

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA EN LAS FUERZAS ARMADAS

Daniel Donoso Rodríguez
(coord.)



MINISTERIO DE DEFENSA



PREPARACIÓN PSICOLÓGICA EN LAS FUERZAS ARMADAS

Daniel Donoso Rodríguez (coord.)



MINISTERIO DE DEFENSA



Catálogo de Publicaciones de Defensa
<https://publicaciones.defensa.gob.es>



Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado
<https://cpage.mpr.gob.es>

Edita:



Paseo de la Castellana 109, 28046 Madrid

© Autores y editor, 2024

NIPO 083-24-116-4 (edición impresa)

ISBN 978-84-9091-902-6 (edición impresa)

Depósito legal M 7532-2024

Fecha de edición: abril de 2024

Maqueta e imprime: Imprenta Ministerio de Defensa

NIPO 083-24-117-X (edición en línea)

Las opiniones emitidas en esta publicación son de exclusiva responsabilidad de los autores de la misma. Los derechos de explotación de esta obra están amparados por la Ley de Propiedad Intelectual. Ninguna de las partes de la misma puede ser reproducida, almacenada ni transmitida en ninguna forma ni por medio alguno, electrónico, mecánico o de grabación, incluido fotocopias, o por cualquier otra forma, sin permiso previo, expreso y por escrito de los titulares del copyright ©.

En esta edición se ha utilizado papel procedente de bosques gestionados de forma sostenible y fuentes controladas.

publicaciones.defensa.gob.es
cpage.mpr.gob.es

PRESENTACIÓN	11
PRÓLOGO	13
LISTA DE ABREVIATURAS	17
Capítulo 1. De la psicología clínica (correctiva) a la psicología positiva (preventiva y de potenciación de capacidades)	21
1. El surgimiento de un nuevo paradigma: del estudio del síntoma a la búsqueda de la felicidad	21
2. Inicios de la psicología positiva	23
2.1. Antecedentes de la psicología positiva	24
2.2. Delimitación conceptual	25
3. Modelos explicativos de la psicología positiva	26
3.1. Teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas de Barbara Fredrikson (Broaden and Build Theory of Positive Emotions).....	26
3.2. Teoría de la autodeterminación de Edward Deci y Richard Ryan (Self-Determination Theory-SDT)	27
3.3. Modelo de Bienestar de Corey Keyes	27
3.4. Marco explicativo desarrollado por Martin Seligman	28
4. <i>Mindfulness</i>	29
5. Optimismo	30
6. Fortalezas y virtudes	30
7. Liderazgo	31
8. Psicología positiva y organizaciones	32
Referencias bibliográficas	32
Capítulo 2. Psicología positiva: su aplicación a las Fuerzas Armadas. Resiliencia	37
1. Introducción. Definición	37
2. Modelos en otros países	39
3. Medición de resiliencia. Eficacia de programas.....	42
Referencias bibliográficas	45
Capítulo 3. El estigma en la atención psicológica	47
1. El estigma	47
2. Autoestigma.....	48
3. El estigma en la enfermedad mental.....	49
4. El estigma en el Ejército	50
Referencias bibliográficas	52

Capítulo 4. Cadena asistencial	55
1. Introducción.....	55
2. Prevención.....	56
3. Evaluación	57
4. Escalonamiento.....	57
5. Niveles atencionales respecto de la salud psicológica	58
6. Cadena asistencial psicológica en caso de heridos o fallecidos.....	60
6.1. Apoyo al personal en operaciones y sus familias.....	61
Referencias bibliográficas	62
Capítulo 5. Expectativas y realidades	65
1. Introducción.....	65
2. Expectativas	67
3. Realidades	70
4. Acciones del mando	74
Referencias bibliográficas	75
Capítulo 6. El estrés	77
1. Introducción.....	77
2. Marco teórico.....	77
2.1. Estrés de combate y sintomatología postraumática	77
2.1.1. Estrés: consideraciones generales	77
2.1.2. Estrés de combate	78
2.1.3. Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).....	81
2.1.4. Diferencias entre el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y el Trastorno por Estrés Agudo (TEA).....	86
2.1.5. Tratamiento psicológico del Trastorno por Estrés Postraumático	87
Referencias bibliográficas	90
Capítulo 7. Suicidio	95
1. Introducción.....	95
2. Términos.....	96
3. Aspectos legales	98
4. Epidemiología.....	99
4.1. Factores sociodemográficos y suicidio	100
4.2. Salud y suicidio	101
4.3. Suicidio en España.....	101
4.4. Suicidios en las FAS.....	104
5. Modelos etiológicos de la conducta suicida.....	104
5.1. Modelo de fuerzas <i>contrabalanceadas</i> de la conducta suicida	105
5.2. Modelo estrés-diátesis del suicidio.....	105
5.3. Modelo clínico-bioquímico de cuatro vías.....	106
5.4. Modelo de Blumenthal y Kupfer (1988).....	106
5.5. Algunas teorías actuales	106
6. Factores de riesgo, precipitantes y protectores asociados a la conducta suicida...	107
6.1. Factores de riesgo individuales (Grupo, 2012).....	108
6.2. Factores de riesgo familiares y contextuales (Grupo, 2012).....	111
6.3. Otros factores de riesgo (Grupo, 2012).....	112
6.4. Factores precipitantes (Grupo, 2012).....	113
6.5. Factores protectores (Grupo, 2012)	113
7. Prevención del suicidio	113

Referencias bibliográficas	118
Capítulo 8. Intervención de la psicología militar en situaciones de emergencia. Parte I	121
1. Introducción	121
2. Conceptualización y clasificación de las emergencias	122
3. Planificación en la gestión de emergencias.....	125
3.1. Organismos de protección.....	125
4. Psicopatología asociada a desastres	128
4.1. El estrés como respuesta en situaciones de crisis	128
4.1.1. Fases de reacción a la situación de crisis	129
4.1.2. ¿Cuándo esas reacciones se convierten en patológicas?	129
4.2. El concepto de trauma en la psicología	129
4.2.1. Clínica del trauma y trastornos psicopatológicos asociados.....	130
Capítulo 9. Intervención de la psicología militar en situaciones de emergencia. Parte II	133
1. Intervención psicológica en situaciones de emergencia	133
1.1. Aspectos generales.....	133
1.2. Principios de intervención	134
1.3. Atención psicológica a víctimas directas/afectados.....	134
1.3.1. Intervención temprana sobre el terreno.....	134
1.3.2. Técnicas de intervención recomendadas en trastornos psicopatológicos derivados de situaciones traumáticas.....	136
1.3.3. Técnicas de intervención grupal	137
1.4. Apoyo a familiares.....	139
1.5. Apoyo psicológico a intervinientes.....	140
2. Comunicación en situaciones de emergencia	142
2.1. Aspectos generales de la comunicación.....	142
2.2. Estrategias comunicativas en la intervención psicológica en emergencias.....	143
2.3. Comunicación de malas noticias	146
3. Primeros auxilios psicológicos (PAP)	147
3.1. ¿En qué consisten?	149
3.2. ¿Cuándo aplicarlos?	150
3.3. ¿Quién puede aplicarlos?.....	150
3.4. Acciones prácticas y talleres	150
Referencias bibliográficas (Capítulos 8 y 9).....	151
Capítulo 10. Las familias	155
1. Introducción.....	155
2. La familia. Definición. Tipos. Tamaño	155
2.1. Definición	155
2.2. Tipos de familias	156
2.3. Tamaño de la familia.....	156
2.4. Familias reestructuradas	157
3. Familia y Fuerzas Armadas.....	157
3.1. Reacciones comunes.....	158
3.2. Parejas	159
3.3. Hijos. Factores de riesgo en la resiliencia	161
3.3.1. Traslados y despliegues.....	161
3.3.2. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).....	161
3.3.3. Fases del despliegue	162

4. Acciones de prevención/preparación	164
4.1. Antes	164
4.2. Durante.....	164
4.3. Después.....	165
5. Sintomatología.....	167
5.1. En niños pequeños.....	167
5.2. En preadolescentes y adolescentes	168
6. Conclusiones.....	169
6.1. Líneas futuras de investigación y actuación	171
Referencias bibliográficas	171
Capítulo 11. El liderazgo efectivo. La tarea de construir grupos fuertes	175
1. El liderazgo. Ideas generales.....	175
2. Resiliencia y personalidad resistente. Las armas psicológicas del siglo XXI	177
2.1. Resiliencia. Una aproximación al concepto.....	177
2.2. La persona resiliente	178
2.3. La personalidad resistente.....	179
3. El liderazgo resiliente.....	180
3.1. La propuesta de las seis características esenciales de un líder ante la adversidad (Everly <i>et al.</i> , 2020).....	180
3.2. La fortaleza, el honor y el liderazgo auténtico (Kolditz y Brazil, 2005 y Brazil, 2006)	181
3.3. El compromiso, la motivación y el liderazgo de la expectativa meta (House, 1971)	182
3.4. El liderazgo resiliente del Ejército de EE. UU. (FM 6-22 Army Leadership).....	182
3.5. Acciones que debe emprender el líder operacional y táctico cuando las cosas van mal (Leadership in the Canadian Forces)	183
3.6. El resultado del liderazgo resiliente en el ámbito militar.....	183
4. Conclusiones	184
Referencias bibliográficas	186
Capítulo 12. Gestión de tiempo y tareas	189
1. Introducción.....	189
2. Leyes que afectan a la gestión del tiempo.....	192
2.1. Ley de Murphy.....	192
2.2. Ley de Pareto	192
2.3. Ley de Parkinson	193
2.4. Ley de Carlson.....	193
2.5. Ley de Illich.....	193
3. Análisis y diagnóstico sobre el uso del tiempo.....	193
3.1. Autoevaluación	194
3.2. Registro de tiempo	195
3.3. Cuestionario de administración del tiempo	196
3.4. Creencias erróneas.....	197
3.5. Ladrones de tiempo.....	198
4. Técnicas y herramientas para la gestión eficaz del tiempo y tareas.....	199
4.1. Planificación y establecimiento de objetivos.....	199
4.2. Toma de decisiones	200
4.2.1. Estilos en la toma de decisiones	202
4.2.2. Fases en el proceso de toma de decisiones.....	203
4.2.3. Barreras en la toma de decisiones.....	204
4.3. Delegación de funciones	206

4.3.1. Ventajas de la delegación	207
4.3.2. Tipos de delegación.....	209
4.3.3. Modelo de plan de delegación.....	209
4.3.4. Qué se puede o debe delegar.....	211
4.3.5. Barreras y obstáculos de la delegación	211
4.4. Trabajo en equipo	213
4.4.1. Equipos eficaces o de alto rendimiento.....	214
4.4.2. Ventajas y desventajas del trabajo en equipo	216
4.4.3. Técnicas de trabajo en equipo	217
4.5. Dirección de reuniones.....	218
4.5.1. Preparación de una reunión	219
4.5.2. Conducción de una reunión	219
5. Conclusiones.....	220
Referencias bibliográficas	220
Capítulo 13. Clima laboral y moral militar	221
1. Introducción.....	221
2. Psicología organizacional.....	221
2.1. Breve historia	221
2.1.1. Estudios de Hawthorne-Elton Mayo y el movimiento de las relaciones humanas.....	223
2.2. La psicología organizacional en la actualidad	226
3. Clima laboral.....	227
3.1. Origen del clima laboral.....	228
3.2. Definición del clima laboral.....	228
3.3. Cultura organizacional	231
3.4. Tipología y dimensiones del clima laboral.....	232
3.5. Satisfacción laboral.....	232
3.6. Clima y su relación con otras variables organizacionales.....	233
3.7. Medida del clima organizacional.....	233
4. Moral militar	234
5. Conclusiones.....	240
Referencias bibliográficas	241
Capítulo 14. Control emocional.....	245
1. Emoción.....	245
2. Tipos de emoción	246
3. Investigaciones	247
4. Control emocional.....	249
4.1. Técnicas de control fisiológico	250
4.1.1. Respiración profunda	250
4.1.2. Relajación muscular	252
4.1.3. Visualización.....	253
4.1.4. Entrenamiento autógeno o autohipnosis.....	254
4.2. Técnicas de control cognitivo	256
4.2.1. Introducción	256
4.2.2. Detención de pensamiento.....	258
4.2.3. Reestructuración cognitiva.....	259
4.2.4. Autoinstrucciones.....	260
Anexo I. Instrucciones de visualización: el sendero de la montaña.....	260
Anexo II. Protocolo de autohipnosis.....	261
Referencias bibliográficas	264

Capítulo 15. Otras competencias emocionales	269
1. Competencias.....	269
2. Tipos de competencias	270
3. Aplicación en la selección de personal.....	271
4. Aplicación en la formación del personal.....	274
5. Empatía.....	277
5.1. Medida de la empatía	279
6. Resolución de problemas.....	280
6.1. El conflicto.....	281
6.2. La Teoría de juegos	282
6.3. Destrezas en la resolución de conflictos.....	283
7. Comunicación.....	283
7.1. Comunicación no verbal.....	286
8. Negociación.....	288
8.1. Mediación	291
Referencias bibliográficas	292
Capítulo 16. Entrenamiento psicológico en la instrucción y adiestramiento del ejército	295
1. Introducción, justificación y antecedentes	295
2. Programas en otros ejércitos. Revisión.....	299
3. Ejemplos de resiliencia integrada en I+A en el Ejército español	307
4. Modelo de actuación integral de atención y preparación psicológica en el Ejército español. Propuesta	310
4.1. Información-Formación-Adiestramiento	312
4.2. Atención clínica. Asesoramiento psicológico	313
4.3. Atención a los despliegues.....	315
Anexo I. Propuesta de calendario de la fase 4+2 de preparación psicológica.....	316
Referencias bibliográficas	318

Constituye para mí una gran alegría y satisfacción tener la oportunidad de presentar esta obra, titulada *Preparación psicológica en las Fuerzas Armadas*, elaborada por un total de dieciocho autores, todos ellos oficiales psicólogos del Cuerpo Militar de Sanidad, destinados en Unidades, Centros y Organismos de las Fuerzas Armadas españolas.

Estos autores, además de su gran calidad técnica como profesionales de la psicología, cuentan con la acreditada experiencia necesaria, derivada de su actividad cotidiana, que aporta una visión práctica y realista de las necesidades y retos que el tema requiere.

Comparto con estos autores la convicción sobre la relevancia e importancia que el factor psicológico posee dentro de la instrucción y preparación habitual de los soldados. De todos es sabido y comúnmente aceptado que el aspecto técnico en la instrucción ha adquirido un lugar preeminente en nuestros días, fruto del avance continuo e incesante de la complejidad tecnológica de los recursos utilizados. Del mismo modo, desde tiempos remotos, se considera vital para el éxito y la consecución de la misión encomendada la preparación física del soldado. El combatiente, por tanto, se constituye como un atleta completo, usuario de las modernas Tecnologías de la Información y la Comunicación. Sin embargo, no debemos olvidar el tercer pilar sobre el que se asienta la instrucción y el adiestramiento, conocido desde antiguo como la moral militar o la «firme determinación en la victoria» y que, actualmente, denominaremos factor psicológico. Este factor podemos reconocerlo, igualmente, como resistencia o resiliencia psicológica, según las últimas tendencias.

Una de las aplicaciones principales que la Sanidad Militar ha de proporcionar al mando, reside en el asesoramiento en aspectos operativos. Por ello, me siento orgulloso, como Inspector General de Sanidad de la Defensa, de mis oficiales psicólogos y de esta aportación a la psicología militar operativa, materializada en este libro.

En este sentido, la presente obra supone un esfuerzo por consensuar un marco teórico y conceptual unitario, que sirva de referencia y punto de partida para el desarrollo futuro de aspectos más concretos y pormenorizados en la actividad cotidiana de las unidades militares dentro de sus actividades de Instrucción y Adiestramiento.

Por tanto, confío en que, en los próximos años, dispondremos de una serie de protocolos específicos de actuación, que se sumarán a los ya existentes, y que guiarán dicha preparación en el área psicológica en las unidades militares, perfectamente protocolizados, ejecutados, actualizados y evaluados en su eficacia y eficiencia.

Como máximo responsable de la Sanidad Militar, dentro de la cual tengo la satisfacción de contar con la especialidad fundamental de Psicología, estoy convencido de las muchas satisfacciones que esta especialidad nos va a reportar en años venideros, fruto del buen hacer y dedicación de sus componentes.

El General de División Inspector General de Sanidad de la Defensa

Juan José Sánchez Ramos

La psicología militar se constituye como una más de las especialidades fundamentales del CMS a raíz de la Ley 17/1999 de 18 de mayo, de Régimen de Personal de las Fuerzas Armadas (Título IV, art. 41), corroborándose en la vigente Ley 36/2007, de 19 de noviembre, de la Carrera Militar (art. 39). Anteriormente, los psicólogos militares se encuadraban como oficiales en los diferentes cuerpos y escalas militares, teniendo, en consecuencia, una diversidad de funciones y cometidos, además de las propias de la ciencia psicológica. La integración supuso un reconocimiento a la labor concreta realizada, así como la posibilidad de un mayor desarrollo de las misiones propias y específicas. Entre dichas misiones, en los últimos años, ha cobrado especial relevancia la relativa a proporcionar asesoramiento y asistencia en todo lo relacionado con las operaciones militares y, más concretamente, con los despliegues internacionales, en los que nuestras Fuerzas Armadas se ven inmersos desde el año 1990. Son de destacar, por su volumen y duración, los despliegues realizados en Bosnia-Herzegovina, Kosovo, Irak, Afganistán, Líbano y Mali.

No solo en nuestras FAS, sino a nivel internacional, en los países de nuestro entorno, se ha venido consolidando un interés creciente por el factor psicológico y su papel en los despliegues militares. Tradicionalmente se venían admitiendo como fundamentales aspectos como la preparación física y la técnica en los Ejércitos. Fruto de la evidencia y la experiencia en la participación en conflictos armados y en misiones internacionales, a estos dos pilares se ha sumado un tercer factor: la preparación psicológica.

Dicho aspecto psicológico puede ser entendido desde dos perspectivas: la correctiva y la preventiva. La primera de ellas, basada en la clínica sanitaria, consiste en la reparación y tratamiento del posible daño psicológico causado al combatiente como consecuencia de su actuación en situaciones altamente demandantes, como son las propias de la milicia. La segunda, o preventiva, puede abordarse igualmente desde una perspectiva clínica, de preservación de la salud en su acepción más genérica, así como desde el enfoque relacionado con la preparación de la fuerza, previa al desplazamiento y actuación en zona de operaciones (ZO).

Este último es el objeto de estas páginas: contribuir a la preparación psicológica de las fuerzas militares a desplegar en ZO, incrementando su resistencia y, por tanto, su eficacia, así como a minimizar los posibles efectos psicopatológicos adversos que pudieran surgir entre el personal desplazado.

Entre los posibles destinatarios de este manual se encuentran, en primer lugar, los oficiales psicólogos destinados en UCO. Ellos son los que deberán implementar y desarrollar las diferentes actuaciones sugeridas. En segundo lugar, el manual es útil para cualquier mando orgánico de una unidad militar, ya que aborda temas de indudable interés, como pueden ser el liderazgo, la gestión de grupos o la moral militar.

A pesar de una posible e inicial apariencia de dispersión, los contenidos de este manual están relacionados con el objetivo propuesto. Aportan un marco de referencia actualizado sobre diversos temas de aplicación en la preparación y asistencia psicológica en los despliegues militares a ZO. Los diferentes capítulos pueden ser un documento base de información útil, que se desarrollará y concretará en su aplicación dentro de los protocolos de actuación que el mando determine.

Comienza el manual con dos capítulos introductorios, cuyo objetivo consiste en justificar el enfoque que se adopta en las siguientes páginas. De este modo, se repasa el devenir desde una corriente puramente clínica de atención psicológica (en particular, del modelo biomédico), centrado en corregir y tratar el trastorno mental, a otra conocida como «psicología positiva». Teniendo presente que nuestro personal militar se compone, principalmente, de sujetos sanos, aptos, motivados y resistentes, cobra especial significado ocuparnos de los aspectos positivos de las personas, de sus virtudes y potencialidades, más que de las carencias, enfermedades y defectos, aspecto plenamente cubierto por la red sanitaria y asistencial.

No siempre resulta sencillo abordar temas de salud mental, ni en su aspecto correctivo, ni siquiera como prevención. Por ello, hemos de tener presente la existencia de prejuicios y valoraciones negativas para el personal atendido. Dichos prejuicios se abordan en el capítulo 3 del manual, dedicado al estigma en la atención psicológica. El capítulo 4 se ocupa de describir cómo se organiza la atención psicológica en su faceta clínica y asistencial en la milicia, partiendo del nivel más básico de atención (incluso el autocuidado) hasta llegar a la atención especializada en los hospitales y clínicas.

Las personas tendemos a generar una idea previa de lo que está por venir, es lo que conocemos como expectativas. A veces, dichas expectativas no se corresponden con la realidad, produciendo desfases e, incluso, problemas de adaptación. Teniendo en cuenta que un despliegue en ZO implica siempre un riesgo para las personas, conviene dedicar algo de atención a manejar las expectativas de un modo realista y adecuado a la situación. A este contenido se dedica el capítulo 5.

Una de las amenazas principales de la vida militar proviene de su misión específica y de sus cometidos particulares, así como los riesgos asociados. Resulta indudable que se trata de una de las profesiones que mayor tensión y estrés puede generar entre sus integrantes, ya que, en ocasiones, puede verse en riesgo la propia integridad física (incluso la vida) o verse comprometida la de otros, por causa propia o ajena, además de la incomodidad y falta de confort asociadas a los despliegues militares. Por todo ello, el estrés y sus consecuencias son riesgos psicosociales de primera magnitud a tener en consideración en la vida militar, que se desarrollan extensamente en el capítulo 6. Del mismo modo, una de las consecuencias posibles de primer orden, no por su frecuencia pero sí por su gravedad, a tener presente se trata en el capítulo 7, que explica la conducta suicida y autolesiva, así como los factores implicados y los modelos de prevención.

Mención especial merece la actuación del personal militar en situaciones de emergencia y catástrofe, en las que se producen hechos inesperados, graves y estresantes, que ponen al límite los recursos disponibles. A esta temática se dedican los capítulos 8 y 9. El aspecto social, especialmente el familiar, constituye uno de los pilares básicos en el bienestar y la salud de las personas, sobre todo en los despliegues en ZO, donde la lejanía y la incertidumbre se constituyen como factores que amenazan la estabilidad personal. Por ello, el capítulo 10 aborda el papel de las familias, sus implicaciones y las recomendaciones y actuaciones al respecto.

La institución militar, como organización compleja y extensa que es, no puede ser ajena a la organización y gestión del recurso humano. Tradicionalmente se ha considerado como

una fábrica de líderes y, superando la controversia de si el líder nace o se hace, dedicamos el capítulo 11 a abordar las características del mando militar y las acciones de formación y entrenamiento para conseguir gestores eficaces en la milicia. En este mismo sentido se incluye el capítulo 12, que aporta ideas, sugerencias y recomendaciones en relación con cómo gestionar los tiempos y tareas, aumentando de este modo el rendimiento y eficacia de los cuadros de mando. Tanto el liderazgo como la gestión eficaz son aspectos incluidos en el campo de actuación de la psicología organizacional o del trabajo. Otro aspecto más viene de la mano del clima laboral, más conocido en la vida militar como moral. De antiguo se ha considerado que la moral militar (el afán de superación y la inquebrantable fe en la victoria) es el elemento diferenciador en el éxito de una fuerza militar, más allá de los medios técnicos y materiales. Por ello se desarrolla esta temática en el capítulo 13.

Por último, dedicamos los capítulos 14 y 15 a los aspectos emocionales del ser humano. Nos reconocemos como *seres racionales*, sin embargo, en las últimas décadas se ha tomado conciencia de que el factor emocional, inherente a la persona, tiene un peso específico muy importante en nuestro comportamiento, considerándonos cada vez más, como *seres emocionales*. La emoción nos ayuda a tomar decisiones e impregna cualquier comportamiento, de ahí la importancia de considerar su papel, en concreto mediante el control emocional, útil para desenvolvemos de un modo eficaz y productivo. Aspectos competenciales como la empatía, la comunicación, la negociación en los conflictos o la resolución de problemas adquieren plena actualidad y relevancia en el mundo actual.

El capítulo 16 de este manual se dedica a explorar posibilidades de intervención en la preparación psicológica de la fuerza, integradas dentro de las actividades habituales de preparación de la misma, es decir, dentro de la I+A de los militares, y cómo se puede enriquecer este entrenamiento con aspectos psicológicos que mejoren dicha preparación mental. Concluye con una propuesta genérica de actuación a nivel del Ejército de Tierra (ET) en la preparación psicológica de los militares que despliegan en ZO.

Como el lector puede comprobar, se abordan temas variados, pero todos ellos tienen relación con el objetivo descrito al inicio de estas líneas, y pueden servir como referencia temática para los cuadros de mando y asesores o especialistas implicados. Este manual genérico debería materializarse, con el tiempo, en una serie de protocolos y guías de actuación concretos, tendentes a mejorar la preparación psicológica de la fuerza en cada una de las unidades a desplegar.

Por último pero no por ello de menor importancia, debo agradecer el fundamental e inestimable apoyo e interés del Excmo. Sr. Inspector General de Sanidad, general de división D. Juan José Sánchez Ramos.

Del mismo modo agradecer el extraordinario y desinteresado trabajo realizado por los autores de los diferentes capítulos. Un total de dieciocho psicólogos militares del Cuerpo Militar de Sanidad (dos tenientes coroneles, siete comandantes, ocho capitanes y un teniente). Agradecimiento que hago extensivo a sus familias por el apoyo y comprensión prestadas durante la realización de este trabajo que, seguramente, haya requerido de tiempo familiar y de ocio.

Agradecimiento también a la Unidad de Publicaciones del Ministerio de Defensa por considerar esta obra de interés militar y proponer y autorizar su publicación dentro del Catálogo anual del Departamento.

El coordinador

Daniel Donoso Rodríguez

LISTA DE ABREVIATURAS

AGBS	Academia General Básica de Suboficiales
AJP	Allied Joint Publications
AJMedP	Allied Joint Medical Publications
APA	American Psychologist Association
CAC	Combined Arms Center
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CDC	Centre for Disease Control
CESEDEN	Centro Superior de Estudios de la Defensa Nacional
CESET	Centro de Situación del Ejército de Tierra
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMS	Cuerpo Militar de Sanidad
COP	Colegio Oficial de Psicólogos
CP	Código Penal
CSF	Comprehensive Soldier Fitness
DIGENPER	Dirección General de Personal
DISAN	Dirección de Sanidad
DRMO	Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular
DS	Desensibilización Sistemática
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EACFH	Equipo de Apoyo Continuado a Familiares y Heridos
EAP	Equipo de Apoyo a las Familias
EAM	Equipo de Apoyo al Mando
EIE	Entrenamiento en Inoculación de Estrés
EMAD	Estado Mayor de la Defensa
EMCE	Escuela Militar de Ciencias de la Educación
EMISAN	Escuela Militar de Sanidad
EP	Exposición Prolongada
ET	Ejército de Tierra
EX	Técnicas de Exposición
FAS	Fuerzas Armadas Españolas
FST	Formación Sanitaria de Tratamiento
GAT	Global Assessment Tool
HFM	Human Factors and Medicine
I+A	Instrucción y Adiestramiento
ICADE	Instituto Católico de Administración y Dirección de Empresas
IED	Improvised Explosive Device

IGESANDEF	Inspección General de Sanidad de la Defensa
IMPDEF	Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa
INE	Instituto Nacional de Estadística
INEFOC	Instituto Europeo de Formación y Consultoría
IT	Instrucción Técnica
IUGM	Instituto Universitario Gutiérrez Mellado
JEMAD	Jefe de Estado Mayor de la Defensa
JEME	Jefe de Estado Mayor del Ejército de Tierra
MAPER	Mando de Personal
MC	Militar de Carrera
MOES	Militar de Complemento
MRT	Máster Resilience Trainer
NT	Nota Técnica
OMS	Organización Mundial de la Salud
OTAN	Organización del Tratado del Atlántico Norte
PAP	Primeros Auxilios Psicológicos
PDC	Publicación Doctrinal Conjunta
POC	Punto de Contacto
RAE	Real Academia de la Lengua de España
RC	Reestructuración Cognitiva
ReNEPCA	Red Nacional para el Estudio y Prevención de Conductas Autolíticas
RR.OO.	Reales Ordenanzas de las FAS
SAG	Síndrome General de Adaptación
SAMUR	Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate
SAV	Soporte Vital Avanzado
STO	Science and Technology Organization
TC	Terapia Cognitiva
TEA	Trastorno por Estrés Agudo
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TIC	Telecomunicaciones y Comunicación
TN	Territorio Nacional
TPC	Terapia de Procesamiento Cognitivo
TRE	Terapia Racional Emotiva
TRV	Terapia de Realidad Virtual
UA	Universidad de Alicante
UAL	Universidad de Almería
UC3M	Universidad Carlos III de Madrid
UCJC	Universidad Camilo José Cela de Madrid
UCM	Universidad Complutense de Madrid
UCO	Unidades, Centros y Organismos
UEX	Universidad de Extremadura
UGR	Universidad de Granada
UME	Unidad Militar de Emergencias
UMH	Universidad Miguel Hernández de Elche
UNIZAR	Universidad de Zaragoza
UPO	Universidad Pablo de Olavide de Sevilla
URJC	Universidad Rey Juan Carlos I
US	Universidad de Sevilla
USAC	Unidad de Servicios de Acuartelamiento

USAL	Universidad de Salamanca
USBA	Unidad de Servicios de Base
USC	Universidad de Santiago de Compostela
USCAL	Universidad del Sur de California
UV	Universidad de Valencia
VIU	Universidad Internacional Valenciana
ZO	Zona de Operaciones

Capítulo 1

De la psicología clínica (correctiva) a la psicología positiva (preventiva y de potenciación de capacidades)

Comandante Susana E. Breña Mayo¹

Comandante Elena E. Martín Molina²

«Todos somos genios, pero si juzgas a un pez por su habilidad para trepar a un árbol, vivirá toda su vida pensando que es un inútil». Einstein

1. El surgimiento de un nuevo paradigma: del estudio del síntoma a la búsqueda de la felicidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía (OMS, 1948). Esta manera de concebir la enfermedad marca un punto de inflexión en el abordaje del quehacer de la psicología, que hunde sus raíces en el modelo médico o psiquiátrico, más centrado en el trastorno orgánico y en la enfermedad.

Los inicios de la psicología están marcados por la multiplicidad de escuelas y corrientes que surgen en EE.UU. en los años treinta, desarrolladas a partir de la implantación de los primeros laboratorios psicológicos fundados por Wundt y Leipzig, a finales del siglo XIX. Esta nueva psicología se rebeló en contra de la tradición más antigua, en cuanto a métodos y normas científicas, más que en lo que respecta a la teoría. La psicología basada en la experiencia ordinaria y en la evidencia de los datos registrados da paso a experimentos sobre el aprendizaje y la memoria, todo ello con la esperanza de poder aplicar este nuevo método en el abordaje de todos los problemas psicológicos (Woodworth, 1931).

Dos ciencias marcaron de manera decisoria el futuro de la psicología. La biología y, especialmente, la teoría de la evolución pusieron sobre la mesa una serie de problemas hasta entonces ajenos a la disciplina psicológica y a la fisiología. El desarrollo mental, la influencia de la herencia y el medioambiente, la psicología animal o las diferencias individuales empiezan a ser temas recurrentes en los escritos de investigación de finales del siglo XIX, gracias a la influencia de Galton y Darwin. Estos primeros estudios dan como resultado el desarrollo de test de medidas que, posteriormente, empezarán a formar parte de la nueva metodología de la psicología. Igualmente, en el ámbito de la psiquiatría, durante el siglo XIX, el tratamiento de los enfermos mentales evolucionó desde un estado completamente acientífico a otro realmente prometedor, desde una perspectiva más ligada a los aspectos somáticos de la enfermedad (Woodworth, 1931).

Esta marcada influencia de la psiquiatría ha desembocado durante décadas en un modelo de tratamiento centrado en la enfermedad y en el estado patógeno del individuo.

¹ Breña Mayo, Susana Esther (MC). Comandante psicólogo (CMS), destinada en USBA El Copero (Sevilla). Licenciada en Criminología (UA). DEA (UGR). Máster de Psicología General Sanitaria (US). Técnico superior en Prevención de riesgos laborales (Junta de Andalucía). Experto en Psicoterapia Dinámica (US).

² Martín Molina, Elena E. (MC). Comandante psicólogo (CMS), destinada en la Sección de Investigación y Análisis (SIVA) de la Dirección de Investigación, Doctrina, Orgánica y Materiales (DIDOM) del Mando de Adiestramiento y Doctrina (MADOC) del ET (Granada). DEA en Medicina (UNIZAR). Máster en Psicopatología y salud (UNED). Máster en Terapias Psicológicas de 3ª Generación (VIU). Experto en Psicología Aeronáutica (COP). Tutor de Practicum de alumnos del Grado de Psicología /UGR).

Cualquier acontecimiento traumático o negativo que afecte a la persona se convierte en un potencial estímulo para el desarrollo de una enfermedad, transformando así a la persona en una víctima que no puede sino considerar como suyo el rol de paciente. Esta perspectiva es la que critican Seligman y Csikszentmihalyi (2000) cuando postulan el descuido de los aspectos positivos del ser humano, como consecuencia de un excesivo énfasis de la psicología clásica en la enfermedad y en lo patológico. Señalan como punto de inflexión en esta orientación patológica de la psicología el comienzo de la Segunda Guerra Mundial, afirmando:

«Antes de la Segunda Guerra Mundial, la psicología tenía tres misiones diferentes: curar la enfermedad mental, hacer la vida de las personas más productiva y prometedora e identificar y educar el alto talento. El enfoque inicial en la psicología positiva queda patente en trabajos como los estudios de Terman sobre la superdotación (Terman, 1939) y la felicidad conyugal (Terman, Buttenwieser, Ferguson, Johnson y Wilson, 1938), los escritos de Watson (Watson, 1928) sobre una paternidad eficaz y los de Jung (Jung, 1933) referentes a la búsqueda del sentido de la vida. Justo después de la Segunda Guerra Mundial, dos hechos –ambos de carácter económico– cambiaron el curso de la psicología: en 1946 se fundó la Administración de Veteranos [...] y miles de psicólogos descubrieron que podían vivir del tratamiento de la enfermedad mental. En 1947 se fundó el Instituto Nacional de Salud Mental [...] y los académicos descubrieron que podían recibir donaciones si investigaban sobre la patología».

Llegados a este punto, los límites entre la psicología y la psicoterapia se difuminan, centrando los esfuerzos en un tratamiento que permita aliviar el sufrimiento. El siglo XX legó a la psicología un marco teórico de carácter patogénico, ocasionando un gran sesgo en el estudio de la mente humana que ha sido focalizado en la debilidad del ser humano. Así, los trastornos depresivos han sido deficientemente explicados desde preceptos basados en las emociones negativas, concibiendo a la persona como un sujeto pasivo y a los profesionales como aplicadores del tratamiento de la enfermedad mental con el objetivo de reparar un daño previo (Vera, 2006). De esta manera, la psicología fue, desde su nacimiento como disciplina científica y hasta mediados del siglo XX, un instrumento más al servicio de la medicina, que ha derivado en un modelo reduccionista centrado en la enfermedad y que llevó a Seligman y Csikszentmihalyi (2000) a calificar la psicología como «ciencia de la victimología».

El modelo médico tradicional de la psicología es analizado por Gancedo (2008), quien realiza un análisis desde el enfoque centrado en la enfermedad a lo largo del siglo XX, hacia otro más actual y que focaliza sus esfuerzos en el desarrollo de las potencialidades de la persona. El diagnóstico y la curación empiezan a convivir con conceptos como la prevención y promoción de la salud, dando lugar a un nuevo enfoque denominado *salugénico* (Gancedo, 2008; Castro 2010). La evolución del enfoque tradicional ha persistido, a pesar de los múltiples avances conseguidos en el estudio de la calidad de vida.

Seligman y Csikszentmihalyi (2000), pese a las reticencias mostradas al modelo patogénico, reconocen su gran aportación al desarrollo de la psicología como ciencia en el tratamiento de la enfermedad mental. Dicha aportación se materializó mediante la amplia aportación taxonómica de nuevos conceptos y la medida válida y fiable de otros fenómenos, tradicionalmente difusos, como la esquizofrenia, la ira o la depresión. El desarrollo de intervenciones, tanto psicológicas como farmacológicas, permitió el tratamiento de enfermedades que hasta entonces permanecían sin intervención médica alguna. Hasta la década de los años cincuenta, un nutrido grupo de enfermedades mentales permanecían aún sin tratamiento y su delimitación diagnóstica era todavía de dudosa clasificación (Castro, 2010), mientras que, actualmente, la evidencia empírica de la eficacia de muchos

tratamientos y terapias es sólida y sus resultados avalan su amplia demanda por parte de la sociedad (Seligman, 1995). Tal es así, que son varias las escuelas y modos de intervención que surgen dentro del modelo psicoterapéutico, así como los tratamientos empíricamente validados en función del trastorno diagnosticado (Roth y Fonagy, 1996).

Visto el gran avance y eficacia derivada del modelo tradicional, cabe preguntarse el porqué del cambio, desde un modelo que aparentemente funciona, al ya mencionado enfoque salugénico, más centrado en la promoción de los aspectos positivos de la salud. Castro (2010) destaca las altas tasas de prevalencia de trastornos como la depresión y su evolución de una patología de adulto a una, cada vez más, de adolescentes, para denunciar el poco interés demostrado en mejorar la calidad de vida de las personas. Tal y como critican Lupano y Castro (2010), este excesivo esfuerzo por tratar el síntoma, ha generado un alto costo para la sociedad. Se trataría de complementar un enfoque que ha resultado ser insuficiente mediante un mayor esfuerzo en potenciar las virtudes y fortalezas de la persona y en mejorar su bienestar y calidad de vida. Antonovsky (1979, 1987; cit. Lupano y Castro, 2010) entiende el modelo salugénico como un continuo entre la salud-enfermedad, de manera que no sería una dicotomía, sino extremos de un continuo, focalizando sus esfuerzos en promover un mayor acercamiento hacia el polo positivo. En este sentido, Gable y Haidt (2005) afirman «sin embargo, psicología positiva no implica que el resto de la psicología sea negativa, aunque es comprensible que el nombre pueda sugerir eso para algunas personas».

A lo largo de la historia, la búsqueda de este polo más positivo –de la felicidad– ha sido una constante, pero de reciente conquista como parte intrínseca a nuestras vidas. Así lo expone el historiador Darrin McMahon (2006) en su obra, quien se refiere a la búsqueda del bienestar en el ser humano como un derecho natural de los mismos. El estado de bienestar como derecho quedó patente en la definición que la OMS (1948) daba de salud en el preámbulo de su constitución, declaración de intenciones considerada, en cierto modo, premonitoria de lo que tendría que venir en un futuro, ya que en aquellos años, aún no se disponía de los conocimientos y recursos suficientes y la sociedad tampoco se mostraba afín a esta nueva perspectiva de la salud y la enfermedad (Vázquez *et al.*, 2009).

