo se fue contra el aeropuerto, impresionante, pero así como lo disfruto también tengo miedo, y si ese hombre, es un ser humano, se va contra el aeropuerto para romper, se marca o le da un calambre?, pero lo disfruto, con ese miedo, pero es sabrosito. Es miedo pero, lo acompaña lo otro [ríe], no es bueno pero es sabroso [ríe]. Por lo menos en Dominicana, nosotros subíamos, el ser humano tiene autonomía para respirar en diez mil pies, nosotros subíamos a once mil pies con las puertas abierta, pero era para [se golpeó en el pecho] “Venezuela presente” [ríe], es una locura, después que estás arriba, para abajo en picada, sabroso... después en el hotel “chamo, estamos locos, nos vamos a matar, mañana lo volvemos a hacer [ríe]”, y nos poníamos todos en la piscina, “mañana vamos a buscar más altura”, “Si va”, ya estábamos presentes, que más íbamos a hacer, pero lo disfrutamos. Yo pienso que ese miedo que tengo yo lo tiene todo el mundo o la mayoría de las personas y el que no lo tienen a lo mejor está loco, o loco estoy yo que tengo ese miedo, pero es sabrosito, o uno lo disfruta. Eso es igual que cuando uno está en bicicleta cuando estaba chamo y uno agarraba y se iba por todo el murito porque si te ibas para abajo eran diez metros y te ibas a matar “bueno, vamos a darle” [ríe], para decir: “yo si puedo, viste” [ríe]” (PA1).

“Yo digo, o todos decimos en esta profesión, de que para ser de Protección Civil hay que estar un poquito loco porque yo creo que el loco, en el caso bien entendido, a mi forma de entender las cosas, el loco es el que carece de un poco

de miedo, sin tocarlo médicamente; de la pituitaria. Debe ser que nosotros la tenemos como los locos pues, porque si los locos no sienten frío ni calor como tal, porque yo los veo y digo "bueno pero con un loco se puede poner cuatro suéteres a las doce del mediodía, o se acostumbro a su calor o eso no es lo prioritario en él". Bueno, eso pasa en nosotros, de que, te sacas todas las emociones, no te molestas, de repente el primer día te molestan los zancudos y te molesta el calor, pero ya al segundo día ya eso es parte de ti (...)" (PA2).

Las categorías siguientes conforman la familia *factores externos negativos*: "Mala administración de recursos materiales y humanos", "Escasa seguridad laboral", "Relación civil-militar", "Misión de mayor dificultad" y "Operaciones en Conflicto político". La primera, al ser un factor desmotivante por observar un inadecuado funcionamiento dentro la Institución a la cual se valora, implica además un factor disruptivo del adecuado desempeño laboral, dado que no se cuenta con los recursos materiales necesarios, ni con el personal capacitado para asegurar la disminución del riesgo y el trabajo en equipo. Directamente asociada se encuentra la categoría "Escasa seguridad laboral", una percepción compartida por los participantes 1 y 3, que surge de la escasez de los implementos de seguridad o la urgencia y demanda de la zona caliente.

El que los participantes accedan a bordear o sobrepasar los límites de seguridad en el área laboral puede sugerir la existencia de otras variables o su relación con otras categorías como "omnipotencia".

Podría tratarse también de un mecanismo de defensa frente al temor a la muerte, asociado con muestras de omnipotencia que permitirían a los participantes no temer constantemente por su vulnerabilidad y aumentar (de manera ilusoria) su creencia de control sobre la muerte propia, algunas muestras de mecanismo es el siguiente:

“Mi padre me decía y tu? No bueno yo estoy entrenado para salvar cualquier obstáculo que se me presente y el si, pero cuando vienen las piedras espaturren a todos, cuando se cae el helicóptero son todos los que van adentro, cuando viene el río se mojan todos, se los lleva a todos; entonces, ya estuve en río y no me llevo el río, ya me he caído de varios helicópteros, he tenido varios incidentes y no son todos los que están dentro del helicóptero” (PA4).

En relación a las situaciones de rechazo público, acentuadas por conflictos políticos naciones, las categorías agrupadas en *factores negativos* “Situaciones de rechazo público” y “Reacción ante el rechazo público”, es narrada como la vivencia de una injusticia personal y el sacrificio sin sentido, en otras palabras, es un elemento desmotivador para los trabajadores operativos que les lleva a sopesar si su entrega y disposición a dar sus vidas es bien recibida.

Por su parte, La responsabilidad de tener una vida en sus manos actúa como un estímulo de presión o activación y lleva a los trabajadores a actuar rápidamente, pero también, en ocasiones, a olvidar el resguardo y la seguridad personal. Es valorado, a la vez, como factor negativo en cuanto a que implica incluso una responsabilidad legal, y, como positivo, siendo motivador y estando, en parte, asociado a la satisfacción laboral.

“O sea, mantenemos el límite de seguridad pero siempre con eso, límite de seguridad entre comillas porque digo lanzarnos de un polo a otro ¿a buscar a una persona que ya falleció?, pero cuando esa búsqueda nosotros tenemos en mente algo diferente a lo del avión; que a lo mejor está viva, que a lo mejor lo que está es golpeada y que tenemos que traerla, se van a perder tres vidas pero esa vida se va a salvar, negociamos la vida!, pero al que no le gusta no lo hace (...)” (PA1).

“(…) he aprendido de esas dudas, digo ha ya se que para la próxima no, no es que no debo hacer eso, sino que puedo mejorar eso, puedo mejorar eso porque yo no voy a hacer nada que no sea en beneficio de alguien, sobre todo si ese alguien está en las manos de uno, o sea Dios me libre” (PA3).

“(…) tu eres el que me viene a rescatar y está atrapada ejemplo y le agarras la mano y se queda ahí agarrado y no la suelta y tratas de soltarlo y no se suelta y se queda ahí con el dedo, entonces es como la sensación esa cuando tu agarras un bebé y te le acercas y el bebé dentro de su inconciencia, tu le llevas la mano y el se agarra y se queda agarrado ahí y tu ves que te aprieta duro y mira no me suelta y tal, pero es por un sentimiento del contacto, entonces yo creo y lo traigo a colación porque eso de que un bebé te agarre o que los bebés se agarren, esa condición que tenemos dentro de nosotros mismos, ya en nuestro subconsciente hasta el último día y el último día puede ser este, entonces se mantiene ese contacto que yo creo que es intrínseco de nosotros, de la raza humana de pensar que bueno si tu sientes apoyo, no lo había pensado así no, pero lo digo ahora, tomándome de la mano, entonces quédate con la mano esa y yo trabajo con la otra” (PA4).

Las categorías “Relación civil-militar”, “Operaciones en Conflicto político” y “Misión de mayor dificultad” implican para los participantes, vivencias negativas, la primera por implicar una relación disruptiva, unidireccional y basada en órdenes, no en discusión de procedimientos y decisiones, dos aspectos considerados por los participantes como elementales en la atención en emergencia. La segunda, al llevar a los participantes a enfrentar desastres no naturales o causados por el hombre y a ser

víctima de juicios de origen políticos e ideológicos durante el desempeño laboral. El tercero, por implicar la conjunción de diversas situaciones críticas en una misma zona caliente y el enfrentar desastres no naturales o causados por el hombre.

Específicamente, los participantes describen la "Misión de Haití" como aquella de mayor dificultad, en fue común la coincidencia de un desastre natural y uno causado por el hombre (paso de huracán y conflicto bélico), así como también el tratarse de un país que es descrito por ellos como no desarrollado, de muy escasos recursos económicos y con un nivel cultural y social ínfimo.

La mayor vulnerabilidad ante desastres causados por el hombre se encuentra asociada a la violencia implícita, a la necesidad de justicia, al contacto con autores conocidos, a la existencia de daños causados de manera intencional y al riesgo propio cuando es necesario ingresar a la zona en *el durante*.

La "Comparación con el otro: Contraste", "Comparación con el otro: Comparación" y La "Masculinidad" se evidencian en el discurso como mecanismos de reafirmación, los cuales pueden proteger al trabajador operativo de contactos con aspectos de sí mismos poco aceptados o desconocidos. Se incluyen en la familia *factores internos negativos* por tratarse de mecanismos que conllevan el rechazo a la introspección, la no aceptación de aspectos personales que pueden conducir a la patología y, por ende, la irresolución de los mismos. Papel desempeñado también por la categoría "Exaltación de la locura" clasificada como perteneciente a la familia *impacto negativo*.

En relación dicha familia, la "No expresión de sentimientos en la zona caliente", relacionado con la "La importancia del entrenamiento y la preparación", ambos de origen circunstancial (asociado a las entradas en zona caliente), pero posteriormente usados como parte de los recursos habituales, parte del hecho de apoyarse en el conocimiento para disminuir los afectos (intelectualizar/racionalizar) y en el

aprendizaje logrado luego de enfrentarse con mayor frecuencia a situaciones que podrían generar un impacto emocional negativo. De esta manera, los trabajadores se habituarían, ensayarían respuestas y aumentarían su seguridad en responder adecuadamente ante la situación, sin poner en riesgo su eficiencia o la de sus compañeros; está última por existir en ellos la experiencia de que la reacción emocional despertará la misma reacción en sus compañeros.

Es una reacción en cadena comprensible al recordar el mecanismo de la represión; los afectos reprimidos en el inconsciente presionarán para romper la resistencia y volver a la conciencia, cuando en esta última se encuentran vivencias como las originalmente reprimidas, aquellos afectos inconscientes podrán activarse y cobrar más fuerza hasta lograr unirse a los primeros y vencer la resistencia, generando así el displacer en un primer momento evitado.

De lo anterior se desprende la clasificación de "Contenido bizarro" y "Síntomas" como parte del *impacto negativo*, ya que estos saldrán a la superficie y adquirirán importancia tras el uso continuado de las defensas y/o ante fallos de la resistencia.

Ejemplo de la no expresión de sentimientos en la zona caliente son siguientes:

"En área, en el área no es que no podemos tener sentimientos, sino que hay que ser frío porque muchas veces llegamos, yo llegue, a donde un avión se cayó y había muchos niños decapitados, y me tocó a mi recoger lo que se iba encontrando y meter en bolsas, tratando de calcular las edades de los niños para separar por bolsas "Uhm... parece un niño, tiene pelo corto y no tiene zarcillos", una cabeza en una bolsa, "Ah que esta si es una niña, tiene zarcillos", en otra bolsa, "Que encontré un piecesito, de quien será este". Si tu allí no eres frío, te pones a llorar "Ay... se mató, mira al niño, me da lástima", y uno también se

acuerda "Verga, mis chamos", pero ya, no es que lo digas sino que de momento te pasa por la mente, pero ya!, no son mis chamos y ya, no son mis chamos y seguro que si lo fueran yo no estaría en el operativo porque no me van a dejar pasar porque a lo mejor allí si voy a aflojar y no es la idea. Si yo me aflojo debilito a tres funcionarios más, y ya son cuatro funcionarios o socorristas que no van a estar en el área" (PA1).

"¿ESO TIENE QUE VER CON EL COMENTARIO DE "QUE EN EL MOMENTO HAY QUE SACARSE LAS EMOCIONES"?"

PA.2: "Eso es un decir, yo diría que es mentira porque las emociones las tienes allí, sencillamente unas pueden estar más dormidas y otras pueden estar más despiertas, pero están ahí, y de repente, no te digo que no me impacte, y lo vi bastante, a un tipo que le metan un tiro, y lo ves cayendo, y no es que no te afecte o importe, pero tu tienes que asumirlas, tienes que evitarlas"

"ENTREVISTADOR: TÚ HABLABAS HACE UN MOMENTO DE QUE MUCHAS VECES TRATAN DE NO INVOLUCRARSE PERO ES DIFÍCIL HACERLO ¿CÓMO ES ESO?"

PA.4.: claro, cuando tú le estás prestando ayuda a una persona y ves que la situación en que está, tu sientes el dolor de esa persona, pero no te involucras significa que no debes demostrárselo, o sea yo no debo demostrarle que me duele, que puedo llorar igual que ella, porque entonces mi condición de prestarle

ese apoyo en parte moral, en la parte psicológica ... que yo soy el rescatero y me estoy desmoronando, o sea no, ¿qué queda para ti?"