Como ya se mencionó anteriormente, este nuevo enfoque de salud recibió el nombre de salugénico, como complementario al modelo médico tradicional y orientado al estudio de las fortalezas y bienestar humanos, perspectiva que fue desarrollada bajo los auspicios de la nueva psicología positiva.

2. Inicios de la psicología positiva

«Aliviar los estados que hacen la vida imposible ha relegado a la construcción de los estados que hacen que valga la pena vivir la vida, a un segundo plano lejano [...]. La psicología positiva ofrece una perspectiva diferente de la motivación, la emoción, y la toma de decisiones en última instancia, y al hacerlo, contribuye a una comprensión equilibrada del comportamiento del consumidor» (Seligman, 2003).

Estas palabras de Seligman en una de sus obras, sintetizan los inicios de la psicología positiva, cuyo origen está ampliamente consensuado (Vázquez, 2002) y se sitúa en la conferencia inaugural que este autor dio en 1998 durante su investidura como presidente de la American Psychology Association (APA) (Seligman, 1999), discurso en el que calificó a la psicología como *nueva ciencia de las fortalezas humanas* y de la que se esperaba algo más que prevenir la enfermedad mental; su propósito iba encaminado al «estudio del

potencial para crear algo nuevo y a una práctica científicamente trabajada de las mejores cosas de la vida y de la familia». Sin embargo, el concepto como tal de psicología positiva no vería la luz hasta el año 2000, en un artículo firmado por Seligman y Csikszentmihalyi, que puede ser considerado la carta de presentación de esta nueva disciplina.

2.1. Antecedentes de la psicología positiva

A pesar del corto desarrollo de la psicología positiva, su pasado es muy largo (Peterson, 2006). El estudio del bienestar no es algo nuevo que haya sido creado recientemente. Hay que remontarse a la antigua Grecia para encontrar, de mano de la filosofía, la preocupación por el bienestar. Algunos filósofos ilustres como Aristóteles (trad. 1985) dedicaron gran parte de sus escritos al estudio de la *eudaimonía* (término griego traducido como felicidad). También la teología en las obras de Santo Tomás (trad. 1988/1994) se preocupaba ya de las fortalezas del ser humano, donde se enumeraban los *nervios de la personalidad saludable*: prudencia, justicia, fortaleza y templanza³. Posteriormente, también encontramos aportaciones de Spinoza, Shopenhauer, Bertrand Russell, Heidegger o Cioran al estudio de la felicidad (Vázquez, 2006).

En el campo de la psicología encontramos contribuciones por parte del psicoanálisis, conductismo, cognitivismo y existencialismo. Pero el más claro antecedente de estudio lo encontramos en la Teoría humanista, representada por autores como Carl Rogers (1951) y su desarrollo de la Teoría centrada en el cliente, con la creencia de que los individuos tienen el poder de moverse por sí mismos, o Abraham Maslow (1954) y su concepto de autorrealización, desarrollado en su Teoría de la motivación humana. Todos ellos tienen en común su convicción de que las personas están constantemente motivadas por la necesidad innata de explotar su potencial, ofreciendo un modelo positivo y realista de la humanidad. La revisión realizada por Resnick *et al.* (2001) muestra cómo los desarrollos teóricos de la psicología humanista proporcionaron las bases de la posterior psicología positiva, que supo valorar la metodología experimental y orientada al proceso, la naturaleza de la verdad y las formas de conocimiento, los valores y el significado de lo positivo en la evolución humana. Sin embargo, el potencial de la psicología humanista no contó con el suficiente apoyo y su desarrollo teórico no tuvo un respaldo empírico sólido, lo que derivó en múltiples movimientos de autoayuda de dudosa fiabilidad (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Hervás, 2009).

Señala Vera (2006) que la diferencia que marca la psicología positiva, respecto a movimientos previos como el humanista, es el uso de la investigación científica. Los resultados de estas investigaciones han proporcionado técnicas que apoyan y complementan a las que existían previamente. Su uso permitiría mejoras no solo en el tratamiento de la salud mental, sino también en la calidad de vida de las personas, y todo ello sin renunciar a la fiabilidad que ofrece el método científico. Tal y como apunta Hervás (2009), este nuevo movimiento «constituye un nuevo proceso, con un nuevo estilo y una nueva etiqueta».

La psicología positiva deja entrever también las aportaciones realizadas por otros autores, como Jahoda (1958) en su exposición de los seis criterios aplicables a un estado de salud mental positiva: crecimiento, desarrollo del sí mismo, integración, autonomía, percepción de la realidad y dominio del entorno; Allport (1961) en sus trabajos sobre la personalidad madura, cuyas características permitirían a la persona encontrar sentido a la vida –lo que Allport llamaba *filosofía unificadora de la vida*–: extensión del sí mismo,

³ Para una revisión más completa, véase Una revisión crítica de la psicología positiva: historia y concepto de Luis Fernández Ríos (2008). *Revista Colombiana de Psicología*, 17.

interacción humana cálida, seguridad emocional, percepción realista, deberes y destrezas y autoobjetivación; Frankl (1979), en su obra *El hombre en busca de sentido*⁴, desarrolla los principios de su técnica terapéutica de la logoterapia, considerando al hombre en constante búsqueda del sentido de la existencia humana con una percepción siempre positiva del mundo.

Investigaciones más contemporáneas, que también aportaron importantes conocimientos en la línea de la psicología positiva antes de su nacimiento, son los trabajos de Carol Ryff (1989), quien, partiendo de los trabajos iniciales de Maslow (1954) sobre necesidades básicas y los de Jahoda (1958) sobre salud mental, desarrolló un modelo multidimensional de bienestar psicológico integrado por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

También destacan, como importantes aportaciones previas, los trabajos realizados en España de la mano de Carmelo Vázquez y María Dolores Avia en 1998 en su obra *Optimismo Inteligente. Psicología de las Emociones Positivas* (Hervás, 2009), autores que en la actualidad siguen desarrollando trabajos con unos resultados muy fructíferos en el campo del bienestar y las emociones.

2.2. Delimitación conceptual

Ya hemos dado algunas nociones del campo de estudio de la psicología positiva. Como podemos ver, representa un nuevo enfoque dentro de la psicología, orientado hacia el bienestar, la calidad de vida y las emociones positivas, que ha proporcionado un respaldo empírico y teórico a desarrollos previos que no contaron con el suficiente apoyo para evolucionar a un cuerpo de trabajo consolidado.

Qué se entiende por psicología positiva no es de fácil respuesta, ya que, a pesar de su rápida expansión y adeptos, su constructo cuenta con numerosas definiciones.

Sus creadores, Seligman y Csikszentmihalyi (2000), la definen como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología.

Otros autores indican que permite estudiar científicamente las dimensiones de la persona normal, sus virtudes y fortalezas (Sheldon y King, 2001). Hacen especial hincapié en la persona media, en descubrir qué funciona en ella y cómo mejorar, describiendo la psicología positiva como un intento de adoptar una perspectiva más amplia, relativa a las potencialidades humanas, sus motivaciones y capacidades.

Gable y Haidt (2005) consideran esta disciplina como el estudio de las condiciones y procesos que contribuyen al crecimiento o al funcionamiento óptimo de las personas, grupos o instituciones.

Carr (2007) se refiere a la psicología positiva como aquella que debe potenciar la felicidad y el equilibrio personal, mediante el estudio científico del papel que adquieren la fuerza interior de cada individuo y los sistemas sociales positivos en el fomento de un bienestar óptimo.

⁴ Primeramente publicada en Alemania con el título *Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager* (1946) y en inglés con los títulos *From Death-Camp to Existentialism* (1959) y *Man's Search for Meaning* (1962), respectivamente.

El concepto de psicología positiva es entendido por Linley *et al.* (2006) como el estudio científico del funcionamiento óptimo de la persona desde una perspectiva integradora. Así, en el nivel metapsicológico, el objetivo es corregir el desequilibrio en la investigación y en la práctica psicológica, prestando una mayor atención a los aspectos positivos del ser humano y a la experiencia y su consiguiente integración con los aspectos negativos del funcionamiento de las personas. A nivel pragmático, se trata de comprender aquellos recursos, procesos y mecanismos dirigidos a conseguir un mayor bienestar. Los principales intereses de estudio irían encaminados hacia aquellos estados subjetivos, sociales y culturales que caracterizan una existencia plena y positiva.

Podríamos seguir aportando definiciones, pero todas ellas tienen en común, según la propuesta conceptual recogida en el tesoro de PsyclINFO en 2003, su énfasis en el optimismo y los aspectos positivos del funcionamiento humano, en lugar de centrarse en los aspectos disfuncionales (López-Cepero *et al.*, 2009). Como factor común, encontramos también la referencia a la psicología positiva como disciplina o estudio científico, aspecto que ya fue destacado por Vera (2006) como elemento integrador que permite marcar su diferencia de enfoques previos.

3. Modelos explicativos de la psicología positiva

A pesar de la gran proliferación de trabajos sobre psicología positiva, esta adolece de modelos explicativos que afiancen las bases de su cuerpo teórico (Vázquez y Hervás, 2008). Surgieron duras críticas a raíz del rápido crecimiento de una serie de conceptos de dudosa calidad científica y de la inadecuación de sus planteamientos metodológicos (Ursúa, 2006), que hicieron reaccionar a los defensores del estudio de las emociones positivas. Empezaron a publicarse numerosos estudios que demostraban la importancia sobre la salud de los factores psicológicos positivos. Los estados de salud positivos son susceptibles de influir en la enfermedad, aunque también en los procesos de recuperación (Vázquez *et al.*, 2009). Representativos de este campo son los estudios realizados por Barbara Fredrickson (1998; 2001), Corey Keyes (Keyes y López, 2002) o Deci y Ryan (2000), que han dado lugar al desarrollo de modelos de trabajo con la finalidad de explicar y argumentar la importancia del estudio del bienestar desde una sólida fundamentación teórica. Algunas de estas propuestas fueron iniciadas mucho antes del surgimiento oficial de la psicología positiva, tal y como ya se mencionó en el estudio de los antecedentes. Sin embargo, su verdadero valor reside en su desarrollo actual, aportando una importante fuente de conocimiento a posteriores planteamientos, así como para la implementación de instrumentos de evaluación, como el desarrollado por Carol Ryff (1989b), *Escala de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being, SPWB)*⁵.

3.1. Teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas de Barbara Fredrickson (*Broaden and Build Theory of Positive Emotions*)

Para Fredrickson (2001) las emociones positivas representan marcadores de crecimiento personal, de modo que determinados momentos de la vida estarían caracterizados por emociones positivas, tales como la alegría, el interés o el amor, y no necesariamente por emociones negativas, como la ira y la desesperación. Aunque estos marcadores positivos

⁵ Adaptación española realizada por Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez y Gallardo (2006).

pueden darse también en circunstancias adversas, lo más frecuente es que se den en situaciones que no supongan una amenaza.

El papel jugado por estas emociones positivas sería el de complementar los estados de pensamiento y acción de las personas, proporcionando una serie de recursos de fortalecimiento personal, tanto de carácter intelectual como psicológicos y sociales. Al contrario de las emociones negativas, con una función adaptativa y de supervivencia, las positivas constituyen una valiosa herramienta con la que poder construir nuevos recursos y afrontar situaciones futuras. Así, el valor aportado sería de carácter preventivo, con el que poder gestionar el afrontamiento de las situaciones futuras adversas.

3.2. Teoría de la autodeterminación de Edward Deci y Richard Ryan (Self-Determination Theory-SDT)

El precepto básico de la teoría de la autodeterminación está enfocado principalmente a explicar los procesos psicológicos básicos que promueven un funcionamiento y salud óptimos. Para ello, el ser humano es considerado como organismo activo y orientado hacia el crecimiento, quien, de manera innata, se inclina al desarrollo de una coherencia organizada entre los elementos de su estructura psicológica, y entre él y el mundo social. Pero estas tendencias naturales de desarrollo hacia la integración interna y la integración social requieren de apoyos del entorno social para un funcionamiento eficaz.

La autoorganización, así como la organización con una estructura social más amplia, requiere la satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas: competencia, autonomía y relación. Una satisfacción frustrada de estas necesidades abocaría a unas consecuencias disfuncionales para la salud mental. Como resultado, las necesidades son consideradas como el nexo de unión entre las exigencias del mundo social y la tendencia natural de las personas al crecimiento y el bienestar.

El trabajo de revisión realizado por Ryan y Deci (2000) mostró que el apoyo a las necesidades psicológicas de competencia, autonomía y relación, facilitaba el incremento de la motivación intrínseca, la internalización de la motivación extrínseca y promovía la aspiración de metas vitales que, continuamente, proporcionan satisfacción de las necesidades básicas. A su vez, la motivación intrínseca, la regulación autónoma de la motivación extrínseca y las aspiraciones personales, se asociaron con experiencias afectivas positivas, rendimiento de alta calidad y una mejor salud mental.

La privación de satisfacción de alguna de las necesidades básicas derivaría en la aparición de *necesidades substitutivas o motivos compensatorios*, que no satisfacen las necesidades frustradas pero sí proporcionan satisfacciones paralelas a las no conseguidas. Así, la necesidad frustrada de relación y vínculo con los demás es satisfecha de manera compensatoria a través de la acumulación de riquezas materiales para conseguir la admiración de los demás. De mantenerse esta dinámica, se perpetúa la no satisfacción de las necesidades básicas, que resultaría en un refuerzo y consolidación de estas necesidades substitutivas, exacerbándose sus consecuencias negativas para la salud.

3.3. Modelo de Bienestar de Corey Keyes

Keyes (Keyes y López, 2002) considera que el estudio de los estados positivos aplicados al tratamiento de la salud mental está aún pendiente de materializarse en una

herramienta adecuada de estudio. Con el fin de conseguir avanzar en su desarrollo, parte de la base del constructo teórico de *bienestar subjetivo*, entendido como el conjunto de percepciones y evaluaciones que la persona hace de su propia vida, referente a sus estados de felicidad, funcionamiento psicológico y social.

Su propósito de estudiar más ampliamente la noción de salud mental positiva (concepto que el autor considera sinónimo de bienestar subjetivo) dio como resultado un modelo de trabajo basado en tres criterios: *bienestar emocional* (satisfacción, felicidad), *bienestar psicológico* (crecimiento personal) y *bienestar social* (integración social).

Sin duda, la aportación más relevante de este modelo es el concepto de *bienestar social*, basado en la valoración personal del entorno social y cultural del individuo y su funcionamiento, representado en un ámbito más público que privado y personal, como es el del bienestar psicológico. Para Keyes, el funcionamiento positivo que implica el bienestar, es también social y para su estudio propuso cinco dimensiones: aceptación social, actualización social, contribución social, integración social y coherencia social. El interés de esta teoría radica en su perspectiva social, ampliando el bienestar más allá de la persona, valorando su influencia en un ámbito más global (Hervás, 2009).

El desarrollo teórico de Keyes proporcionó como instrumento de evaluación las *Escala de Bienestar Social (Social Well-Being Scales)*⁶.

Esta perspectiva, enmarcada desde un punto de vista macrosocial y que recuerda a las aportaciones realizadas desde las teorías sociológicas de corte interaccionista, permite una valoración de la persona como parte de la sociedad, donde se desarrolla y crece y a la que puede aportar algo de sí mismo.

3.4. Marco explicativo desarrollado por Martin Seligman

En el discurso de presentación como presidente de la APA, Seligman expuso la organización de su estudio a través de lo que serían los tres grandes pilares de su campo de actuación: las emociones positivas, los rasgos positivos y las instituciones positivas (Seligman, 2003), que se ha dado a conocer con el nombre de «modelo de las tres vías de acceso a una vida plena». Posteriormente se añadió el estudio de las relaciones positivas y vínculos a la vida social (Seligman, 2009), resultado de las investigaciones sobre bienestar psicológico. Estos bloques de estudios representan diferentes vías de acceso a una vida plena y a la felicidad.

- A) Emociones positivas: es una de las áreas de estudio más investigadas y se corresponde con aquello que proporciona felicidad a las personas, en palabras de Seligman (2002), vida placentera (*pleasant life*); su objetivo es proporcionar, durante el mayor tiempo posible, una cantidad superior de emociones positivas para ser feliz. Estas emociones positivas pueden ser experimentadas en diferentes momentos temporales: en el pasado, mediante la gratitud y el perdón; en el presente, a través del *mindfulness* y el *savoring*; y en el futuro, por medio del optimismo y la esperanza.
- B) Rasgos positivos: antes de poner en práctica las fortalezas humanas, se hace necesario primero un trabajo previo de identificación de las mismas, con el objetivo de potenciarlas. Estas fortalezas personales permitirán promover un mayor compromiso (*engaged life*) con las cosas que hacen las personas y en todas

⁶ Validación de la versión en castellano realizada por Blanco y Díaz (2005).

las facetas en las que se desarrollan. Identificar estos rasgos permite encontrar mayores oportunidades para usar estas fortalezas, lo que va a favorecer la experimentación del estado de *flow*, mediante la realización de alguna tarea que requiera un desafío para la persona. El estado de *flow* se experimenta cuando la actividad que realizamos nos absorbe tanto que se tiene la sensación de que el tiempo se ha detenido.

- C) Instituciones positivas: esta tercera área de actividad está relacionada con la búsqueda de sentido a la vida, que tenga significado. La puesta en práctica de nuestras fortalezas personales va a permitir ayudar a los demás, a la vez que proporciona un punto de apoyo para que los otros desarrollen también sus fortalezas. Esta acción es lo que proporciona una vida con significado (*meaningful life*). Se acostumbra a hacer a través de instituciones sociales, culturales o religiosas: la comunidad, la familia, la escuela, etc. Una vida con sentido produce satisfacción personal y hace sentir a la persona parte integrante de las instituciones positivas con las que se relacionan a diario.

4. Mindfulness

El concepto de *mindfulness* no tiene traducción al castellano y se entiende como atención o conciencia reflexiva. Es una capacidad de la mente para estar consciente en un momento determinado, pero siempre referido al momento temporal del presente.

El estudio del *mindfulness* surge de la tradición budista y con frecuencia su práctica se asocia a movimientos espirituales, aspecto que no ha sido validado empíricamente, tal y como demuestran los resultados hallados por Leigh *et al.* (2005), datos que sugieren su estudio como constructo independiente del de espiritualidad. Su interés para la psicología radica en plantear, en términos positivos, cómo orientar la atención y la actividad, adecuándose de forma abierta a cada situación y señala de forma implícita los problemas que pueden derivarse de no centrarse en el momento presente en las condiciones señaladas (Vallejo, 2006). Por su parte, Moñivas *et al.* (2012) entienden estas capacidades desarrolladas a través del *mindfulness* como un nuevo recurso interno de la persona que le permite ser consciente de los patrones automáticos y evolucionar hacia una experiencia menos condicionada y con una mayor capacidad de elaborar respuestas de calidad ante los estímulos, hecho que tendrá repercusiones directas sobre su salud, bienestar y felicidad.

Vallejo (2006) estructura los aspectos más importantes del *mindfulness* del siguiente modo: 1) Centrarse en el momento presente: sentir las cosas tal y como suceden sin buscar su control, permitiendo que lo que está sucediendo se dé, de modo completo. De este modo, se aceptan las experiencias tal y como se dan en el momento, lo que supone no sustituirlas por otra, que tendría que suceder en el futuro o por alguna que se vivió en el pasado. 2) Apertura a la experiencia y a los hechos: centrarse en el presente permite poner por delante los aspectos emocionales frente a la interpretación, dejando que las sensaciones sentidas lleven a otras de manera natural. 3) Aceptación radical: aceptación de la experiencia sin realizar valoración, por lo que tanto lo positivo como lo negativo se aceptan como una experiencia natural y normal. 4) Elección de las experiencias: las personas eligen de forma activa en qué implicarse y qué proyectos desean atender; el *mindfulness* no supone aceptar todo lo que sucede de modo determinista. Pero, una vez que una situación es elegida, deber vivirse tal y como se da. 5) Control: hay una renuncia al control directo de las emociones. Se busca que la persona experimente sus sentimientos tal y como se dan.

Su práctica está incluida actualmente en el llamado grupo de terapias de tercera generación, junto a la terapia de aceptación y compromiso, terapia de conducta dialéctica o psicoterapia analítica funcional, basadas en el modelo de aceptación.

5. Optimismo

El optimismo es una disposición psicológica o punto de vista por el que tendemos a creer que, de manera general, de nuestras acciones se derivarán resultados positivos (Scheier y Caver, 1993). En sus estudios sobre el optimismo, Seligman (1990) utilizó el concepto de *estilo explicativo* (*explanatory style*), surgido a partir de sus estudios sobre indefensión aprendida (Abramson *et al.*, 1978). Cada uno de nosotros tendría su propio estilo explicativo, referido a una manera de pensar acerca de las causas de las cosas que suceden en nuestras vidas. Desarrollamos nuestro estilo explicativo en la infancia y, si no se toman medidas deliberadas para cambiarlo, nos acompañará durante toda la vida, actuando como un prisma a través del cual nos explicamos a nosotros mismos el porqué de las cosas, buenas o malas que nos suceden.

Seligman describe tres dimensiones centrales del estilo explicativo, que sirven para interpretar los acontecimientos: la permanencia (estable versus inestable), la extensión (global versus específico) y la personalización (interno versus externo). Determinados estilos explicativos harían más probable la aparición de enfermedades, tal y como demuestran diversos estudios (Peterson y Seligman, 1987; Kamen y Seligman, 1987).

Las emociones positivas derivadas del optimismo se convierten en un importante predictor de salud, favoreciendo un buen estado de salud, longevidad y mayor habilidad para afrontar los problemas. Las personas optimistas soportan mejor la frustración, utilizan un lenguaje positivo y saben sacar partido a los pequeños éxitos de la vida, lo que sin duda va a favorecer un buen estado emocional (Flórez-Lozano, 2006). El estudio llevado a cabo por Remor *et al.* (2006), señala la importancia del optimismo como factor de protección en la experiencia de ira y los síntomas de malestar físico asociados.

6. Fortalezas y virtudes

El estudio de los rasgos positivos del individuo es uno de los ejes centrales de estudio del marco teórico promovido por Seligman y Csikszentmihalyi (2000), cuyo objetivo principal es el abordaje de aquellos aspectos que determinan el bienestar psicológico y el análisis de las virtudes, talentos o fortalezas de las personas.

Peterson y Seligman (2004) iniciaron el estudio de las fortalezas en un intento de igualar el reconocimiento y clasificación que, de la patología y el síntoma, realizaba el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) (avalado por la APA), aplicado dicho intento al estudio de las virtudes como vía legítima de investigación en psicología, y desarrollando una clasificación de aquellas fortalezas y características positivas de las personas que harían posible una vida satisfactoria.

Las virtudes serían aquellas capacidades de carácter personal que se desarrollan en todas las culturas y a lo largo de la historia, y que son definitorias de un comportamiento moralmente bueno. Las investigaciones realizadas sobre diversas corrientes,

tanto religiosas como filosóficas, dieron como resultado la identificación de seis virtudes fundamentales de carácter universal (Peterson y Seligman, 2004): sabiduría, coraje, humanidad, justicia, templanza y trascendencia. Estas seis virtudes serían desarrolladas a través de diversas fortalezas, entendidas como procesos psicológicos que permiten poner en marcha diferentes caminos para mostrar una u otra virtud. Estas fortalezas deben reunir una serie de características para ser reconocidas como tales: tener reconocimiento en todas las culturas a través de diversas costumbres, ser valiosas por sí mismas, aportar felicidad y satisfacción, y provocar admiración en los demás (Seligman *et al.*, 2005). De esta manera, surge una amplia clasificación de veinticuatro fortalezas, *Clasificación de las Fortalezas y Virtudes Humanas (Character Strengths and Virtues)*, que dio lugar al desarrollo de un cuestionario-autoinforme para la evaluación de las seis virtudes y veinticuatro fortalezas: el Cuestionario de Fortalezas Personales VIA (*Values in Action Inventory of Strengths- VIA-IS*)⁷, compuesto por 240 ítems y cinco opciones de respuesta, que miden el grado en que una persona posee cada una de las fortalezas y virtudes (Peterson y Park 2009). Se identificaron aquellas fortalezas más habituales, así como las diferencias de género, educativas y evolutivas.

7. Liderazgo

La práctica del liderazgo implica el ejercicio de una serie de habilidades con el propósito de influir en una persona o grupo que tienen como fin propio la consecución de una serie de objetivos o metas. El impacto del liderazgo no solo se refleja en la productividad sino también en la salud de los trabajadores y en el clima interno de la organización.

Desde la psicología positiva se presta especial atención a aquellos aspectos del líder que tienen efectos positivos y que permiten el crecimiento y bienestar de las organizaciones y de las personas que la forman. En este sentido, la persona necesita participar e involucrarse activamente en las metas organizacionales y no mantener solamente una mera relación retributiva. Esta relación de reciprocidad se constituye como dimensión básica del liderazgo positivo, en la que el líder debe mantener este nivel de reciprocidad con el objetivo de conseguir un alto nivel de satisfacción (Cantera y Yáñez, 2008).

Desde el modelo de liderazgo positivo es especialmente relevante el liderazgo transformacional. El líder aporta sentido, visión e inspiración, influyendo en la manera en la que el grupo percibe el clima laboral, generando emociones y sentimientos compartidos mediante la interacción, a la vez que proporciona estrategias de afrontamiento colectivas con las que hacer frente al estrés (Peiró y Rodríguez, 2008). Estos recursos compartidos que proporciona el líder son los que hacen mejorar el bienestar y el crecimiento personal de los trabajadores. El liderazgo transformacional fue analizado por Jung y Avolio (2008), quienes encontraron efectos positivos de su práctica sobre la confianza de los trabajadores, su rendimiento y en los valores compartidos entre empleados y supervisores. La confianza derivada del ejercicio transformacional también se encontró como mediadora del bienestar, junto a la percepción de autoeficacia, en el estudio de Barling *et al.* (2002). Otros estudios (Arnold *et al.*, 2007) mostraron igualmente una relación significativa del liderazgo transformacional con el bienestar psicológico en una muestra de trabajadores, efecto mediado por una percepción significativa del trabajo.

⁷ Para una mayor información, consultar www.viacharacter.org

Ofrece información acerca de las propiedades psicométricas, clasificación y definición de cada una de las fortalezas, investigaciones llevadas a cabo, además de la posibilidad de la aplicación del cuestionario en diferentes idiomas.

La importancia del liderazgo requiere de una mayor concienciación por parte del mando, promoviendo una mayor calidad de vida y facilitando el uso de estrategias positivas, aportando sentido y significado a la acción (Peiró y Rodríguez, 2008). Para más información, revisar el capítulo correspondiente a liderazgo.

8. Psicología positiva y organizaciones

El sesgo reduccionista que caracterizaba el estudio de la conducta humana también se ha observado en el ámbito organizacional, focalizando su interés en el estudio del estrés. Los cambios sociales y tecnológicos de los últimos años han cambiado las demandas laborales y la forma de trabajar, cambios que, junto al auge de la psicología positiva, han hecho girar el interés de los profesionales hacia aquellos aspectos que optimizan el bienestar, la eficacia y la productividad.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA), que tiene como misión contribuir a que los centros de trabajo europeos sean más seguros, saludables y productivos, promueve un nuevo modelo de cultura organizacional, basada en la prevención de riesgos laborales. En este sentido, puso en marcha la campaña *Trabajos saludables* (2012), con el objetivo de mejorar la salud y seguridad del lugar de trabajo. Durante la presentación de la campaña en Bruselas, el comisario de Empleo, László Andor, expuso los beneficios de priorizar las políticas de salud: «[...] el aumento de la productividad, la disposición de empleados más felices y productivos, la disminución de las tasas de absentismo laboral y rotación de personal [...]».

Una organización saludable necesita optimizar su capital humano y psicológico, contando con empleados motivados y psicológicamente sanos, para lo que es especialmente relevante el papel jugado por las variables de tipo social, fundamentalmente las de clima, confianza y relaciones interpersonales. No menos importante es el capital psicológico, que va a aportar aquellas fortalezas personales y capacidades imprescindibles para la mejora del funcionamiento organizacional, como son el optimismo, esperanza, resiliencia, autoeficacia y compromiso (Salanova, 2008). Entre las características del trabajo que más afectan al bienestar de la organización, War (1990) identifica hasta nueve, relacionadas con la claridad de rol, autonomía, información y *feedback*, salario justo, variedad de tareas, oportunidades para contactos sociales, valoración social del trabajo y apoyo del supervisor.

Referencias bibliográficas

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 1, pp. 49-74.
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo EU-OSHA. Página oficial. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/>
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York, Holt, Rinehart and Winston.
- Arnold, K., Turner, N., Barling, J. et al. (2007). Transformational leadership and psychological well-being: The mediating role of meaningful work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (3), 193-203.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid, Alianza Editorial.
- Aristóteles. (1985). *Ética a Nicómano*. Madrid: Gredos.

- Barling, J., Loughlin, C. y Kelloway, E. (2002). Development and test of a model linking safety specific transformational leadership and occupational safety. *Journal of Applied Psychology*, 87, 488-496.
- Bartone, P. T. (2006). Resilience under military operational stress: Can leaders influence hardiness? *Military Psychology*, 18 (Suppl), 131-148.
- Baynes, J. C. (1967). *Morale: A study of men and courage*. New York, Praeger.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17, 4, 582-589.
- Bonanno, G. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59, 1, 20-28.
- Cantera, F. J. y Yáñez, J. L. (2008). Aportaciones del liderazgo positivo (II). Trabajar en el siglo XXI: reciprocidad y satisfacción. *Capital Humano*, 221, 40-48.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona, Paidós.
- Casey, G. W. (2011). Comprehensive Soldier Fitness. A vision for Psychological Resilience in the U.S Army. *American Psychologist*, 66, 1, 1-3.
- Castro, A. (2010). Ensayo: Psicología positiva: ¿Una nueva forma de hacer psicología? *Revista de Psicología*, 6, 11, 113-131. [Consulta: 17 de julio de 2013]. Disponible en: Ensayo: Psicología positiva: ¿Una nueva forma de hacer psicología? | Revista de Psicología (uca.edu.ar)
- . (2010). Concepciones teóricas acerca de la psicología positiva. En A. Castro Solano (Comp.), *Fundamentos de Psicología positiva*, pp. 17-41. Buenos Aires, Paidós.
- Castro, C. A., Adler, A. B., McGurk, D. et al. (2006). Leader Actions to Enhance Soldier Resiliency in Combat. *Human Dimensions in Military Operations-Military Leaders' Strategies for Addressing Stress and Psychological Support*, pp. 3-14. [Consulta: 15 de julio de 2013]. Disponible en: Leader Actions to Enhance Soldier Resiliency in Combat (dtic.mil)
- Cornum, R., Mettews, M. D. y Seligman, M. (2011). Comprehensive Soldier Fitness. Building Resilience in a Challenging Institutional Context. *American Psychologist*, 66, 1, 4-9.
- Del Vecchio, G. y Pedón, A. (2011). Estrés y resiliencia: estudio sobre hardiness-misión correlata en el ejército italiano. *Livro de Actas II Congresso Internacional Interfaces da Psicologia*. Universidad de Évora. Noviembre de 2011. Disponible en: http://www.interfacespsicologia.uevora.pt/docs/LIVRO_de_ACTAS_Congresso_INTERFACES.pdf
- Department of Army (2006). *Army leadership. Competent, confident and agile*. FM 6-22. US Army. Disponible en: <http://www.fas.org/irp/doddir/army/fm6-22.pdf>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A. et al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 3, 572-577.
- Eggimann, N., Proyer, R.T., Annen, H. et al. (2009). Character Strengths of Swiss Military Officers and their Relation to Work- and Life Satisfaction. Póster presentado en *The 11th Congress of the Swiss Psychological Society (SPS)*, Neuchâtel/Switzerland, 19-20 Agosto de 2009.
- Eggimann, N., Ruch, W. y Annen, H. (2013). Good Character in the Swiss Armed Forces: Development of a Valid Classification of Military Values and Virtues. Póster presentado en *The International Applied Military Psychology Symposium (IAMPS)*. Bern/Switzerland, 27-30 Mayo de 2013.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona, Herder.
- Flórez-Lozano, J. A. (2006). Optimismo y Salud. *Jano*, 1616, 7-13. Disponible en: <https://www.calameo.com/books/0030222273fa79a722b3d>
- Frederickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 3, 300-319.
- . (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.

- Frederickson, B. L. y Tugade, M. M. (2003). What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-27.
- Gable, S. y Haidt, J. (2005). What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9 (2), 103-110.
- Gancedo, M. (2009). Psicología Positiva: posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate*, 9, 15-26.
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66, 23, 23-41.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health. Joint commission on mental health and illness monograph series. Vol. 1.* New York, NY, US, Basic Books.
- Tanielian, T. y Jaycox, L. (2008). *Invisible wounds of war. Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery.* California, RAND. Center for Military Health Policy Research. Disponible en: <http://www.rand.org/multi/military/veterans.html>
- Kamen, L. y Seligman, M. (1987). Explanatory style and health. In M. Johnston and T. Marteau (Eds.), *Current psychological research and reviews: Special issue on health psychology*, 6, 207-218.
- Keyes, C. y López, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (dirs.), *Handbook of positive psychology*, pp. 45-59. Londres, Oxford University Press.
- Khoshaba, D. M, y Maddi, S. R. (1999). Early antecedents in hardiness development. *Consulting Psychology Journal*, 51.
- Leigh, J., Bowen, S. y Marlatt, A. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 30, 7, 1335-1341.
- Llinley, P. A., Joseph, S., Harrington, S. et al. (2006). Positive Psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (1).
- López-Cepero, J., Fernández, E. y Senín, C. (2009). Diez referencias destacadas de: Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 49-55.
- Lupano, M. L. y Castro, A. (2010). Psicología Positiva: Análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, vol. 4, 1, 43-56.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality.* New York, NY, Harper.
- McMahon, D. (2006). *Una historia de la felicidad.* Madrid, Taurus.
- McMillen, C., Zuravin, S. y Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 1037-1043.
- Meichenbaum, D. (2011). Resiliency building as a means to prevent PTSD related adjustment problems in military personnel. En: B. Moore y W. Penk (Eds.). *Handbook of treatment PTSD in military personnel.* New York, Guildford Press.
- Moñivas, A., García-Díez, G. y García de Silva, R. (2012). *Mindfulness* (atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, 12, 83-89.
- Organización Mundial de la Salud OMS. Página oficial. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
- Peiró, J. M. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 68-82.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Pérez-Sales, P. y Vázquez, C. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9 (2-3), 235-254.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology.* New York, Oxford University Press.

- Peterson, C. y Park, N. (2009). Classifying and measuring strengths of character. En: S. J. López y C. R. Snyder (Eds.) *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 25-33). New York, Oxford University Press.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). *Character Strengths and Virtues. A handbook and Classification*. Washington DC, American Psychological Association.
- . (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55, 237-265.
- Prieto-Uusúa, M. (2006). Psicología Positiva: una moda polémica. *Clínica y Salud*, vol. 17, 3, 319-338.
- Remor, E., Amorós, M. y Carrobbles, J.A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22, (1), 37-44.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C. et al. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85 (1).
- Robles, J. I. y Medina, J. L. (2008). *Manual de salud mental en desastres*. Madrid, Editorial Síntesis.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Therapy*. London, Constable.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York, The Guilford Press.
- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ruff, C. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57,1069-1081.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: una aproximación desde la psicología positiva. En: C. Vázquez y G. Hervás (ed.). *Psicología Positiva: Bases científicas del bienestar y la resiliencia*. Madrid, Alianza Editorial.
- Santo Tomás de Aquino (1988). *Suma de Teología*. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Report Study. *American Psychology*. Vol. 50, 12, 965-974.
- . (1998). *Learned Optimism. How to Change Your Mind and Your Life* (127-135). New York, Pocket Books.
- . (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54,559-532.
- . (2003). Positive Psychology: Fundamental Assumptions. *Psychologist*, 16, 3, 126-127.
- . (2009). Special Lecture. Documento presentado en *First World Congress on Positive Psychology*. International Positive Psychology Association, Philadelphia, EE.UU.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M., Park, N. y Peterson, C. (2004). The Values in Action (VIA) classification of character strengths. *Ricerche di Psicologia. Special Positive Psychology*, 27 (1), 63-78.
- Sheldon, K. M. y King, L. K. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-217.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 92-99.
- Vázquez, C.(2006). La Psicología Positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1) 1-2.
- . (2013). La Psicología Positiva y sus enemigos: una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo*, 34, 2, 91-115.

- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- . (2009). *La ciencia del bienestar*. Madrid: Anaya.
- Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9 (2,3) 231-254.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. et al. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Vecina, M. L. (2006). Emociones Positivas. *Papeles del Psicólogo*, vol. 27, 1, 9-17.
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 1, 3-8.
- Resnick, S., Warmoth, A. y Serlin, I. A. (2001). The humanistic psychology and positive psychology connection: Implications for psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 41, 73-101.
- Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193-210.
- Werner, E. y Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. New York, Cornell University Press.
- Woodworth, R. S. (1931). *Contemporary schools of psychology*. New York, The Ronald Press Co.
- Wortman, C. B. y Silver, R. C. (1989). The Myths of coping with Loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 3, 349-357.

Capítulo 2

Psicología positiva: su aplicación a las Fuerzas Armadas. Resiliencia

Teniente coronel Daniel Donoso Rodríguez¹

«De los resistentes es la última palabra». Albert Camus

1. Introducción. Definición

Los modelos de psicología tradicional han considerado, de manera inequívoca, que la respuesta normal de una persona expuesta a un suceso traumático debe ser de carácter patológico. Sin embargo, son muchas las voces que, en contra de lo esperado, han demostrado que la mayoría de estas personas logra recuperarse sin desarrollar ninguna patología, mostrando la importancia de considerar las diferencias individuales en las respuestas conductuales y cognitivas ante la pérdida y el trauma (Bonnano, 2004; Wortman y Silver, 1989).

La personalidad resistente fue estudiada por primera vez por Khoshaba y Maddi (1999), quienes conceptualizaron el término desde el punto de vista de los factores de protección frente al estrés, identificando tres de esos factores: compromiso (implicación activa con el entorno y las personas), control (lucha personal por los resultados deseados) y reto. Hoy, las definiciones acerca del constructo resiliencia son diversas, aunque todas ellas coinciden en destacar tres aspectos fundamentales (Robles y Medina, 2008): la capacidad de resistencia frente a la adversidad, la capacidad de recuperarse y desarrollar comportamientos vitales positivos y la capacidad de desarrollar una vida significativa y productiva.