Una muestra de lo anterior son las respuestas que desencadena, éstas son: Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Afectación emocional personal, Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hedonista Grupal, Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hedonista personal, Reacciones ante compañeros con afectación emocional: Hostil Grupal, Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Afectación emocional personal, Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Hostil grupal, Reacciones ante compañeros en riesgo físico: Hostil personal. Los cuales, aún cuando presenta una frecuencia baja y asociada principalmente al primer participante, son ilustrativas de la fuerza que impone la resistencia para no permitir la experimentación del *displacer*, a continuación algunas de las citas ilustrativas:

"(...) Pero como llevaba el chaleco no podía decir que no, "toma tu adelante", voy, tomo, consigo a la persona, aseguramos que estaba todo en el avión, él levanta el brazo, no teníamos suficiente equipo porque, lamentablemente nadie lo ha dicho pero yo si lo he dicho varias veces y lo mantengo, que nosotros teníamos, hasta ese momento una cultura de que si un avión está caído es porque están muertos. Y yo me lleve mi equipo fue para mí para mis compañeros; si yo me caigo quién me va a tapar una herida o una hemorragia, allí si, el yoismo de que yo tengo que cuidarme porque tengo dos cachorros (hijos) que me están esperando en la casa y allí utilicé mi equipo para la víctima. Entonces allí empezaron a llegar militares, llegaron personas que lo conocían, ha llorar y el que estaba adelante era yo, entonces yo tenía que

tranquilizar al lesionado o al coronel que estaba al lado o al sargento que estaba al lado, porque si tu vas a llorar lo vas a poner a llorar a él (...)" (PA1).

"ENTREVISTADOR: ¿CREES QUE TE HA SERVIDO EN ALGÚN OTRO ASPECTO? PA.1: Bueno lo otro han sido los operativos reales creados por la naturaleza, que hemos estado adentro de la zona caliente... no se... he visto caer compañeros míos de un helicóptero, he visto tres compañeros míos que se los ha llevado el río, pozos llamados vulgarmente movedizos, que al principio los nervios, yo creo que son los nervios que nos da por reír, pero una risa como que si nos estamos burlando de la persona y después vemos que de verdad se está muriendo o vemos que le falta poquito o que le tapa la cabeza, es que le lanzamos las cuerdas. Yo veo que eso no es normal, apenas se cae hay que salvarlo pues" (PA1).

"(...) no soportas ver a alguien que esté haciendo lo que no es, por ejemplo, con respecto al agua, estábamos muy pendiente si alguien la botaba "¿Tu eres loco?!!" cuando aquí en Caracas se convierte en un problema de él, él tiene la opción de hacerlo o no hacerlo, allá no, porque allá necesitamos, te conviertes en parte de mis familiares, con quien hablo. Si tu te mueres ¿cómo le digo a tu esposa, que la conozco, mi sentido pésame?, o sea..... no sé" (PA2).

Por su parte y referente al manejo de la muerte, se encontró que éste es realizado por medio de controles externos, tales como la creencia en un ser supremo (antes descrito) que protege y decide los eventos y la idea de destino inmanejable e

incontrolable, según las cuales, lo que dependería de los trabajadores estaría asociado al disfrute de vida. La muerte estará en las manos de Dios y del destino.

La creencia en Dios es definida como un elemento importante empleado por los participantes en momentos críticos o de poca certeza respecto a la situación a enfrentar, así, se esperará y solicitará la intercepción de Dios para que la misión termine con éxito y el participante no sufra impactos físicos y/o emocionales, esto permitirá reducir el temor y actuar con una convicción mayor de éxito. Algunos ejemplos son:

“o creo en un creador y creo... porque dicen: “¿Qué fue primero, la gallina o el huevo?, por un decir. Científicamente es el huevo, se creó algo y allí explotó, según el hombre fue del polvo y la mujer de la costilla, no creo en nada de eso!, (...) Tiene que haber un creador, a mi me creo alguien ¿no?, a ustedes las creo alguien, tienen un creador... y sí, yo me siento fuerte cuando lo nombro a él, algunas veces lo nombro: “verga, ¿Qué paso chivudo?, y resuelvo, a lo mejor eso me ayuda, bueno estoy seguro, a darme fuerza para seguir luchando y me da fuerzas para tomar una decisión en el momento dentro de la zona caliente” (PA1).

“Bajo oración, la oración... trato de orar bastante, trato de identificarme bastante, creo que él nos, soy creyente de que recibimos respuestas, soy creyente de que de una u otra manera tenemos la ayuda” (PA3).

“¿Qué si existe vida después de la vida? ¿Qué si Papá Dios? Si creo en un ser supremo, creo en Papá Dios y en el niño Jesús todavía, en los Reyes Magos,

que nosotros hacemos esta aquí y solo una vez a través nuestra es aquí” (PA4).

por supuesto, pero esa es una parte de la conducta humana y como lo llevamos nosotros, o sea el ser de golpes de pecho para eso no, no y si lo conocí" (PA4).

Es decir, existe un Dios dispuesto a ayudarlos en aquellos momentos en los que las propias capacidades resultan insuficientes o existe inseguridad en ellos, actitud que refleja el empleo defensivo del control externo, al igual que mantenerse apegados a ideas de destino, en las cuales las conductas propias son irrelevantes para modificar lo que va a ocurrir, es decir, el sujeto se percibe sin herramientas para determinar y prevenir eventos desfavorables futuros. Este último tienen su ocurrencia a nivel ideativo, es decir, los participantes sí realizan algunas conductas preventivas. Vemos algunas citas ilustrativas.

"¿ALGO MÁS QUE CONSIDERES IMPORTANTE DENTRO DE LO QUE HA SIDO TU EXPERIENCIA?" PA.1: "Que estoy vivo (sonríe), eso es lo importante, que estoy vivo y espero seguir vivo, pero espero que el día que el chivudo me hale sea en una broma bella... no en un infarto, ni nada, porque no se vive así" (PA1).

"Si ese día está el que yo me vaya para el otro lado, ese día está que yo me vaya, y como yo siempre he pensado que uno no se va a la víspera ni después para que voy a estar cuidando tanto un traje que se va poniendo viejo y que no tiene, no es como está camisa que la boto y me pongo una nueva, el traje es genera" (PA3).

"se les va es que dejan de existir, que murieron si, pero ese es un plano, yo no soy muy teólogo, muy creyente, pero todo en nuestra vida está aquí, todo lo que nosotros hacemos está aquí y todo nos van a rendir cuenta es aquí" (PA4).

Al entender la vida y el riesgo como elementos externos y ajenos al control y deseo propio, el resultado será la necesidad constante de vivir por mantener una expectativa de muerte latente así se planteará el empleo del tiempo de manera útil, la realización frecuente y constante de actividades placenteras y/o buscar un mayor número de experiencias gratas, incluyendo conductas de riesgo placenteras. Es una necesidad de vivir antes de que sea el día de irse o de que Dios decida la muerte de alguno de ellos.

Los "problemas familiares" causados por la entrega a las labores, los horarios extensos, misiones nacionales e internaciones y el riesgo al que se someten, son relacionados con elementos displacenteros, ambos desmotivantes pero sin el poder suficiente para inferir un impacto negativo en la salud mental, probablemente por la elevada constricción afectiva de los participantes.

Los participantes atribuyen el manejo inadecuado del personal y de los equipos a la escasa preparación de algunos funcionarios encargados caragos elevados y a la incapacidad de los mismos para reconocer los méritos de quienes tienen una larga trayectoria en el área. Para ellos, lo que diferenciará una buena labor de una deficiente será la experiencia y no el grado de instrucción. Reclaman así mismo, una tendencia en tales funcionarios a reconocer la participación de los trabajadores operativos cuando existe alguna crítica o dificultad en la misión, y a negarla (por presentarse como autores únicos) cuando la misión resulta exitosa y nacionalmente reconocida. Las menciones a la baja remuneración económica fueron frecuentes en el discurso de los participantes aunque éstos empleaban, de manera compensatoria, la exaltación de otros estímulos positivos, entre estos la satisfacción por agradecimiento, las conductas de riesgo placenteras, entre otras.

Los problemas familiares son para los participantes, tanto una reacción esperada como un indicativo de la falta de comprensión. Ambivalencia ocasionada por la

percepción de impotencia ante tal situación, ya que los trabajadores del área consideran ésta una condición como inherente a quienes se dedican a la atención en emergencias. La atribución a un déficit familiar puede ser una muestra más de la tendencia a colocar la responsabilidad en el afuera. Algunos ejemplos se muestran a continuación.

“ENTREVISTADOR: “CUANDO COMENTABAS QUE TRATAS DE MANTENER EL EQUILIBRIO ENTRE TU VIDA PRIVADA Y TU TRABAJO, DECÍAS QUE ESTÁ ES EL ÁREA QUE TE LLENA Y QUE TE MOTIVA, Y DECÍAS AL RESPECTO QUE, AÚN CUANDO TENGAS PROBLEMAS FAMILIARES, ÉSTA ES EL ÁREA. ¿CÓMO ES ESO, QUÉ HA PASADO EN ESE ASPECTO DE TU VIDA?” PA.1: “Si... “Mira, que hoy vamos para unos quince años”, perfecto! Vamos para la fiesta!, pero saliendo o cuando ya vamos por la vía, suena el teléfono; yo me voy, pasó algo, “ bueno pero...”... Nada, paso algo. No es nada más en una fiesta, estoy en hospital porque está algún familiar enfermo y pasa algo, me voy, o ha estado el niño enfermo y yo le digo, tranquila (esposa) que yo no soy doctor, o sea, así de seco lo tomo, los llevo para el hospital y me voy, no sé, no creo que sea solo yo porque hay muchas personas que también son así, y no porque ellos sean así sino que pienso que soy yo solo y cuando veo “yo iba para una fiesta, yo estaba en una fiesta, yo tengo sin ver a mi mamá un mes”, pero estamos en el área siempre, por eso es que.... Y ya en la casa yo lo he dicho, que cuando yo me gradué de periodista, de corresponsal no me van a ver más, “ustedes recen que yo esté vivo, más nada”. Yo no voy a estar en un área, lejos, parado atrás de una

cinta esperando que venga el vocero oficial para dar la información, yo voy a estar metido en el área” (PA1).

“Pero es muy difícil el que entiendan el que puedas pasar tanto como días, como meses, como que te vean lanzándote por un precipicio, que te vean lanzándote de un helicóptero o que, que en los problemas políticos estés metido donde hay plomo, o sea, en los gases, cuando tengo gripe, añoro los gases lacrimógenos, y yo sé que esa es una cuestión, no solo mía sino de varios, que hace falta, hace falta porque nos lo congestiona sensacional. Es difícil, es difícil de asumir, es difícil de que te quedes, de que te quedes en un sitio y digas, lo que te dije al principio “voy a meterme en los negocio para estabilizarme y tener una familia”” (PA2).

Los elementos antes discutidos pueden comprenderse mejor si se consideran las características de personalidad y/o preferencias habituales de los trabajadores operativos de Protección Civil mencionadas anteriormente. Entre las más constantes se encontraron:

“se es el PA.1, trato de disfrutar porque sé que después no voy a poder disfrutar cuando este metido en la zona caliente, lo disfruto a mi manera y a mi gusto, pero ese no es el gusto de mi familia. Yo en los propios momentos de zona caliente, cuando salgo siempre está el PA.1 Normal, “Vamos para el hotel o vamos a caminar” si hay un pueblo vamos a caminarlo, a conocerlo, o vamos a comernos un perro caliente en el último puesto de perros que encontremos, porque no todo puede ser adrenalina pura” (PA1).

“Y yo pienso que para estar en esta profesión necesitamos eso, esa tranquilidad o esa, si esa tranquilidad de saber que trato de hacer lo mejor posible todo los días, sin dejar de ser lo terrible que puede llegar a ser (...) eso, tiene mucho que ver con eso y pienso que lo que en la vida uno tiene que lograr y eso lo logré con mucho esfuerzo es la disciplina, tienes que ser disciplinado contigo mismo y tienes que reñirte el doble porque no sabes cuando, o sea, no sabes hasta cuando vas a estar, y no puedes de repente, permitirte “vamos a dejarlo para mañana” (PA2).

“Para mí el asunto es vivirlo y yo creo que yo desde pequeño me he adaptado muy rápido a cualquier circunstancia” (PA3).

“Me amargo un poquito y esa es una expresión muy mía que utilizo todo el tiempo, a veces... mi familia a veces me dice que andas amargado y tal y entonces identifique que es amargarse. Me cae muy mal el que la gente sea empírica, o sea que haga las cosas por hacerlas, el peseterismo, que aunque necesitamos dinero para ir al mercado, para vestirme, para estar dentro de esta sociedad de consumo, pues el dinero no lo es todo, o sea hay más que la satisfacción que da este medio” (PA4).

Parece existir en los participantes la tendencia a la entrega altruista, a la adaptación ante situaciones difíciles y la tendencia al aburrimiento que se traduce en personas activas y motivadas a la acción, más no invulnerables. Los participantes, específicamente el 1 y el 3, describen algunos de impactos considerados como negativos producto de las labores dentro de la zona caliente, es decir, impactos

afectivos de características displacenteras producto de situaciones propias de la zona caliente, asociados a la merma en sus capacidades de respuesta o eficacia laboral.

“Allí ha sido común es eso, que he tenido inconvenientes con tres altos oficiales es porque al principio no quieren que yo trate así lo que quedó, el cuerpo, o lo que quedó del cuerpo y he tenido que enfrentarlos, y después pasar mi informe de por qué los enfrenté y ha quedado todo sin novedad porque tengo la base de por qué tengo que enfrentarlos y por qué tengo que tratar así el cuerpo. (...) Quién quita y el militar porque le dio rabia me dé un tiro y, Siempre trabajamos en triángulo es por eso, eso cuando estamos en presidio abierto y si hay alguien que está gritando o alterado se le ponen siempre dos atrás o uno atrás para agarrarlo porque no conoces su reacción, la precaución.” (PA1).