El interés por la resiliencia cuenta con una gran evidencia científica y en una amplia variedad de contextos. El estudio sobre mujeres víctimas de abusos sexuales en la infancia realizado por McMillen *et al.* (1995), muestra que, aproximadamente, la mitad de esas mujeres informaron que habían desarrollado una personalidad más resistente durante su adultez, así como que habían adquirido una mayor capacidad de autoprotección. Del mismo modo, el estudio longitudinal con niños realizado por Werner y Smith (1992) obtuvo que, aproximadamente, la mitad de aquellos que vivieron una infancia caracterizada por diversos factores de riesgo, como inestabilidad, pobreza y enfermedad mental de los padres, también mostraron una vida adaptada en la adultez. La revisión realizada por Peñacoba y Moreno (1998) destaca la importancia ejercida sobre la salud, a través del beneficio aportado en la mejora de las estrategias de afrontamiento. Otras poblaciones de intervención resiliente han sido supervivientes del holocausto, de enfermedad VIH, víctimas de torturas, de ataques terroristas o desastres naturales (Meichenbaum, 2011).

¹ Donoso Rodríguez, Daniel (MC). Teniente coronel psicólogo (CMS), destinado en la Unidad de Psicología de la IGESANDEF (Madrid). Doctor en Psicología (UCM). Especialista en Psicología Clínica (UCM). DEA en Análisis y prevención del terrorismo (URJC). Diplomatura en Graduado Social (UCM). Máster en Inteligencia (Universidad de Nebrija). Experto en Prevención y gestión de crisis internacionales (UC3M). Diploma en Psicología militar. Autor de varias publicaciones.

Desde la psicología positiva se defiende el papel jugado por las emociones positivas en la capacidad de adaptación a experiencias traumáticas. Desde esta perspectiva, Vázquez y Pérez-Sales (2003) defienden un cambio de orientación en el estudio de las respuestas al trauma, reconociendo el valor de los estudios realizados en este campo, que subrayan el papel jugado por los rasgos positivos: mejor tolerancia del dolor, altruismo, pensamiento más flexible o atenuación del impacto de los afectos negativos. El estudio llevado a cabo por Fredrickson y Tugade (2003) en personas que sufrieron el atentado terrorista de Nueva York, en 2001, muestra que la relación entre la capacidad de resiliencia y un buen ajuste posterior estaba mediatizada por la expresión de emociones positivas, que actuarían como recurso de afrontamiento positivo. Sin embargo, este acercamiento no niega el carácter doloroso de las experiencias traumáticas y la necesidad de enfrentarse a ellas. Los pensamientos negativos rumiativos que surgen inmediatamente después del suceso serían imprescindibles para facilitar el crecimiento postraumático (Vázquez y Pérez-Sales, 2003), aunque no todos los profesionales estarían de acuerdo con esta facilitación en la superación del suceso. Se aboga por la posibilidad de que este crecimiento se dé cuando se haya adquirido cierto distanciamiento temporal de la situación y se cuente con los recursos apropiados para un aprendizaje positivo de las experiencias de trauma, como, por ejemplo, una adecuada dosificación de los hechos y una asimilación progresiva (Pérez-Sales *et al.*; cit. en Vázquez y Pérez-Sales, 2003).

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), resiliencia (concepto de origen en la física) es la capacidad humana de asumir situaciones límite con flexibilidad y sobreponerse a ellas. O bien, la habilidad de enfrentar las situaciones de la vida, aprender de ellas y salir transformado y fortalecido (Grotberg, 2006). Hay algunos autores que ponen el acento en que se trata de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001), afirmando que se trata de un constructo dinámico y no dicotómico, ya que una persona puede ser muy resistente en algún área de la vida y poco en otra, o puede serlo en algún momento de la vida y poco o nada en otros (Southwick *et al.*, 2011).

Tradicionalmente, los modelos de resiliencia se han venido clasificando en tres grupos genéricos (Silgo, 2013): los basados en variables (cuáles son los factores de protección específicos), los basados en las personas (quiénes son las personas resilientes) y los transaccionales (riesgos y factores a nivel biológico, psicológico y social).

Aunque el *factor moral* en los ejércitos cuenta con antecedentes remotos, es en la segunda mitad del siglo XX cuando realmente toma impulso el interés militar por el tema de resiliencia en la preparación y recuperación de sus fuerzas. Actualmente, la mayor parte de los países de nuestro entorno cuenta con programas de investigación e intervención en este campo, destacando Estados Unidos, el Reino Unido, Francia, Dinamarca, Israel, Canadá o Australia. Dependiendo del *Human Factors and Medicine* (HFM), se crea en 2009 la *Science and Technology Organization* (STO) en el ámbito OTAN con grupos de trabajo específicos en entrenamiento psicológico. Una de las principales conclusiones obtenidas hace referencia a que no son tanto los problemas psicopatológicos resultantes de las misiones militares sino, más bien, los problemas psicosociales asociados los que provocan una disminución del bienestar y la salud (Silgo, 2013).

La aplicación de los preceptos de la psicología positiva cobra especial relevancia en aquellos contextos caracterizados por su exposición frecuente a situaciones de estrés, donde es más fácil desarrollar sintomatología y emociones de carácter negativo, como el entorno militar, que exige un compromiso firme e implica mayores riesgos (Bowles y Bates, 2010). Abundantes estudios demuestran el mayor riesgo de padecer trastornos

mentales entre los combatientes, que entre la población normal (Hoge *et al.*, 2006), o un riesgo mayor de sufrir daños psicológicos que daños físicos entre los combatientes (Tanielian y Jaycox, 2008; Silgo y Robles, 2010), o cifras mucho más altas de suicidio y divorcios (Peterson *et al.*, 2011).

Respecto al entrenamiento en resiliencia, en primer lugar y de un modo coherente con la prevención de riesgos laborales, tenemos la premisa de reducción del riesgo. En nuestro caso concreto se trata del riesgo de sufrir estrés (de combate –ante eventos críticos que amenazan la integridad de la persona– u operacional –propio de la separación y del despliegue prolongado–). Ante la dificultad de disminuir este riesgo en las operaciones militares, se suele actuar sobre sus efectos a nivel individual, familiar y de grupo (por ejemplo, estrategias de afrontamiento, apoyo familiar, clima y liderazgo).

2. Modelos en otros países

Fue el Ejército estadounidense uno de los primeros en reconocer el valor de aplicar estos preceptos a su formación en liderazgo militar, recogiendo como requisitos de un buen líder la capacidad de resiliencia, así como las competencias para desarrollar un entorno de trabajo positivo (Department of Army, 2006). El papel del liderazgo militar es analizado por Castro *et al.* (2006), identificando las acciones que los líderes pueden ejecutar con el fin de entrenar a un soldado más resiliente: 1) involucrarse en acciones que no están dirigidas por políticas organizacionales, como dar tiempo libre a los soldados después de un periodo de alta demanda laboral; 2) considerar que el respeto de los subordinados está basado tanto en su posición como en la solidez de sus decisiones y 3) animar a los subordinados a criticar sus decisiones, con el objetivo de mejorar el funcionamiento de la unidad.

La importancia de un buen ejercicio de liderazgo también queda reflejada en el trabajo de Bartone (2006) sobre la personalidad resiliente en contextos militares, afirmando que el liderazgo ejercido de manera eficaz aumenta la resistencia de las unidades ante situaciones altamente estresantes; el líder más eficaz incrementa las cogniciones, actitudes y comportamientos resilientes en su unidad.

Reflejo de este reconocimiento es el interés despertado en el general norteamericano Casey (2011), por asumir como reto el desarrollo de un ejército con soldados más resilientes, con el propósito, no solo de fortalecer la capacidad de afrontamiento de los soldados en el campo de batalla, sino también con el objetivo de proporcionarles una formación integral como civiles en su vida diaria, fuera del entorno militar, lo que sin duda repercutiría también sobre la sociedad en general.

«De lo que nos dimos cuenta es que necesitamos elevar el nivel de acondicionamiento mental al mismo nivel de atención que le prestamos al acondicionamiento físico, ya que estamos lidiando con las realidades de la guerra. Se puede desarrollar la capacidad de resiliencia en la aptitud mental, de la misma manera que se puede desarrollar la capacidad de resiliencia con flexiones de brazos», Casey (Sewell, 2011).

Se trata por tanto, de un modelo preventivo e integral. Dicho interés se plasma en el documento oficial del CJCSI 3405.01 (*Chair of the Joint Chiefs of Staff Instruction*), de septiembre de 2011, que establece la normativa relativa al ajuste de la fuerza (*total force fitness*) aplicable a todas las Fuerzas Armadas norteamericanas. En dicho documento se desarrolla el marco para el ajuste del soldado en diferentes áreas: física, del entorno, médico y dental, nutricional, espiritual, psicológica, de comportamiento y social.



Gráfico 1. TFF Domains. Tomado de CJCSI 3405.01

Respecto al área psicológica, se refiere a la mejora de las habilidades mentales, emocionales y comportamentales de los soldados. La de comportamiento señala los hábitos y conductas saludables frente a las que no lo son. La social indica la capacidad de mantener lazos sociales saludables (en la unidad, la familia y la comunidad en general).

Este interés por un entrenamiento resiliente del soldado deriva del incremento paulatino de incidentes críticos a los que el Ejército norteamericano ha ido haciendo frente, así como al de intervenciones militares exteriores en las que participan (Cornum *et al.*, 2011). La reacción a estos incidentes críticos conllevó el incremento de las tasas de suicidio, la sintomatología de carácter postraumático, las prolongadas separaciones familiares y el bajo rendimiento laboral, entre otros (Tanielian y Jaycox, 2008). Todo ello hizo reaccionar al Departamento de Defensa, implementando diversos programas de salud y evaluación. Sin embargo, estos programas siguieron la línea del modelo médico tradicional, con un marcado carácter reactivo, centrados en detectar sintomatología patológica y en su consiguiente tratamiento terapéutico. El desarrollo de la psicología positiva proporcionó al Ejército norteamericano las bases para un cambio en el modo de desarrollar su política de salud, pasando a introducir un modelo más centrado en los rasgos positivos y con un marcado carácter preventivo (Cornum *et al.*, 2011). El reconocimiento de estos rasgos positivos queda reflejado en los valores fundamentales de sus Fuerzas Armadas: lealtad, responsabilidad, respeto, devoción al servicio, honor, integridad y coraje (Department of Army, 2006), correspondiéndose en parte con las fortalezas de carácter descritas por Peterson y Seligman (2004).

La respuesta a estas nuevas necesidades quedó patente en el *Comprehensive Soldier Fitness* (CSF), nacido en 2009, implementado con el objetivo de proporcionar a los soldados las habilidades necesarias para afrontar con éxito su participación en situaciones adversas, sin desarrollar psicopatologías, disminuyendo los comportamientos destructivos e indeseables y potenciando sus fortalezas y crecimiento personal. «Fortalecer la resiliencia, el ajuste y el potencial de los soldados y sus familias».

Previamente, en el *Manual de Campaña* (FM 6-22) de las Fuerzas Armadas norteamericanas, ya se hablaba de las cualidades del líder resiliente (Army, 2006). Dado su carácter integrador, también se trabaja con los familiares y con los trabajadores civiles, con la finalidad de que sus resultados formen parte de la cultura del Ejército norteamericano. Pretende trasladar el foco de atención desde la intervención a la prevención, desde la enfermedad al bienestar. Se trata de un programa que trabaja cinco dimensiones: física,

social, emocional, espiritual y familiar, mediante el uso de diversas estrategias de enseñanza y que está estructurado en cuatro partes²: 1) evaluación de las fortalezas, mediante el *Global Assessment Tool (GAT)*; 2) entrenamiento en resiliencia, de carácter progresivo a lo largo de la carrera militar; 3) entrenamiento individualizado, basado en las puntuaciones previas obtenidas en el GAT y enfocado en determinadas áreas de interés personal; y 4) entrenador experto en resiliencia, dirigido principalmente a mandos que trabajen diariamente con soldados, con el objetivo de convertirlos en formadores en resiliencia dentro del ámbito militar (Cornum *et al.*, 2011), que incluye una parte didáctica y otra práctica (discusiones grupales y *role playing*).

El GAT es una herramienta confidencial que reduce el estigma («en primer lugar, una puntuación baja significa que usted tiene la posibilidad de mejorar en una o más dimensiones de la salud humana y la resistencia [...]»); no es diagnóstica (mide la presencia de salud); sirve de base para el autoconocimiento del sujeto y supone el punto de partida en su programa personalizado de entrenamiento. Dispone de diferentes módulos de entrenamiento: de aptitud emocional, de dimensión familiar, de aptitud social, y de salud espiritual. Con esta prueba se mide el área familiar, espiritual, social (confianza y amistad) y emocional (optimismo, depresión, flexibilidad, compromiso, justicia y emociones). Como limitación de esta herramienta nos encontrábamos con que no medía el contexto de la organización (Lester *et al.*, 2011), lo cual se ha subsanado con el GAT+ (semestral).

Recientemente, el *Combined Arms Center (CAC, 2014)* ha publicado el documento *Human Dimension White Paper*, en el que se definen las líneas de trabajo en lo relativo a personal para el Ejército norteamericano, con horizonte temporal en el año 2025. En dicho documento se define el marco conceptual en aspectos de personal, incluyendo cuestiones relacionadas con la enseñanza militar, el adiestramiento, la ciencia, política de personal y médica, forma física y valores militares.

El escenario futuro que se prevé ahonda aún más en la tendencia actual de superioridad tecnológica por parte de la primera potencia, situaciones extremadamente complejas y dinámicas y una gran capacidad de adaptación frente a los cambios.

Para conseguir los objetivos propuestos, se definen tres líneas de esfuerzo:

- Superioridad cognitiva. Ventaja intelectual que permite adelantarse a los cambios. Implica una actitud proactiva, no reactiva. Aquí se incluye la capacidad de resiliencia y liderazgo.
- Adiestramiento realista. En condiciones lo más parecidas al combate, tanto físicas como psicológicas, culturales y sociales. Es importante la cohesión y la confianza dentro del equipo.
- Agilidad institucional. Necesidad de la organización de adaptarse a los cambios de un modo ágil. Implica también agilidad en la enseñanza, I+A, doctrina y gestión del personal.

A fin de plasmar y concretar estas líneas de esfuerzo mencionadas, se han comenzado acciones concretas en forma de programas:

- Enseñanza. Materializada en la Universidad del Ejército y el *living doctrine* (aplicaciones de doctrina multimedia que tienen presente el componente cultural y lingüístico).
- Adiestramiento. Concepto de adiestramiento global usando medios de simulación (real, constructiva, virtual y juegos), accesible desde cualquier ordenador.

² Un desarrollo más extenso del *Comprehensive Soldier Fitness* puede consultarse en la revisión realizada por Silgo, M. (2012). El papel de la resiliencia en las Fuerzas Armadas. En: D. Donoso (coord.) *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Madrid, Ministerio de Defensa.

- Liderazgo. Ampliación y desarrollo de este concepto en todos los escalones de mando, así como mejora de la interoperabilidad con otros ejércitos aliados. Creación del Instituto para el liderazgo.
- Gestión del talento. Optimización de la captación y el reclutamiento, así como la fidelización. Mejora del modelo de personal centrándose en las capacidades, con especial atención a los ascensos y a los informes personales.
- Salud y preparación física. Bajo un modelo global y proactivo, a fin de mejorar la salud y potenciar el bienestar.
- Investigación. Continuar y potenciar los esfuerzos en esta área.

También los ejércitos europeos han iniciado estudios acerca de cómo prevenir y resistir de un modo positivo el malestar surgido a raíz de la exposición a situaciones adversas. El Ejército italiano llevó a cabo un estudio con población militar expuesta a diverso nivel de estrés, evaluando la capacidad de resiliencia de su personal, comparando a militares destinados en unidades con exposición a situaciones de alto riesgo, con otros destinados en unidades menos operativas. Los resultados mostraron que el personal entrenado en unidades operativas y con entrenamiento técnico, presentaba niveles más altos en competencias emocionales, autoestima, cohesión y capacidad de resolución de problemas, concluyendo que el desarrollo de estas habilidades favorecía de manera positiva la consolidación de la capacidad de resiliencia (Gaya Del Vecchio y Arrigo, 2011). Por su parte, Eggimann *et al.* (2009) trabajaron con oficiales del Ejército suizo variables laborales y de satisfacción vital, en relación con las fortalezas del carácter, encontrando que estas fortalezas eran predictoras de la felicidad del conjunto de la unidad. Además, el grado de placer, compromiso y el significado atribuido también resultaron significativos. Años más tarde, estos mismos autores desarrollaron una clasificación de los valores y fortalezas presentes en el Ejército suizo, partiendo de la base de los preceptos de la psicología positiva (Eggimann *et al.*, 2013). En el Ejército holandés (TNO-DV 2008 A028) encontramos documentos de entrenamiento y requisitos previos para el despliegue en zona de operaciones, concretamente, conocimientos y competencias necesarias a adquirir frente a riesgos no militares en terreno urbano. Divide las competencias en tres áreas: cognitivas, emocionales y físicas, las cuales son impartidas en la formación básica militar. El área emocional aparece como el de mayor recorrido o con mayor desarrollo pendiente, centrándose especialmente en el espíritu de equipo y la resistencia frente al estrés. En un programa de entrenamiento de la Marina holandesa (Delahaij, 2011), plenamente integrado dentro de las actividades habituales de adiestramiento, encontramos incrementos significativos en autoeficacia y afrontamiento de tareas centradas en el problema, en el corto plazo, poniéndose de manifiesto la importancia de la implicación de los mandos orgánicos en este tipo de formación.

En España, también se han empezado a desarrollar acciones concretas que ponen de manifiesto la preocupación del mando por fortalecer la moral y la resistencia psicológica de nuestros soldados, especialmente del personal desplazado en ZO, enlazando con la normativa al respecto.

3. Medición de resiliencia. Eficacia de programas

La cuestión de la medición siempre resulta complicada en ciencias sociales. Los motivos son variados, entre ellos, el gran número de variables a considerar y de difícil control (psicológicas, sociales o de contexto).

Podemos diferenciar medidas de dos tipos: aquellas centradas en el sujeto y las que tratan de medir aspectos de grupo o unidad. Entre las primeras, tenemos como

claro exponente el mencionado GAT del Ejército norteamericano. Como ejemplo de las segundas encontramos los instrumentos de medida de tipo moral o clima laboral. A fin de determinar los factores que inciden en el constructo de resiliencia, así como aquellos programas que han demostrado su eficacia al respecto, debemos considerar los estudios basados en la evidencia (estudios y conocimientos consolidados realizados y obtenidos siguiendo unos criterios consensuados por expertos en psicología a nivel mundial).

Si nos centramos en la medición de la resiliencia como constructo, existen instrumentos, como el CD-Risc (25-ítem *Connor Davidson Resilience Scale*), el RSES (22 ítem *Response to Stressful Experiences Scale*), la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993), el *Brief resilient coping scale* o el *Resilience scale for adults*. En general, para medir la resiliencia debemos medir el riesgo (entorno y psicosocial), las características individuales y la motivación del individuo. Además, se suele confundir la capacidad de resiliencia de un sujeto con la ausencia de malestar (puede ser que el sujeto no se vea nunca en una situación estresante). Del mismo modo, la recuperación implica cierto grado de malestar que se irá superando, mientras que resiliencia señala ausencia de dicho malestar en esas mismas condiciones.

De la revisión de 270 publicaciones e investigaciones relativas a resiliencia (Meredith *et al.*, 2011) se deduce que existen factores relevantes que incrementan la resiliencia a diferentes niveles. En orden de importancia son los siguientes:

- Individuales: Afrontamiento positivo. Sentimientos positivos. Pensamiento positivo. Realismo. Control del comportamiento. Buen estado físico. Altruismo.
- Familiares: Vínculos emocionales. Comunicación. Apoyo. Proximidad. Adaptabilidad.
- De unidad: Ambiente de mando positivo. Trabajo en equipo. Cohesión.
- Sociales: Pertenencia. Cohesión. Conectividad. Eficacia colectiva.

En la tabla 1 podemos apreciar aquellos factores (internos y externos) que muestran una fuerte evidencia de influencia en resiliencia (Silgo, 2013).

Factor interno	Evidencias	Revisado
Afecto positivo: es un constructo multidimensional que hace referencia a la capacidad de tener una actitud optimista. Se compone de emociones positivas, actitud positiva, entusiasmo, vitalidad, optimismo, sentido del humor en situaciones difíciles, esperanza, flexibilidad ante los cambios.	57-65	7
Pensamiento positivo: se compone de múltiples capacidades cognitivas como dar sentido a las situaciones, creatividad, flexibilidad, aceptación, tener expectativas positivas sobre los resultados, procesamiento de la información aplicando el conocimiento y permitiendo la reestructuración, reevaluación y reconfiguración positivas. Esta flexibilidad cognitiva, ayuda en la toma de decisiones y en el afrontamiento positivo de los problemas.	58, 59, 62, 64, 65, 66, 67	7, 52
Afrontamiento positivo: consiste en manejar las situaciones difíciles esforzándose para resolver situaciones personales e interpersonales complicadas; buscar maneras de reducir o tolerar el estrés o el conflicto, incluyendo aproximaciones activas, pragmáticas, espirituales, orientadas a la tarea, a la resolución o a la búsqueda de apoyo social.	65,68-70	7, 52
Control del comportamiento: consiste en autoevaluar, autocontrolar y autopotenciar las reacciones emocionales para conseguir un objetivo –autorregulación emocional– y requiere el desarrollo de habilidades para reconocer cambios físicos y estados emocionales, así como regular eficazmente las conductas, las respuestas al estrés y las relaciones con los demás. Una técnica empleada para desarrollar estas habilidades cognitivas de toma de conciencia (atención, orientación, alerta, etc.) es el <i>mindfulness</i> .	71-76	7, 52

Factor interno	Evidencias	Revisado
Realismo: se relaciona con la capacidad de ser objetivo, de tener expectativas realistas sobre los resultados, confianza, amor propio, autoestima, autoconcepto, autoeficacia y de aceptación de lo que se puede controlar y lo que no.	73, 76-83	7
Hardiness: es un constructo compuesto por tres dimensiones (compromiso, control y reto). La primera es el grado en el que una persona se responsabiliza con la vida, su trabajo, su familia o su entorno, beneficia porque da sentido a la vida. La segunda es el grado en el que uno percibe que controla lo que le ocurre en la vida, beneficia porque uno siente que maneja su vida y que puede anticiparse a la adversidad. La tercera, consiste en percibir las amenazas como oportunidades de crecimiento y aprendizaje, lo que facilita la adaptación.	77, 84-86	52, 87
Autoeficacia: se define como los juicios que cada individuo tiene sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. Consiste en la convicción personal de que uno puede realizar con éxito cierta conducta requerida en una situación dada.	88,89	52
Entrenamiento al estrés: consiste en la administración controlada, progresiva y continuada de estresores, de tal forma que el sujeto se va adaptando poco a poco a la adversidad. Si a esto se le añade un entrenamiento en factores positivos de resiliencia, el sujeto incrementa sus estrategias de afrontamiento ante la situación adversa a la que se va a enfrentar.	101-106	
Factor externo	Evidencias	Revisado
Apoyo familiar: consiste en sentir que el confort se puede conseguir y es proporcionado por otros, incluyendo el emocional, tangible, instrumental, informacional y espiritual.	79, 10110	7
Clima positivo de unidad: se relaciona con el liderazgo eficaz, con facilitar y promocionar interacciones entre los miembros de la unidad, construir un sentimiento de orgullo y de apoyo para la misión, y dar un buen ejemplo de conducta.	44, 111, 112	
Pertenencia a la comunidad: se asocia con la integración en grupos, tener amistades, participar en organizaciones espirituales, protocolos, ceremonias, actividades sociales, etc.	115	

Tabla 1. Evidencias de los factores internos y externos incluidos en los programas de resiliencia.

Fuente: Silgo, 2013

Respecto a la eficacia de los programas implantados y desarrollados por el Ejército norteamericano (por norma general, resulta escasa la investigación sobre la eficacia de los programas), podemos señalar como el más relevante el CFS-2, derivación del CFS y del *Battlemind Training* (WRAIR), que entrena los cinco factores mencionados previamente: emocional, espiritual, físico, social y familiar. Está dirigido a militares y sus familias y pretende desarrollar el pensamiento adaptativo y las habilidades de autorregulación. Tiene un componente eminentemente práctico y suele impartirse antes de los despliegues a zona de operaciones. Respecto al momento de impartición del programa suele incardinarse en la formación militar (academias militares e instrucción básica de combate), en la preparación para el despliegue y en el postdespliegue (especialmente ante situaciones traumáticas).

Este programa comienza con una evaluación (GAT) que mide las dimensiones familiar, espiritual, social y emocional, a las que se ha añadido la dimensión de contexto (GAT+). Dicha herramienta proporciona la información de base para desarrollar los programas de entrenamiento, evalúa no solo la ausencia de problemas sino también la presencia de salud o bienestar, proporciona *feedback* y reduce el estigma asociado (Silgo, 2013). Tras esta evaluación se inicia el programa propiamente dicho, incluyendo el *Máster Resilience Trainer* (MRT) y el Módulo de crecimiento postraumático.

De la evaluación de este programa (Meredith *et al.*, 2011) se desprende que los sujetos con alta resiliencia presentan menos problemas en conductas negativas (autolesión, consumo de drogas, ilícitos) y más conductas positivas (alto rendimiento). En resumen, el programa aumenta los factores de resiliencia y la salud psicológica y reduce la probabilidad de sufrir trastorno mental. Se mejora la adaptabilidad, tienen menos pensamientos catastrofistas, mejoran las habilidades de afrontamiento, son más optimistas y perciben más apoyo organizacional.

Los principales problemas en la implantación del modelo provienen de la resistencia institucional, falta de recursos, logísticos o de coordinación de las actividades (agenda apretada en la preparación del despliegue).

Referencias bibliográficas

- Army Department O.T. (2006). *Army Leadership*, Washington, S.N.
- Bowles, S. V. y Bates, M. J. (2010). Military organizations and programs contributing to resilience building. *Military Medicine*, 175, 6, 382-385.
- CAC. (2014). Informe N.1414 O. *The human dimension*. Disponible en: <http://usacac.army.mil/>
- Delahaij, R. (2011). *Resilience Training for Dutch Navy Recruits*. RTO-MP-HFM-205, NATO.
- Grotberg, E.H. (2006). ¿Qué entendemos por resiliencia? ¿Cómo promoverla? ¿Cómo utilizarla? En: E. H. Grotberg (ed.). *La resiliencia en el mundo de hoy: Cómo superar adversidades*. Barcelona, Gedisa.
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L. y Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *The American Journal of the American Association*, 295, 9, 1023-1032.
- Lester, P. B., McBride, S., Bliese, P.D. *et al.* (2011). Bringing science to bear: an empirical assessment of the Comprehensive Soldier Fitness Program. *American Psychologist*, 66, 1, 77-81.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience process in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Meredith, L. S., Sherbourne, C. D., Gaillot, S. *et al.* (2011). *Promoting psychological resilience in the U.S. military*. Center for Military Health Policy Research. RAND Corporation.
- Peterson, C., Park, N. y Castro, C.A. (2011). Assessment for the US Army comprehensive Soldier Fitness Program: the global assessment tool. *American Psychologist*, 66, 1, 10-18.
- Silgo, M. G. (2013). Revisión de programas de resiliencia basados en la evidencia en los Ejércitos. *Revista de Sanidad Militar*, 2013; 69 (3): 182-194.
- Silgo, M. G. y Robles, J. I. (2010). Estudio de las bajas temporales para el servicio por motivos psicológicos: Mejoras en la detección de psicopatología y simulación de trastorno mental en las Fuerzas Armadas. *Sanidad Militar*, 66, 3, 154-162.
- Sewell, G. F. (2011). How emotional intelligence can make a difference. *Military review*.
- Southwick, S. M., Litz, B. T., Charney, D. *et al.* (eds.). (2011). *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tanielian, T. y Jaycox, L. H. (2008). *Invisible wounds of war. Psychological and cognitive injuries, their consequences and services to assist recovery*. RAND Corporation.
- TNO-DV 2008 A028 (2008). *Be careful with yourself! Soldier knowledge and competencies for the protection against non-military threats (NMT) during military operations in urban terrain (MOUT)*. TNO Defence, Security and Safety, The Hague.

Capítulo 3

El estigma en la atención psicológica

Comandante Susana E. Breña Mayo
Comandante Elena E. Martín Molina

«No hay mortal que sea cuerdo a todas horas». Plinio el Viejo

1. El estigma

«[...] un individuo o un grupo es estigmatizado si son vistos como diferentes o peores que sus compañeros. Estigma puede ser rechazo, discriminación, prejuicio, o cualquier otro modo de separar a las personas basado en sus características o problemas» (*afterdeployment.org*).

Erving Goffman, sociólogo y escritor americano, en su clásica obra *Stigma* (1963) lo describe como un «atributo profundamente desacreditador» relacionado con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee.

Los estereotipos «son estructuras de conocimientos aprendidas socialmente que representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas». Cuando hablamos de personas con enfermedad mental, los estereotipos más frecuentes hacen referencia a la peligrosidad, la irresponsabilidad, la incompetencia y la incapacidad para desenvolverse en la vida cotidiana, la impredecibilidad de su carácter y sus reacciones y a la falta de control (Muñoz *et al.*, 2009).

De la revisión realizada por López *et al.* (2008) podemos extraer que es un fenómeno socialmente funcional, universal, relacionado con los procesos de categorización social, que tiene bases biológicas, psicológicas y sociales, que permite simplificar de forma eficiente información compleja, y que tendría una función defensiva para la sociedad. El comportamiento a veces difícil de entender, impredecible o violento que exhiben algunas personas con problemas de salud mental está en la base de estereotipos como el de peligrosidad, pero los datos muestran que menos del 5 % de las personas diagnosticadas de esquizofrenia o psicosis presentan episodios graves de violencia (siendo superior la violencia que reciben) y que además suelen relacionarse con variables como el consumo de sustancias, falta de tratamiento o entornos desorganizados, entre otras.

Las actitudes vinculadas al estigma social tienen componentes cognitivos (estereotipos), afectivos (prejuicios) y conductuales (discriminación). Solemos dar una mayor importancia, erróneamente, a los aspectos cognitivos pensando que la solución está básicamente en la información. Cierto es que es más fácil recurrir a los estereotipos como atajo cuando disponemos de poca información, en situaciones de relativa incertidumbre, pero generalmente la sola información no es suficientemente efectiva como para evitar conductas discriminatorias. Todos los estudios revelan que la clave a la hora de realizar intervenciones eficaces es el contacto social. Las personas más jóvenes, con mayor nivel cultural y que han tenido un contacto más directo con personas con enfermedad mental suelen poseer actitudes menos negativas (López *et al.*, 2008).

Desde la psicología social se entiende el prejuicio como un tipo especial de actitud. Una «actitud (normalmente negativa) hacia los miembros de algún grupo social, basado únicamente en los miembros de ese grupo» (Baron y Byrne, 1998), es decir, que su simple pertenencia a dicho grupo es suficiente para ser evaluado de una determinada manera.

Una consecuencia directa del estigma social es la discriminación –en el ejercicio de derechos, en el acceso a servicios, en el acceso a la vivienda y al empleo–, lo cual dificulta a su vez el establecimiento de relaciones de afectividad (pareja, amistades). Cuando hablamos de *discriminación* es importante distinguir entre *discriminación individual* y *discriminación estructural*, siendo esta última la que se ejerce desde las instituciones o a través de las leyes, limitando a las personas estigmatizadas en aspectos de vital importancia, restringiendo sus derechos y oportunidades (López *et al.*, 2008). Como revela el *Libro Verde de la Salud Mental de la Unión Europea* (2005):

«Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que la etiqueten».

En esta línea, un grupo de psiquiatras ha pedido formalmente al Colegio de Psiquiatras de Reino Unido (*Royal College of Psychiatrists*) la abolición de los sistemas de clasificación diagnóstica CIE y DSM. Afirman, entre otras cosas, que los diagnósticos psiquiátricos no son válidos, que su uso aumenta la estigmatización y que no ayudan a decidir el tratamiento de elección. Asimismo, el propio colegio, en el informe *Whole-person care: from rhetoric to reality* (2013), solicita la equiparación de la atención que se da a los problemas mentales con las enfermedades físicas, manifestando la necesidad de adoptar una política de tolerancia cero hacia las actitudes de discriminación o estigmatización por parte de los propios profesionales sanitarios (Timimi, 2011).

2. Autoestigma

«Una persona que se percibe como poseedora de un estigma tiende a provocar estereotipos negativos» (Baron y Byrne, 1998). A la internalización del estigma la denominamos *autoestigma*, haciendo referencia a la asunción de una serie de creencias negativas acerca de uno mismo: baja autoestima, vergüenza y falta de proactividad. En este sentido, desde la OMS (WHO, 2010), el concepto de *empowerment* se constituye como clave para la promoción de la salud, favoreciendo que sea el propio individuo el que tome decisiones acerca de su propia salud y se maneje autónomamente en el cuidado de su enfermedad.

El autoetiquetado (por ejemplo, «soy débil e incompetente por no poder superar el problema por mí mismo») es una forma de *autoestigma* que nos hace sentir vergüenza cuando creemos que debemos ocultar una parte de nosotros mismos por considerarla inaceptable. Es necesario desmitificar el temor a ser estigmatizados, desmontando mitos y creencias erróneas que comúnmente conducen al estigma en el Ejército sustituyendo posibles pensamientos catastrofistas («seré ridiculizado por buscar ayuda», «mi mando perderá la confianza en mí», «seré rechazado por mis amigos y compañeros por ser débil», etc.) por pensamientos realistas acerca de las verdaderas repercusiones que puede tener el acudir a los servicios de salud mental en la vida laboral. De hecho, solo un 3 % de los que acudieron a petición propia, en comparación con un 39 % de los que fueron remitidos

por sus mandos, tuvo un impacto negativo en su carrera, según un estudio publicado en *Military Medicine* en 2006 (Dingfelder, 2009).

Se han puesto en marcha multitud de iniciativas en diversos países (EE. UU., Canadá, Australia, el Reino Unido, Francia, Alemania y España, entre otros) para combatir la estigmatización asociada a los trastornos mentales, difundiendo información y testimonios de personajes relevantes de la vida social, civil y militar, y animando a buscar ayuda especializada.

El temor al estigma, a ser categorizados como enfermos mentales y el miedo al rechazo pueden provocar que personas que lo necesitan sean reacias a solicitar ayuda (Wahl, 2012).

3. El estigma en la enfermedad mental

En el caso de las personas con problemas graves de salud mental existen una serie de factores que fortalecen el estigma: la exhibición de conductas extrañas, en ocasiones relacionadas con la propia medicación, el diagnóstico y el uso de servicios de salud mental, los episodios de violencia ocasionales, la distorsión transmitida por los medios de comunicación, los tradicionales servicios de salud mental separados del resto de servicios (López *et al.*, 2008).

La investigación realizada por un grupo de trabajo de la Universidad Complutense de Madrid (Muñoz *et al.*, 2009) analiza las actitudes de rechazo social y estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental grave y crónica en la Comunidad de Madrid, utilizando una metodología tanto cuantitativa como cualitativa y siguiendo las directrices e instrumentos del *Chicago Consortium for Stigma Research* (el principal centro de investigación sobre el estigma de la enfermedad mental, referencia metodológica que permite la comparación de los resultados con los de otros estudios). Los principales resultados revelan que:

- El 56 % de la población general y el 58 % de los familiares entrevistados confunden la enfermedad mental con el retraso mental.
- Los profesionales de salud mental destacan por un mayor nivel de conocimientos, mayor optimismo respecto a la cronicidad de la enfermedad y al nivel de autonomía personal.
- El estereotipo de peligrosidad es el más frecuente en población general, y muy poco frecuente entre profesionales.
- El nivel de estigma correlaciona positivamente con la edad y negativamente con el nivel de conocimiento.
- La depresión lleva asociado un menor estigma que otras enfermedades mentales como la psicosis.
- En contra de lo que afirman las familias, los datos cuantitativos indican que las reacciones de piedad, comprensión y empatía hacia las personas con enfermedad mental son altas, excepto en profesionales, lo que se traduce en comportamientos sobreprotectores y paternalistas. El miedo es también una de las reacciones más frecuentes y se asocia con reacciones de rechazo y discriminación (especialmente en el ámbito laboral, los amigos y la familia extensa), evitación y actitudes de segregación en población general. El 44 % afirma haber tenido experiencias de discriminación en el área laboral, el 43 % en las relaciones con los amigos, el 32 % con los vecinos y el 37 % ha tenido experiencias de discriminación dentro de su propia familia.

- Las personas con enfermedad mental crónica viven con gran intensidad el rechazo social, lo que aumenta su desesperanza y favorece el aislamiento. En ocasiones, las relaciones sociales se limitan a personas con problemas similares, lo que favorece la formación de guetos que perpetúan el aislamiento.
- Las mayores discriminaciones se producen en el ámbito laboral. Solo el 5 % tenía un empleo regular.
- El estudio de los medios de comunicación pone de manifiesto el incorrecto tratamiento de la enfermedad mental, asociando la enfermedad mental crónica a sucesos negativos y violentos (una de cada tres noticias en las que aparecen términos de enfermedad mental crónica), y abusando de términos peyorativos derivados de loco, como tarado o chiflado entre otros.
- El ocultamiento de la enfermedad es la estrategia más empleada por los pacientes y sus familiares.
- La experiencia directa de estigma social puede llevar a las personas a desarrollar autoestigma: manifestándose en autolimitaciones, falta de adherencia al tratamiento, falta de asistencia a la rehabilitación, baja autoestima y bajas expectativas de recuperación.

Por lo tanto, la anticipación del rechazo conlleva al aislamiento y al ocultamiento, lo cual empeora las dificultades ya existentes en las relaciones sociales y laborales.

La lucha contra el estigma fue marcada por la OMS como uno de los puntos básicos a desarrollar en la *Declaración de Helsinki* (2005). E igualmente queda recogida en el *Libro Verde sobre la salud mental de la Unión Europea* (2005). Estas iniciativas han tenido su correspondiente eco a nivel nacional. En concreto, en España, iniciativas del Ministerio de Sanidad y la Asociación Mundial de Psiquiatría («la esquizofrenia abre las puertas») materializan el esfuerzo en esta línea.

4. El estigma en el Ejército

El estigma y las barreras organizacionales parecen ser la causa de que muchos militares con problemas psicológicos no acudan a un profesional, de manera que una actitud negativa hacia el tratamiento es inversamente proporcional a la búsqueda de ayuda (Kim, 2011).

La creencia de que uno se sentirá inadecuado, menos inteligente o inferior, o pensar que la autoestima o la confianza en uno mismo pueden verse amenazadas por el hecho de acudir a un psicoterapeuta pueden ser claros signos de autoestigma que influirán en la decisión de acudir o no a un profesional de la salud mental (Vogel, 2006).