“(...) al principio el impacto visual y sentimental es fuerte, por mucho que de repente tu estés echando broma con muchos de tus compañeros, estás técnicamente viviendo en otro mundo que no es tu mundo, y es gente que ni siquiera habla tu idioma, yo creo que eso es lo que lo ha hecho una de las experiencias más fuerte porque por lo menos, cuando estuve allí nosotros... levantamos de nuevo un hospital y yo era el único venezolano allí, mis compañeros estaban en otras labores (...)” (PA3).

La habituación rígida a tales condiciones y el logro sucesivo de una elevada adaptación hacen del retiro del área de operaciones una vivencia de pérdida. Tal vivencia implica para los participantes 2 y 4 (con mayores años de servicio), la pérdida de un espacio contenedor, fuera del cual no es posible una nueva adaptación.

En relación al *impacto positivo* resaltan: “Destrezas adquiridas en la labor y aplicadas a la vida personal”, “Previsión razonable habitual”, “El humor en la zona caliente”, “Conductas de autocuidado” y “Liderazgo en operaciones”. Cada una de las anteriores implica una ganancia personal para el trabajador operativo y herramientas de adaptación que podrá emplear en su vida cotidiana. Así los trabajadores operativos muestran un mayor autocuidado y una mayor previsión en su vida familiar, siendo administradores de desastres en estos contextos, aprenden a desempeñarse como líderes en diversas situaciones y el sentido de responsabilidad implícito en este rol, además de enfrentar con humor diversas situaciones personales, ayudándoles a sobrellevar las repercusiones cotidianas del impacto negativo y reforzando la fortaleza propia poseída.

Una forma de agrupar los diferentes hallazgos encontrados consiste en partir del origen de los mismos, englobándolos en las siguientes categorías:

Factores propios del trabajador operativo: El gusto por la labor que realiza, El trabajo en equipo (mientras existan características de personalidad que favorezcan la integración, tales como la espontaneidad y la extroversión). Características de personalidad con tendencias a favorecer el ajuste y la conformidad social, así como el altruismo y la entrega por el bien común, pero también la flexibilidad y sentido del humor, habilidades para resolución de problemas y alta motivación al logro, para ver las situaciones desde diversas perspectivas, incluso ajenas, y lograr la adaptación a diferentes ambientes. Elevado pero flexible control emocional o, en su defecto, el empleo de defensas frente a posible afectación emocional dentro de la zona caliente; represión, negación, aislamiento afectivo, formación reactiva, proyección, racionalización e intelectualización. El apego a creencias religiosas y a la institución. La tendencia a la actividad, al liderazgo, el deseo de éxito y poder, el sentido de responsabilidad y el sentido de compromiso.

Factores externos: El apoyo familiar, el apoyo social entendido como el reconocimiento, respeto y crítica justa de la población general (atendida), y el apoyo institucional percibido.

Este último agrupa los siguientes aspectos: el reconocimiento oportuno de las labores realizadas, la adecuada preparación y entrenamiento, el adecuado manejo de la información dentro de la zona caliente y su facilitación a los trabajadores operativos, el respeto a la meritocracia y experiencia en el área, la facilitación del equipo adecuado de acuerdo a las características de la zona a atender.

Dentro de éste se ubican también las características de la misión. Un mayor impacto afectivo y mayores esfuerzos para lograr el nivel de funcionamiento requerido se asocian con la atención de desastres causados por el hombre, específicamente conflictos bélicos y accidentes aéreos. Aquellos desastres naturales que han implicado una afectación se relacionan con saldo masivo de víctimas en lugares donde los recursos económicos y culturales escasos determinan mayores carencias y dificultades para realizar las labores asignadas.

Factores emergentes: El empleo excesivo de defensas y la instauración de las mismas como parte de su funcionamiento cotidiano, asociado a la carencia de un espacio catártico desde el ingreso del trabajador en las labores operativas. La necesidad de mantener las mismas conlleva el empleo de la omnipotencia y el apego a ideas de destino. Excesivo apego a la institución.

La interacción de dichos factores según logró apprehenderse a través de la presente investigación, puede ser vista como sigue:

Los factores externos y propios del sujeto, podrán actuar tanto como protectores o como de riesgo según la circunstancia de que se trate y no parece existir, para el fenómeno estudiado, un factor con la intensidad suficiente que permita atribuirle un

rol invariable. Además, existen factores que podrán emerger cuando los empleados son insuficientes, están ausentes o se encuentran distribuidos en proporciones diferentes, los cuales parecen generar consecuencias indeseables a largo plazo, pero que en el contexto de la atención en emergencia y de acuerdo a la exigencia emocional de la zona caliente descrita por los trabajadores, resultan adaptativos y protectores.

Se infiere la existencia de características de personalidad que determinan la elección de las labores operativas sobre otras áreas de trabajo, éstas se encuentran asociadas a una tendencia al tedio que lleva al individuo a la búsqueda de actividades estimulantes. En cuanto a las características de sus contactos interpersonales, se infiere el predominio de la extraversión, de la facilidad y el agrado por situaciones sociales y/o grupales, con la tendencia a asumir roles de liderazgo, sin que ello implique el establecimiento de relaciones íntimas o cercanas, es decir, se encuentra en general, una mayor tendencia a relaciones distantes, las cuales pueden estar asociadas, al logro del desprendimiento emocional necesario para asumir horarios de trabajo extensos, disponibilidad inmediata en casos de emergencia y la disposición para participar en misiones internacionales. Además, son comunes la tolerancia al estrés, al trabajo bajo presión, la capacidad para resolución de problemas, el compromiso, la responsabilidad y la previsión, los cuales que permiten al trabajador operativo reaccionar ante las demandas de la zona caliente, tomar decisiones vitales en un corto período de tiempo, tolerar las presiones sin vivenciarlas como tales, estudiar las situaciones y planificar la acción para lograr una atención eficaz.

Gracias a estas características, el sujeto entrará en la labor operativa, aprendiendo en ella formas de actuar y de sentir que le permitirán, junto a sus recursos propios, ser exitoso en el área. Muchos de estos aprendizajes llegan a ser tan vitales en la zona caliente que es probable que el sujeto se apegue a ellos y los traslade a su vida personal y hábitos cotidianos, entre ellos destacan:

- La importancia del trabajo en equipo y de confiar en los integrantes del mismo. Confianza alcanzada a través de la certeza, de ver actuar al otro y comprobar sus capacidades o de probarlo en situaciones reales para determinar sus conocimientos. Lo implica una suspicacia inicial, el desconfiar constantemente para poder evaluar a los compañeros.

- El control afectivo o la capacidad para regir las descargas afectivas de acuerdo a las situaciones vividas y necesidades propias. En la presente investigación se infieren fallas, por déficit y constricción, en esta capacidad. En otras palabras, es necesario mantener un control afectivo durante la atención en emergencia, aún más necesario si se labora dentro de la zona caliente, sin embargo, los participantes someten sus necesidades a las exigencias externas (recordemos la existencia de rasgo que indican conformidad social, altruismo, apego a lo convencional, moralistas, entre otros). Si a los trabajadores operativos se les educa a la preservación de un espacio institucionalizado en el cual tengan cabida sus necesidades afectivas es probable que se alcance un equilibrio.

No obstante, mientras no exista tal espacio, se requerirá de un control rígido y segundas represiones para contener las necesidades propias y someterlas. Tal sometimiento es alcanzado mediante un uso rígido de mecanismos defensivos evitativos del contacto emocional que causarán la sobrecarga del sujeto haciendo que éste emplee más energía en controlarlos y mantenerse funcional dentro de la zona caliente, llegando incluso a evitar contactos afectivos fuera de la misma y en el plano personal.

Esta situación se hace comprensible al pensar en la dificultad que podría implicar el contacto emocional, con eventos actuales y previos, en trabajadores que deben estar activos y dispuestos a responder ante las emergencias.

Este planteamiento lleva a traer consigo la siguiente interrogante, si los factores emergentes facilitan la conservación de un nivel de funcionamiento favorable, pero actúan como una enfermedad crónica de lenta evolución, ¿Se debe intervenir sobre ellos?, Si ya es tarde para fomentar el desarrollo y empleo de otros factores, ¿Se deben fomentar los emergentes?

- El empleo del aprendizaje y la experiencia como limitantes del contacto afectivo. En este sentido, los participantes hacen uso de las normas y procedimientos de atención, llegando a automatizar de tal manera los procedimientos, que no requieren detenerse a analizar la situación. Además, usan la intelectualización y racionalización para aproximarse a las vivencias emocionales.

- Ser precavido en la vida personal, llegando incluso a comportarse como administradores de desastres dentro de sus entornos familiares.

- El empleo de la formación reactiva: aprenden a emplear el humor como herramienta de adaptación y mantenimiento de la constricción afectiva, esto es, bromear, burlarse o jugar para que las situaciones que producen un impacto emocional displacentero se transformen en agradables o, al menos, neutral, por ejemplo, ante compañeros heridos o reaccionar con violencia ante compañeros emocionalmente afectados. Se institucionaliza y normaliza tal aprendizaje agrediendo a aquellos que no lo acaten.

- Asociado a una mayor experiencia surge un exceso de confianza que puede llegar a manifestaciones de omnipotencia y lleva a los trabajadores a irrespetar los límites mínimos de la seguridad. Existe una tendencia, sin claro origen (aprendido o propio), a considerarse totalmente responsable de la vida de las víctimas, que conlleva una fuerte dificultad en el manejo de la tolerancia y frustración, así como el refuerzo de la omnipotencia. Resultando un recurso para el manejo de la expectativa de muerte latente.

8. CONCLUSIÓN

El impacto de las condiciones laborales sobre la salud mental de los trabajadores operativos podrá ser positivo o negativo, de acuerdo a la interacción de la personalidad previa, los factores internos o externos y los factores emergentes.

Cuando el impacto vivenciado es negativo, se producirán esfuerzos de readaptación y evitación de la afectación psíquica subsiguiente. En este sentido, los participantes son capaces de identificar algunos de los factores etiológicos del mismo (factores negativos tanto internos como externos), sin embargo, presentan incapacidad para identificar las consecuencias de los mismos, o éstas son descritas como carentes de importancia o sin correlato emocional. A través del análisis de sus discursos y autodescripciones fue posible encontrar manifestaciones sintomáticas e inflexibilidad en el empleo de ciertos mecanismos defensivos.

En relación a estos últimos, es posible concluir que se trata de reacciones que buscan el reestablecimiento de la homeostasis, por medio de la evitación del displacer y, por ende, la conservación del nivel de funcionamiento laboral.

Entre las manifestaciones sintomáticas más frecuentes destacan las alteraciones del sueño, la exposición desmedida a situaciones de riesgo vital, los problemas en las relaciones interpersonales y los síntomas psicósomáticos.

Entre los mecanismos más frecuentes se encuentran, con algunos ejemplos tomados de las entrevistas realizadas, los siguientes:

- Represión: la dificultad de algunos participantes para describir los afectos experimentados durante situaciones de riesgo vital a pesar del esfuerzo para evocarlos.

- Negación: evidenciada con mayor claridad en las dificultades de algunos participantes para reconocer su responsabilidad en la ejecución de conductas de autocuidado y disminución del riesgo propio.
- Formación reactiva: Las manifestaciones de risas y burlas ante situaciones que posteriormente se reconocen como generadoras de un impacto afectivo, o reacciones agresivas ante situaciones que producen preocupación por los otros.
- Omnipotencia: el no reconocimiento de la vulnerabilidad propia demostrado por medio de la extensión y permanencia voluntaria de jornadas laborales, el rechazo a conductas de autoprotección por considerarlas como obstaculizadoras de las labores, la idea de que se es el único con capacidades necesarias para asegurar el éxito de una misión determinada, entre otros.
- Aislamiento afectivo: La realización de conductas rituales y atribución a Dios o destino de la seguridad propia sin establecer contacto con los temores que se experimentan.
- Intelectualización: el uso de teorías que sustentan los sentimientos experimentados o la anulación de las mismas. Así como el uso de la teoría para justificar la violación de las normas de seguridad.
- Racionalización: Asociada al empleo de explicaciones y justificaciones personales de conductas sintomáticas o reacciones inadecuadas, como por ejemplo, justificaciones del frecuente empleo del aislamiento afectivo a través de la necesidad de preservar la estabilidad emocional propia y de los otros.

Cuando el impacto es positivo, los participantes pueden fácilmente describirle e identificar los factores que le originan, fomentan o mantienen, tal impacto es asociado a ganancias personales, como la mayor preparación en el área, el reconocimiento

personal o laboral, el conocer otros países y estados, entre otros, de esta forma se traducirá en un aumento de la experiencia, fortaleza y conocimiento.