La tasa anual de suicidios entre los militares de la US Army (en activo, en la reserva, y en la Guardia Nacional) se incrementó constantemente desde 67 casos en 2004, a 128 en 2008. Según una encuesta anónima realizada por RAND (2005), un tercio de los militares que regresaron de Irak o Afganistán habían sufrido daño cerebral o cumplían criterios de depresión o TEPT, de los cuales solo la mitad buscaron tratamiento, y de los que lo hicieron, apenas la mitad recibían los tratamientos adecuados.

Warner *et al.* (2011) observaron la influencia directa que ejerce el anonimato sobre la honestidad a la hora de contestar a los cuestionarios sobre salud mental cuando estos se realizan por un órgano de control oficial. Contrastando los datos obtenidos en una encuesta anónima frente a los obtenidos del reconocimiento médico post despliegue, las encuestas anónimas mostraron que la tasa de gente con algún desorden psicológico (12,1 % frente a 4,2 %) y el interés en la búsqueda de ayuda (17,2 % frente a 6,3 %)

prácticamente se triplicaban. Un 20,3 % de los militares que obtuvieron resultados significativos en TEPT o depresión aseguraban sentirse incómodos al contestar honestamente a los cuestionarios rutinarios postmisión, se manifestaron significativamente menos propensos a buscar ayuda y mostraban niveles de estigma y barreras percibidos significativamente mayores.

Kim *et al.* (2010) compararon el grado de utilización de los servicios de salud mental, así como la percepción de estigma y barreras por parte de los militares con problemas de salud mental pertenecientes a la Guardia Nacional (GN) y a los ejércitos, a los tres y doce meses post misión. Observaron que los militares en activo mostraban un porcentaje mayor de problemas de salud mental en los periodos de tiempo evaluados, frente a los de la GN (a los tres meses, un 45 % de soldados en activo, frente a un 33 % de soldados de la GN; y a los doce meses, un 44 %, frente a un 35 %), pero en cambio, un mayor porcentaje de soldados de la GN hizo uso de servicios de salud mental en comparación con los militares en activo (27 %, frente 13 %) doce meses después de finalizar la misión. De lo que se deduce que los soldados en activo con problemas mentales usan en menor grado los servicios de salud mental, evidenciando un mayor grado de estigma. En ambos cuerpos se detectó un índice mayor de individuos con problemas mentales transcurrido un periodo de tiempo (a los tres y doce meses) respecto a la evaluación hecha inmediatamente al finalizar la misión, pero solo la mitad de los individuos con problemas buscó ayuda durante los primeros doce meses. El estigma y las barreras (como la falta de tiempo o los problemas de transporte) pueden ser la causa de estos bajos porcentajes de uso de los servicios de salud.

La APA recomendó al Departamento de Defensa americano dos líneas de acción para luchar contra el estigma en el Ejército: incrementar la confidencialidad en el tratamiento de la salud mental siempre que fuese posible, y una campaña educativa mejorando la resiliencia para mitigar los efectos del estigma (Dingfelder, 2009).

El CSF, programa puntero en el fomento de la resiliencia tanto en el personal militar o directamente relacionado con él, como en el personal civil trabajando para Defensa o sus familias, se asienta sobre diferentes pilares. La idea es sencilla pero contundente: propiciar el fortalecimiento de una aptitud psicológica saludable influyendo a través de varias dimensiones como la salud física, el entorno social, emocional, espiritual y familiar. Este tipo de programas en auge, pretenden atenuar la altísima y creciente tasa de suicidios y casos de estrés postraumático detectados en el personal reincorporado a la sociedad después de varias misiones (donde se ha vivido un grado de estrés permanente) y largo tiempo apartados (en cierto modo) de un entorno social y familiar normal (Casey, 2011).

El CSF, en el caso de EE. UU., pretende además, desestigmatizar el cuidado de la salud mental del personal, en una cultura militar donde se asocia, con cierta facilidad, la atención psicológica con problemas. Así, según un informe estadístico realizado por el equipo asesor de salud mental (2009) sobre los soldados estadounidenses desplegados en Afganistán, cerca de la mitad de los encuestados creían que iban a ser tratados de forma diferente por los mandos de su unidad si buscasen atención psicológica. Casi el 34 % cree que el hacerlo perjudicaría su carrera. El 40 % cree que los líderes les culparían de su problema; y más del 50 % cree que sería visto como una persona débil (citado por Casey, 2011). Por ello, el CSF se ha implementado sobre la idea de que el fortalecimiento de la aptitud psicológica debe formar parte del entrenamiento de cualquier militar, con la misma importancia que las aptitudes físicas u otras habilidades del combatiente. Resulta evidente que la lucha contra el estigma es responsabilidad de los líderes militares, debiendo introducir elementos formativos y educativos en su formación.

Referencias bibliográficas

- afterdeployment.org (s.f.). Core Project within the Defense Centers of Excellence for Psychological Health and Traumatic Brain Injury. Página oficial. Disponible en: <http://www.afterdeployment.org/>
- Baron, R. A. y Byrne, D. (1998). *Psicología Social*, 8.ª ed. Madrid, Prentice Hall.
- Casey, G. (2011). Comprehensive Soldier Fitness: A vision for psychological resilience in the US Army. *American Psychologist*, 66 (1), 1-3.
- Coalition Suisse Pour La Santé Mentale Des Jeunes. Página oficial. Disponible en: <http://www.mpoweryouth.org>
- Dingfelder, S. F. (2009). The military's war on stigma. *Monitor on Psychology*. Vol. 40, n.º 6. APA.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Health.mil. (2023). Real Warriors Campaign. Disponible en: <http://www.realwarriors.net>
- Kim, P. Y. (2010). Stigma, barriers to care, and use of mental health services among active duty and National Guard Soldiers after combat. *Psychiatric Services*, 61 (6), 582-588.
- Kimpy, B. T. (2011). Stigma, negative attitudes about treatment, and utilization of mental health care among soldiers. *Military Psychology* (23), 65-81.
- Kuehn, B. (2009). Soldier suicide rates continue to rise. *JAMA*, 301, 1111-1113.
- Libro Verde de la Salud Mental de la Unión Europea (2005). Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- López, M., Laviana, M., Fernández, L. et al. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista AEN* (28), 43-83.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. et al. (2006a). *Resumen de resultados de la investigación: El estigma en la enfermedad mental*. Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.
- . (2006b). *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007. Informe de propuestas específicas para la reducción del estigma social en las personas con enfermedad mental grave y crónica*. Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.
- . (2009). *El estigma de la enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid, Editorial Complutense, S.A.
- OMS. (2005). Declaración de Helsinki: conferencia ministerial de la OMS para la Salud Mental. Disponible en: <https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Helsinki.pdf>
- RAND. (2005). *Arroyo Center Annual Report 2004. An Army Transformed While at War*.
- SAMHSA. (2023). What is Mental Health? Disponible en: <http://www.mentalhealth.gov>
- Semper Fi & America's Fund. Página oficial. Disponible en: <http://www.semperfund.org>
- Timimi, S. (2011). No More Psychiatric Labels: Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM (CAPSID). *Self & Society: An International Journal for Humanistic Psychology*. Volume 40, Issue 4, pp. 6-14.
- Vogel, D. W. (2006). Measuring the Self-Stigma Associated with Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology* (53), 325-337.
- Wahl, O. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in cognitive sciences*, 16 (1), 9-10.

- Warner, C. H. (2011). Importance of anonymity to encourage honest reporting in mental health screening after combat deployment. *Archives of General Psychiatry*, 68 (10).
- WHO. (2010). World Health Organization. *User empowerment in mental health-statement by the WHO Regional Office for Europe*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Whole-person care: from rhetoric to reality (2013). Informe RCP. Disponible en: <https://www.ucl.ac.uk/core-study/sites/core-study/files/lester.pdf>

Capítulo 4

Cadena asistencial

Teniente coronel Daniel Donoso Rodríguez
Capitán Leticia Escuredo Jiménez¹

«La posesión de la salud es como la de la hacienda, que se goza gastándola, y si no se gasta, no se goza». Francisco de Quevedo y Villegas

1. Introducción

Partimos del concepto de salud psicológica, que, según la OMS, consiste no solo en la ausencia de enfermedad, sino también en un estado completo de bienestar físico, psíquico y social. Para conseguir dicho estado de salud interesa abordar diferentes estadios: prevención, evaluación, identificación temprana e intervención, en caso de problemas. La prevención está relacionada con las actividades propuestas en otros apartados de este manual: con la I+A y, en general, con la preparación de la fuerza para el despliegue. Con respecto a la identificación temprana, nos remitimos al capítulo de estrés, ya que esta sintomatología se encuentra en la base de la mayoría de los problemas detectados. En cuanto a la evaluación, partimos del supuesto de que el personal a desplegar se encuentra totalmente apto, ya que su situación es la de servicio activo y, por tanto, ha superado las pruebas establecidas para ello. Sin embargo, es habitual realizar pruebas específicas antes del despliegue a fin de corroborar esta circunstancia.

A los efectos de intervención sobre problemas de salud psicológica, desarrollaremos algunos conceptos y procedimientos, así como describiremos lo establecido en la normativa y la organización.

La misión principal del servicio de sanidad de las FAS consiste en prestar el apoyo sanitario a las operaciones militares por medio de la selección, conservación y recuperación del personal, minimizando los efectos que las lesiones y enfermedades puedan tener sobre la efectividad, disponibilidad y moral de las unidades, mediante un sistema progresivo y escalonado (*Manual de medicina preventiva en operaciones*, 2007). Al objeto de prestar dicho apoyo, la sanidad militar desarrolla diversas actividades sanitarias: inteligencia, prevención, tratamiento, evacuación, abastecimiento y mantenimiento de los recursos sanitarios.

No debemos olvidar que el estado general de moral y satisfacción de las tropas presenta una importante vinculación con la sensación de atención y protección de la salud. Un combatiente valora, en gran medida, el hecho de disponer de unos adecuados servicios de atención a la salud en caso de ser herido en combate. Estos servicios se plasman en una rápida evacuación, una atención especializada y un seguimiento adecuado. Un alto estado de moral se halla, pues, vinculado con una mayor eficacia y rendimiento, así como con una menor incidencia de problemas de estrés.

¹ Escuredo Jiménez, Leticia (MOES). Capitán psicólogo (CMS), destinada en el Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa (IMPDEF) en Madrid. Anteriormente destinada en unidades del ET y Centros de selección. Doctora en Psicología (UCM). Experta en Evaluación de políticas públicas y calidad de los servicios (UCM). Diploma Aptitud en Técnicas Pedagógicas. Curso Superior en Formación del profesorado. Diploma Especialista Militar en Técnicas estadísticas. Profesora de número y asociada (EMISAN, EMCE).

2. Prevención

El mayor riesgo sanitario proviene de las enfermedades y lesiones no de combate, que pueden afectar gravemente a la efectividad y a la moral. En este sentido, la prevención ocupa un lugar principal, debiendo insertarse en el modo general de actuar del militar, tanto en servicio como fuera de él.

La prevención ha de partir de una correcta inteligencia sanitaria (información, datos científicos y militares) referente a todas las fases de la operación. El ciclo de inteligencia comprende las siguientes actuaciones: obtención, compilación, procesamiento, interpretación, evaluación, análisis, integración y difusión de la información sanitaria relevante (*Manual de medicina preventiva en operaciones*, 2007).

En concreto, durante la fase previa al despliegue, se realizan los correspondientes reconocimientos psicofísicos, vacunaciones, formación y educación sanitaria y actualización de la documentación para todo el personal. En la fase posterior al despliegue se establece la realización de un cuestionario de salud (incidencias ocurridas), cuyos datos servirán como herramienta preventiva en sucesivos despliegues.

En lo que atañe a la salud mental y dentro de las posibles causas de enfermedad, la de mayor relevancia, desde un punto de vista militar, es la referida a causas psicosociales (por encima de las genéticas, somáticas e infecciosas). Especial interés merece el estrés como causa de este tipo, que se desarrolla ampliamente en el capítulo correspondiente. Tan solo reiterar que la frecuencia e intensidad de factores externos estresantes agravan e intensifican de un modo directo los síntomas. Igualmente, cabe señalar que uno de los momentos más delicados, desde el punto de vista preventivo, consiste en la llegada o toma de contacto en la ZO o en la unidad. Por ello, resulta deseable que los novatos se integren convenientemente con los veteranos, mediante un adecuado relevo.

En general, la prevención de los problemas de salud mental pasan por una adecuada selección del contingente a desplegar, una alta cohesión entre los integrantes de la unidad (moral), un flujo de información conveniente, bidireccional y adecuado a la situación, y un óptimo nivel de disciplina e instrucción (I+A).

Como medida preventiva, conviene insistir en las rutinas saludables, tanto de trabajo como de ocio, en especial en lo referente a la disciplina de sueño, alimentación y ejercicio físico.

La actual normativa de prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995) no resulta ajena a los despliegues en ZO (RD 1932/1998), que afectan no solo a posibles accidentes laborales, sino también, de modo importante, a los riesgos psicosociales mencionados previamente. Sin embargo, dadas las especiales características, tanto de la profesión militar en general como de las condiciones en ZO, la aplicación de la normativa siempre ha de tener presente la prioridad del cumplimiento de la misión. Siempre que sea posible se debe evitar el riesgo, evaluarlo y combatirlo en su origen. Si no se pudiera evitar, adaptar el trabajo a la persona para minimizarlo (ergonomía), planificarlo y adoptar las medidas de protección colectiva e individual necesarias.

Otra de las obligaciones en relación con la prevención de riesgos laborales consiste en la vigilancia de la salud: observación de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores usando técnicas apropiadas, sistemáticas y continuadas.

Dentro del aspecto preventivo y por sus graves consecuencias, resulta de vital importancia la prevención de accidentes de tráfico en ZO (vehículos viejos, carreteras en mal estado, conducción temeraria de otros conductores, malas condiciones climatológicas, factores tácticos, etc.). Supone la primera causa de bajas militares en zona de operaciones,

de mantenimiento de la paz. A ello se añade que la población entre dieciocho y veinticinco años de edad forma el grupo de mayor riesgo en accidentes de tráfico. Es conveniente elaborar proyectos de prevención multidisciplinares que impliquen a personal de diferentes especialidades, y que supongan varias áreas de actuación (información, difusión, concienciación, control, educación, planes). Entre las temáticas más usuales al respecto, tenemos la influencia del consumo de alcohol y drogas, la percepción humana, la velocidad, la fatiga y los elementos de seguridad del vehículo.

3. Evaluación

Según la Instrucción Técnica (IT) 06 de IGESANDEF de 15JUL11, actualizada a 30 de julio de 2013, sobre requisitos sanitarios del personal que se desplaza a ZO, previamente al despliegue, todo el personal deberá haber realizado el reconocimiento médico y psicológico establecido con la antelación suficiente, siendo la validez del mismo de un año. El resultado de dicho reconocimiento puede ser apto, apto con restricciones, no apto temporal o no apto.

En lo específico a la evaluación psicológica, su objetivo consiste en detectar posibles alteraciones o trastornos psicológicos en el marco del Real Decreto (RD 944/2001) sobre aptitud psicofísica del personal de las FAS. Esta valoración es independiente de la labor de asesoramiento al mando acerca de la posible idoneidad o no para desempeñar determinados puestos o funciones.

Los aspectos que se deben valorar desde el punto de vista psicológico son: estado de ánimo, estabilidad emocional, contacto con la realidad, aceptación de normas, sociabilidad, y distorsión de la motivación. También conocidas como depresión, neuroticismo, psicopatía, psicoticismo, sociabilidad y distorsión. Según los datos estadísticos de las muestras se establecerán los puntos de corte, pudiendo aplicarse pruebas complementarias o entrevistas para un mejor diagnóstico. El resultado puede ser de suficiencia (apto) o pendiente de revisión psicológica o psiquiátrica. En el segundo caso, se remite al sujeto a los servicios hospitalarios especializados para su definitiva calificación y, aunque el diagnóstico médico es competencia del psiquiatra, la colaboración entre ambos profesionales resulta fundamental.

La prevención de las alteraciones psicológicas se basa en la selección del personal, en la cohesión entre los integrantes del contingente, en la disciplina e instrucción, en la responsabilidad y en la información, todo ello según las recomendaciones higiénico-sanitarias de IGESANDEF.

4. Escalonamiento

Según la Publicación Doctrinal Conjunta PDC-4.10 *Doctrina sanitaria en Operaciones* de JEMAD, la función logística de sanidad «comprende el conjunto de métodos, procesos y actividades homogéneas, cuyo objetivo común es la prestación del apoyo sanitario». Dicho apoyo sanitario es «el conjunto de actividades encaminadas principalmente a proporcionar a los componentes de las FAS todo lo necesario para la selección del personal, la prevención de la enfermedad, y a la promoción, el mantenimiento y la restauración de la salud». El apoyo psicológico se encuadra dentro del apoyo sanitario, se presta antes, durante y después del despliegue, al personal militar y a sus familias, y persigue «optimizar el ajuste psicológico». Se materializa en la evaluación psicofísica del personal, en programas de

prevención y promoción de la salud psicológica, en programas de entrenamiento psicológico dentro de I+A de las unidades, en asesoramiento al mando dentro de sus competencias (organización y gestión del personal en áreas de selección, formación, comunicación, moral y liderazgo), en la recuperación de la salud mental y el bienestar psicológico, en la actuación en situaciones de crisis y emergencia, y en la colaboración con otras funciones militares.

El apoyo sanitario en ZO se organiza mediante recursos distribuidos de modo escalonado y progresivo, unido al despliegue logístico. Se articulan hasta cuatro escalones sanitarios o formaciones sanitarias de tratamiento (FST). «La capacidad o nivel asistencial que proporciona una FST se define como ROLE [...], las capacidades de las FST inferiores están comprendidas en las capacidades de las FST de mayor entidad»:

- ROLE 1 o primer escalón: tiene capacidad de triaje, atención primaria y de medicina de urgencias y emergencias, incluido SVA. Permite la estabilización y puesta en estado de evacuación de la baja. Puede incluir atención psicológica clínica.
- ROLE 2 o segundo escalón: aporta capacidad quirúrgica. Puede ser básico, reforzado o avanzado. Incluye psicología clínica.
- ROLE 3 o tercer escalón: incluye las capacidades del ROLE 2 reforzado más cirugía especializada y otras especialidades médicas y asistencia dental.
- ROLE 4 o cuarto escalón: a nivel estratégico. Normalmente en TN y formado por la red sanitaria militar y el servicio nacional de salud.

Las actuaciones del apoyo psicológico se dividen según el momento temporal:

- Previo al despliegue: asesoramiento al mando, selección del personal, proceso de adaptación del contingente y asistencia clínica.
- Durante el despliegue: asesoramiento al mando, colaboraciones con otras secciones/unidades, relaciones con población civil, realización de estudios, evaluación, tratamiento y seguimiento de problemas psicológicos, actividades preventivas (estrés, calidad de vida, estado de moral, prevención de accidentes, relaciones personales).
- Después del despliegue: evaluación de secuelas, intervención en casos concretos, investigación.

5. Niveles atencionales respecto de la salud psicológica

El artículo 6 (reglas del comportamiento del militar) de la Ley Orgánica 9/2011, sobre derechos y deberes de los miembros de las Fuerzas Armadas, decimoquinta, establece que «se preparará para alcanzar el más alto nivel de competencia profesional, especialmente en los ámbitos operativo, técnico y de gestión de recursos, y para desarrollar la capacidad de adaptarse a diferentes misiones y escenarios».

De la lectura de dicho artículo se desprende la obligación de todo militar de mantenerse en las mejores condiciones posibles para desarrollar su misión. Con una visión global, podemos ampliar esta obligación a los niveles de salud, tanto física como mental. Al igual que resulta imprescindible para todo militar preocuparse personalmente acerca de la mejora y mantenimiento de su salud física, mediante una adecuada práctica deportiva y unos hábitos de vida saludables para la prevención de enfermedades y accidentes, podemos señalar también el mismo nivel de preocupación acerca del bienestar psicológico necesario para afrontar con éxito las demandas de la misión.

«Cada militar es el principal responsable de su propia salud psicológica aunque la organización militar tiene que proporcionar las condiciones que favorezcan que el personal esté bien preparado. Para los sujetos, esto puede significar

mantener unas buenas condiciones físicas, usar técnicas de afrontamiento adaptativas y favorecer el apoyo social eficaz en su Unidad» (RTO-TR-HFM-081, 2008).

Por tanto, el primero y principal responsable del bienestar psicológico es el propio sujeto y, consecuentemente, el primer eslabón de la cadena asistencial respecto a la salud psicológica es el propio soldado. Para ello, debe conocer cuáles son sus fortalezas y debilidades, así como las técnicas adecuadas para preservar su resistencia mental, y poner en práctica las medidas higiénico-preventivas adecuadas a tal fin.

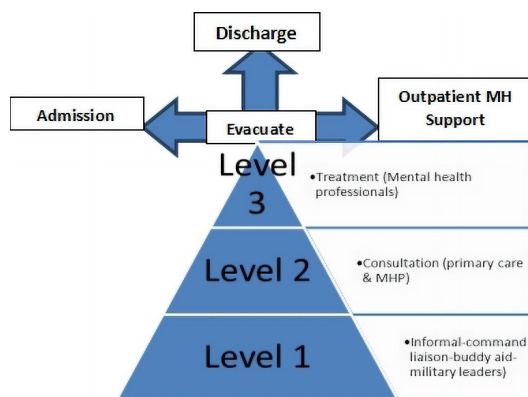


Gráfico 2. Niveles atencionales. Elaboración propia a partir de NATO STANDARD AMedP-8.6

El segundo nivel de atención en salud mental proviene del grupo de iguales (*buddy support*). Los miembros de la unidad militar han de cuidar unos de otros, desde los iguales hasta el mando directo (cadena orgánica). El apoyo entre iguales actúa de un modo informal en los niveles tanto preventivos como correctivos, ya que disponen de una posición privilegiada en la detección precoz de cualquier sintomatología. Este tipo de apoyo es único, eficaz e insustituible, ya que el grupo comparte experiencias, valores y creencias, conformándose como los primeros auxilios psicológicos. Se basa en el compañerismo y la cohesión de la unidad.

A nivel de mandos orgánicos, su labor comienza en la prevención, antes del despliegue y se materializa en la preparación y el entrenamiento: realista y coherente con las realidades del despliegue y del combate. En el plano formal, el mando dispone de la capacidad de evaluar los niveles de salud y bienestar, mediante los instrumentos técnicos dispuestos para ello (reconocimientos psicofísicos basados en test y entrevistas). En función de los resultados decidirá qué medidas tomar.

No hay que olvidar que el mando militar es el primer interesado en promover la salud y el bienestar de su personal. Del mismo modo, el mando actuará favoreciendo un adecuado flujo de información, tanto ascendente como descendente a fin de evitar la incertidumbre y la frustración. Por último, mediante el ejemplo, la justicia y la cohesión de la unidad, el mando militar conseguirá un óptimo nivel de moral y satisfacción.

Las actuaciones del mando militar se concretan en los siguientes aspectos a potenciar:

- Uso de la escucha activa. Escuchar las preocupaciones de su personal, especialmente a nivel emocional (empatía). Mostrar interés por estos temas, indagando, formulando las preguntas adecuadas y mostrando una actitud comprensiva y de apoyo.
- Compaginar rutinas con tiempo libre y de ocio. Las rutinas proporcionan el marco adecuado para recuperar la normalidad, especialmente después de algún incidente crítico. El tiempo de ocio posee una gran relevancia, a fin de rebajar las tensiones del despliegue y favorecer las relaciones informales entre el personal.

Resulta muy conveniente tomar conciencia y respetar los aspectos preventivos básicos o higiénicos (sueño, alimentación, deporte, ocio).

- Reducir el estigma. En el capítulo correspondiente, hemos tratado en profundidad el tema del estigma social frente a la atención psicológica. Tan solo insistir en lo adecuado que resulta crear un clima de confianza y confidencialidad respecto a determinados temas. Igualmente, el mando debe mostrar una actitud positiva ante la demanda de ayuda de tipo emocional, en ningún caso considerarla un síntoma de debilidad. Por último, propiciar los cauces adecuados para obtener asesoramiento psicológico especializado, si fuera preciso.
- Ante circunstancias excepcionales (incidentes críticos), como pudiera ser verse inmerso en situaciones de combate, bajas, heridos, accidentes, atentados, etc., resulta conveniente que el mando mantenga charlas informales *a posteriori*, cuando las circunstancias lo permitan, a fin de que el grupo implicado ponga en común la experiencia, las actuaciones, los pensamientos y las emociones que se han producido durante y después de las mismas. El uso de la técnica de ventilación emocional o *debriefing* puede resultar muy útil a fin de reducir la tensión y volver a la normalidad.
- El mando debe ser consciente que nadie es inmune a las dificultades y a los estresores propios de la vida militar y los despliegues en particular, de modo que conviene aplicarse a uno mismo iguales medidas, preventivas y asistenciales, que a cualquier subordinado.

Los dos primeros niveles descritos (autoayuda y ayuda de los compañeros) son los más utilizados y frecuentes y serán suficientes en la mayor parte de las ocasiones ante sucesos potencialmente traumáticos.

El tercer nivel de atención psicológica en los despliegues consiste en la atención especializada por parte de los servicios de salud mental (psicólogos, psiquiatras, personal sanitario). Cuando sea necesario, por la gravedad, intensidad o duración de los síntomas desadaptativos observados, el mando debe remitir al sujeto a los servicios correspondientes o bien puede producirse a petición propia del interesado. En los despliegues de nivel agrupación se cuenta con un oficial psicólogo a tal efecto, además de los servicios sanitarios del ROLE correspondiente.

El cuarto y último nivel de atención consiste en los servicios especializados de la red sanitaria, materializados bien en un ROLE 3, bien en la red nacional mediante la repatriación correspondiente.

En resumen, la atención psicológica en los despliegues se ha de articular en cuatro niveles progresivos, tanto desde el punto de vista preventivo como asistencial, atendiendo a la gravedad que revista el caso:

- Responsabilidad individual de cada soldado para mantenerse en las mejores condiciones psicofísicas posibles para el cumplimiento de la misión.
- Soporte entre iguales (compañeros) y cadena orgánica de mando directo, a nivel compañía y sección.
- Servicio de psicología desplegado en la ZO.
- Servicios de salud mental de la red asistencial.

6. Cadena asistencial psicológica en caso de heridos o fallecidos

En el caso de la atención a las víctimas o familiares de heridos o fallecidos en acto de servicio, dentro o fuera del territorio nacional, la exigencia es máxima. El facultativo

debe enfrentarse al peor de los escenarios posibles y responder de la forma más eficaz, además de mostrar altura moral y humana en representación del ministerio al que sirve y de la especialidad a la que representa.

En el caso de heridos o fallecidos en acto de servicio se generan diferentes unidades, células y equipos para dar asistencia y respuesta al suceso²:

- Unidad de Apoyo a heridos y familiares de fallecidos y heridos, tanto a nivel del Ministerio, Dirección General de Personal (DIGENPER), como a nivel Ejército dependiente de los Mandos de Personal (MAPER).
- Célula de seguimiento de apoyo de las direcciones de asistencia al personal de los MAPER correspondientes.
- Célula de seguimiento sanitario de las Direcciones de Sanidad (DISAN) de los MAPER correspondientes.
- Equipo de Apoyo Cercano a las Familias y Heridos (EACFH). Se constituye en cada unidad (UCO) de destino del personal, antes del despliegue a ZO. El jefe del contingente, antes de trasladarse a ZO, debe remitir las fichas de datos personales de todo el personal a estos equipos, en las que figurarán tres personas de contacto. Los equipos permanecen constituidos durante todo el tiempo de despliegue en ZO. Antes del despliegue, cada UCO de destino designará la persona responsable de comunicar el suceso a las familias.

El responsable de dicha comunicación es el jefe de la unidad de destino. El Centro de Situación del Ejército (CESET) coordina las actuaciones correspondientes del resto de implicados. Si el suceso se produce en ZO, la unidad generadora forma su equipo de apoyo como ya se ha descrito, responsable de proporcionar información, apoyo logístico y de tramitar las peticiones de las familias. Este equipo se forma con un jefe (oficial designado), y profesionales de sanidad (médico, psicólogo, enfermero), así como la asistencia religiosa, si procede. El apoyo se prolongará tras el sepelio, el tiempo que sea necesario.

6.1. Apoyo al personal en operaciones y sus familias

El psicólogo deberá tener en cuenta la situación en que se encuentre el personal para poder realizar el apoyo de la forma más efectiva. Diferenciamos tres fases: antes, durante y después del despliegue. El individuo atravesará diferentes estados dependiendo de la etapa que afronte, y el servicio de psicología deberá aportar diferentes tipos de apoyo dependiendo de la fase de la misión en que se encuentre. Asimismo se realizarán las acciones precisas para dar las medidas de apoyo familiar necesarias.

Previamente, el psicólogo impartirá conferencias informativas sobre las etapas que se atravesarán durante la misión, cómo afrontar la separación, cómo reestablecer la convivencia normal al regreso, o cómo explicar a los menores la nueva situación. Se realizarán talleres prácticos, más concretos, de afrontamiento del estrés del combatiente, seguridad en la conducción, moral de unidad, medidas preventivas o liderazgo.

Igualmente, dar cumplimiento a los obligados reconocimientos, pre y postmisión, que establece la normativa. Básicamente, suponen la aplicación, normalmente masiva, de un cuestionario de adaptación (o equivalente). En caso de resultar significativo en algún factor evaluado se recomienda la revisión del sujeto por parte del servicio sanitario de referencia (base, unidad u hospital).

² Instrucción Técnica 02/2023, de 29 de marzo, de la Inspección General de Sanidad de la Defensa, por la que se aprueba el protocolo de apoyo psicológico a heridos y familiares de fallecidos y heridos en acto de servicio.

Durante el despliegue, el psicólogo desarrolla su labor de asesoramiento al mando desde una perspectiva tanto laboral (adecuación al puesto de trabajo y cohesión grupal), como clínica. La cadena asistencial del servicio de psicología comprende normalmente al psicólogo desplazado a ZO y al hospital de referencia (ROLE 4) para las consultas telemáticas de casos individuales (telemedicina) así como las posibles evacuaciones a que den lugar.

Existen dos modalidades de despliegue del oficial psicólogo en ZO: «como especialista clínico sanitario, normalmente encuadrado en una FST, y como psicólogo generalista y asesor del comandante, encuadrado en el equipo de apoyo al mando (EAM)» (PDC-4.10). Por tanto, tiene funciones asistenciales y clínicas, en tanto en cuanto despliegue como parte del ROLE 2, o bien como parte del EAM en calidad de asesor en materia de psicología y factores humanos. Si bien, dentro del ámbito clínico, el oficial psicólogo del EAM también puede realizar evaluaciones específicas o prestar apoyo psicológico en casos leves.

En el después del despliegue se realizan acciones de tipo preventivo psicológico mediante conferencias informativas y talleres de preparación para el regreso (vuelta a la normalidad). Igualmente, se precisa de una adaptación al territorio nacional, a la rutina habitual y a las familias. Además se debe realizar una evaluación del personal al objeto de una detección precoz de posibles problemas derivados del despliegue (riesgos psicosociales), antes de que su gravedad aumente. Fruto de esta evaluación se proporcionará un seguimiento por grupos diferenciados. Respecto a las familias, cabe señalar la puesta a disposición de la atención psicológica correspondiente, a demanda, a fin de normalizar el regreso.

En el caso de cadenas asistenciales en territorio nacional (TN), sí se dispone de una estructura más amplia de referencia. Normalmente, el psicólogo de unidad (escalón básico) depende de un centro de psicología o núcleo de referencia (escalón intermedio) y este, a su vez, de la DISAN (tercer escalón) correspondiente.

Los hospitales militares constituyen el cuarto escalón a nivel ministerial. Esta descripción orgánica de la especialidad de psicología aporta un recurso asistencial amplio para las muchas funciones a desarrollar por los oficiales psicólogos.

Referencias bibliográficas

Instrucción General 01/05 EME. Plan de apoyo al personal en operaciones fuera del territorio nacional. Marzo 2005.

Instrucción Técnica 11/19 (actualización dic 2019) de MAPER, sobre apoyos del sistema de personal en caso de fallecimiento o herido, sea o no en acto de servicio.

Instrucción Técnica 12/23 (MAPER) Apoyo sanitario en permanencia en el ET.

Instrucción Técnica 02/2023, de 29 de marzo, de IGESANDEF, por la que se aprueba el protocolo de apoyo psicológico a heridos y familiares de fallecidos y heridos en acto de servicio.

Instrucción Técnica 06 de IGESANDEF (Inspección General de Sanidad) de 15 de julio de 2011, sobre requisitos sanitarios del personal que se desplaza a Zona de Operaciones (ZO).

Instrucción Técnica 05/17 de MAPER, sobre plan de apoyo al personal en operaciones fuera del territorio nacional.

Ley Orgánica 9/2011, sobre Derechos y deberes de los miembros de las Fuerzas Armadas.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales. *BOE*, n.º 269, de 10 de noviembre.

Manual de Medicina Preventiva en Operaciones (2007). Instituto de Medicina Preventiva de la Defensa.

NATO STANDARD AMedP-8.6. *Forward mental healthcare*. Edition A, Versión 1.

Norma Técnica 04/04 MAPER. Marzo 2004.

Norma General 04/21. EME. Redacción y tramitación de parte de novedades.

Orden Ministerial 66/09. Protocolo sobre acciones de apoyo a heridos y familiares de fallecidos y heridos en operaciones fuera de territorio nacional.

PDC-4.10. Doctrina Sanitaria Conjunta. EMAD

Publicación Doctrinal de MADOC (PD4-616), sobre *Sanidad en Operaciones*.

Real Decreto 1932/1998, de 11 de septiembre, de adaptación de los Capítulos III y V de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, al ámbito de los centros y establecimientos militares.

Real Decreto 944/2001, sobre aptitud psicofísica del personal de las FAS.

RTO-TR-HFM-081, 2008. *Apoyo psicológico a través del ciclo de la misión*.

Capítulo 5

Expectativas y realidades

Teniente coronel Daniel Donoso Rodríguez

«Tanto si crees que puedes como si no, estás en lo cierto, todo depende de lo que tú creas». Henry Ford

1. Introducción

Los avances tecnológicos y científicos en la sociedad marcan nuestra época, a lo que no pueden ser indiferentes los ejércitos modernos. Sin embargo, según ciertas tendencias o escuelas de pensamiento, existe una especial relevancia en el papel que desempeña la motivación de los soldados y la misma naturaleza de la profesión militar (Moskos y Burk, 1998), especialmente relevante en las llamadas operaciones de paz y su esencial *compromiso humanitario*, en contraposición al papel tradicional como combatiente.

Dicho papel tradicional se puede resumir en que el objetivo del soldado es matar al enemigo, siendo incluso deseable que el soldado sea un buen asesino. La eficacia de ese objetivo se ha visto incrementada por la formación de ejércitos profesionales (no forzosos), en los que existe un sentimiento de pertenencia mayor y una profesionalización. Su adiestramiento se basa en el condicionamiento y la desensibilización (por ejemplo, la técnica del tiro rápido) haciendo del enemigo algo deshumanizado. En la batalla de Gettysburg (1863), el 90 % de los fusiles recuperados al finalizar permanecían cargados (escasa intención de matar), frente al 55 % de tasa de disparo en la Guerra de Corea (1951) y el 90-95 % en la de Vietnam (1975) (Tripodi, 2002).

Con la aparición, en la década de los noventa, de las misiones de paz, el principal problema que nos encontramos reside en cómo transformar soldados entrenados para matar, en *soldados humanitarios* (uso limitado de la fuerza). Se aprecian las operaciones de paz «con algún grado de disensión entre las propias expectativas relacionadas con su entrenamiento combatiente y las exigencias que se les hace como mantenedores de la paz» (Litz *et al.*, 1997).

Una de las cualidades más relevantes requeridas en una operación de paz es la empatía, que no se consigue mediante el entrenamiento para el combate (Greenberg, 1996), sino mediante la sensibilización y el contacto habitual con la población de la zona. Otras cualidades son la paciencia, el autocontrol o la flexibilidad (Harbottle, 1995).

Parece, por tanto, que las misiones de paz se alejan de las de combate propiamente dicho, asumiendo objetivos distintos y precisando de personal formado y motivado en diferente sentido. Los soldados con una fuerte vocación de mantenimiento de la paz y menor espíritu guerrero están más motivados y sufren menor impacto psicológico adverso (Britt *et al.*, 2000).

Las misiones encomendadas a las FAS de un Estado se encuentran recogidas en su normativa y legislación. En el caso de nuestro país, la Constitución marca, en su artículo 8.1, la de garantizar la soberanía e independencia, defender la integridad territorial y el ordenamiento constitucional. En su artículo 103.1 se establece que las FAS

son el depositario de la fuerza y deben estar preparadas y capacitadas para usarla adecuadamente.

La realidad actual de las FAS viene caracterizada por la proyección internacional de España, materializada mediante la actuación en el exterior como observadores, fuerzas de interposición, de mantenimiento de la paz o de ayuda humanitaria, tal y como se recoge en la exposición de motivos de la Ley Orgánica 5/2005 de la Defensa Nacional. Su objetivo reside en preservar la paz y seguridad internacional, dentro de los compromisos contraídos por nuestro país. En el artículo 4 de la mencionada Ley, se fija en el Congreso de los Diputados la potestad de autorizar la participación en misiones fuera del TN. Corresponde al Estado Mayor de la Defensa (EMAD) la dirección estratégica de las operaciones militares (art. 12). En su artículo 16 (tipos de operaciones), incluye las desarrolladas en el exterior («acciones de prevención de conflictos o disuasión, de mantenimiento de la paz, actuaciones en situaciones de crisis y, en su caso, de respuesta a la agresión»). En relación con las condiciones para la participación en misiones en el exterior (Capítulo II, art. 19), se establece la previa solicitud del Estado afectado o bien de la organización internacional correspondiente (ONU, OTAN, UE), que sea conforme a los principios de derecho internacional y que cumpla con los fines defensivos, humanitarios, de estabilización o de mantenimiento y preservación de la paz.

La Ley 39/2007 de la Carrera Militar, establece en su artículo 4 (reglas de comportamiento del militar), duodécima, que:

«el que ejerza mando reafirmará su liderazgo, procurando conseguir el apoyo y cooperación de sus subordinados por el prestigio adquirido con su ejemplo, preparación y capacidad de decisión». En su disposición adicional quinta, de la Sanidad militar, establece que debe «prestar las asistencia sanitaria a los contingentes militares españoles destacados en misiones internacionales [...]».