En este mismo sentido, se infiere la inexistencia de resiliencia en los participantes estudiados, ya que en ellos no hay evidencia de una vivencia de afectación, sino la evitación de la misma, así como tampoco existe evidencia de fortalecimiento, sino de empleo de mayores factores emergentes o apego mayor a factores protectores propios o externos.

De ser así, podría esperarse a largo plazo el surgimiento de una crisis madurativa o del desarrollo (Baldwin, 1983 c.p. Villalobos, 1985), ocasionada la pérdida del control afectivo o falla en el mantenimiento de los mecanismos defensivos, momento en el cual, será oportuna la inclusión del trabajador en un proceso terapéutico.

Desde la presente investigación se considera que los hallazgos obtenidos no contradicen los enfoques teóricos existentes, por el contrario resultan, en mayor o menor medida, coincidentes con cada uno de los enfoques empleados para dar explicación al impacto de las labores operativas sobre la salud mental de los trabajadores más.

Sin embargo, tales enfoques no logran, de manera aislada, descripción del fenómeno estudiado, éste amerita, para tal fin, la adopción de modelos sistémicos, ya que, como fue descrito, se trata de un fenómeno originado en la interacción de múltiples factores, cada uno de los cuales adquirirá importancia diversa de acuerdo al contexto en el que interactúen y del estado individual de los trabajadores operativos en los cuales converjan.

Se sugiere para próximas investigaciones y como medio para solventar las limitaciones de la presente, el empleo de métodos de evaluación de fácil manejo que permita la inclusión de un número mayor de trabajadores y verificar la generalización

de los resultados acá plasmados, la adopción de estudios longitudinales o la contrastación de los hallazgos en una muestra con largos años de servicios con los obtenidos en una muestra de recién ingreso a la Institución.

El uso de técnicas proyectivas, de fácil aplicación y con medidas de estandarización adecuadas, permitirá en futuras investigaciones el vencimiento de las fuertes resistencias y el acceso a otros niveles de información a los cuales no fue posible acceder, sino inferir.

En relación al empleo de herramientas cualitativas, los resultados obtenidos aportan información extensa y relevante, permiten acceder a las vivencias y experiencias del sujeto, pero requieren de diversos niveles y momentos de análisis, limitados en la presente investigación por factores de tiempo, es por ello que se sugiere su uso en estudios longitudinales y con un objeto de estudio limitado, es decir, corpus textuales limitados a la exploración de un aspecto particular del fenómeno.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC, RE.UU.: Masson.

Bernajo, B. (2005). *Psiquiatría y neurociencia*. En S. Nabe y M. Sánchez (Eds.) *Compendio de metodologías cualitativas en educación: investigación-Acción*. Cuadernos monográficos, 2(6), 76-80.

Buolla, M. y Prado, A. (1999). *Características Generales del MMPI-2*. En M. Canillo (Ed.), *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos, clínico, forense y laboral* (pp. 25-262). Buenos Aires, Argentina: Paidón.

Breón, G. (s.f.). *La facilitación de resiliencia grupal*. Recuperado el 16 de enero de 2006, en el sitio Web <http://www.zmuita-international.com/BIBVIRT/RESILIENCIA-ARG.pdf>

6. REFERENCIAS

- Caplan, G. (1960). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York.
- Akbayrak, M., Oflaz, M., Aslas, O., Ozcan, T., Tastan, S., Cicek, S. (2005). Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms among Military Health Professionals in Turkey. *Military Medicine*, 170, (2), 125.
- Alarcón, R. (1989). Consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia Latinoamericana. En *Desastres. Series de monografías clínicas N° 2. Programa de cooperación internacional en salud mental "Simón Bolívar"* (pp. 9-25). México: D.F. Publisher by the Hispanic American Family Center, Chicago, Illinois, USA.
- Alonso, L. (1999). Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En J. Delgado y J. Gutiérrez (Eds.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 225-240). España: Síntesis.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC, EE.UU.: Masson.
- Bermejo, B. (2005). Población y muestreo. En S. Nube y M. Sánchez (Eds.). *Compendio de metodología cualitativa en educación: Investigación-Acción. Cuadernos monográficos*, 2(6), 76-80.
- Brenlla, M. y Prado, A. (1999). Características Generales del MMPI-2. En M. Casullo (Ed.). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos, clínico, forense y laboral* (pp. 25-262). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Breson, G. (s.f.). *La facilitación de resiliencia grupal*. Recuperado el 16 de enero de 2006, en el sitio Web <http://www.amauta-international.com/BIBVIRT/RESILIENCIA-ARG.pdf>

- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books. New York.
- Caplan, G. (1999). Psicología orientada a la población. Teoría y práctica. En J. Navarro, A. Fuertes y T. Ugidos (Eds.). *Prevención e intervención en salud mental* (pp. 19-72). Salamanca: Amarú ediciones.
- Campos, A. (2000). Prevención de desastres: una mirada desde la salud mental. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.). *Huracán Mitch. Una mirada a algunas tendencias temáticas para la reducción del riesgo* (pp. 127-173). Universidad de Costa Rica Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología. San José, Costa Rica.
- Casullo, M., (1999). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos, clínico, forense y laboral*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cohen, R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores*. (Organización Panamericana de la Salud, Trad.). México: Manual Moderno.
- Condor, L., Palacios, A. y Ego-Aguirre, V. (2002). Impacto psicológico en el trabajo en emergencias y desastres en equipos de primera respuesta. [Versión electrónica], *Respuesta en emergencia*. Recuperado el 23 de enero de 2006, en el sitio Web <http://www.rs.ejercito.mil.ar/Nro648/Revista/respuestaemerg.htm>
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2000, 24 de Marzo). *Gaceta Oficial de República*, 5453 [Extraordinaria], Marzo 24, 2000.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. (2001). Intervención clínica en víctimas de catástrofes naturales: del individuo al grupo. En C. San Juan (Ed.).