El Real Decreto 96/2009 por el que se aprueban las Reales Ordenanzas para las Fuerzas Armadas (RR. OO.), en su artículo 3, dice que el primer deber del militar es su disposición permanente para defender a España, incluso con la entrega de la vida, cuando fuera necesario. Las RR. OO. conforman un código deontológico de comportamiento del militar, síntesis de los principios éticos y normas de comportamiento que han de regir su conducta. El artículo 1 indica que debe servir de guía a todos los militares, para fomentar y exigir el exacto cumplimiento del deber, inspirado en el amor a España y en el honor, la disciplina y el valor. El artículo 10 señala que se comportará con lealtad y compañerismo. El artículo 17 dice que las virtudes militares son el valor, la disciplina, la prontitud en la obediencia y la exactitud en el servicio. En su artículo 40 (cuidado de la salud) establece que «prestará especial atención y cuidado a todos los aspectos que afecten a la salud y a la prevención de conductas que atenten contra ella». El artículo 58 (capacidad para el combate) dice que «el mando será consciente de que la capacidad para el combate depende, en gran medida, de la moral de victoria, de la motivación y de la eficacia de la instrucción y adiestramiento». En otros artículos se dice que el mando militar motivará a sus subordinados, fomentará el espíritu de equipo, velará por la convivencia y se preocupará por la prevención de los riesgos. En el Título IV (de las operaciones), se afirma que la moral de victoria, el valor, la acometividad, la serenidad y el espíritu de lucha son cualidades que todo combatiente debe poseer.

Por su parte, la Ley Orgánica 9/2011 de derechos y deberes de los miembros de las FAS, en su artículo 6 (reglas de comportamiento del militar), cuarta, dice que «estará preparado para afrontar con valor, abnegación y espíritu de servicio, situaciones de combate, cualesquiera que fueran las misiones de las Fuerzas Armadas y los escenarios de crisis, conflictos o guerra en los que desempeñe sus cometidos y ejerza sus funciones»; y sexta, donde dice

«en el empleo legítimo de la fuerza, hará un uso gradual y proporcionado de la misma, de acuerdo con las reglas de enfrentamiento establecidas para las operaciones en las que participe». En el artículo 22 se dice que «los militares estarán en disponibilidad permanente para el servicio». En el artículo 54 y respecto a las funciones del Observatorio de la vida militar, fija que debe «analizar los problemas que en el entorno familiar de los afectados se producen como consecuencia de su disponibilidad, movilidad geográfica y de su específico ejercicio profesional que conlleva la participación en operaciones en el exterior».

Tras este breve y secuencial repaso por la normativa militar más relevante, podemos hacernos una idea de lo que se espera del militar, especialmente, en situaciones de despliegue en misiones internacionales, así como de los valores éticos que se esperan de los militares.

Las características específicas de la función militar implican un nivel de servidumbre como pocas profesiones lo hacen, siendo la más extrema la posibilidad de perder la vida en el ejercicio de la misma, además de una limitación sustancial en cuanto al ejercicio de sus derechos y libertades. Las Fuerzas Armadas profesionales, normalmente, son de pequeño tamaño, con una alta preparación y logísticamente capacitadas para rápidos despliegues. Sin embargo, podría parecer que el entrenamiento para el combate no fuera el más adecuado para misiones de mantenimiento de la paz (Tripodi, 2002).

Tras la caída del muro de Berlín, las nuevas amenazas para la seguridad internacional están relacionadas con fenómenos como el terrorismo, los tráficoos ilegales (de personas, armas o drogas), el medioambiente, las armas de destrucción masiva, la globalización, los radicalismos étnicos o religiosos, el crimen organizado o las enfermedades (Guzmán, 2013). En un estado moderno, las Fuerzas Armadas deben cumplir tres funciones esenciales: expresión de los intereses de la sociedad en materia de seguridad y defensa, asesoramiento en estos temas y ejecución de las misiones que le asigne el poder político (Huntington, 1956). La propia estructura internacional obliga a los estados a dotarse de un ejército, aunque sea a nivel básico (Waltz, 2007).

2. Expectativas

Las expectativas conforman una de las cuatro variables dentro de la teoría motivacional de Rotter (1975), con las que se pretende predecir la conducta de las personas. Se refiere a la anticipación subjetiva del individuo acerca del resultado de su conducta. Se basa en la experiencia y los patrones previos. Como decimos, se trata de una experiencia subjetiva en gran medida, basada en la memoria selectiva de las personas, sobre la que influyen prejuicios, intereses, creencias, valores y esquemas mentales (Sheffrin, 1985).

Las expectativas poseen una dimensión temporal importante, de modo que podemos entenderlas como la previsión personal de lo que va a ocurrir en el futuro, con una base tanto emocional como racional. Futuro en el que se plasman, tanto esperanzas, temores y deseos, como previsiones y estimaciones realistas (Castro, 2008).

La falta de predictibilidad en los planos temporales del trabajo conduce a demorar o a no tomar decisiones biográficas importantes, provocando un cierto grado de incertidumbre personal (Golsh, 2003). Normalmente, este fenómeno no se produce en los ejércitos, donde el funcionariado o los compromisos de larga duración son más la norma que la excepción, destacando por su estabilidad y autonomía temporal (Callejo, 2007).

Podemos afirmar que las FAS y la familia son dos *instituciones voraces*, que demandan gran cantidad de atención y tiempo (Bourg y Weschler, 1999), dependiendo ambas

del compromiso de sus miembros. Diferenciamos tres tipos de conflicto entre ellas (Hernández, 2008): de tiempo (horarios, disponibilidad); de tensión (apoyos, participación en misiones); y de comportamiento (un rol influye en el otro). La motivación de los soldados en los despliegues afecta al bienestar familiar. Aunque cada vez en menor medida, se sigue apreciando que, en general, los varones tienden a anteponer los intereses profesionales y las mujeres los familiares. Características tales como la movilidad geográfica (cambios de destino) o la total disponibilidad (maniobras o misiones) hacen que se vea afectada la trayectoria profesional de los militares, especialmente cuando existen responsabilidades familiares.

En general, no sería posible la vida social sin marcos temporales previsibles y estandarizados, como por ejemplo, los laborales (Zerubavel, 1997). A fin de compatibilizar la vida familiar y laboral, tenemos dos opciones: externalizar tareas domésticas (cuidado de hijos y labores), o bien turnar a los miembros de la familia, donde la peor parte la suelen soportar las mujeres (Garrido, 2000). Sea como fuere, parece obvio que nuestras expectativas laborales están mediatizadas por el tiempo laboral y la posible compatibilidad con el tiempo personal o familiar.

Desde los años setenta y en el mundo empresarial civil, se ha venido produciendo una tendencia evidente a la flexibilización, tanto de los tiempos de trabajo como de los lugares donde este se desarrolla (deslocalización y globalización) en aras de abaratar los costes de producción. A este fenómeno no es ajena la milicia, sin embargo, recordemos que una de sus características esenciales es la total disponibilidad temporal de sus miembros, que no debe confundirse con tiempo de trabajo efectivo. Este incremento constante y generalizado de la temporalidad en las relaciones laborales no aparece del mismo modo en los ejércitos.

Las expectativas de los sujetos en las organizaciones a las que pertenecen se cimantan, fundamentalmente, en los valores o el ideario de las mismas, que sirven de aglutinante y referente para sus miembros.

Podemos entender el concepto de «valor», en su acepción ética, como «la cualidad que poseen algunas realidades, consideradas bienes, por lo cual son estimables» (RAE). Los valores pueden ser éticos, estéticos, económicos, políticos o sociales; superiores e inferiores; positivos o negativos. Se relacionan con la elección de las opciones más deseables, en función de la concepción del mundo que se posea (López Franco y García Corona, 1994).

Aunque resulta habitual encontrar, en la sociedad actual, valores de tipo narcisista, como el hedonismo y el individualismo (Lipovetsky, 2003), también es cierto que poseemos un sentimiento de identidad y pertenencia a los diferentes grupos o entidades que nos aglutinan: pertenencia a una raza, una lengua, una religión o una determinada clase (Maalouf, 2004). Estos sentimientos identitarios posibilitan la creación de los *otros*, aquellos que no pertenecen a ese grupo y que, fácilmente, podrían calificarse como *el otro* o el enemigo.

Los valores tradicionales de las FAS, derivados de su principal misión de defender al Estado frente a agresiones externas (noción de patria), se materializaban en principios morales, como la disciplina, el valor, el espíritu de cuerpo, la lealtad y el compañerismo. Podemos afirmar que existe un fuerte sentido de pertenencia dentro de las FAS y un marcado simbolismo asociado. Las organizaciones militares resultan únicas, al ser depositarias del monopolio legítimo del uso de la violencia y, por ello, también resulta única la *cultura militar*, que posee un «sistema distintivo de valores, creencias, actitudes y normas que caracterizan la idiosincrasia militar» (Gutiérrez, 2002).

La transmisión de los valores militares utiliza una doble vía: por un lado, la propia unidad militar con su propio simbolismo y código de conducta, que acoge y educa a los nuevos miembros; por otro lado, la formación o enseñanza militar. En España, la primera escuela de artillería data de 1559 (Burgos). A finales del siglo XIX se crea la primera academia general militar en Toledo, en la que se prima la capacidad del alumno, la formación física, técnica y moral, así como el papel ejemplificador del mando (Sampedro, 2012). En la segunda época de esta academia, las virtudes que se potencian son el compañerismo, el espíritu militar, el temple y la dignidad. En la actualidad se asume que los planes de estudio en los centros militares deben ir más allá de los contenidos teóricos, citando expresamente la transmisión de valores (Orden 1158/2010 sobre Directrices Generales de los Planes de Estudio de la Formación General Militar).

Las actuales misiones de paz (o de no guerra) pueden implicar un ideario propio y quizá diferente, en relación con los valores o principios éticos más relevantes en los ejércitos (mentalidad del *peacekeeper*), aunque estas misiones aparezcan como subsidiarias, siendo la principal la de defender la soberanía o la patria. En el patriotismo tienen su origen todas las virtudes castrenses (Valenzuela, 2009). De todos modos, parece que un soldado que ha sido entrenado para la guerra debe ahora evitarla, «debe ser capaz de interoperar en un área de conflicto [...], guiado por un profundo entendimiento de los principios de la ONU [...], demostrando características de personalidad tales como tolerancia, flexibilidad, actitud positiva, autonomía e iniciativa, tacto, paciencia y diplomacia» (Campos, 2006).

Estudios realizados acerca de los valores predominantes en ejércitos de otros países (Malamud, 2013) reflejan que, por ejemplo, en EE.UU., serían por orden de importancia: lealtad, deber, respeto, servicio, honor, integridad y coraje. En Gran Bretaña, nos encontramos con el compromiso, coraje, disciplina, integridad, lealtad y respeto. En Malasia: creencia religiosa, disciplina, lealtad, sacrificio, espíritu de cuerpo, integridad y coraje.

Para el mando militar, resulta de vital importancia ajustar la posible distancia existente entre las expectativas de su personal y la realidad, ya que se pueden producir fallos en el desempeño y la disciplina. Estos fallos en un entorno operacional pueden llegar a ser fatales. Cuando un individuo ingresa en la milicia lo hace con unas ideas preconcebidas, fruto de su propia experiencia y conocimiento, o de la de otros (amigos, familiares), a veces mezclados con mitos sociales (cine, héroes). Consideramos tres tipos de expectativas (tabla 2): las que posee la sociedad acerca de la milicia, las que posee el individuo (soldado) sobre la milicia y las que posee la institución (milicia) sobre sus soldados (RTO, 2008).

Expectativas mantenidas por:		
la sociedad	los militares	la institución militar
Protección Sacrificio Conducta ejemplar	Dinero y seguridad financiera Aventura y viajes Ser parte de una comunidad de élite Liderazgo Protección en el supuesto de heridos en la línea de trabajo Reconocimiento del servicio	Disciplina y obediencia Disponibilidad absoluta Salud y resistencia Habilidades especializadas

Tabla 2. Expectativas en el entorno militar. Fuente: elaboración propia de RTO

Algunas de esas expectativas son conocidas, incluso aparecen rubricadas en los contratos de las partes (fórmula de juramento a la bandera), pero otras son implícitas, desconocidas o, simplemente, inesperadas. Por ejemplo: la posibilidad de aburrimiento durante la misión, la posible decepción por parte de los mandos, la posible hostilidad de la población local, la soledad del mando o la posible ruptura conyugal debido a frecuentes

despliegues. Frente a estas posibles decepciones, los sujetos pueden afrontarlas de diferentes maneras:

- De modo adaptativo. Mediante la conformidad (aceptar la situación), poniendo en perspectiva la situación, o bien, en negativo con un pesimismo callado, que afecta a la moral de la unidad, a medio y largo plazo. O mediante la petición de cambios, que van desde el enfrentamiento con el mando, hasta la sugerencia.
- De modo no adaptativo. Mediante la insubordinación (conductas pasivas o agresivas) y el sabotaje. También por abandono de la milicia (desde la petición de baja hasta la desertión).

Otro factor a tener presente al hablar de las expectativas, son las motivaciones en una organización profesional. A este respecto, encontramos como motivos principales, por ejemplo, entre los soldados italianos, a la hora de participar en misiones internacionales (Albania y Somalia): compromiso, adquirir nuevos conocimientos y emplearlos, dinero, imagen exterior del país, huir de la rutina y tener experiencias vitales. Entre los soldados lituanos (Bosnia y Kosovo): nuevos conocimientos, dinero y expectativas de mejora profesional (Juvan y Vuga, 2011). En ambos casos, existe una diferencia notable entre los soldados que despliegan por vez primera (70 % de valoraciones positivas) frente a los que repiten despliegues, que muestran actitudes negativas en mayor medida.

En el caso español, encontramos que, en general, existe una buena disposición a repetir despliegue en otras misiones internacionales, con un elevado sentimiento de orgullo de pertenencia a la unidad, así como una gran implicación personal con el grupo. Se considera que es una buena oportunidad profesional y que se cuenta con suficiente apoyo familiar (no tanto en lo social). El motivo económico no es considerado importante; a este respecto, hemos apreciado una disminución en la valoración de este factor a lo largo del tiempo.

3. Realidades

Como resulta obvio, la realidad de un ejército está en función de su momento y circunstancias dadas ante cada situación a la que debe hacer frente. Dentro del marco general de las funciones y cometidos asignados, conviene adaptarse a cada situación concreta. Sin embargo, podemos señalar a modo de generalidad, una primera distinción entre las distintas misiones en el exterior que desempeñan las FAS en la actualidad:

- Misiones de mantenimiento de la paz. Aquellas en las que la participación militar sigue a la estabilización de la situación de conflicto armado en la zona, procurando proporcionar un marco de seguridad necesario para el desarrollo de las estructuras del país, así como su normal funcionamiento. Este tipo de misiones se caracterizan por no conllevar el habitual el uso de la fuerza, dentro de las normas de enfrentamiento dadas, de modo que las acciones militares pasan a un segundo plano y otras, como las de reconstrucción, cooperación y seguridad, ocupan un papel predominante. De este tipo podemos señalar la última etapa de la intervención española en Bosnia y Herzegovina o la actual misión en Líbano.
- Misiones de imposición de la paz. Aquellas en las que la situación de conflicto armado sigue presente, de modo que las acciones militares sobre el terreno ocupan un papel prioritario. El objetivo de las fuerzas de interposición reside principalmente en asegurar la zona y reducir o acabar con las hostilidades entre las partes. Siempre sujetas a las normas de enfrentamiento dadas, las fuerzas internacionales suelen verse inmersas en acciones hostiles (atentados, ataques,

combates) por parte de una o varias facciones implicadas. De este tipo podemos señalar la participación española en Irak o en Afganistán.

En consecuencia de lo expresado anteriormente, los tipos de misiones que se desempeñan en los despliegues resultan sustancialmente diferentes, debiendo poner el acento en algunos aspectos o en otros. Por tanto, desde un punto de vista de la preparación psicológica, así como de los efectos negativos sobre la salud que pudieran derivarse, es ineludible tener presente esta diferenciación.

En relación con la duración del despliegue, los datos apuntan a que a mayor duración mayor probabilidad de sufrir problemas de tipo psicológico, así como mayor impacto sobre la vida familiar. Del mismo modo, a mayor frecuencia de despliegues, mayores problemas. Actualmente, España despliega por un periodo en torno a los seis meses de duración, intervalo similar a los países de nuestro entorno (Bélgica, Francia, Italia, Holanda y Reino Unido). Respecto a la frecuencia de despliegues, nuestro país se sitúa en un intervalo de un despliegue cada dos años. Parece ser que lo realmente conflictivo resulta del desajuste entre lo previsto en cuanto a la duración de la misión (expectativas) y la realidad.

Con respecto a los problemas psicológicos que aparecen con mayor frecuencia, los clasificamos en dos grandes apartados, según su procedencia:

- De la vida cotidiana. Tienen un efecto acumulativo:
 - Añoranza de la familia/amigos
 - Falta de privacidad
 - Ausencia de confort (disconfort)
 - Posible aburrimiento.
- De las operaciones:
 - Posible exposición a sucesos traumáticos o estresantes
 - Manejo de masas incontroladas
 - Rechazo por parte de la población local
 - Muertos/heridos
 - Accidentes de tráfico
 - Artefactos explosivos.

El primero de estos bloques de problemas está más relacionado con el tipo de misiones de *mantenimiento de la paz*, y el segundo con el de *imposición de la paz*, descritos previamente. Según los datos acumulados de las atenciones psicológicas en zona de operaciones, cabe señalar:

- Que previamente al despliegue, todo el personal militar se somete a una evaluación psicológica (pruebas de papel y lápiz más entrevista, si procede). De los resultados acumulados obtenidos se desprende que un 1,6 % del personal evaluado ha sido propuesto para su sustitución, de acuerdo a los parámetros de dicha evaluación.
- Que se obtiene un promedio de un 5,17 % sobre el total de personal desplegado en zona de operaciones, que ha solicitado y obtenido consulta psicológica, de los cuales, tan solo un 0,15 % sobre el total ha sido repatriado por tal motivo.
- Entre los que han recibido atención psicológica, los motivos de consulta se refieren, principalmente, a las relaciones sociales y familiares (20 % de los casos), y a estrés y ansiedad (10 %).

Es decir, existe un porcentaje muy reducido de personal desplegado que requiere atención psicológica en ZO. De ese pequeño porcentaje, la tasa de repatriaciones por tal motivo es anecdótica (0,15 %). En general, se puede afirmar que los motivos para tales

consultas y, en su caso, repatriaciones son puntuales y obedecen a situaciones concretas de problemática familiar, recuperándose la persona una vez solucionada tal contingencia.

Volviendo a la distinción primera de este apartado, entre tipos de misiones en ZO (las que requieren de acciones armadas y las que no), cabe considerar que las consecuencias difieren en ambos casos sobre la salud psicológica de los militares. Retomamos, del mismo modo, la distinción entre estrés de combate y estrés de operaciones, correspondiendo cada caso a los tipos señalados respectivamente.

En el primero de los casos, estrés de combate debido a despliegues en zonas de operaciones en las que puede verse amenazada la integridad física de los militares, o en las que puede ser preciso el uso de la fuerza, cabe apuntar como realidades de estas misiones, las siguientes:

- El miedo es común en combate. Ante situaciones de alta demanda en las que se producen acciones armadas (ataques, emboscadas, atentados, explosiones, combates), es habitual que los implicados perciban miedo, tanto en sí mismos como en los compañeros. Lo importante no es tanto percibirlo, como que dicho miedo pudiera llegar a paralizar o interferir en el desempeño de la misión. Podemos decir que el miedo actúa en contacto con la realidad y como freno ante acciones irreflexivas o temerarias. Resulta frecuente que el miedo se sienta, no tanto en el momento decisivo del enfrentamiento, sino en su anticipación o *a posteriori*.
- Los soldados pueden resultar heridos. Fruto de las acciones señaladas previamente, existe la posibilidad de sufrir bajas. Dicha expectativa incide sobre el nivel de estrés y ansiedad. No se trata solamente de la posibilidad de sufrir heridas uno mismo, sino también la de que otros compañeros las padezcan, con el consiguiente impacto.
- Los sucesos difíciles afectan a todo el mundo, física y psicológicamente. Nadie es invulnerable a las circunstancias que rodean al combate. Si bien es cierto que existe una amplia variabilidad, tanto en la predisposición previa como en las circunstancias de cada acción, todo militar se ve afectado por las mismas, en mayor o menor medida. La afectación puede ser no solo física, sino también psicológica.
- Los soldados tendrán reparos a admitir un problema psicológico. Como se desarrolla en el tema dedicado al estigma, resulta patente que, a pesar de los esfuerzos del mando por reducirlo, sigue teniendo una importante relevancia. Todo soldado se muestra reacio a admitir una afectación psicológica, aunque la misma sea lógica y esperable, o aunque se produzca de un modo leve y recuperable.
- Los soldados percibirán errores en el liderazgo. En primer lugar, por la imposibilidad de alcanzar la perfección, por tanto, siempre habrá errores (leves o graves) en el ejercicio de mando. En segundo lugar, por la estrecha y continua convivencia en zona de operaciones, lo cual facilita la percepción de los errores. Por último, por encontrarse en situaciones extremas (eventos críticos), que pueden agravar las consecuencias de los mismos.
- Hay dificultades en las comunicaciones. Debido a la lejanía de las familias y del entorno social general del sujeto en zona de operaciones, surgen, con relativa frecuencia, problemas técnicos y humanos en la comunicación con los allegados. Del mismo modo, pueden surgir dificultades en la comunicación en zona de operaciones (entre el mando y sus subordinados) acrecentados por el nivel de estrés y urgencia, así como por las dificultades propias de las operaciones.
- Las misiones afectan a las familias. Sea del tipo que sea la familia (cónyuge, padres, hijos, parientes), esta se ve afectada por la ausencia prolongada de uno de sus miembros. Normalmente, el ausente deja un hueco que ha de ser rellenado por el que permanece, es decir, asunción de roles nuevos, a veces exigentes, a

veces rutinarios. Dichos roles reasignados deben ser recuperados al regreso del despliegue. Estos procesos conllevan su propia dinámica y tiempo.

- El entorno puede ser duro, exigente y con falta de comodidad. Normalmente, las zonas de despliegues, aunque se trate de bases estables y consolidadas, adolecen de medios, por lo que, actividades cotidianas, como la alimentación, el sueño o el ocio, pueden verse afectadas. Este efecto se acrecienta con la duración del despliegue.
- Puede verse afectada la moral de la unidad. A consecuencia de los otros factores o realidades mencionadas, el clima laboral o el nivel de moral de la unidad puede verse reducido. La literatura al respecto señala que la moral de las tropas es un factor decisivo para la consecución del éxito de la misión.
- Pueden plantearse dilemas éticos y morales. Debido a las acciones militares posibles, el personal puede verse afectado por cuestiones de legitimidad moral y ética. Es importante cómo se asuman y expliquen por el interesado las posibles bajas causadas al enemigo.

En el segundo de los casos, estrés de operaciones debido a despliegues en zonas en las que las acciones militares propiamente dichas no resultan previsibles ni frecuentes, es decir, donde la integridad física de los militares no se ve amenazada de un modo inminente, cabe apuntar como realidades las siguientes:

- La rutina en las actividades. Especialmente, una vez superado el ecuador de la misión, comienza a imponerse la rutina (aburrimiento) en las actividades a realizar, con el consiguiente riesgo, debido a la relajación progresiva (se baja la guardia), sobre todo, frente a posibles accidentes de tráfico y respecto a la observancia de la disciplina. «Todos los días son lunes».
- Búsqueda de emociones fuertes. Como resultado de lo anterior y de la formación previa de expectativas poco realistas, pueden aparecer comportamientos peligrosos, tanto para la propia integridad como para la de los demás, incluso para el cumplimiento de la misión.
- La estrecha convivencia con mandos, compañeros y subordinados. En zona de operaciones se convive veinticuatro horas al día, los siete días de la semana. Como consecuencia, pueden aparecer roces en la convivencia y falta de intimidad.
- Fenómeno de *gran hermano*. Como consecuencia de la estrecha y continua convivencia, de la falta de intimidad y del posible aburrimiento, se generan hábitos de relación social con los iguales, en los que se aumenta el nivel de crítica frente a las acciones, tanto del mando como de compañeros, tanto en aspectos profesionales como personales. Se puede elevar considerable y negativamente el nivel de rumores circulando por la base.
- Dificultades en las comunicaciones. Debido a la lejanía de las familias y del entorno social en general del sujeto en zona de operaciones, surgen con relativa frecuencia problemas técnicos y humanos en la comunicación con los allegados.
- Recientemente, debido a la mejora sustancial de las comunicaciones digitales (internet, vídeo conferencia, teléfono, mensajería instantánea y gratuita, etc.), puede producirse el fenómeno contrario: exceso de contacto (personal que conecta con su casa tres o cuatro horas diarias). El efecto puede ser negativo en cuanto a que surge la sensación de estar *presente* cuando en realidad se está a miles de kilómetros. También puede incidir sobre la consolidación del espíritu de equipo, de unidad o de grupo (camaradería, compañerismo), ya que reduce el tiempo de ocio (o de no trabajo) junto a los compañeros. En cualquier caso, sería interesante ahondar en el estudio de estas posibles consecuencias adversas.
- Las misiones afectan a las familias. Reiteramos lo expresado en el apartado anterior, sumando la posibilidad de la aparición de un sentimiento de lejanía o frialdad

emocional con los seres queridos con el paso del tiempo. Uno se acostumbra a la nueva situación (entorno físico y social) y puede notar que le importa menos la anterior.

- Falta de comodidad. Reiteramos lo dicho en el apartado anterior.
- Aumento de consumos abusivos. Fruto de los otros factores pueden aparecer conductas de riesgo en cuanto al aumento de consumo de sustancias (alcohol, tabaco y drogas).
- Ruptura de los hábitos saludables de higiene mental y física. En relación con la salud mental y sus costumbres preventivas saludables, como por ejemplo, la rutina de sueño, alimentación, ejercicio físico u ocio.

4. Acciones del mando

Corresponde a la cadena de mando militar la responsabilidad sobre el bienestar de las tropas, lo que implica el ejercicio de un buen liderazgo basado en la confianza, poseer una adecuada competencia, ser un ejemplo a seguir y mostrar una actitud responsable que potencie la cohesión y la moral (NATO STANDARD AMedP-8.6).

La prevención de los posibles problemas de tipo psicológico en zona de operaciones resulta igualmente un deber para el mando militar. Del mismo modo, una vez aparecidos, la labor correctiva parece igualmente importante y fundamental.

Durante la preparación del contingente a desplegar, el mando militar debe preocuparse por lograr la mejor preparación técnica posible de su personal, mediante la instrucción y el adiestramiento. La reiteración de los procedimientos establecidos consigue el efecto de automatización, tan útil frente a situaciones de alta demanda (eventos críticos). Por ello, estas actividades de entrenamiento deben realizarse siguiendo un plan de estrés progresivo, de modo que se consigan situaciones lo más parecidas posible a la realidad.

Del mismo modo, durante esta preparación, no debemos olvidar el componente psicológico de los soldados, poniendo el acento en preparar, informar y adiestrar en esta faceta, tan importante como la capacitación física o técnica. Actividades de reconocimiento temprano de síntomas, técnicas de relajación, actuación (protocolos) ante situaciones graves, modelo de asistencia, etc., resultan importantes al respecto.

Dada la trascendencia que, para el mando militar y para la propia organización (FAS) puede tener la discrepancia entre las expectativas y las realidades, conviene anticipar dichas expectativas, así como contribuir a su construcción de un modo realista y ajustado. Existen diferentes modos de actuar del mando militar que favorecen la formación de expectativas realistas:

- Comunicación eficaz, tanto de aspectos formales y conocidos como de los que no. Por ejemplo, la fecha de repliegue puede estar sujeta a cambios imprevistos. La otra cara de la moneda es la escucha eficaz de los puntos de vista de los subordinados (empatía).
- Obrar con justicia, lo cual implica objetividad, imparcialidad, precisión y flexibilidad. Hacer promesas que se puedan cumplir.
- Reforzar la mutua confianza. Se logra cuando el mando es accesible, competente, mantiene sus promesas y confía en sus subordinados. En estos casos, ante la ruptura de las expectativas, los soldados lo tolerarán mejor.
- Ocuparse de los asuntos. El mando puede elegir ignorar un problema u ocuparse de él. En el primer caso, debería explicar el porqué de tal decisión a sus subordinados.

- Fomentar la participación. Si la situación lo permite, generar discusiones sobre las alternativas. La decisión final y, por tanto, la responsabilidad, será siempre del mando.

A modo de resumen, podemos afirmar que cada misión es única y cuenta con sus propias peculiaridades y características, por ello resulta fundamental elaborar una adecuada inteligencia sobre la zona (manual de campo o de área) con dicha información: Conocer el objetivo principal del despliegue, las normas de enfrentamiento y la organización del mismo sobre el terreno.

Con base en esta información se debe adaptar, en consecuencia, la preparación de la fuerza a desplegar (misiones, combate en población, explosivos, control de masas, etc.). Del mismo modo, se adaptará la preparación psicológica (entrenamiento en condiciones de estrés progresivo, control emocional o de estrés, cadena asistencial, asistencia a militares y familias, etc.).

Por tanto, adecuar las expectativas del personal a desplegar con la realidad de la misión concreta mediante una información completa, veraz, realista y consecuente, en todo aquello que las circunstancias operativas permitan.

Referencias bibliográficas

- Bourg, C. y Weschler, M. (1999). The impact of family supportive policies and practices on organizational commitment to the Army. *Armed Forces & Society*. Vol. 25, n.º 4, pp. 633-652.
- Britt, T. W., Adler, A. B. y Bartone, P. T. (2000). The meaning and impact of stressful events: Lessons from Bosnia Peacekeeping Operation. En: Litz y Bolton, *Peacekeeping, en Encyclopedia of Stress*. Vol. 3. San Diego, Academic Press, pp. 134-137.
- Callejo, J. (2007). Temporalidades y tiempo de trabajo: vivencias de trabajadores y trabajadoras. En: Prieto, C. (ed.) *Trabajo, género y tiempo social*. Madrid, Ed. Complutense.
- Campos, A. e Isaac, G. (2006). Centro Argentino de Entrenamiento Conjunto para Operaciones de Paz. *Military Review*. Enero-febrero.
- Castro, C. (2008). La influencia de las expectativas en la organización temporal de la vida laboral. *Política y Sociedad*. Vol. 45, n.º 2, pp. 169-188.
- Garrido, A. (2000). El repertorio del trabajo remunerado: expectativas y deseos de cambio. En: *Cuaderno de Relaciones Laborales*, n.º 17, 15-38. Madrid, Ed. UCM.
- Golsh, K. (2003). Employment Flexibility in Spain and its Impact on Transitions to Adulthood. *Work Employment Society*, vol. 17 (4), 691-718.
- Greenberg, K. E. (1996). The Essential Art of Emphaty. En: Barbara Benton (ed.). *Soldiers for Peace, Facts On File Inc*. New York, p. 85.
- Gutiérrez, O. (2002). *Sociología militar. La profesión militar en la sociedad democrática*. Santiago, Ed. Universitaria.
- Guzman, V. (2013). Rol y funciones de las FAS en el siglo XXI: enfoque desde las nuevas estrategias de seguridad. *Revista Política y Estrategia*, n.º 122, Julio-diciembre. 2013. ANEPE, Chile.
- Harbottle, M. (1995). New Roles for the Military. *Conflict Studies*, n.º 285. Noviembre 1995, p. 3.
- Hernández, A. (2008). *Expectativas de vida familiar y laboral de una muestra de estudiantes de Publicidad y Relaciones Públicas*. [Tesis doctoral]. Universidad de Alicante. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9599/1/tesis_doctoral_alejandra_hernandez.pdf
- Huntigton, S. (1956). Civilian control of the military: a theoretical statement. En: Heinz Enlan et al. *Political Behavior: a Reader in Theory and Research*, pp. 380-385. Free Press.

- Juvan, J. y Vuga, J. (2011). What Motivates Slovenian "Peacekeepers"? *International Peacekeeping*. Vol. 18 (1): pp. 96-109. Febrero 2011.
- Lipovetsky, G. (2003). *La era del vacío*. Madrid, Anagrama.
- Litz, B., King, L., King, D., et al. (1997). Warriors as Peacekeepers: Features of the Somalia Experiencia and PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 65, n.º 6, pp. 1001-1010.
- López Franco, E. y García Corona, D. (1994). Aproximación al tema de los valores en la LOGSE. *Revista Complutense de la Educación*. Vol. 5 (1), pp. 121-133.
- Maalouf, A. (2004). *Identidades asesinas*. Madrid, Alianza Editorial.
- Malamud, M. (2013). La medición de los valores y motivaciones profesionales en las fuerzas armadas. *Revista Política y Estrategia*, n.º 122. Julio-diciembre 2013. ANEPE, Chile.
- Rotter, J. B. y Hochreich, D. J. (1975). *Personality*. Glenview Ill. Scott, Foresman.
- Sampedro, R. (2012). Educación en valores en la enseñanza militar. En: D. Donoso (coord.) *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Madrid, Ministerio de Defensa.
- RTO-TR-HFM-081, Anexo G. (2008). *Apoyo psicológico a través del ciclo de la misión*. Organización de Investigación y Tecnología. Grupo de Trabajo de Factores Humanos y Medicina.
- Sheffrin, S. (1985). *Expectativas Racionales*. Traducción de Rosa Soria Gutiérrez. Madrid, Alianza Editorial.
- Tripodi, P. (2002). Una cultura militar para las operaciones de paz. El caso italiano. *Revista de Ciencia Política*. Vol. XXII, n.º 1, pp. 130-146.
- Valenzuela, R. (2009). Sobre la esencia de la profesión militar. CESEDEN. *Dimensión Ético-Moral de los cuadros de mando de los ejércitos*. Madrid, CESEDEN (23), p. 58.
- Waltz, K. N. (2007). *El hombre, el Estado y la guerra. Un análisis teórico*. México DF, CIDE.
- Zeruvabel, E. (1997). *Standard Time en Social Mindscapes. An Invitation to Cognitive Sociology*. Londres, Harvard University Press.

Capítulo 6

El estrés

Capitán Francisco J. Estévez Colmenero¹

«Si usted está angustiado por cualquier cosa externa, el dolor no se debe a la cosa en sí, sino a su estimación de la misma, y esto tiene el poder de revocarse en cualquier momento». Marco Aurelio

1. Introducción

Hace tiempo que las FAS se destacan por su participación regular en misiones internacionales en otros países y continentes. En el presente capítulo analizaremos el estrés y, en concreto, el estrés postraumático como una de las posibles consecuencias psicológicas de tal participación.

En la primera parte de este capítulo se analizan los conceptos teóricos que forman el estrés; su origen, definición, clasificación y sintomatología, poniendo especial énfasis en el trastorno de estrés postraumático (TEPT), debido a su vinculación histórica y práctica con la psicología militar. En los siguientes puntos haremos referencia a los diferentes tratamientos que existen para combatir el TEPT, analizando sus niveles de efectividad.

2. Marco teórico

2.1. Estrés de combate y sintomatología postraumática

2.1.1. Estrés: consideraciones generales

El estrés, como término, ha pasado por diferentes enfoques y autores. Hans Selye (1936) fue quien introdujo el término en psicología. Lo define «como la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga» y denominó a este conjunto de reacciones fisiológicas: Síndrome General de Adaptación (SAG). El SAG es un proceso en el que el cuerpo pasa por tres etapas universales: alarma, resistencia y agotamiento. Primero, hay una señal de alarma, en la que el cuerpo se prepara para la defensa o la huida. Como no se puede mantener esta condición de excitación, se pasa a una segunda etapa, la resistencia, que modera el esfuerzo y retiene al estresor. Finalmente, si la duración del estrés es suficientemente prolongada, el cuerpo entra en una tercera etapa, que es de agotamiento; una forma de deterioro del organismo por el desgaste sufrido durante la resistencia.

¹ Estévez Colmenero, Francisco Javier (MOES). Capitán psicólogo (CMS), destinado en la USBA Jaime I de Bétera (Valencia) como jefe del Gabinete de psicología. Doctor en Psicología clínica y de la personalidad (UV). Máster en Recursos humanos (ICADE). Autor de publicaciones y comunicaciones sobre psicología militar y estrés postraumático, en diferentes universidades y congresos (Santiago de Compostela, Alicante, Valencia, Palma de Mallorca).

Desde entonces, el término ha evolucionado mucho, siendo utilizado tanto para designar la respuesta, como para describir la situación desencadenante o la interacción de ambas.

Considerar el estrés como estímulo llevó a los investigadores a centrarse en las situaciones o acontecimientos estresantes. Así se llamó estresor a todo evento o circunstancia que podía considerarse como amenazante o peligroso para el individuo (Seyle, 1956). Este enfoque siguió dos vías: la primera, de *los grandes acontecimientos vitales*: sucesos catastróficos e incontrolables, como muerte de un ser querido, separación, enfermedad o accidente, despido, ruina económica, etc. Serían situaciones extraordinarias y traumáticas, o sucesos vitales importantes, que en sí mismos producirían cambios fundamentales en la vida de una persona y exigirían un reajuste. Y la segunda vía, considerando *los pequeños contratiempos o fastidios cotidianos*: los acontecimientos vitales menores (*daily hassles*) o pequeños contratiempos que pueden surgir cada día (en el trabajo, las relaciones sociales) como estímulos productores de estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

Sin embargo, ante un mismo suceso potencialmente estresante, no todas las personas reaccionamos igual. Así, junto a la aceptación de la existencia de estresores universales, con capacidad para agotar la resistencia de cualquier organismo, existen enormes diferencias en cómo distintas personas afrontan un mismo estresor. Esto nos llevaría a la consideración del estrés desde una perspectiva más fisiológica y universal, típica de los años cincuenta y sesenta, a una más psicológica e idiosincrásica (Lazarus y Folkman, 1984), lo que supone la consideración del estrés como un proceso interaccional, entre tres elementos: el acontecimiento objetivo, la percepción de este por la persona y la activación para enfrentarse a él. El individuo pasa a ser el protagonista, dando importancia prioritaria a su evaluación cognitiva y sus habilidades de afrontamiento (*coping*) como agente activo, que puede influir en el impacto de un estresor a través de sus estrategias conductuales, cognitivas y emocionales.

Si las reacciones al estrés no dependen totalmente del estresor en sí, sino más bien de cómo se perciben los acontecimientos, la forma en que se sienten se debe en gran medida a la forma en que se piensa sobre los eventos que suceden. Con base en esto, Lazarus (Lazarus y Folkman, 1986: 44) define al estrés psicológico como «la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar».

2.1.2. Estrés de combate

La guerra, según Watson (1978), ha sido y es el único laboratorio definitivo para el estudio de la adaptación del hombre al mayor estrés: el del combate. Por eso, tras una aproximación general al estrés, vamos a profundizar en el concepto de estrés de combate más específico de la psiquiatría y la psicología militar.

Conviene distinguir entre estrés de combate y estrés de operaciones. Este último se refiere a las circunstancias propias de los despliegues, tales como la separación familiar y social (preocupaciones por problemas cotidianos en la distancia), la rutina, los prolongados periodos de servicio y disponibilidad, y las características del entorno (disconfort, trabajo duro, pérdida de sueño).

La *ansiedad de combate* se corresponde con un nivel de estrés que excede ampliamente los límites habituales de resistencia del individuo, que no puede afrontar la situación. Las reacciones del ser humano ante este tipo de esfuerzos se manifiestan con un

gasto extremo de energía física y mental, que conlleva consecuencias negativas para el organismo (Utrilla, 1991). El mismo autor afirma que, a pesar de seleccionar a personas mentalmente equilibradas, cualquier soldado sometido a un fuerte estrés puede sentirse incapaz de controlarlo, ya que pierde capacidad, eficacia y seguridad.

Según Utrilla (1991), los síntomas que puede presentar un combatiente con estrés de combate son: pérdida de autocontrol, inestabilidad emocional, temblores, llanto incontrolable, problemas de concentración, sordera o ceguera histérica, parálisis temporales, pensamientos dolorosos obsesivos, pérdida de memoria, desinterés, apatía, insomnio, sentimientos persistentes de indefensión y rabia, y pérdida de autoconfianza.

De acuerdo con el modelo explicativo propuesto por Janoff-Bulman y Frieze (1983), la guerra pone en crisis el esquema cognitivo del sujeto. Creencias tales como las de invulnerabilidad personal, la ilusión de control personal, la existencia de un mundo benevolente, que nos proporcionan una sensación de estabilidad y control, chocan frontalmente con la terrible realidad de la guerra. La imposibilidad de incluirlo en el marco conceptual previo se traduce en un conflicto expresado como síntoma. La situación se torna incontrolable para el individuo y queda a merced de ella. Si bien la ansiedad de combate encuentra campo fértil en psicopatologías latentes previas, que no fueron detectadas en el proceso de selección, la mayoría de los casos son el resultado de un trauma sufrido en el campo de batalla. Entre las formas de afrontamiento desadaptativas que se dan entre los soldados expuestos al combate están el abuso de drogas y alcohol. Estas conductas se dan un 40 % más en los soldados que han combatido que en los soldados que no lo han hecho (Helzer *et al.*, 1987; Davidson *et al.*, 1991).

El principal conflicto que experimenta un combatiente durante la batalla es la pugna entre la supervivencia, por un lado, y el cumplimiento del deber y la lealtad a sus compañeros y sus mandos, por el otro (Spiegel, 1944; Figley, 1978, 1985).

El miedo a morir, común a cualquier situación traumática, en combate se convierte en una amenaza creciente, generando una ansiedad difícil de manejar, experimentada de manera diferente, antes, durante y después de este, que se vive más intensamente cuando las probabilidades de mantener la integridad física son bajas, y que es cuando el estrés se vuelve intenso y prolongado.

El trastorno puede producirse tras un rápido o un largo proceso de exposición a una experiencia traumática. La fatiga física y la irregularidad de los periodos de descanso y actividad contribuyen a que el estado de estrés del combatiente pueda resolverse en fatiga de batalla. Las últimas grandes guerras, como la del Golfo o Irak, muestran que, en alrededor del 25 % de los casos, se presenta durante los primeros treinta días de combate.

La prevalencia del estrés de combate depende en gran medida de las características de la batalla. Un estrés *condensado* produce un elevado número de bajas por estrés de combate (Noy *et al.*, 1986). Un estrés *moderado y prolongado* conduce a un menor número de bajas, predominando las de carácter somático. El estrés esporádico produce un nivel mínimo de estrés de combate, predominando los procesos disciplinarios y administrativos. En las batallas estáticas intensivas, como las que se dieron en la Primera Guerra Mundial, o en la batalla de Stalingrado de la Segunda Guerra Mundial, en las que se experimenta una gran virulencia en el enfrentamiento entre ambos bandos contendientes y no hay una capacidad para vencer al enemigo a corto plazo, las bajas físicas y psicológicas fueron más elevadas (Schneider, 1987).

Las reacciones tras batallas intensas son predominantemente psicológicas. Avanzando el tiempo predominan las evacuaciones por quejas somáticas y, finalmente,

sobresalen las evacuaciones derivadas de procesos disciplinarios y traslados administrativos.

Respecto al total de bajas, el estrés de combate supuso para el Ejército americano entre el 10 % y el 40 % en batalla, a lo largo de la Segunda Guerra Mundial. Pero en el Pacífico, un frente más cruento y de intensos combates, a lo largo de toda la guerra, por cada herido se contabilizó un caso de estrés psiquiátrico. En Israel, en la guerra de Yon Kippur de 1973, en determinadas unidades, las bajas por estrés de combate suponían hasta el 70 % de los heridos (Levav *et al.*, 1979).

Debido al elevado número que suponen las bajas psicológicas, los ejércitos siempre se han preocupado de procurar sistemas de tratamiento que puedan recuperar a los soldados para el conflicto. Durante la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría empezó a considerar las actitudes y la conducta por el personal de asistencia como instrumento terapéutico en el abordaje del estrés, formando la base de los diferentes tipos de terapia ambiental, tanto en la psiquiatría civil como en la psiquiatría militar (Artes, 1963). En la posterior guerra de Corea, Peterson (1955) volvió a constatar que la mayoría de los afectados por el estrés del combate presentaban componentes importantes de miedo y de fatiga, y que medidas tan sencillas, como el descanso, la comida y un corto alivio de la tensión, podían producir *milagros terapéuticos* cuando se combinaban con un firme y entendido sistema de evacuación. Avanzando en el tiempo, tenemos el estudio realizado por Freeman (1992) sobre la guerra de Vietnam, en el que analiza los tratamientos empleados con los militares aquejados de estrés de combate. Se detectó que era habitual un resurgir de las bajas psiquiátricas antes y después de los combates, que ocasionaba la consiguiente pérdida de efectivos y bajaba la moral de la tropa. Por lo que el equipo médico psiquiátrico trató de buscar una solución. Se decidió trasladar a los pacientes aquejados por estrés de combate al pabellón sanitario durante cinco días, en los que recibían tratamiento ambiental. El tratamiento consistía en sedación, reposo físico y protección contra el frío o el calor. Con estas sencillas medidas, los pacientes mejoraban y recobraban fuerzas para volver a la contienda, logrando una reducción de las bajas psiquiátricas.

Está demostrado, a lo largo de la historia de la medicina militar, el interés que se ha concedido al estudio de las contingencias ambientales, al uso adecuado del apoyo social, así como de la medicina preventiva, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra, sobre los trastornos situacionales o trastornos relacionados con el estrés. Por este motivo, en los últimos conflictos se está optando por que las unidades estén acompañadas de equipos de salud mental, para que puedan realizar el tratamiento dentro del teatro de operaciones. Según Sinnot (1993), la presencia del destacamento 528 (Médico-Psiquiátrico) durante la operación *Tormenta del desierto* en la guerra del Golfo, evitó, al menos, el 50 % de las bajas psiquiátricas. La acción del destacamento 528 se encaminó a realizar acciones de terapia ocupacional, planteando actividades recreativas, juegos y celebraciones, junto con acciones formativas sobre el estrés y su afrontamiento.

En la investigación realizada por Stretch (1996), con militares americanos que participaron en la guerra del Golfo, se les preguntó cuáles eran los principales estresores a los que se hace frente en zona de operaciones. Se encontraron, como estresores de intensidad de moderada a muy intensa, los ataques terroristas, con un valor del 69%; con el 48 %, el sentimiento de muerte inminente; y con un 47 %, el ruido de la artillería. Por otra parte, la causa más frecuente de estrés crónico estaba relacionada con las condiciones de trabajo y de vida (el clima desértico, las frecuentes guardias, la falta de sueño, la lejanía de la familia y los problemas de convivencia).

Para el mando militar, resulta de vital importancia reconocer, de un modo temprano, los síntomas del estrés, tanto en uno mismo como en los subordinados, a fin de poner los

medios adecuados para mitigar sus efectos. Las reacciones más comunes (síntomas) del estrés de combate, oscilan en cuanto a su gravedad y se pueden clasificar en síntomas físicos y emocionales:

- Síntomas físicos: temblores, sudores, insomnio, palpitaciones, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, fatiga, dificultad para hablar, deambulación, sobresaltos, espasmos, distracción, parálisis, reacciones de pánico.
- Síntomas emocionales: ansiedad, duda, irritabilidad, conductas conflictivas, llanto, pérdida de confianza, locuacidad, imprudencia, pérdida de memoria, tartamudeo, alucinaciones, aislamiento, cambios emocionales, apatía, desesperanza.

El mando militar debe realizar acciones de prevención del estrés de combate, siendo la principal la identificación temprana de los síntomas, pero también las relacionadas con el liderazgo, utilizando un estilo adecuado (ver capítulo 11), basado en el ejemplo más que en la intimidación (castigo): promover y desarrollar programas concretos de gestión del estrés (conocimiento de técnicas de relajación, respiración y control emocional y cognitivo); favorecer la confianza en pro de un clima positivo en la unidad (confianza en los mandos, en los materiales y en la unidad); asegurar la competencia profesional, tanto propia como de los demás (instrucción y adiestramiento, en condiciones realistas); impulsar las medidas higiénicas correspondientes (disciplina de sueño, ejercicio físico, alimentación, riesgos del entorno físico); delegar las tareas y exigir su cumplimiento de modo razonable (carga de trabajo, gestión de agendas, transmisión de información); utilizar la empatía y la proximidad (facilitar la ventilación entre iguales, espacios y momentos de ocio); asegurar la adecuada atención a la salud por los servicios correspondientes en caso necesario. Ante eventos críticos, poner en marcha, a la mayor brevedad posible, sesiones de puesta en común con los implicados (*debriefing*), dirigidos por personal formado al respecto.

2.1.3. Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

El término TEPT engloba dos aspectos bien definidos: la respuesta de estrés y el trauma (Estevez y Báguena, 2010). Estrés es un concepto científico que, como vimos anteriormente, alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda. El vocablo trauma proviene del griego y significa herida. En el TEPT, lo central es el trauma psíquico; es decir, el impacto emocional de un determinado suceso capaz de provocar una serie de manifestaciones físicas y psicológicas. El TEPT ha sido definido en el DSM 5 (APA, 2013), como un recuerdo recurrente y molesto de un episodio traumático insoportable; los recuerdos duran más de un mes y comienzan dentro de los seis meses del suceso. Se trata de aquella situación psicológicamente estresante que sobrepasa el repertorio de las experiencias habituales de la vida (como puede ser un duelo simple, una enfermedad crónica, una pérdida económica o un conflicto sentimental), que afectará prácticamente a todas las personas y que provocará un intenso miedo, terror y desesperanza, con una seria amenaza para la vida o la integridad física personal o de un tercero. El impacto de un trauma puede durar desde algunos segundos hasta horas, días o meses; puede ocurrir en forma única (accidente de tráfico) o reiterada (combate, maltrato infantil) y podrá tener consecuencias físicas, psicológicas y sociales, tanto a nivel individual como colectivo. Las diferentes respuestas psicológicas estarán en función del significado que adquiera el hecho traumático, lo que dependerá de la interacción entre el tipo e intensidad del acontecimiento traumático, la biografía del sujeto, los factores biológicos y el contexto social (Ursano *et al.*, 1992). El trauma también puede manifestarse en alteraciones de la salud física.

Existen diferentes estresores para un TEPT, entre ellos la participación en una guerra (como soldado o población civil), la violencia personal (agresión física, sexual o asaltos con violencia), los secuestros, los ataques terroristas, las torturas, el confinamiento, los desastres naturales (terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones) o los provocados por el hombre (incendios intencionales, desastres nucleares, atentados), los accidentes o una enfermedad terminal. El personal militar desplazado está sometido a diversos estresores: permanencia en países en situación de postguerra, riesgo de sufrir atentados y alta probabilidad de tener un accidente de tráfico. Los criterios diagnósticos incluyen la historia de la exposición a un evento traumático y las características particulares de los tres grupos diferentes de síntomas: reexperimentación, evitación e hiperactivación. En la tabla 3 se presentan los criterios diagnósticos establecidos en el DSM 5 (APA, 2013).

Criterios para el diagnóstico de F43.10 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (por ejemplo, socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (por ejemplo, escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (por ejemplo, «Estoy mal», «No puedo confiar en nadie», «El mundo es muy peligroso», «Tengo los nervios destrozados»).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (por ejemplo, miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo, felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) ,que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (por ejemplo, como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Con expresión retardada: si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Tabla 3. Criterios para el diagnóstico del TEPT según el DSM 5. Fuente: APA, 2013

El TEPT es único entre otros diagnósticos psicológicos, porque en él ocupa un lugar importante el evento traumático como agente causal. La experiencia traumática es filtrada a través de procesos cognitivos y emocionales antes de ser apreciada como amenazante. Esto ocurre porque existen diferencias individuales en el proceso de apreciación: las personas tienen diferente susceptibilidad al trauma, algunas más protegidas y otras más vulnerables al desarrollo de síntomas tras la exposición (Friedman, 1997). Los rasgos de personalidad y temperamentales influyen en la permeabilidad de la experiencia traumática en el individuo.

Síntomas postraumáticos

El DSM 5 (APA, 2013) incluye ocho criterios para el diagnóstico del TEPT. Comenzamos con la delimitación del trauma, señalando que un evento traumático es definido como tal si:

- a) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- b) La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

Los síntomas psicológicos del TEPT se agrupan en tres categorías:

- Re-experimentación.
- Evitación y embotamiento afectivo.
- Hiperactivación.

Los síntomas de re-experimentación incluyen pesadillas y *flashbacks* y han sido considerados como los más patognómicos del TEPT (Foa y Rothbaum, 1993).

Respecto a la evitación persistente de estímulos asociados al trauma (pensamientos, sentimientos, lugares o personas que lo recuerdan) y síntomas de embotamiento emocional, podemos citar la reducción del interés en la participación en actividades, sensación de desapego, incapacidad para tener sentimientos de amor, o expectativas de un futuro desolador. El último grupo de síntomas, la hiperactivación, incluye síntomas como agitación motora, dificultad para dormir, hipervigilancia e irritabilidad.

Por último, se incluyen dos criterios referidos a que los síntomas deben durar más de un mes y deben causar malestar clínicamente significativo en algún área de la vida.

Los instrumentos más utilizados para la evaluación de la sintomatología relacionada con el TEPT han sido habitualmente los autoinformes, entre los que podemos encontrar dos tipos de instrumentos de evaluación: por un lado, las entrevistas y, por otro, los cuestionarios, inventarios y escalas. Adicionalmente, en la actualidad, los investigadores han dirigido también su interés a la búsqueda de marcadores psicofisiológicos y neurobiológicos característicos de los pacientes con TEPT.

La sistematización de los síntomas del TEPT, aun cuando necesaria, no refleja la compleja constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales experimentadas por los pacientes.

En lo referido a la edad de comienzo, según la APA (1994), el TEPT puede comenzar a cualquier edad, incluso en la infancia. En muestras clínicas, la edad media ha sido 21,5 años (DT=10,9) (Brown *et al.*, 2001). Con frecuencia, el trastorno suele cumplir inicialmente los criterios del trastorno por estrés agudo. Según Bryant *et al.* (2003), el 80 % de las personas que desarrollan trastorno de estrés agudo tras un trauma cumplen criterios de TEPT seis meses más tarde; y el 63-80 % sufren TEPT dos años después del trauma.

Los síntomas comienzan tras un período de latencia, que varía desde una semana hasta meses (rara vez más de seis). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. Se puede afirmar que, dentro de los diagnósticos de TEPT, la población de veteranos de guerra cuenta con una elevada representación (Egen-dorf *et al.*, 1981; Penk *et al.*, 1981).

Como ya hemos comentado, la participación en acciones bélicas se ha relacionado con la presencia de TEPT a largo plazo y con otros trastornos psiquiátricos. Entre los veteranos, se han asociado con mayor frecuencia los trastornos de estado de ánimo, el trastorno obsesivo compulsivo, los trastornos de ansiedad, las toxicomanías, además los individuos que han sufrido TEPT tienen un riesgo aumentado de padecer otros trastornos psiquiátricos (Goenjian, 2000; Freedman *et al.*, 2002; Black *et al.*, 2004).

Según el CDC (Center for Disease Control, 1988), se ha descrito en los veteranos de Vietnam con TEPT una mayor frecuencia de otros trastornos, como el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos de ansiedad, de somatización y depresiones, al compararlos con la población general.

Una serie de estudios acerca de los efectos del TEPT en la adaptación del individuo al curso normal de la vida muestran la comorbilidad de este trastorno con otras patologías. Kofoed *et al.* (1993) demostraron que entre un 60 % y un 80 % de veteranos de la Guerra de Vietnam sufren problemas por abuso de alcohol. Individuos que padecen TEPT y que tienen problemas de abuso de alcohol pueden presentar con posterioridad desórdenes, como ataques de pánico, fobias, depresiones, déficit atencional y trastornos de personalidad antisocial, entre otros. Chilcoat y Breslau (1998) y Brown *et al.* (1998) afirmaron que existe un aumento en el riesgo o dependencia de drogas en personas que padecen TEPT. Su presencia aumenta también el riesgo de manifestar problemas de somatización (Andraski *et al.*, 1998) o de sueño (Neylan *et al.*, 1998).

Otra fuerte asociación de los veteranos con TEPT se encuentra con el incremento de la agresividad en su regreso a la vida civil. Jakupcak *et al.* (2007) realizaron una investigación con veteranos de conflictos bélicos más recientes, concretamente, Afganistán e Irak, y encontraron una fuerte relación del TEPT con la ira, la hostilidad y la agresividad. La consistente relación entre la ira y el TEPT puede deberse a que una de las funciones de la ira es la de lograr una liberación emocional ((Foa *et al.*, 1989; Jaycox y Foa, 1996) y, por lo tanto, puede tener un papel en la formación y mantenimiento del TEPT. De hecho, elevados niveles de ira predicen la gravedad del TEPT posterior (Andrews *et al.*, 2000; (Feeny *et al.*, 2000) y, a la vez, se relaciona con peores resultados en los tratamientos (Foa *et al.*, 1995; Forbes *et al.*, 2003; Pitman *et al.*, 1991; Taylor *et al.*, 2001).

Esta violencia, como ya hemos comentado, les acompaña en su vida personal, ya que los veteranos con TEPT son más propensos que los veteranos que no lo tienen, a expresar la ira y a tener conductas violentas en sus relaciones de pareja (Carrol *et al.*, 1985; Glenn *et al.*, 2002, Jordan *et al.*, 1992).

La presencia del TEPT acompañada de estas respuestas agresivas está presente a los pocos años de regresar del servicio y esta asociación será más fuerte cuanto más tiempo haya estado expuesto al combate y si además tiene problemas de abuso de alcohol (Jakupcak *et al.*, 2007). Por lo tanto, es de vital importancia una temprana intervención terapéutica, porque si no el TEPT y la agresividad irán en aumento (Gray *et al.*, 2004; Southwick *et al.*, 1995; Wolfe *et al.*, 1999). Por ello, es extremadamente importante que, como se hace en el Ejército de EE. UU. y en el español, haya destinado un psicólogo con la unidad en ZO, con el fin de atender en un primer momento a los militares que lo precisen, hacer una evaluación psicológica de la unidad al finalizar la misión y remitir información a las unidades para realizar un seguimiento posterior.

En el caso de cohortes de veteranos de la guerra de Vietnam, un estudio (Helzer y McEvoy, 1987) encontró que pesadillas, sobresaltos e insomnio eran los síntomas más comunes, en tanto que embotamiento emocional y sentimientos de culpa apenas eran detectados. Otro estudio, sin embargo, informó los pensamientos intrusos y la reexperimentación del evento en un 100 % de los casos, reacción de estupor en el 88 %, insomnio en el 81 %, suspicacia en el 79 %, conducta de evitación en el 65 % y baja concentración en el 58%; pero sentimiento de culpa solo en un 9 % (Davidson *et al.*, 1991). McFarlane (1988) señaló que las imágenes intrusas eran un síntoma altamente sensible (89 %), pero de muy baja especificidad (65 %).

La correlación entre eventos traumáticos, síntomas y curso clínico es otro campo en el que se investiga activamente. Helzer (1987) estableció que la exposición al combate y al asalto físico fueron eventos específicamente asociados con cronicidad. Davidson *et al.* (1991), en su estudio en veteranos y otros pacientes con TEPT en el estado de Carolina del Norte, encontraron que los eventos más estrechamente vinculados a cronicidad fueron combate, ser testigo de ataques o asesinatos o ser víctima de agresión física, en tanto que sentimientos de culpa (en sobrevivientes) y conducta de evitación fueron los síntomas más llamativos. En el mismo estudio se encontró que fobia social y trastorno de somatización parecían mostrar una comorbilidad más frecuente con el TEPT crónico que cualquier otra condición clínica.

Winfield *et al.* (1990) postulan que solo el TEPT y la depresión muestran un consistente aumento de su prevalencia cuando se asocian a los primeros síntomas tras el trauma. Este hallazgo los lleva a proponer que la llamada *depresión postraumática* es tanto una manifestación de depresión como cuadro clínico comórbido, asociado al TEPT.

En cuanto a la sintomatología y los factores moduladores que se dan en el desarrollo del TEPT, encontramos la investigación de Gilaberte y Baca (2000), donde estudian el TEPT

en una muestra de policías, que habían presenciado o participado en acciones de violencia directa. Se les administraron las siguientes pruebas: el 16 PF (16 *Personality Factors*) de Cattell, una prueba de sucesos vitales (Paykel), cuestionarios especiales para evaluar las características del suceso traumático y la SCID (*Structured Clinical Interview for DSM disorders*). Se obtuvieron las siguientes conclusiones: ante la exposición a un suceso traumático, una tercera parte de los policías desarrollaba TEPT; los sentimientos de muerte durante el estresor constituían el principal factor de riesgo, mientras que la presencia de apoyo social adecuado resultaba el factor de mayor protección. Por último, se encontró que la comorbilidad del TEPT con otras psicopatologías era muy alta.

Enrique (2004) realizó un estudio sobre la influencia del neuroticismo y la extraversión en el TEPT. En la investigación se estudió el efecto de estas variables en una muestra de veteranos argentinos de la guerra de las Malvinas. En el estudio se formaron dos grupos, uno con sintomatología postraumática y otro sin ella. Encontró que en el grupo con sintomatología postraumática se daba un estilo atribucional desadaptativo o pesimista (asumiendo una causalidad interna, global y estable para los sucesos negativos), así como también mayores niveles de neuroticismo y menores de extraversión en comparación con la población general, lo que se traduce en mayores niveles de ansiedad flotante, escasa capacidad de control de los impulsos, inestabilidad emocional e incapacidad para generar y mantener relaciones sociales estables.

En la investigación realizada por Vogt y Tanner (2007) con veteranos de la guerra del Golfo, se planteó un modelo interaccional, que incluía un análisis de los factores de riesgo y resiliencia anteriores y posteriores a la exposición al combate. Dentro de los factores previos que hacían a los militares más vulnerables a desarrollar TEPT se encontraban los siguientes: proceder de entornos familiares desestructurados, haber padecido experiencias traumáticas previas y no tener experiencia previa en misiones. Dentro de los factores posteriores se detectó que la falta de apoyo social al regresar de la misión aumentaba y agravaba el TEPT. Por otra parte, como factores de resiliencia al TEPT, se encontraron, en primer lugar, tener una familia estructurada y estable; en segundo lugar, contar con apoyo social al regreso y, por último, sentirse valorado por la sociedad.

Otro de los factores que puede modular la aparición del TEPT es el tiempo de exposición a la situación aversiva. En la investigación de Castro y Adler (1999), realizada con militares de la OTAN que participaron en funciones de mantenimiento de la paz en Bosnia, encontraron que mientras que los militares que permanecieron durante dos meses en ZO tenían unos porcentajes de TEPT de entre un 3 % y un 6 %, aquellos que participaron durante nueve meses o más presentaban tasas superiores: de un 7 % a un 12 %.

2.1.4. Diferencias entre el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y el Trastorno por Estrés Agudo (TEA)

A pesar de la corta vida del TEPT, que pasó a formar parte del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) hace relativamente poco tiempo (APA, 1980) apareció en el DSM-IV (APA, 1994) una categoría diagnóstica estrechamente relacionada con el TEPT: el Trastorno por Estrés Agudo (TEA). Ambos trastornos parten del mismo origen: un acontecimiento traumático que provoca unas consecuencias psicopatológicas. Las diferencias básicas entre el TEA y el TEPT se encuentran en la intensidad y duración de los síntomas.

El TEA sería el trastorno que ocurriría en un primer momento. Según los criterios diagnósticos se darían en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático y tendría una

duración mayor de dos días y menor de cuatro semanas. En cambio, en el TEPT, la duración de los síntomas debe ser superior a un mes.

En lo referido a la intensidad de los síntomas, el TEA, recoge la *triada sintomatológica* de reexperimentación, evitación e hiperactivación presente en el TEPT, pero le da una importancia especial a la sintomatología disociativa expresada en el criterio B, incluyendo los siguientes síntomas:

1. Sensación de embotamiento, ausencia de reactividad emocional.
2. Reducción del conocimiento de su entorno.
3. Desrealización.
4. Despersonalización.
5. Amnesia disociativa.

En cambio, en los criterios del TEPT, en el apartado C (síntomas de evitación), se incluyen algunos de ellos, pero de forma más moderada, como: «incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma» y «restricción de la vida afectiva».

Es tal la importancia que se da en el TEA a la sintomatología disociativa, que uno de los nombres sugeridos para esta categoría ha sido el de *trastorno disociativo reactivo breve* (Cardeña *et al.*, 1996). La sintomatología disociativa, de mayor intensidad en las experiencias postraumáticas, se reserva para los primeros momentos posteriores a la exposición traumática.

El TEPT se convertiría en una reacción prolongada en el tiempo, con una moderación en la intensidad de los síntomas. En cierto sentido, ambas entidades diagnósticas se solapan, ya que en muchos casos un TEPT ha sido, en un primer momento, un TEA que se ha cronificado (Harvey y Bryant, 1998).

Para finalizar, mencionar que el TEA no está exento de cierta polémica. Como hemos comentado, el DSM III (APA, 1980) crea la categoría de TEPT y, en su revisión (APA, 1987), se introdujo el requisito de que los síntomas estuviesen presentes al menos treinta días. La inclusión de este requisito temporal es muy importante, ya que se trataba de reducir los falsos positivos diagnósticos, en los que los síntomas postraumáticos, tras unos pocos días o semanas, se disipaban (Riggs *et al.*, 1995). Pero al crear esta exigencia temporal se creaba el problema contrario, pudiendo haber gente que podía tener una reacción aguda de estrés patológico que necesitara asistencia clínica. Por este motivo, en el DSM-IV (APA, 1996) se crea la nueva categoría de TEA. Es un trastorno de definición algo imprecisa y confusa y aunque, como hemos comentado, comparte muchos síntomas con el TEPT, la exigencia de que aparezcan síntomas disociativos descuida la precisión diagnóstica sobre síntomas de evitación y de activación, creando situaciones diagnósticas complicadas. Por ejemplo, como indican Marshall *et al.* (1999), muchas personas con una elevada reacción de estrés inicial ante sucesos traumáticos no pueden recibir un diagnóstico de TEA, porque no presentan los tres síntomas disociativos que exige el DSM-IV, ni tampoco un diagnóstico de TEPT, ya que no han pasado los treinta días desde la experiencia traumática. Además, la propia categoría de TEA ha sido duramente criticada por patologizar en categorías psiquiátricas lo que, en la mayoría de los casos, no son sino reacciones normales de carácter casi siempre transitorio y sin mayores implicaciones psicopatológicas (McNally *et al.*, 2003).

2.1.5. Tratamiento psicológico del Trastorno por Estrés Postraumático

Las terapias para tratar el TEPT más utilizadas y que han obtenido mejores resultados en las investigaciones, se clasifican en tres categorías:

- Terapias de exposición (en imaginación e in vivo).
- Terapias de reestructuración cognitiva.
- Terapias de manejo de la ansiedad (básicamente el entrenamiento en inoculación de estrés).

A continuación, vamos a comentar cómo funciona cada una de estas terapias y las investigaciones que se han realizado para probar su eficacia. Una revisión exhaustiva del tema puede encontrarse en Báguena (2003).

A) Terapias de exposición

Dentro de este tipo de terapias, las tres técnicas que han resultado más eficaces son: la exposición, la desensibilización sistemática y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

Todas ellas están basadas en que la exposición continuada rompe la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada, disminuyendo la tasa de respuesta (que serían los síntomas postraumáticos), produciéndose habituación a la ansiedad, y el aprendizaje de que la exposición al estímulo temido no conducirá a la amenaza (Jaycox y Foa, 1996). De esta forma se reduciría la ansiedad condicionada y los recuerdos relacionados con el trauma. Los procedimientos de la terapia de exposición pueden ser *in vivo*, enfrentando al sujeto al estímulo temido en la realidad, o en imaginación. También varían los procedimientos según la intensidad de presentación de los estímulos, pudiendo ser gradual y jerárquica, o no graduada.

La Desensibilización Sistemática (DS), que combina la exposición y la relajación, y que en principio parece muy adecuada para el tratamiento del TEPT, no ha tenido una demostración clara de su eficacia en las investigaciones. En el estudio de Bowen y Lambert (1986), realizado con veteranos de Vietnam expuestos al combate, se utilizó la DS, reduciéndose los síntomas como consecuencia del tratamiento, aunque no está claro si la disminución de los síntomas fue debida al paso natural del tiempo empleado en la aplicación del mismo (el excesivo número de sesiones de DS que recibían los individuos).

La terapia que ha conseguido tener mayor éxito en el tratamiento, o al menos la que más lo ha demostrado en las investigaciones, ha sido la *inundación en imaginación*. Dentro de los estudios realizados dentro del ámbito militar que respaldan la eficacia de la inundación, está el realizado por Cooper y Clum (1989), en el que asignaron al azar ocho veteranos de Vietnam con TEPT a un grupo con tratamiento farmacológico, y a otros ocho a un grupo en el que, además de darles el mismo tratamiento farmacológico, recibieron terapia de inundación en imaginación. Los sujetos se encontraban equiparados en edad, estado civil, raza, comorbilidad y medicación psicotrópica. Los resultados mostraron que el componente terapéutico añadido mejoraba considerablemente los síntomas del TEPT, aunque no influyó ni en la depresión ni en la ansiedad como rasgo.

En otra investigación realizada con veteranos de guerra, Boudewyns y Hyer (1990) compararon la Exposición (EX) con el *counseling* tradicional en una muestra de 51 militares con TEPT, encontrando que el 75 % de los casos con éxito había recibido exposición.

Por último, dentro de las técnicas de exposición se ha añadido una nueva y controvertida técnica, la Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (DRMO), diseñada por Shapiro (1989, 1995), en la que se añade a la exposición en imaginación, la inducción de movimientos oculares sacádicos. La técnica consiste en presentar las imágenes perturbadoras, las sensaciones corporales y las cogniciones negativas asociadas con el recuerdo del trauma, mientras el terapeuta mueve sus dedos repetidamente de atrás hacia delante, a unos treinta centímetros de la cara del paciente, quien tiene que seguir esos movimientos con sus ojos. La técnica ha conseguido generar cierta

polémica y desacuerdo sobre su eficacia (Richards, 1999; Rosen, 1999; Rosen *et al.*, 1998, 1999).

Ya que la diferencia con otras técnicas de exposición se basa en los movimientos oculares, no está muy claro el papel que desempeñan y la contribución que hacen al tratamiento. En el metaanálisis realizado por Davidson y Parker (2001) se pone de manifiesto que, mientras que la DRMO representa un tratamiento eficaz cuando se consideran los resultados después del tratamiento o cuando se compara con un grupo control, no resulta más eficaz que otros tratamientos basados en la exposición, ni los movimientos oculares parecen representar un ingrediente necesario para el éxito del tratamiento.

Para finalizar con las terapias de exposición, mencionar que, en los últimos tiempos, se ha introducido la realidad virtual como un nuevo método para realizarla, resultando la Terapia de Realidad Virtual (TRV). Debido a su novedad, apenas existen estudios que demuestren su eficacia, tan solo tenemos el de Rothbaum (2000), en el que se utilizaron sesiones de realidad virtual en el tratamiento de un veterano de guerra de Vietnam, detectándose mejoras sustanciales en los síntomas postraumáticos (45 %) evaluados a través de la *Impact of Event Scale* (Horowitz *et al.*, 1979).

B) Terapias de reestructuración cognitiva

Las terapias que utilizan la Reestructuración Cognitiva (RC) están basadas en la teoría de Beck y su grupo (Beck, 1976; Beck *et al.*, 1979), quienes consideran que, más que el suceso traumático en sí, lo que tiene mayor importancia es la forma en la que el sujeto lo interpreta, y los estados emocionales y pensamientos desadaptativos que lo acompañan. Por tanto, la terapia consistirá en identificar las emociones y pensamientos desadaptativos, evaluar la validez de los mismos y, por último, cambiarlos por otros más ajustados a la realidad y más beneficiosos para el sujeto.

Lamentablemente, las investigaciones realizadas para demostrar las técnicas cognitivas en el tratamiento del TEPT son escasas. Una de ellas es la realizada por Frank *et al.* (1988) con mujeres víctimas de violación: la RC fue comparada con la DS y con un grupo en lista de espera, mostrando el estudio que ambos tratamientos resultaban igualmente eficaces en la reducción de los síntomas postraumáticos. Posteriormente, en la investigación realizada por Marks *et al.* (1998), la Terapia Cognitiva (TC) resultó igualmente eficaz que la EX en el alivio de los síntomas.

Una variante de la terapia cognitiva es la Terapia de Procesamiento Cognitiva (TPC), que combina la terapia cognitiva y la exposición en forma de escritura y lectura en relación con el suceso traumático. Resick y Schniecke (1992) aplicaron esta terapia a víctimas de violación y analizaron la eficacia de la terapia de procesamiento cognitiva con la Terapia de exposición y un grupo en lista de espera, encontrando que ambos tratamientos eran eficaces para reducir los síntomas postraumáticos (Resick *et al.*, 2002).

Como podemos comprobar, el componente cognitivo en el tratamiento del TEPT posee efectos positivos, y estos son similares a los obtenidos por la EX.

C) Terapias de manejo de ansiedad

Por último, dentro de las técnicas de manejo de la ansiedad aplicadas al TEPT, tiene un protagonismo especial el Entrenamiento en Inoculación de Estrés (EIE), creado por Meichenbaum (1974) y ampliado por Kilpatrick, *et al.* (1982), Veronen y Resick (1982), que se basa en la enseñanza a los pacientes de técnicas que les permitan manejar la ansiedad. Para ello, utiliza el entrenamiento en relajación muscular y en respiración, el juego de roles, el modelamiento encubierto, la detención de pensamiento y el entrenamiento autoinstruccional. Dentro de las investigaciones que han empleado este tratamiento para el TEPT encontramos el estudio de Resick *et al.* (1988) en el que compararon la eficacia

del EIE, el entrenamiento asertivo y la psicoterapia de apoyo, utilizando una condición de control. Las mujeres violadas asignadas a las distintas condiciones de tratamiento mejoraron de manera moderada y similar en el malestar subjetivo, relacionado con el trauma, depresión, autoestima y miedos sociales. Las ganancias únicamente se mantuvieron en los miedos sociales en el seguimiento realizado a los seis meses.

Novaco *et al.* (1997, 1998) han utilizado el acercamiento del EIE para el tratamiento de la ira, una respuesta bastante habitual tras el sufrimiento de una experiencia traumática que acompaña al TEPT y que, con frecuencia, se considera un obstáculo para el funcionamiento eficaz de la Exposición Prolongada (EP). Los investigadores proporcionan resultados sobre la eficacia de su programa de tratamiento de la ira que combina distintas técnicas en manejo de la ansiedad con la TC.

A pesar de que estos programas son beneficiosos y utilizados en la práctica clínica para el tratamiento del TEPT, todavía les falta el apoyo empírico suficiente y, por ello, DeRubeis y Crits-Christoph (1998) los incluyeron en la categoría de tratamientos probablemente eficaces.

Referencias bibliográficas

- Andraski, P., Chilcoat, H. y Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms. A perspective study. *Psychiatry Researches*, 79 (2), pp. 131-138.
- Andrews, B., Brewin, C.R., Rose, S. *et al.* (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime. The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington, D.C.
- . (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition revised). Washington, D.C. [trad. cast.: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado*, Barcelona, Masson, 2002].
- . (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, D.C.
- Artes K. L. (1963). Human behaviour under stress; from combat to social psychiatry. *Military Medicine*, 128, 10-11.
- Báguena, M. J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés post-traumático. En: *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces*. Vol I, 311-328. Madrid, Pirámide.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. *et al.* (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford Press.
- Black D. W., Carney C. P., Forman-Hoffman V.L. *et al.* (2004). Depression in veterans of the first Gulf War and comparable military controls. *Annual Clinical Psychiatry*, 16, 53-61.
- Bowen, G. R. y Lambert, J. A. (1986). Systematic desensitization therapy with post-traumatic stress disorder cases. En: C.R. Figley (ed.). *Trauma and its wake*. Vol 2, pp. 280-291. New York, Brunner/Mazel.
- Brown, P. J., Stout, R. L. y Gennon-Rowley, J. (1998). Substance use disorder-PTSD comorbidity. Patients' perceptions of symptoms interplay and treatment issues. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 5, 445-448.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L. *et al.* (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.

- Bryant, R. A., Moulds, M. L. y Nixon, R. V. D. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder. A four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 489-494.
- Cardeña, E., Lewis-Fernández, R., Bear, D. et al. (1996). Dissociative disorders. En: American Psychiatric Association (ed.). *DSM-IV sourcebook*. Vol. 2. Washington, D.C., APA.
- Carroll, E. M., Rueger, D. B., Foy, D. W. et al. (1985). Vietnam combat veterans with PTSD. Analysis of marital and cohabiting adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 329-337.
- Castro, C. A. y Adler, A. B. (1999). Effects on soldier and unit readiness. *Parameters*, 86-95.
- Center for Disease Control. (1988). Vietnam Experience Study. *Psychological and Neuropsychological Evaluation*. Atlanta, Center for Disease Control.
- Chilcoat, H. D. y Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and drugs disorder. Testing causal pathways. *Archives General of Psychiatry*, 10, 913-917.
- Cooper, N. A. y Clum, G. A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans. A controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 381-391.
- Davidson J. R. T., Hughes D., Blazer, D. et al. (1991). Posttraumatic Stress Disorder in the community. An epidemiological study. *Psychosomatic Medicine*, 21, 1-9.
- Davidson, P. R. y Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.
- DeRubeis, R. J. y Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Egendorf, A. C., Laufer, R. S., Rothbart, G. et al. (1981). *Legacies of Vietnam. Comparative adjustment of veterans and their peers*. New York, Center for policy research.
- Enrique, A. (2004). Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra. Una aproximación desde el estrés postraumático. *Journal of psychology and related sciences*, 2, 213-246.
- Estévez, F. J. y Báguena, M. J. (2012). Misiones de paz en zonas de conflicto: análisis de los estresores y repercusiones psicológicas. En: D. Donoso (coord.). *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Madrid, Ministerio de Defensa.
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A. y Foa, E. B. (2000). Anger, dissociation, and posttraumatic stress disorder among female assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 89-100.
- Figley, C. R. (1985). Traumatic stress. The role of the family and social support system. En: C. R. Figley (ed.). *Trauma and its wake*. Vol. II. Traumatic stress. Theory, research and intervention. Psychosocial Stress Series. New York, Brunner / Mazel.
- . (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans. Theory, research and treatment*. New York, Brunner / Mazel.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D. et al. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O. y Steketee, G. S. (1993). Treatment of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 256-276.
- Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Forbes, D., Creamer, M., Hawthorne, G. et al. (2003). Comorbidity as a predictor of symptom change following treatment in combat-related PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 93-99.
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D. et al. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.