- Ley de *Catástrofes y ayuda de emergencias* (pp. 27-48). Barcelona, España: Icaria editorial.
- Figuroa, D. (2005). La resiliencia: una alternativa de prevención. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizar*, 6, (2), 81-88.
- Gaeta, R. (1999). *El Estrés*. Recuperado el 19 de Octubre de 2005 en el sitio Web http://www.psycologia.com/articulos/ar-gonro01_1.htm
- Graham, G. (1987). *MMPI, Guía práctica*. México: Manual Moderno.
- Haisch, D., and Meyers, L. (2004). MMPI-2 assessed post-traumatic stress disorder related to job stress, coping, and personality in police agencies. *Stress and Health*, 20, 223-229.
- Hathaway, S. & McKinley, J. (1999). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2*. (A. Ávila-Espada y F. Jiménez-Gómez, Trads.). Madrid: TEA Ediciones.
- Hernández, M., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación* (3ra. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Kalawski, J. y Haz, A. (2003). Y... ¿Dónde Está la Resiliencia? Una Reflexión Conceptual [Versión electrónica], *Revista Interamericana de Psicología*, Vol. 37(2), 365-372.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Lazarus, R., Folkman, S. y Martínez, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España

Ley de la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.076, de fecha 26 de noviembre de 2001, en Consejo de Ministros.

Liberman, D. (1962). "La personalidad Lógica", en comunicación en terapéutica psicoanalítica. Buenos Aires. Argentina: Eudeba.

Lozada, M. (2005). *Atención psicosocial en desastres: Problemáticas y desafíos*. Caracas: Instituto de Psicología. Red de Apoyo Psicológico. Universidad Central de Venezuela.

Luthar, S., Cicchetti, D. y Becker B. (2000). The Construct of Reliance: A critical evaluation and Guideline for future Work. *Child development*. Vol 71, n° 3, pp.543-562.

Martínez, M. (2001). Uso del Programa Computacional *Atlas.ti* de Thomas Mühr (Univ. de Berlín) en la estructuración teórica de "datos" cualitativos [Versión electrónica], *ARGOS*, 34, 139-156.

Martínez, M. (2004). El Método Etnográfico de Investigación [Versión electrónica], *DIALÓGICA: Revista Multidisciplinaria*, Vol. I(1), 13-44.

Martínez, M. (2005). La Investigación Cualitativa: su Razón de Ser y Pertinencia [Versión electrónica], *CONCIENCIA ACTIVA 21*. En prensa. Recuperado el 17 de Julio de 2006 en el sitio Web <http://prof.usb.ve/miguelm/lainvestigcualitatrazonypert.html>

Melillo, A. (2005). *Adversidad y crecimiento: la noción de resiliencia*. Recuperado el 14 de noviembre de 2005 en el sitio Web http://www.surnorte.org.ar/opinionsur/nota.php?id_nota=81

- Melillo, A. (2006). *Resiliencia*. Revista "Psicoanálisis: ayer y hoy". Recuperado el 14 de noviembre de 2005 en el sitio Web <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/impnumero1/resiliencia1-doc.htm>
- Mingote, J., Machón, B., Isla, I., Perris, A., Nieto, I. (2001). Tratamiento Integrado del Trastorno de Estrés Postraumático. *Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis*, (8).
- Mitchell, J. (1989). Consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia Latinoamericana. En *Desastres. Series de monografías clínicas N° 2. Programa de cooperación internacional en salud mental "Simón Bolívar"* (pp. 211-224). México: D.F. Publisher by the Hispanic American Family Center, Chicago, Illinois, USA.
- Molina, A. (1989). *La comunicación con los padres en el servicio de terapia intensiva pediátrica*. Caracas: CDC/ Universidad Central de Venezuela.
- Muñoz, J. (2003). *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti*. Universitat Autònoma de Barcelona. España.
- Navarro, P. y Díaz, C. (1994). Análisis de contenido. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez, (Eds.): *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 177-124). Madrid: Síntesis.
- Organización de Protección Civil y Administración de Desastres. *Reseña Histórica*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2005 en el sitio Web http://www.mij.gov.ve/proteccion_civil_resena1.htm.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones políticas: informe compendiado*. Oxford University Press. Francia.

- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Protección de la Salud Mental en situaciones de Desastres y Emergencias*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres. Serie Manuales y Guías sobre Desastres No. 7*. Washington, D.C.: OPS.
- Ozer, E. and Weiss, D. (2004). Who Develops Posttraumatic Stress Disorder?. *American Psychological Society*, 13(4).
- Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística* 3 (1). 1-42.
- Reich, W. (1978). *Análisis del carácter*. (6ª ed.). Buenos Aires. Argentina: Paidós
- Rivera, O. (1987). *Interpretación Clínica y Psicodinámica del M.M.P.I.* Distrito Federal, México: Diana.
- Salinas., I. (2003). La construcción social del significado de la atención en emergencias y su relación con estrés psicosocial en bomberos de Caracas. Trabajo de grado para Licenciatura no publicado. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- San Juan, C. (2001). *Catástrofes y ayuda de emergencia*. Barcelona, España: Icaria.
- Sazón, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D. et al. (2005). Posttraumatic Obsessive-compulsive disorder: A case series. [Versión electrónica], *Psychiatry Research* 135, 145-152.
- Schiera, A. (2005). Uso y abuso del concepto de resiliencia [Versión electrónica], *REVISTA IIPSI, Facultad de Psicología, UNMSM, VOL. 8(2), 129 - 135*

- Slaikau, K. (2001). *Intervención en Crisis: Manual para práctica en investigación*. México, D.F: Manual Moderno.
- Taylor, S. y Bogdan, R., (1986). *Introducción a los métodos cualitativos en Investigación*. Paidós.
- Valero, S. (2004). *Manual para el Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta*. Federación Latino Americana de Psicología en Emergencias y Desastres. Recuperado el 16 de Mayo de 2006 en el sitio Web <http://prof.usb.ve/miguelm/lainvestigcualitatrazonypert.html>
- Valero, S. (2005). *La Crisis en la Gestión de los Eventos Adversos. Una Perspectiva Psicosocial*. Federación Latino Americana de Psicología en Emergencias y Desastres. Recuperado el 16 de Mayo de 2006 en el sitio Web <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc5371/doc5371.pdf>
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vanistendael, S. (1998). *Cómo crecer superando percances- Resiliencia: Capitalizar las fuerzas del individuo*. Recuperado el 16 de marzo de 2006 en el sitio Web <http://notas.nezit.com.ar/resiliencia1.htm>.
- Vera, B. (2004). *Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva. Personalidad resistente, resiliencia y crecimiento postraumático*. Recuperado el 13 de febrero de 2006, en el sitio Web <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>
- Villalobos, M. (1985). Intervención en crisis. Historia, definición y clasificación. *Psicología Psicoanalítica*, Vol. III, 3-17.

Violanti, J., Burchfiel, C., Miller, D., Andrew, M., Dorn, J., Wactawski-Wende, J., et al. (2005). The Buffalo Cardio-Metabolic Occupational Police Stress (BCOPS) Pilot Study: Methods and Participant Characteristics. National Institute for Occupational Safety and Health.