- Freedman S. A., Gluck N., Tuval-Mashiach R. et al. (2002). Gender differences in responses to traumatic events. A prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 407-13.
- Freeman A., Kaplan R. y Harold I. (1992). *Tratado de Psiquiatría*. La Habana, Editorial Científico-Técnica.
- Friedman, M. J. y Marsella, A. J. (1997). *Posttraumatic Stress Disorder. An overview of the concept*. Washington D.C., American Psychological Association.
- Gilaberte, I. y Baca, B. E. (2000). Trastorno por estrés postraumático. Estudio en una población de riesgo. *Archivos de Psiquiatría*, 3, 259-271.
- Glenn, D. M., Beckham, J. C., Feldman, M. E. et al. (2002). Violence and Hostility among Families of Vietnam veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Violence and victims*, 17, 473-489.
- Goenjian, A. (2000). Prospective Study of Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depressive Reactions after Earthquake and Political Violence. *Journal of Psychiatry*, 157, 911-895.
- Gray, M. J., Bolton, E. E. y Litz, B. T. (2004). A longitudinal analysis of PTSD symptom course. Delayed-onset PTSD in. Somalia peacekeepers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 909-913.
- Harvey, A. G. y Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Helzer, J. E., Robins, L. M. y McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population. Findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. New England. *Journal of Medicine*, 317, 1630-1640.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. R. y Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale. A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 208-218.
- Jackupcak, M., Conybeare D., Hunt S. et al. (2007). Anger, Hostility and Aggression among Iraq and Afghanistan War Veterans reporting PTSD and Subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 945 -954.
- Jaycox, L. H. y Foa, E. B. (1996). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD. Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 176-184.
- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A. et al. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 60, 916-926.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. y Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape. Assessment and treatment strategies. En: D. M. Dolays y R. L. Meredith (Eds.). *Behavioral medicine. Assessment and treatment strategies*, pp. 473-497. New York, Plenum Press.
- Kofoed, L., Friedman, M. J. M. y Peck, R. (1993). Alcoholism and drug abuse in patients with PTSD. *Psychiatric Quarterly*, 64, 151-171.
- Lazarus R. S. y Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer.
- . (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez Roca.
- Levav, I. et al. (1979). Psychiatric combat reactions during the Yon Kippur war. *American Journal of Psychiatry*, 5, 637-641.
- Marks, I. M., Lovell, K., Norshirvani, H. et al. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Marshall, R. D., Spitzer, R. y Liebowitz, M. R. (1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677-1685.
- McFarlane, A. C. (1988). The phenomenology of posttraumatic stress disorders following a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 22-29.

- McNally, R. J., Bryant, R. A. y Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological science in the public interest*, 4, 45-79.
- Meichenbaum, D. (1974). Self-instructional methods. En: F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.). *Helping people change*, pp. 357-391. New York, Pergamon Press.
- Neylan, T. C., Marmar, C. R., Metzler, T. J. et al. (1998). Sleep disturbances in the Vietnam generation. Finding from a nationally representative sample of male Vietnam veteran. *American Journal of Psychiatry*, 7, 929-933.
- Novaco, R. W. y Chemtob, C. M. (1998). Anger and trauma. Conceptualization, Assessment, and treatment. En: V. M. Follette, J. I. Ruzek y F. R. Abueg (eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, pp. 162-190. New York, The Guilford Press.
- Noy, S. (1986 b). The forward treatment of combat stress reactions. A test case in the 1982 conflict in Lebanon. En: N. A. Milgram (ed.). *Stress and coping in time of war. Generalizations from the Israeli experience*. C. R. Figley (ed.), New York, Brunner / Mazel Publishers.
- Penk, W., Robinwitz, R., Roberts, W. R. et al. (1981). Adjustment differences among male substance abusers varying in degree of combat experience in Vietnam. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 426-437.
- Peterson, D. B. (1955). The psychiatry operation, army forces, Far East, 1950-53. *American Journal Psychiatry*, 112-123.
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E. et al. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17-20.
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A. et al. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.
- Richards, D. A. (1999). The eye movement desensitization and reprocessing debate. Commentary on Rosen et al. y Poole et al. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 13-17.
- Rosen, G. M. (1999). Treatment fidelity and research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 173-184.
- Rosen, G. M., Lohr, J. M., McNally, R. J. et al. (1998). Power therapies, miraculous claims, and the cures that fail. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 99-101.
- . (1999). Power therapies. Evidence vs. miraculous claims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 9-12.
- Rothbaum, B. O. (2000). Psychosocial treatments of post-traumatic stress disorder. En: D. Nutt, J. R T. Davidson y J. Zohar (eds.). *Post-traumatic stress disorder. Diagnosis, management and treatment*, pp.101-114. UK. M. Dunitz.
- Schneider, R. J. (1987). Stress breakdown in the Wehrmacht. Implications for today's army. En: Belenky, G. L. (ed.) *Contemporary studies in combat psychiatry*. Westport, C.T., Greenwood Press.
- Selye, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 10, 230-231.
- . (1956). *The Stress of life*. New York, McGraw-Hill.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization. A new treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 3, 211-217.
- . (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures*. New York, Guilford Press.
- Sinnot, W. M. (1993). Utilización de la terapia ocupacional en el control del estrés de combate en la guerra del G. Pérsico. *Military Medicine*, 158, 381-385.

- Southwick, S. M., Yehuda, R. y Giller Jr., E. L. (1993). Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1020-1023.
- Spiegel, H. (1944). Psychiatric observations in the Tunisian Campaign. *American Journal of Orthopsychiatry*, 14, 381-385.
- Ursano R. J., Kao, T. y Fullerton, C. S. (1992). PTSD and meaning. Structuring human chaos. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 80, 756-759.
- Utrilla, F. (1991). *El estrés en campaña*. Madrid, Talleres del Servicio Geográfico del Ejército.
- Vogt, D. S. y Tanner, L. R. (2007). Risk and resilience factors for posttraumatic stress symptomatology in Gulf War vets. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 27-38.
- Watson, P. (1978). *War on the Mind. The Military Uses and Abuses of Psychology*. Nueva York, Inc. Publishers.
- Winfield, I., George, L. K., Swartz, M. et al. (1990). Sexual assault and psychiatric disorders among women in a community population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 335-41.
- Wolfe J., Erickson D. J., Sharkansky E. J. et al. (1999). Course and predictors of post-traumatic stress disorder among Gulf War veterans. A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 520-528.

Capítulo 7

Suicidio

Teniente coronel David Onís Revilla¹
Capitán Antonio E. Sánchez Rivas²

«Cada fracaso enseña al hombre algo que necesitaba aprender».
Charles Dickens

1. Introducción

El presente artículo realiza una breve exposición con carácter meramente introductorio acerca del acto del suicidio. Hemos tenido presente en su elaboración aquello que un conferenciante podría necesitar, a nuestro juicio, en una exposición impartida a un público no especialista. El lector dará cuenta de las deudas de los autores para con algunas de las publicaciones que se citan y extractan: no se busca tanto la originalidad cuanto un repaso a aquella literatura relativamente reciente que nos ha parecido pertinente como introducción al tema para un neófito. Ha de tenerse en cuenta que el grueso de este artículo se redactó en 2013, de ahí la fecha de gran parte de las estadísticas y citas que se incluyen. No obstante lo anterior, se ha incluido alguna referencia algo más actualizada, especialmente en el apartado de prevención.

Con todo, sí hemos tratado de dar la voz principal a aquellos organismos más representativos en el asunto, así como a algunos de los especialistas más destacados. Las citas provienen de instituciones como la OMS, el Instituto Nacional de Estadística (INE), grupos de trabajo ministeriales o libros y artículos de autores reconocidos. Hemos añadido en la bibliografía el enlace de aquellas fuentes disponibles en red para aquel que quisiera indagar más sobre el asunto. En todo caso, resaltamos la deuda de este resumen con los documentos de la OMS que se citan, así como con el Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*, cuya publicación no podemos dejar de recomendar. Además, esta *Guía* fue revisada en septiembre de 2020, concluyéndose que las recomendaciones y otros contenidos clínicos relevantes continúan siendo vigentes.

El artículo se ciñe al suicidio y al intento de suicidio. No recogemos otros actos que merecerían un tratamiento aparte como los de las autolesiones, automutilaciones y otras formas de agresión contra uno mismo, aun cuando para algunos autores puedan estar incluidos dentro de la conducta suicida.

Comenzaremos con un repaso a los términos más usados en la literatura que nos ha sido accesible. A continuación, haremos referencia a algunos aspectos legales de nuestro ordenamiento que pudieran ser de interés para aquellos que tratan con el tema. El siguiente apartado –epidemiología– dibuja un panorama general del estado de la cuestión,

¹ Onís Revilla, David (MC). Teniente coronel psicólogo (CMS). Psicólogo de unidad, destinado en la enfermería del Mando Aéreo General de Zaragoza.

² Sánchez Rivas, Antonio Esteban (MC). Capitán psicólogo (CMS), destinado en el Gabinete de Psicología del Cuartel General de la Comandancia General de Ceuta. Máster en Neuropsicología Clínica (UPO). Máster en Neurociencia y Biología del Comportamiento (Psicobiología) (UPO). Máster en Psicopatología Criminal y Forense (UCJC).

primero en un sentido sociodemográfico general y, después, ajustado brevemente a la situación española y dentro de nuestras FAS, hasta donde nos ha sido posible. El apartado quinto repasa algunos de los modelos etiológicos propuestos para explicar el acto de interés desde diferentes perspectivas. Seguidamente, nos ocuparemos de los factores estudiados que presentan algún tipo de relación con el suicidio, bien sean biológicos, sociológicos, psicológicos, etc. En él se repasan tanto aquellos factores que pueden ser considerados precipitantes como, muy brevemente, aquellos otros factores que parecen proteger del acto del suicidio. En último lugar, recogemos unas notas acerca de la prevención del suicidio.

2. Términos

El *Diccionario de uso del español* (Moliner, 1981) brinda la siguiente definición de suicidio: «acción de matarse a sí mismo». Por su parte, en el ámbito médico, la OMS, en la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10; OMS, 1986), propone los siguientes criterios operativos de suicidio:

- Un acto con resultado letal.
- Deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto.
- Sabiendo o esperando el resultado letal.
- La muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.

Las diferentes variantes del suicidio se recogen en CIE-10 (capítulo vigésimo «Causas externas de mortalidad y morbilidad»). En otro documento del mismo organismo se dice que «el suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio» (OMS, 2000). Una de las primeras tareas de la medicina legal en su ejercicio forense es la de evaluar, ante un caso de muerte, si esta ha tenido lugar por causas naturales, homicidio o suicidio para ilustrar al órgano judicial competente.

Asimismo, la OMS también recoge el concepto de parasuicidio como «un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico» (Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*, en adelante Grupo, 2012).

Más allá de la OMS, diferentes autores han considerado la importancia de otros fenómenos adyacentes al suicidio así como de otro tipo de terminología, entre los que destacamos a Farberow (1980), que distingue entre conductas autodestructivas directas o conscientes, e indirectas o inconscientes; Diekstra y Van Egmond (1989), que propusieron considerar la conducta suicida como una conducta de afrontamiento dirigida a modificar el entorno; O'Carroll *et al.* (1996), que diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado; o la revisión de esta última nomenclatura por Silverman (2007, citado en Grupo, 2012), que diferencia entre ideación suicida, comunicación suicida y conducta suicida; aunque no los detallaremos en aras de la concreción del presente artículo. No en vano, O'Carroll *et al.* (1996) define el campo que nos ocupa como una «torre de Babel» de la terminología sanitaria. Reproducimos un cuadro resumen de la terminología de Silverman (véase tabla 4), quizá la clasificación más actual entre las influyentes (Grupo, 2012).

No obstante, queremos resaltar que el espectro del suicidio puede contemplarse, bien como un conjunto de fenómenos independientes, que aparecen en tipos

poblacionales diferentes y en circunstancias distintas; bien como un continuo de conductas que incluye en sucesión temporal las ideas de suicidio, la comunicación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, entre otros (Sarró y de la Cruz, 1991; Soler y Gascón, 2005).

Ideación suicida	Sin intencionalidad suicida	Casual
	Con grado indeterminado de intencionalidad	Transitoria
	Con alguna intencionalidad suicida	Pasiva Activa Persistente
Comunicación suicida	Sin intencionalidad suicida Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)	
	Con grado indeterminado de intencionalidad Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)	
	Con alguna intencionalidad suicida Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)	
Conducta suicida	Sin intencionalidad suicida Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) Con lesiones (Autolesión, Tipo II) Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)	
	Con grado indeterminado de intencionalidad Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) Con lesiones (Autolesión, Tipo II) Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)	
	Con alguna intencionalidad suicida Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) Con lesiones (Autolesión, Tipo II) Con resultado fatal (Suicidio consumado)	
*Clasificación adicional para Comunicación y Conducta suicida:		
- Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación)		
- Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control)		
- Foco mixto		

Tabla 4. Revisión de la nomenclatura de O'Carroll *et al.*, Silverman *et al.* (Grupo, 2012)

Independientemente de la opción que se tome, hemos seleccionado algunos de los términos de uso más frecuente en la literatura que nos ha sido posible consultar y los exponemos brevemente a continuación junto con algunos de sus sinónimos. Reiteramos suicidio e intento de suicidio, extrayendo las definiciones esta vez y principalmente de un manual de recomendaciones terapéuticas psiquiátrico español, acaso para poder recoger un punto de vista más cercano a nuestro entorno.

Suicidio: «muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir» (Soler y Gascón, 2005). En este sentido, suicidio es sinónimo de suicidio consumado, o comportamiento suicida mortal. Es de señalar la condición necesaria de intencionalidad que ha de encontrarse en toda muerte para ser calificada de suicidio, así como la dificultad en muchas ocasiones de determinar esta intencionalidad. Algunos casos pueden resultar apenas discernibles, como lo es el de suicidio por precipitación, que puede clasificarse como accidente; una sumersión como un asesinato; o una sobredosis intencional con medicación como una muerte natural en un paciente diagnosticado con enfermedad crónica (Guija *et al.*, 2012).

Intento de suicidio: «acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría, o bien en aquel que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica» (Soler y Gascón, 2005). Este término es equivalente a otros, como parasuicidio (en la mayoría de autores que hemos consultado, no así para Diekstra, 1989), o comportamiento suicida no mortal.

Suicidio frustrado: «cuando la acción de un agente accidental e imprevisible impide la consumación con la muerte del sujeto» (Soler y Gascón, 2005).

Ideación suicida: «pensamientos sobre el cese de la propia vida» (Soler y Gascón, 2005).

Comunicación suicida: «acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida» (Silverman, 2012, citado en Grupo, 2012). El término acoge desde la amenaza suicida al plan suicida.

Conducta o comportamiento suicida: categoría que recoge, entre otros, todos los términos anteriores. Silverman (2012, citado en Grupo, 2012) nos dice que es aquella «conducta potencialmente lesiva y autoinflingida en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad y que la persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida».

Autolesión: «el comportamiento autolesivo consiste en inflingirse daño corporal sin intención suicida (cortes en la piel, quemaduras, golpes, rascado). La conducta autolesiva repetitiva se caracteriza por la presencia de impulsos irresistibles, recurrentes e intrusivos de inflingirse daño físico que se acompaña de tensión creciente, ansiedad u otros estados disfóricos» (Soler y Gascón, 2005).

3. Aspectos legales

El tratamiento del suicidio requiere, siquiera someramente, una referencia al marco legal español en aquellos artículos que lo recogen de manera explícita. Asimismo, hacemos una breve referencia al aspecto de las responsabilidades por mala praxis. En todo ello, seguimos la excelente exposición recogida en la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (Grupo, 2012).

- Intento de suicidio y suicidio: el Código Penal español (CP) no penaliza a la persona que intenta suicidarse ni a la que lo ha consumado.
- Inducción y cooperación al suicidio: en sus artículos 143.1 y 143.2, el CP detalla que el acto de inducción al suicidio se penará con entre cuatro y ocho años de prisión; así como que la cooperación al suicidio cuando se haga con actos necesarios conllevará una pena de entre dos y cinco años de prisión.
- Cooperación por razones humanitarias: en cuanto a la cooperación en el acto de suicidio por razones humanitarias, el CP, en su artículo 143.4, recoge lo siguiente:

«el que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos y difíciles de soportar, solamente será castigado con la pena inferior en grado».

- Suicidio e imprudencia: el delito de imprudencia se halla tipificado en el CP en su art. 142.1: «el que por imprudencia grave causare la muerte a otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años». Y en cuanto a la imprudencia profesional, el punto 3.º del artículo anterior reza: «cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional, se impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de tres a seis años».
- Responsabilidades derivadas del suicidio: la conducta suicida es la causa más frecuente de demandas judiciales al médico-psiquiatra por mala práctica. En la mayor parte de los casos se pide la aplicación de la figura de «imprudencia temeraria» por no prever ni prevenir adecuadamente el comportamiento suicida del paciente, si bien pueden derivarse además responsabilidades por negligencia (dejadez o descuido) así como por impericia (carencia de conocimientos y experiencia).

En los suicidios, el profesional sanitario solo tendrá responsabilidad penal cuando la conducta sea claramente previsible y humanamente evitable y el profesional deberá probar que tomó las medidas adecuadas. En ningún caso se excusará la responsabilidad acudiendo al secreto profesional sanitario. Los facultativos deben revelar los datos sanitarios, entre otros casos, cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización.

4. Epidemiología

Si bien se conservan textos que evidencian la existencia del suicidio desde la antigüedad clásica, la historia de la categorización y el recuento de los suicidios se remonta a la segunda mitad del siglo XIX. La primera clasificación de las defunciones según la causa de muerte se remonta al decenio 1861-1870, que contempló en primera instancia únicamente cinco enfermedades.

Posteriormente, la causa de muerte se clasificó según la lista de 99 diagnósticos del Dr. Bertillón, que constituyó el origen de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, que se utiliza en la actualidad para la codificación de las causas de defunción. Hoy en día, esta clasificación consta de más de 12.000 enfermedades y es la usada en la clasificación de muertes (fuente: www.ine.es).

El suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo, produciendo alrededor de un millón de muertes anuales. En algunos países, es la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en el de 15 a 44 años.

Si los suicidios consumados representan alrededor de un millón de casos al año, los intentos de suicidio podrían ser diez o veinte veces más numerosos, lo que traducido a tiempo equivale a una tentativa suicida cada tres segundos y un suicidio consumado cada cuarenta segundos. Respecto a la edad y al sexo, existen importantes diferencias entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Así, mientras el primero suele producirse en hombres, los intentos son más habituales entre las mujeres jóvenes (Grupo, 2012).

Seleccionamos a continuación algunos factores sociodemográficos y de salud no específicamente españoles y detallamos su relación con el tema del suicidio. Recordamos que el artículo se escribió originalmente en 2013 con las fuentes que se encontraron disponibles en el momento

4.1. Factores sociodemográficos y suicidio

Seguimos principalmente la exposición de Grupo (2012), así como el documento de la OMS, *Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generales* (2000).

Región o país: las mayores tasas de suicidio se encuentran en países del norte europeo. Las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se hallan en Lituania y Rusia (51,6 y 43,1 por cada 100.000 habitantes). En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte, siendo los países de Europa oriental los que presentan mayores tasas, aunque también se observan altas tasas en los países nórdicos (Grupo, 2012) (véase gráfico 3).

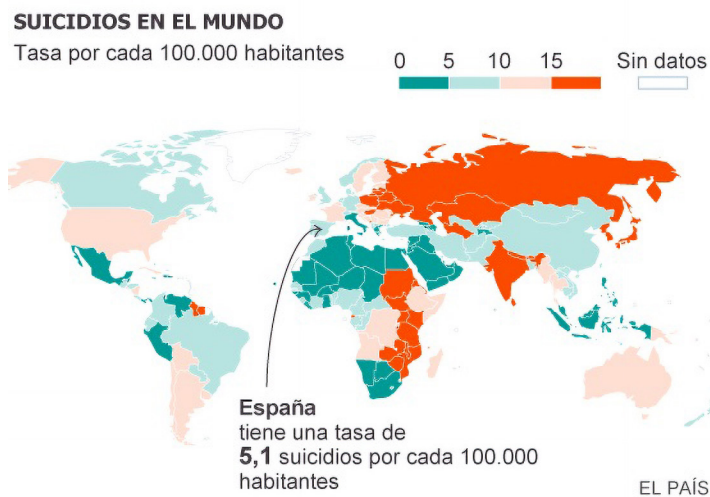


Gráfico 3. Suicidios en el mundo. Disponible en:
http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/04/actualidad/1409826684_450206.html

- Género: el suicidio se identifica principalmente con el hombre: la proporción de suicidios hombre/mujer es de cuatro a uno en países occidentales y entre tres a uno y 7,5 a uno en el resto del mundo, con las excepciones de India y China, en donde no hay claras diferencias respecto al género (Grupo, 2012).
- Edad: aunque proporcionalmente las tasas de suicidio son más altas entre las personas de edad avanzada, el número absoluto de casos registrados es mayor entre los menores de 45 años, sin existir diferencia entre continentes o en cuanto a los niveles de industrialización o riqueza. No obstante, tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio son escasos antes de la pubertad. En Europa, el suicidio en jóvenes ha ido aumentando entre 1980 y 2000, multiplicándose por cuatro su tasa (Grupo, 2012).
- Estado civil: las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio (OMS, 2000).
- Ocupación: algunos colectivos parecen encontrarse dentro de un mayor riesgo de suicidio. La OMS (2000) señala profesiones como la de cirujano, veterinario, farmacéutico, dentistas o practicantes de la medicina como aquellas con mayor riesgo de suicidio. La OMS no señala la profesión militar entre las de mayor riesgo.

Aun así, ha de tenerse en cuenta que los datos de la OMS son previos a los despliegues de EE. UU. en Irak y Afganistán, donde la situación podría haber cambiado. El número de suicidios de militares estadounidenses comenzó a incrementarse a partir de 2006, hasta alcanzar 349 fallecidos por suicidio ese mismo año. En comparación, 295 soldados estadounidenses

murieron en combate en 2012. Los datos arrojan el siguiente resultado: desde 2009, veintidós de cada cien mil soldados estadounidenses se ha suicidado (Cloud, 2013).

A la vista de estos resultados, parecería establecerse una relación entre los citados despliegues y el suicidio, pero recientemente un artículo del psiquiatra de la Universidad de San Diego, M. Stein, refleja que el 52 % de los militares en activo que cometieron suicidio nunca fueron desplegados en Irak o Afganistán (Zarembo, 2013).

No obstante, Miralles y Cano (2009), en el caso particular del Ejército español, señalan que, desde el año 1995 hasta el año 2001, el número de suicidios y tentativas de suicidio disminuyeron paulatinamente hasta cero suicidios en 2000 y 2001. Aun cuando no hemos conseguido los datos posteriores correspondientes a este periodo, no parece que la situación del Ejército español pueda ser comparable al del estadounidense. Nos ocuparemos brevemente de este aspecto más adelante.

4.2. Salud y suicidio

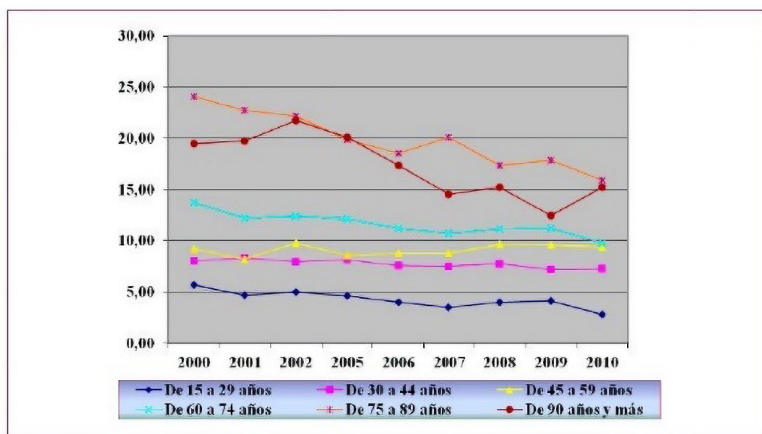
Salud mental: en los estudios tras el suicidio consumado se ha evidenciado la presencia de trastornos mentales en alrededor del 90 % de los casos. Los trastornos más frecuentemente asociados son la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de personalidad y los trastornos de ansiedad (Grupo, 2012). La OMS (2000) advierte que es común en las personas que cometen suicidio la presencia de más de un trastorno al mismo tiempo. En este sentido, es importante destacar las previsiones del estudio ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), que advierte de que un 14,7 % de la población europea presentará un trastorno afectivo a lo largo de su vida (casi un 20 % en el caso de España), el 14,5 % un trastorno de ansiedad y un 5,2 % un trastorno por abuso de alcohol (Grupo, 2012). No obstante los datos anteriores, detallamos más adelante algunos de los modelos que enfocan el suicidio desde el marco de la salud mental (apartado 5).

Trastornos físicos: el riesgo de suicidio parece incrementarse en aquellas personas con enfermedades físicas crónicas. La OMS (2000) afirma que en las personas con enfermedad física existe una tasa superior de trastorno psiquiátrico, sobre todo depresión, así como que «la cronicidad, la inhabilidad y el pronóstico negativo se correlacionan con el suicidio». Entre las enfermedades físicas más representativas en cuanto a su relación con la tasa de suicidio, encontramos las enfermedades neurológicas (especialmente epilepsia), lesiones en la médula espinal y el cerebro (un 19 % de los pacientes que sufren un derrame desarrollan depresión y presentan tendencias suicidas), así como en aquellas enfermedades calificadas de terminales (con el factor del incremento del dolor como determinante; OMS, 2000).

4.3. Suicidio en España

En España, el número de muertes por suicidio se ha estudiado a partir de la *Estadística de suicidio* que se ha realizado a partir de datos facilitados por el Ministerio de Justicia, desde 1906 hasta 2006. Con periodicidad anual, ha recogido información tanto de los suicidios consumados como de las tentativas. A su vez, estos datos se complementan con el registro de variables como el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la profesión, los medios empleados en el suicidio o la comunidad autónoma (Amezaga y Orgaz, 2008).

Desde 2007, siguiendo los estándares internacionales, se tomó la decisión de suprimir los boletines del suicidio y obtener la información estadística relativa al suicidio a partir de la información que ofrece el boletín de defunción judicial que se utiliza para la Estadística de defunciones según la causa de muerte, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS (disponible en www.ine.es).

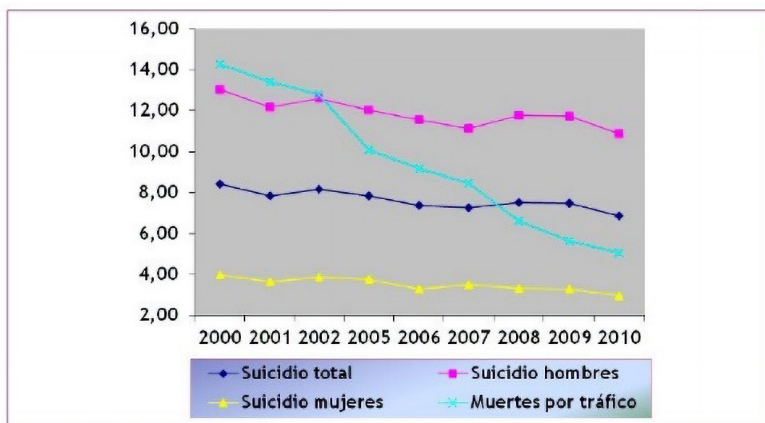


Fuente: datos del Instituto Nacional de Estadística (31). Elaboración propia.

Gráfico 4. Tasas globales de suicidios en España (por 100.000 habitantes) y rango de edad. Fuente INE

En España se suicidan alrededor de nueve personas al día, con un 78 % de varones y aumentando la tasa a medida que aumenta la edad (INE, 2010). Aunque las tasas de suicidio se sitúan entre las más bajas de Europa, los datos revelan una evolución ascendente hasta 2003, encontrándose una estabilización de las muertes por suicidio desde entonces (véase gráfico 4).

La disminución de las muertes por accidente de tráfico en los últimos años ha producido que el suicidio sea la primera causa de muerte no natural desde 2008. Según datos de 2010, las comunidades que presentan mayores tasas son Asturias y Galicia (13,74 y 9,83), mientras que Madrid y Melilla presentan las más bajas (1,89 y 1,32) (véanse gráficos 5 y 6).



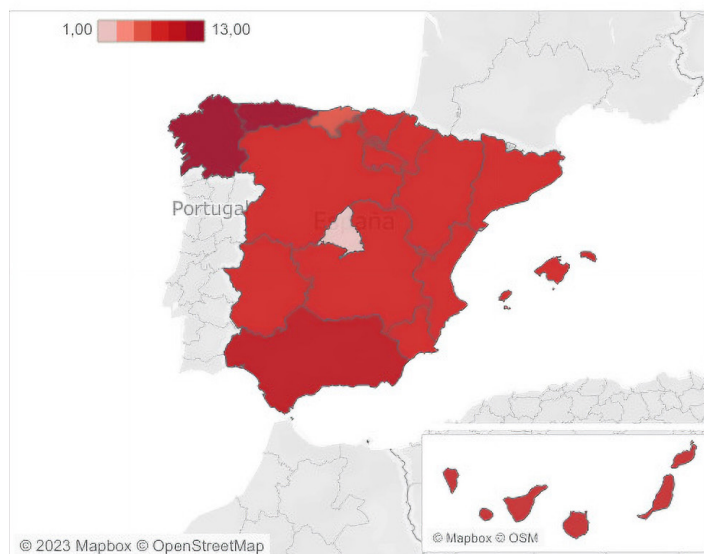
Fuente: datos del Instituto Nacional de Estadística (31). Elaboración propia.

Gráfico 5. Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico y suicidio en España (por 100.000 habitantes). Fuente INE

Datos por cada 100.000 habitantes

Filtre por año
2012

Filtre por sexo
Ambos sexos



Comunidad autónoma	Ambos sexos
Principado de Asturias	12,62
Galicia	12,04
Andalucía	9,41
Islas Canarias	9,16
La Rioja	8,96
Aragón	8,37
País Vasco	8,16
Valencia	8,15
Islas Baleares	8,13
Castilla y León	7,97
Castilla-La Mancha	7,63
Melilla	7,43
Navarra	7,14
Murcia	7,12
Extremadura	7,04
Cataluña	7,03
Cantabria	6,40
Ceuta	2,38
Madrid	1,18

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte.

Gráfico: Katherine Pennacchio

Gráfico 6. Tasa de mortalidad por Comunidad Autónoma (por 100.000 habitantes). Fuente: INE. Disponible en: <http://www.elmundo.es/Gráfico/salud/2014/09/10/540ee15ce2704e1a188b4581.html>

A continuación reproducimos a modo orientativo (véase gráfico 7) los resultados de suicidios, alojados en la página del INE (2019), por edad y sexo (tasa por 100.000 habitantes).

Defunciones según la Causa de Muerte 2019

Suicidios. Resultados nacionales

Suicidios por edad y sexo.

Unidades: suicidios

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	3.671	2.771	900
Menores de 15 años	7	4	3
De 15 a 29 años	309	235	74
De 30 a 39 años	413	314	99
De 40 a 44 años	342	263	79
De 45 a 49 años	389	310	79
De 50 a 54 años	411	301	110
De 55 a 59 años	350	260	90
De 60 a 64 años	293	207	86
De 65 a 69 años	231	172	59
De 70 a 74 años	240	177	63
De 75 a 79 años	228	171	57
De 80 a 84 años	214	163	51
De 85 a 89 años	148	118	30
De 90 a 94 años	81	63	18
De 95 años y más	15	13	2

Gráfico 7. Tasa de suicidios por 100.000 habitantes, por sexo y edad. Fuente: INE, 2019

4.4. Suicidios en las FAS

En las Fuerzas Armadas (FAS) españolas, el suicidio como causa de muerte fue reflejado en el *Anuario estadístico militar*, editado por la Unidad de Estadística del Órgano Central del Ministerio de Defensa hasta 2001 (publicado en 2002). En adelante, el Anuario solo recogería los accidentes de carácter militar y las agresiones (véase tabla 5).

Año	Suicidios consumados	Tentativas de suicidio
1990	19	115
1991	19	79
1992	13	72
1993	14	9
1994	27	6
1995	12	12
1996	8	4
1997	10	6
1998	7	4
1999	5	2
2000	0	2
2001	0	0

Tabla 5. Suicidios en Fuerzas Armadas. Fuente: Miralles y Cano, 2009

Según datos de Fuertes (1996; citado en Miralles y Cano, 2009), «el suicidio en sí, o los intentos de suicidio, aparecen como una de las primeras causas de visita a las consultas de psiquiatría de los distintos centros militares». No obstante, Miralles y Cano, en su estudio sobre militares de reemplazo entre 1990 y 2001, y a partir de los datos del citado Anuario, reflejaron una disminución progresiva de los suicidios consumados así como de las tentativas a lo largo del tiempo.

Si bien, en 1986, la tasa de suicidios en el personal de tropa era superior a la de la población general española (10,11 por cada 100.000 habitantes en tropa, frente a 6,6 en población general), la situación se igualó en 1990 (7,5) e, incluso, mejoró comparativamente de forma ostensible en 1999 (con cinco suicidios militares frente a 260 en población general para el mismo grupo de sexo y edad), hasta el año 2000 en el que no se produjo ningún suicidio en el ámbito militar. Los autores citados achacan esta reducción de la tasa de suicidio tanto a la inclusión de personal especializado en las unidades y a la concienciación del problema en los cuadros de mando, como al cribado que supuso en la incorporación al servicio militar la figura del objetor de conciencia en un primer momento (1995), y la supresión del servicio militar obligatorio y la aparición de las FAS estrictamente profesionales posteriormente (1999).

5. Modelos etiológicos de la conducta suicida

La mayoría de autores están de acuerdo en que raramente existe una sola causa y que, más bien, son varias las que actúan de forma aditiva.

El análisis de la causalidad de la conducta suicida implica atender a factores socioculturales, psicodinámicos, biológicos, precipitantes y resolutivos. A pesar de los argumentos a favor del acto suicida como una decisión racional tomada por una persona, existen pocos fundamentos para esta afirmación. De hecho, según algunos autores, hasta el 90-98% de todos los suicidas presentaban al menos un diagnóstico psiquiátrico (Legido, 2012). Veremos a continuación algunos de los modelos que se han propuesto para dar cuenta del fenómeno.

5.1. Modelo de fuerzas contrabalanceadas de la conducta suicida

Plutchik y Van Praag (1989) definen dos fases ante una posible conducta de suicidio en las que fuerzas contrabalanceadas o antagónicas van a determinar la intensidad de la acción. Las dos fases descritas en su modelo hacen referencia a: a) la producción de la conducta y b) la direccionalidad de la acción (hacia uno mismo o hacia los demás).

Bajo ciertas condiciones se activaría la conducta suicida y violenta como resultado de un impulso agresivo. La base neuroquímica relacionada con este tipo de conducta auto o heteroagresiva sería la disfunción del neurotransmisor serotonina, relacionado fundamentalmente con la impulsividad.

La agresividad hacia uno mismo estaría relacionada con factores como la ansiedad (rasgo y estado), la ira, la tristeza y la impulsividad; mientras que la violencia estaría relacionada con la ira, el enojo, el resentimiento y la impulsividad.

5.2. Modelo estrés-diátesis del suicidio

Mann (1998), a partir de las ideas de Plutchik y Van Praag antes citadas, propone un modelo de la conducta suicida que integra aún más los conocimientos neurobiológicos sobre la misma. La conducta suicida sería la resultante de la interacción entre el estrés y la predisposición a la conducta suicida (diátesis), postulando un modelo estrés-diátesis. El modelo atribuye a la disminución de la actividad serotoninérgica el valor de un marcador de rasgo y al eje hipotalámico-hipofiso-suprarrenal el de un marcador de estado (respuesta de estrés mantenido).

Mann sostiene que la función serotoninérgica constituye un mecanismo de contención de la conducta, y de ahí el riesgo de impulsividad asociado a la hipofunción serotoninérgica. La disfunción en la actividad serotoninérgica reflejaría una incapacidad del mecanismo de contención, predisponiendo al sujeto a reaccionar ante ciertos factores ambientales estresantes con una conducta autoagresiva (conducta suicida) o heteroagresiva (violencia).

Brent y Mann (Brent *et al.*, 2002) han relacionado los factores de vulnerabilidad con el inicio temprano de conductas suicidas en adolescentes, vinculando la importancia de estresores externos familiares, como por ejemplo crisis en las relaciones interpersonales, pérdidas, o fracasos que pueden influir en el desarrollo de estas conductas, sobre todo si se producen en el contexto de un episodio depresivo. Un funcionamiento familiar desestructurado puede traducirse en maltratos o abusos en los niños que pueden jugar un papel importante en el desarrollo de la conducta suicida en los adolescentes.

El grupo de Mann ha propuesto además la aplicación de su modelo en programas de prevención. Las intervenciones más efectivas que se han aplicado han sido la

psicofarmacología (antidepresivos y antipsicóticos) y la psicoterapia (programas de alcoholismo y la terapia cognitivo conductual).

5.3. Modelo clínico-bioquímico de cuatro vías

Según este modelo, desarrollado por Fawcett *et al.* (1997), el suicidio aparecería tras un estado de desesperación y desolación que motivaría una conducta de escape.

La desesperanza estaría asociada a la tristeza y la depresión, mientras que la desolación se asociaría a la ansiedad.

Los autores plantean la conducta suicida en función de dos tipos de factores:

- Uno de carácter agudo a corto plazo. Factores como el grado de ansiedad, anhedonia, insomnio, falta de concentración, la presencia de crisis de pánico o el abuso moderado de alcohol se relacionan con el suicidio a corto plazo.
- Otro de carácter crónico o a largo plazo. La ideación suicida, intentos previos, el grado de desesperanza o el abuso de sustancias se relacionan con el suicidio a largo plazo.

Estos factores (a corto plazo y a largo plazo) provocan la activación del eje hipotalámico-hipofiso-suprarrenal en la vía aguda, y la disfunción del sistema serotoninérgico en la vía crónica, que unidas a estados de anhedonia y rasgos de desesperanza, provocarían la conducta suicida.

5.4. Modelo de Blumenthal y Kupfer (1988)

Se trata también de un modelo basado en los aspectos biomédicos de la conducta suicida. Trata de explicar las conductas autodestructivas en base a la interacción de múltiples factores de riesgo agrupados en cinco ejes o dominios, que constituyen «esferas de vulnerabilidad»: factores biológicos, rasgos de personalidad, trastornos psiquiátricos, factores familiares y genéticos, y finalmente, factores psicosociales. Así la presencia de diferentes dominios aumenta el riesgo de suicidio y explica por qué solo algunos de los pacientes que presentan ciertos trastornos psiquiátricos cometen actos suicidas.

Este modelo servirá de guía para conformar los diversos factores de riesgo, precipitantes y protectores asociados a la conducta suicida que referenciamos en el siguiente apartado.

5.5. Algunas teorías actuales

Turecki (2001) establece un modelo donde aparecen factores de riesgo de suicidio y depresión mayor con especial énfasis en el papel mediador de las conductas impulsivas y agresivas.

Este autor considera fundamental la importancia de la predisposición biológica resalta previamente por numerosos autores. Sin embargo, la relación existente entre dicha predisposición y el suicidio no es directa, puesto que parece estar mediado por una serie

de factores. Además de las variables clínicas anteriormente mencionadas, también cobran una especial relevancia la historia de abusos sexual y físico en los primeros años de vida, el comportamiento asociado a rasgos de personalidad y la existencia de acontecimientos vitales.

Courtet *et al.* (2005) por su parte explican que hay bases genéticas específicas de la conducta suicida independientemente de los factores genéticos implicados en la predisposición a trastornos psiquiátricos asociados a conducta suicida (trastorno bipolar, esquizofrenia, alcoholismo). Para estos autores también estaría implicada en la conducta suicida un déficit funcional en el sistema serotoninérgico, determinado genéticamente, que probablemente interactúe con factores ambientales tempranos.

Jollant *et al.* (2011) desarrollan un modelo neurocognitivo operativo basado en hallazgos neuropsicológicos en sujetos con intentos de suicidio, evidenciando un déficit en toma de decisiones, disminución de habilidades en resolución de problemas, reducción de fluencia verbal y elevada atención selectiva hacia estímulos emocionales negativos. Dan importancia a determinadas áreas neuroanatómicas implicadas en la conducta suicida, como son el área orbital ventrolateral, córtex prefrontal dorsomedial y dorsolateral, el giro cingulado anterior y la amígdala y la interacción entre las mismas. Estos autores proponen en su modelo que la existencia de déficit neurocognitivos, unido a características de rasgo, pueden facilitar el desarrollo de conductas suicidas durante circunstancias ambientales estresantes.

Como se ha visto, todos los modelos expuestos ponen de relevancia la importancia de la hipofunción serotoninérgica como factor de vulnerabilidad del paciente que, además, interaccionaría con factores estresantes. A esto, habría que añadir las características psicopatológicas que se expresarían en la conducta impulsiva.

6. Factores de riesgo, precipitantes y protectores asociados a la conducta suicida

Como se viene comentando en el artículo, resulta imposible encontrar una última causa que explique el fenómeno suicida, por lo resulta más adecuado hablar de factores que de causas. Ahora bien, los factores de riesgo pueden agruparse de muy diferentes maneras.

Como se ha referido anteriormente, para Blumenthal y Kupfer (1988), las conductas autodestructivas se explican en base a la interacción de múltiples factores de riesgo, los cuales se agrupan en cinco ejes o dominios que constituyen las esferas de vulnerabilidad: factores biológicos, rasgos de personalidad, trastornos psiquiátricos, factores familiares y genéticos y factores psicosociales, entre los que se incluyen los acontecimientos vitales *life events*, los factores ambientales y las enfermedades médicas. La probabilidad de aparición de la conducta suicida aumentaría cuanto mayor es el número de factores de riesgo. Así, el nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros.

Desde otro punto de vista, Grupo (2012) recoge una clasificación de los mismos según pueda intervenir clínicamente sobre ellos o no. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse ser modificados por el clínico. Por su parte, los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico (véase tabla 6).

Modificables	Inmodificables
Trastorno afectivo	Heredabilidad
Esquizofrenia	Sexo
Trastorno de ansiedad	Edad:
Abuso de sustancias	• Adolescentes y adultos jóvenes
Trastorno de la personalidad	• Edad geriátrica
Otros trastornos mentales	Estado civil
Salud física	Situación laboral y económica
Dimensiones psicológicas	Creencias religiosas
	Apoyo social
	Conducta suicida previa

Tabla 6. Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables.
Fuente: Grupo 2012

Por su parte, Moscicki (1997) expone los factores de riesgo dividiéndolos en proximales y distales. Los factores distales (biológicos, como pudieran ser las alteraciones serotoninérgicas; familiares, como la violencia familiar y los maltratos físicos y sexuales; y el abuso de sustancias) representan las bases sobre las que se construye el comportamiento suicida. Estos factores aumentan el riesgo de vulnerabilidad individual a los factores proximales y su relación con el suicidio es indirecta, de manera que su presencia puede conducir, no solamente al suicidio, sino también a la aparición de trastornos psiquiátricos. Su presencia es, por tanto, necesaria pero no suficiente. Los factores de riesgo proximales son aquellos relacionados estrechamente con el acto suicida en sí mismo, y suelen estar cercanos en el tiempo al mismo y actuando, en muchos casos, como factor precipitante. Son factores de este tipo estresores como pérdidas o conflictos interpersonales en jóvenes, conflictos económicos y legales o comportamientos suicidas en parientes o amigos. No son, por tanto, ni necesarios en sí mismos, ni suficientes por sí solos, aunque de la combinación de factores distales potentes con factores proximales pueden obtenerse las condiciones necesarias y suficientes para la comisión de un acto suicida. Ambos tipos de factores pueden pertenecer a cada una de las distintas áreas mencionadas, aunque la mayoría de los factores de tipo psiquiátrico, biológico y familiar se consideran de tipo distal, mientras que la mayoría de factores situacionales son de tipo proximal.

A continuación reproducimos la clasificación de factores de riesgo tal y como aparecen en el texto de Grupo (2012) por parecernos la exposición más completa que hemos encontrado. Los autores agrupan estos factores de riesgo según sean individuales, familiares y contextuales o, por último, otros tipos de factores que han probado ser de importancia en el fenómeno del suicidio. A continuación reproduciremos también lo que dice el mismo trabajo sobre los factores precipitantes y protectores.

6.1. Factores de riesgo individuales (Grupo, 2012)

A) Trastornos mentales

El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales. Se destacan los siguientes:

- Depresión mayor: es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio veinte veces mayor en las personas diagnosticadas como depresivas respecto a la población general. Aparece en todos los rangos de edad, aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los treinta y los cuarenta años. La OMS (2012) asume

- que entre el 65-90 % de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión. Esta asociación de los trastornos depresivos con el riesgo de suicidio se ha mostrado estadísticamente significativa, sobre todo, en poblaciones de edad avanzada y más en mujeres que en hombres.
- Trastorno bipolar: entre un 25-50 % de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio. El riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas, siendo quince veces mayor en estos casos que en la población general.
 - Trastornos psicóticos: los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan mayor riesgo de suicidio, fundamentalmente los hombres jóvenes durante la primera etapa de la enfermedad, los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria. El riesgo de suicidio en estos pacientes es entre treinta y cuarenta veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50 % de todas las personas con esquizofrenia hará un intento de suicidio a lo largo de su vida. Sin embargo, debido a que este trastorno es relativamente poco frecuente en la población general ($\approx 1\%$), no contribuye de forma importante en la tasa de suicidio global. Los pacientes con alucinaciones auditivas no tienen un mayor riesgo de suicidio que otros pacientes psicóticos. Sin embargo, dado que algunos parecen actuar en respuesta a dichas alucinaciones, es importante identificarlas y evaluarlas en el contexto de otras características clínicas.
 - Trastornos de ansiedad: pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. Sin embargo, no está demostrado que los trastornos de ansiedad representen factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad.
 - Trastornos de la conducta alimentaria: se ha observado que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (especialmente cuando se acompañaban de comorbilidades como depresión o ansiedad) tenía antecedentes de ideación o conducta suicida, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina general. Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio, sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía.
 - Abuso de alcohol y de otras sustancias: ejerce un papel muy significativo, ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. No es solo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida. Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general y este abuso suele asociarse con otros procesos comórbidos y, en general, después de años de enfermedad.
 - Trastornos de personalidad: los trastornos de personalidad que se asocian con más frecuencia al suicidio son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad, fundamentalmente si hay presencia de trastornos comórbidos. El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8 % superior al de la población general.

B) Factores psicológicos

- Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la dificultad de resolución de problemas, la desesperanza, el perfeccionismo y la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico. Estos factores varían en

función de la edad, aunque hay dos de especial importancia: la desesperanza y la rigidez cognitiva.

- La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida, ya que el 91 % de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck.
- Existen estudios que muestran que las preocupaciones de perfeccionismo, socialmente visto como autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones, se correlacionan con la tendencia al suicidio. Los pacientes con trastornos mentales y conducta suicida presentan temperamentos y personalidades específicas, distintas de los que no la presentan. Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos pueden ser marcadores útiles de riesgo de suicidio.

C) Intentos previos de suicidio e ideación suicida

- La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio. Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses, e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces.
- La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento.
- Datos de un metaanálisis muestran como los intentos previos son el factor más importante de los cinco estudiados (depresión, abuso de alcohol/sustancias, situación laboral o estado civil). Por otro lado, conforme la ideación suicida se alarga en el tiempo sin acompañarse de intentos ni planes, disminuye el riesgo de suicidio.

D) Edad

- Como destacamos anteriormente, los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada, teniendo en cuenta que antes de la pubertad la tentativa y el suicidio son excepcionales debido a la inmadurez cognitiva de la persona. Dentro de estos grupos, los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes, debido, entre otros factores, a que usan métodos más letales.

E) Sexo

- En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio. También a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres.

F) Factores genéticos y biológicos

- En la población general la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Además, existe una correspondencia directa entre bajos niveles de la serotonina y escaso control de impulsos. Desde el punto de vista biológico, los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninérgica, como:
 - Factores genéticos: polimorfismos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa-TPH o del gen del receptor 5-HT_{2A}36;

- Factores bioquímicos: bajos niveles de proteína transportadora de serotonina, bajos niveles de monoamino oxidasa en sangre, altos niveles de receptores 5-HT 1A y 5-HT 2A postsinápticos, bajos niveles de colesterol en sangre o una disminución del ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo.
- Estudios realizados en gemelos sugieren que hasta un 45 % de las diferencias encontradas en la conducta suicida de los gemelos son explicadas por factores genéticos. Estas estimaciones de heredabilidad de la conducta suicida son similares a las encontradas en otros trastornos mentales, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

G) Enfermedad física o discapacidad

- El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, VIH, etc.), se relacionan con mayor riesgo de suicidio. La enfermedad física está presente en el 25 % de los suicidios y en el 80 % cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce solo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales.
- Los enfermos de cáncer presentan similar prevalencia de ideación suicida que la población general aunque con mayores tasas de suicidio.
- En el caso del VIH, una revisión del año 2011 encontró que los pacientes con VIH presentan elevados índices de conducta suicida, lo que requiere la vigilancia rutinaria y el seguimiento como aspectos fundamentales de la atención clínica. Sin embargo, dada la mejoría en su pronóstico desde la introducción de los antirretrovirales en 1996, la tasa de mortalidad por suicidio disminuyó notablemente.

6.2. Factores de riesgo familiares y contextuales (Grupo, 2012)

A) Historia familiar de suicidio

- Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado. La mayor concordancia se produce entre gemelos monocigóticos.
- Estudios realizados en niños adoptados mostraron que aquellos que llevaron a cabo un suicidio, tenían frecuentemente parientes biológicos que también lo habían hecho. Sin embargo, los aspectos no biológicos de la conducta suicida también tienen un papel importante, ya que los hijos adoptados suelen acoger el rol de la familia de adopción, tanto más cuanto antes se ha producido dicha adopción.

B) Eventos vitales estresantes

- Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.

C) Apoyo sociofamiliar

- Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es

menor que para la depresión o el abuso de alcohol. Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social y principalmente en los hombres en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad). Por otra parte, no está demostrado que el matrimonio sea un factor protector en todas las culturas.

D) Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo

- En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio. Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio. Por último, un bajo nivel educativo se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio.

E) Etnia

- No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio. En este sentido algunos estudios observan que las poblaciones emigrantes presentan primero las tasas de suicidio del país de origen y, con el paso del tiempo, adoptan los valores del país de residencia. Otros estudios, por el contrario, observan que los emigrantes presentan tasas de suicidio del país de origen a lo largo de su emigración, atribuyendo el comportamiento suicida a factores culturales originarios.

F) Religión

- La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas de suicidio. Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes.

G) Exposición (*efecto contagio*)

- La exposición a casos de suicidio cercanos (*efecto contagio* o Werther) o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en *racimo*, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes.

6.3. Otros factores de riesgo (Grupo, 2012)

A) Historia de maltrato físico o abuso sexual

- Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida. La relación existente entre la violencia de género y el suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios. También se ha visto una asociación entre agresor y suicidio, ya que datos de 2010 muestran que, en España, el 21,9 % de los agresores realizaron un intento de suicidio y el 16,4 % lo consumaron tras agredir a su pareja con consecuencias mortales.

B) Acoso por parte de iguales

- En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas.

C) Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

- Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso del pensamiento a la acción suicida. Así, el método suicida en EE. UU. suele ser con armas de fuego, en China mediante plaguicidas y en el resto del mundo mediante ahorcamiento.

6.4. Factores precipitantes (Grupo, 2012)

Como se ha dicho anteriormente, ciertos sucesos de la vida, como acontecimientos vitales estresantes, factores psicológicos individuales o el fácil acceso a medios o métodos de suicidio, pueden servir como factores facilitadores del suicidio.

Personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo, pueden presentar una ideación o conducta suicidas después de un evento precipitante, como, por ejemplo, la humillación (en adolescentes), tensiones en las relaciones interpersonales (tanto en adolescentes como en adultos) y el aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes).

6.5. Factores protectores (Grupo, 2012)

Factores protectores son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo. Pueden dividirse en:

A) Personales

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas.
- Tener confianza en uno mismo.
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
- Presentar flexibilidad cognitiva.
- Tener hijos, más concretamente en las mujeres.

B) Sociales o medioambientales

- Apoyo familiar y social, no solo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad.
- Integración social.
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.
- Adoptar valores culturales y tradicionales.
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

7. Prevención del suicidio

La prevención del suicidio es compleja y se ve influida por múltiples variables y condicionantes, como hemos venido refiriendo durante esta exposición. A nivel mundial, la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado de forma adecuada debido básicamente a la falta de sensibilización sobre la importancia de ese problema y al tabú que lo rodea e impide que se hable abiertamente de ello. De hecho, solo unos cuantos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades.

La prevención del suicidio requiere también la intervención de sectores distintos del de la salud y exige un enfoque integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, como por ejemplo, el de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación.

A nivel internacional, hace más de cuarenta años que la OMS recomienda la elaboración y aplicación de estrategias de prevención del suicidio. En 1969, publicó un documento donde se reconoce la importancia de incorporar la prevención del suicidio en la salud pública y la necesidad de establecer centros de prevención del suicidio a nivel nacional y local. En 1984, los países europeos incluyeron la reducción del suicidio dentro de sus objetivos de política sanitaria.

En 1999 se inició el proyecto SUPRE, una iniciativa de la OMS, con el objetivo de reducir la progresiva mortalidad debida al suicidio (Grupo, 2012). En este sentido, elaboró una serie de documentos dirigidos a profesionales y grupos sociales relevantes en la prevención del suicidio (profesionales de atención primaria, medios de comunicación, docentes, funcionarios de prisiones, trabajadores, supervivientes de un suicidio, bomberos, policías y socorristas). Este programa requería la intervención de equipos multidisciplinares, incluyendo sectores sanitarios y no sanitarios a la hora de aplicar programas preventivos.

Países como EE. UU., Dinamarca, Nueva Zelanda, Inglaterra, Irlanda, Escocia, Alemania, Finlandia o Noruega, entre otros, han elaborado estrategias nacionales para la prevención del suicidio siguiendo las propuestas de la OMS.

A nivel europeo, el programa multinivel de Nuremberg (*Nuremberg Alliance Against Depression*), llevado a cabo durante dos años (2001-2002) y con cuatro líneas de intervención (formación a médicos de atención primaria, sensibilización de los medios de comunicación y de la población general, entrenamiento de figuras clave e intervención en grupos de riesgo), obtuvo una reducción significativa de las tasas de intentos de suicidio y de suicidios consumados en relación con las tasas iniciales y a las de la región de referencia, y esta reducción se mantuvo al año del programa.

En España no existe aún un plan nacional de prevención específico, sino diferentes planes dentro de cada Comunidad Autónoma. No obstante en años recientes se están implementando actuaciones a nivel nacional, como la creación en 2014 de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, que procura la sensibilización de la sociedad, instituciones y profesionales sobre la importancia de lo que toda la población se comprometa en la actuación contra el suicidio. Una de las claves de esta prevención reside en el enorme papel que pueden hacer los medios de comunicación a la hora de informar sobre el suicidio, sensibilizar a la población sobre este problema, disminuir prejuicios culturalmente asociados a él, facilitar información sobre recursos de ayuda o divulgar testimonios de superación. Esta iniciativa se une a otras muchas que ya existen y brinda en sus recomendaciones, de manera breve, concisa y completa, las principales guías sobre cómo (y cómo no) abordar la información sobre suicidio en medios de comunicación.

Además, dicha fundación ha puesto en funcionamiento el programa «Prevensuic (prevensuic.or). Hablar es prevenir», dirigido a todo tipo de público: población general, profesionales e instituciones de diversos sectores implicados en la prevención del suicidio, personas en riesgo, familiares o personas allegadas, personas supervivientes al suicidio de un ser querido.

El programa consta de diferentes acciones que se distribuyen a lo largo de cuatro ejes de actuación:

- 1) Divulgación, sensibilización y concienciación sobre la conducta suicida y la manera de prevenirla.

- 2) Formación de profesionales.
- 3) Desarrollo de herramientas de prevención.
- 4) Ayuda después de la prevención.

Dicha Fundación creó en 2015, además, el Observatorio del Suicidio en España, con el objetivo de mantener, analizar y divulgar los datos sobre la conducta suicida en nuestro país, de manera que sirva como punto de partida para su prevención y disminución. Por ejemplo, una de sus actividades es el análisis de las estadísticas que existen al respecto, como las «Estadísticas de Defunción por Causas de Muerte» que, anualmente, publica el INE. Con este análisis, elabora un informe que pone a disposición de quienes quieran consultarlo.

En cuanto a las recomendaciones para realizar programas preventivos, siguiendo a Mann *et al.* (2005), estos deben requerir para su implementación el fomento de factores protectores así como la detección de factores de riesgo o precipitantes asociados a la conducta suicida como los que hemos visto en este capítulo. Además, deben estar integrados en un programa más amplio referido a educación para la salud.

Algunas de las medidas psicoeducativas y psicosociales que pueden contener estos programas (Mann *et al.* 2005) se centran en:

- Informar y sensibilizar a la población sobre la frecuencia y gravedad del problema.
- Disminuir la estigmatización social y ayudar a la población general a reconocer a las personas de riesgo suicida, eliminando creencias erróneas.
- Dar apoyo a las personas en riesgo, ayudando a postergar su decisión de morir y acompañándoles a urgencias, a los centros de salud mental o al médico de familia.

En cuanto a la promoción de los factores protectores contra el comportamiento suicida, se hace necesario educar, informar y fomentar adecuados estilos cognitivos y de personalidad, por un lado; incidir sobre factores culturales y sociodemográficos que pudieran desembocar en ambientes de riesgo por otro y; en tercer lugar, prestar atención a factores familiares.

Para la promoción de estilos cognitivos y de personalidad adecuados, sería necesario centrarse en el fomento de buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo, en su propia situación y en sus logros, búsqueda de ayuda cuando surjan dificultades, búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes, receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas, receptividad hacia conocimientos nuevos, etc. En cuanto a factores culturales y sociodemográficos se necesita prestar atención a cuestiones como las de integración social (por ejemplo participación en deportes, asociaciones, clubes, etc.), la promoción de buenas relaciones en los ambientes de trabajo y, además, que cada persona disponga de apoyo de personas relevantes ante eventos vitales difíciles. En el apartado de factores familiares, se ha de procurar la buena relación con los miembros de la familia y el apoyo social de la misma.

Cuando se detecte potencialmente la presencia de factores de riesgo suicida se deberá valorar si dichos factores de riesgo representan una señal de alarma.

Tener ocasionalmente pensamientos suicidas no es anormal. Estos son parte de un proceso normal de desarrollo en la infancia y adolescencia al tratar de elucidar los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. Las encuestas realizadas en más de la mitad de los jóvenes que cursan estudios superiores secundarios informan que tuvieron pensamiento suicida (Mckey *et al.*, 1993, citado en OMS, 2001). Los jóvenes necesitan discutir estos asuntos con los adultos (McGoldrick y Walsh, citado en OMS, 2001). Los pensamientos suicidas se vuelven anormales en los niños y adolescentes cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única

salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio.

Cuando se detectan factores de riesgo o ausencia de factores protectores, o bien se detectan dichos factores de riesgo en una evaluación psicológica periódica, se debería valorar el riesgo de la misma, si es potencialmente alto, moderadamente alto, bajo o no existe. La entrevista con el paciente siempre ha de responder a una comprensión empática (ponerse en el punto de vista del sujeto y tener una escucha empática, antes que discutir o convencer al sujeto de que no lo haga). Hemos de tener muy en cuenta qué podemos y qué no podemos hacer en una primera ayuda psicológica (tabla 7).

QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER EN LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA		
	HACER	NO HACER
Contacto	Escuchar atentamente Resumir sentimientos y hechos Transmitir aceptación	Contar nuestra propia historia Ignorar hechos o sentimientos Juzgar o tomar partido
Dimensiones del problema	Formular preguntas abiertas Pedir concreción y precisión Evaluación del riesgo	Atenerse a preguntas tipo sí/no Permitir abstracciones continuas Ignorar señales de alarma/peligro
Posibles soluciones	Estimular la inspiración espontánea Abordar directamente los obstáculos Establecer prioridades	Permitir la visión en túnel Dejar obstáculos sin explorar Tolerar la mezcla de necesidades
Acciones concretas	Tomar una medida a un tiempo Establecer objetivos a corto plazo Ser directivo, si procede	Intentar resolver todo ahora Imponer decisiones a largo plazo Ser indeciso Retraerse a asumir responsabilidades si es necesario
Seguimiento	Realizar un contrato conductual/pacto Evaluar etapas o actuaciones concretas	Dejar detalles en el aire o suponer que seguirá con el plan de trabajo bajo su responsabilidad

Tabla 7. Programa marco de prevención de suicidios. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Fuente: Instrucción 14/2005

Existirá mayor riesgo cuando el sujeto tenga una ideación suicida y muestre recurrencia, ideas de muerte, comunicación indirecta de idea de suicidio o tenga una planificación del método para realizarlo. Hemos de ser cautos cuando el sujeto manifieste una negación de la ideación suicida.

Existirá menor riesgo cuando la ideación suicida sea esporádica o la misma se haga sin demasiada planificación o de forma impulsiva, cuando no tenga ideas de muerte y cuando el sujeto sea quien haya hecho la demanda de ayuda.

En el caso de riesgo de suicidio, aunque el mismo sea bajo, se debe derivar al médico especialista en psiquiatría que es quien debe valorarlo. La persistencia de la intención letal, la utilización de métodos violentos, la realización premeditada o con difícil rescate, la gravedad de la psicopatología y el alto nivel de ansiedad siempre hacen necesario, a indicación del psiquiatra, el ingreso.

En los casos dudosos, en que se observa una discrepancia entre la gravedad del diagnóstico psiquiátrico (depresión mayor o psicosis) y la levedad de la tentativa, es aconsejable la observación en un ingreso breve. Esta misma indicación la comparten la continuidad del estado presuicida de crisis y el soporte psicosocial bajo.

El control ambulatorio se recomienda en las tentativas únicas o repetidas de baja/moderada intención letal, que cuentan con ayuda familiar estable, tras establecer una alianza terapéutica con el paciente. En esta línea puede resultar útil el «contrato terapéutico», un compromiso por el que el paciente no realizará conductas suicidas mientras se encuentre en situación de crisis. Se le remitirá a control ambulatorio en la mayor brevedad posible. Si la demora es excesiva, suele ser útil ofrecer el contacto telefónico.

Las estrategias que contemplan la restricción del acceso a métodos comunes de suicidio, por ejemplo armas de fuego y sustancias tóxicas como plaguicidas, han demostrado ser eficaces para reducir las tasas de suicidio.

Los datos disponibles demuestran de forma contundente que la prevención y el tratamiento adecuados de la depresión y del abuso de alcohol y de sustancias reducen las tasas de suicidio, al igual que el contacto de seguimiento con quienes han intentado suicidarse.

En cuanto al tratamiento farmacológico (Mann, 2005, citado en Ayuso Mateos *et al.*, 2012), este se vincula al tratamiento de la psicopatología que presente el paciente suicida, así para los trastornos depresivos se emplearán antidepresivos, en trastornos bipolares sales de litio, también fármacos anticonvulsivos para las fases maníacas, del tipo ácido valproico, o anticonvulsivos para las fases depresivas, tipo lamotrigina, en los trastornos de ansiedad se utilizan antidepresivos, benzodiacepinas e hipnóticos, en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos generalmente antipsicóticos, como la clozapina, en el trastorno límite de personalidad y otros trastornos con elevada impulsividad se emplearían fármacos antipsicóticos.

Otros tratamientos que se emplean son la terapia electroconvulsiva y el tratamiento de la patología médica si la hubiera.

En lo referente a los tratamientos psicológicos (Mann, 2005, citado en Ayuso Mateos *et al.*, 2012), también en función de la psicopatología del paciente se aplicará la psicoterapia adecuada. En los últimos años, diversos estudios con psicoterapias han demostrado ser útiles en el tratamiento de enfermedades con elevado riesgo de suicidio asociado, como son los trastornos depresivos y el trastorno límite de la personalidad:

- La terapia dialéctica conductual se ha mostrado eficaz en pacientes con trastorno de personalidad, sobre todo, en síntomas como inestabilidad emocional, descontrol de impulsos, crisis de ira y asertividad interpersonal.
- La terapia cognitivo-conductual podría reducir la incidencia de tentativas de suicidio en pacientes con depresión.

En cuanto a medidas psicoeducativas y psicosociales la participación de los diferentes tipos de voluntarios para la prevención del suicidio (grupos de autoayuda, centros de suicidología, teléfonos de ayuda durante 24 horas, etc.) han mostrado resultados positivos. Las actuaciones de los servicios sociales, que mejoran la calidad de la adaptación social, son de gran ayuda.

Después de un intento de suicidio, hemos de plantear un seguimiento del paciente. En un paciente suicida, el riesgo de consumación o recidiva es máxima entre uno y seis meses después de este, para ir disminuyendo a partir del primer año. Las curvas de supervivencia confirman que cuanto más tiempo transcurra sin recidivas, mayor es la probabilidad de no repetir un nuevo intento. La mejoría de la adaptación social (aumento de la puntuación en el Eje V del DSM) es uno de los factores protectores del suicidio más relevantes.

Algunos acontecimientos o situaciones de la vida, a los que llamamos precipitantes, pueden provocar un estrés intenso en una persona. Estos precipitantes pueden ser vistos como la gota de agua que colma y pueden llevar a alguien que estuvo pensando en

quitarse la vida, a dar el paso de intentarlo. Circunstancias precipitantes (Ayuso Mateos *et al.*, 2012).

- Una discusión con una persona importante o con alguien amado.
- La ruptura o pérdida de una relación afectiva.
- El suicidio de un familiar, de un amigo o de un personaje público.
- Abuso de alcohol o de otra sustancia.
- Un reportaje sobre el suicidio o métodos de suicidio.
- La aparición o el agravamiento de un trastorno mental, enfermedad o accidente.
- Cambios inesperados en las circunstancias de la vida.
- Experimentar un acontecimiento vital traumático, como abuso, acoso o violencia.
- Pérdida de estatus social, o episodio vivido como de pérdida de respeto por parte de los demás.

A continuación reseñamos las conductas más frecuentes entre personas que están considerando quitarse la vida, donde, en caso de identificarlas, es importante responder con rapidez, especialmente si la persona muestra varias al mismo tiempo, hablando con la persona y buscando ayuda y apoyo de otros (Grupo, 2012).

- Amenazar con dañarse o matarse.
- Buscar medios para suicidarse o hablar de un plan de suicidio.
- Hablar o escribir sobre la muerte, el morir o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro).
- Expresar sentimientos de desesperanza, de ira, de estar atrapado, rabia o venganza.
- Involucrarse en conductas que implican un riesgo innecesario o irresponsable.
- Incrementar el uso de alcohol u otras drogas.
- Retirarse o evitar el contacto con amigos, familia o su entorno.
- Existencia de patrones anormales de sueño, como no dormir o dormir mucho.
- Cambios dramáticos en el humor, tales como sentimientos de alegría tras un largo período de tristeza o depresión. Mostrarse ansioso o agitado.
- Desprenderse de sus posesiones o despedirse de su familia y amigos.
- Perder el interés en actividades en las que antes participaban.
- Decir que no hay razones para vivir o que la vida es un despropósito.

Como conclusión, listamos algunos errores frecuentes en la evaluación de personas con riesgo suicida (Grupo, 2012):

- No preguntar al sujeto sobre sus intenciones y pensamientos para evitar ansiedad del entrevistador. Adoptar una actitud distante, crítica y moralizadora.
- No dar importancia al intento de suicidio, en especial cuando el sujeto ha avisado.
- Descalificar o criticar las intenciones o acciones manipulativas.
- Realizar promesas de solución de conducta suicida a corto plazo.
- Dejarse influir por el pesimismo del suicida y ver como única salida el suicidio.

Referencias bibliográficas

Amezaga, A. y Orgaz, S. (2008). *100 años de suicidio en España. Abriendo la caja negra de la construcción del dato estadístico*. Disponible en: (PDF) 100 AÑOS DE SUICIDIO EN ESPAÑA: "Abriendo la caja negra de la construcción de dato estadístico" | Asier Amezaga and Christian Orgaz - Academia.edu

Ayuso Mateos, J.L. *et al.* (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2012. Enero-Marzo. Vol. 5(1). p. 8-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>

- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., y Mulder, R.T. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36(11).
- Blumenthal, S.J., y Kupfer, D.J. (1986) Generalizable treatment strategies for suicidal behaviour. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1986, 487.
- Bobes, J., González, J. C. y Saiz, P. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona, Masson.
- Cloud, D. (2013). At Army base, an aggressive campaign against suicide. *Los Angeles Times*. April, 14, 2013. Disponible en: <http://articles.latimes.com/2013/apr/14/nation/la-na-army-suicide-20130414>
- Cooper, J., Appleby, L., y Amos, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2002. 37(6).
- Courtet, P., et al. (2005). Suicidal behavior: relationship between phenotype and serotonergic genotype. *Am.J.Med.Genet.C.Semin.Med.Genet.*, 2005. 133(1).
- Diekstra, R. y Van Egmond, M. (1989). Suicide and attempted suicide in general practice, 1979, 1986. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 268-275.
- Duberstein, P.R. y Witte, T. (2009). Suicide in personality disorders: An argument for a public health perspective. En Kleespies, P.M. (2009) *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing suicidal behavior, violence, and victimization*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Dumais, A., et al. (2005). Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am J Psychiatry*, 2005. 162(7).
- Farberow, N. (1980). *The many faces of suicide. Indirect self-destructive behavior*. USA, Mc Graw-Hill.
- Fawcett, J. et al. (1997). Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Ann N Y Acad Sci*, 1997. 836(1971-1981).
- Federación Mundial para la Salud Mental. (2010). *Enfermedad mental y Suicidio. Guía para la familia para poder enfrentar y reducir los riesgos*. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/enfermedad-mental-y-suicidio-guia-para-la-familia-para-encarar-y-reducir-los-riesgos/>
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J. y Horwood, L. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*, 2000. 30(1).
- Fergusson, D.M., Beautrais, A.L. y Horwood, L.J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med*, 2003. 33(1).
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. *Prevensuic. Hablar es prevenir*, disponible en: <https://www.prevensuic.org>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: gpc_481_conducta_suicida_aval-iat_resum_modif_2020_2.pdf (guiasalud.es)
- Guija, A., Giner, L., Marín, R. et al. (2012). Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Revista Española de Medicina Legal*. Vol. 38, n.º 4. Octubre-diciembre.
- Instituto Nacional de Estadística. www.ine.es
- Instrucción 14/2005. *Programa marco de prevención de suicidios*. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Jollant, F. et al. (2011). The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World J Biol Psychiatry*, 2011. 12(5).
- Legido, T. (2012). *Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos*. Alcalá: Universidad de Alcalá.

- Mann, J.J. et al. (1999). Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 1999, 156(2).
- Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat.Rev.Neurosci.*, 2003. 4(10).
- Mann, J.J. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 2005. 294(16).
- McKey, P. W., Jones, R. W. y Barbe, R. H. (1993). *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications.
- Miralles, F. y Cano, A. (2009). Suicidios en Soldados de las FAS de España en la última Década del Servicio Militar Obligatorio. (1991-2001). *Clínica y Salud*. Vol. 20, n.º 2, pp. 189-196.
- Moliner, M. (1981) *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos.
- Monroe, S.M. y Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychol Bull*, 1991. 110(3).
- Mosciki, E. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 499-517.
- OMS. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, décima versión (CIE-10).
- . (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generales*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75428/1/WHO_MNH_MBD_00.1_spa.pdf
- . (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/66802?&locale-attribute=es>
- . (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Disponible en: https://www.redaipsis.org/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-Supre-miss.OMS_.pdf
- O'Carroll, P., Berman, A., Maris, R. et al. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 26: 237-52.
- Oquendo, M.A. y Mann, J.J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am*, 2000. 23(1).
- Plutchik, R., Van Praag, H.M. y Conte, H.R. (1989). Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces. *Psychiatry Res.*, 1989. 28(2).
- Ros, S. (1997). *La conducta suicida*. Arán, Madrid.
- Roy, A., Rylander, G. y Sarchiapone, M. (1997). Genetic studies of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*, 1997. 20(3).
- Sarró, B. y de la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Martínez Roca, Barcelona.
- Soler, P. A. y Gascón, J. (eds.) (2005). *RTM – III. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. Ars Médica, 3.ª edición, Barcelona.
- Turecki, G. (2001). Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? *Bipolar Disord*, 2001. 3(6).
- Ystgaard, M., et al. (2004). *Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior?* *Child Abuse Negl*, 2004. 28(8).
- Zaremba, A. (2013). Their battle within. *Los Angeles Times*, June 16. Disponible en: <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2013-jun-15-la-me-military-suicide-20130616-story.html>

Capítulo 8

Intervención de la psicología militar en situaciones de emergencia. Parte I

Comandante Fernando J. Rodríguez Alonso¹
Comandante M.^a del Puerto Martín Alonso²
Comandante Luisa M. Fernández García-Ovies³
Comandante Gabriel Fernández Jurado⁴
Capitán Vanesa Simón Martínez⁵

«La aceptación de lo que ha pasado es el primer paso para superar las consecuencias de cualquier desgracia». William James

1. Introducción

Durante los últimos años, la psicología, en su evolución como ciencia, se ha ido arraigando y extendiendo a lo largo de múltiples áreas de estudio. Probablemente, una de las áreas que más importancia ha cobrado dentro de la intervención psicológica es la relacionada con las situaciones de emergencia. Los textos académicos relacionados con la labor del psicólogo en este tipo de situaciones crecen exponencialmente. En paralelo, también lo hace la formación, desarrollándose cada vez más diferentes tipos de cursos dirigidos a formar a psicólogos que puedan intervenir en este tipo de situaciones de emergencia. Se multiplican los grupos de emergencias dentro de los colegios oficiales de psicólogos de las distintas comunidades autónomas (CC. AA.) y, en general, se asume como normal y necesaria la presencia de un psicólogo cuando ocurre una gran desgracia humana, como así ha sido en las últimas catástrofes acaecidas en nuestro país, bien sean de origen natural, como el Volcán de la Palma (2021), la Pandemia COVID-19 (2020), o antrópicos, como el accidente de Alvia en Santiago de Compostela (2013), Accidente de Spanair en el Aeropuerto de Barajas (2008), los atentados del 11M (2004), etc.).

¹ Rodríguez Alonso, Fernando José (MC). Comandante psicólogo (CMS), destinado en la Unidad de Psicología de la IGESANDEF (Madrid). Doctor en Psicología (USC). Máster en Paz, Seguridad y Defensa (IUGM). Máster en Psicología Jurídico-Forense (USC). Máster en Psicología clínica, legal y forense (UCM). Experto en estadística aplicada a las Ciencias de la Salud (UNED). Experto en Intervención psicológica en crisis, emergencias y catástrofes. Graduado en Estudios Ingleses: lengua, literatura y cultura (UNED). Premio de Investigación Provincia de Pontevedra (2014) concedido por la Diputación de Pontevedra. Autor de varias publicaciones y comunicaciones relacionadas con la psicología militar.

² Martín Alonso, M.^a del Puerto (MC). Comandante psicólogo (CMS), destinada en la Unidad de Sanidad de la Agrupación del Cuartel General del Ejército del Aire y del Espacio (Madrid). Ocupó destino en el Mando de Operaciones, en la Dirección de Sanidad del ET, en la USBA Morillo (Pontevedra) y anteriormente, en la USBA Capitán Alcaide (Gran Canaria). Máster en Psicología general sanitaria (URJC). Máster en Psicooncología (UCM).

³ Fernández G.^a-Ovies, Luisa Marlén (MC). Comandante psicóloga (CMS), destinada en la USAC Cabo Noval (Asturias). Anteriormente en la Academia General Básica de Suboficiales (AGBS, Talarn) y en la Comandancia General de Ceuta (COMGECEU, Ceuta). Graduada en Educación Social (UNED). Máster en Psicología de la actividad física y el deporte (UMH). Experto en Psicología en crisis, emergencias y catástrofes por el Instituto Europeo de Formación y Consultoría (INEFOC).

⁴ Fernández Jurado, Gabriel (MC). Comandante psicólogo (CMS), destinado en el Centro médico del Mando Aéreo de Canarias (Las Palmas de GC). Anteriormente en unidades del ET desde 2005. Máster en Psicología Jurídica y Pericial (VIU). Curso de Psicología Aeronáutica. Certificado de aptitud pedagógica. Psicólogo general sanitario. Ha participado en varias misiones internacionales.

⁵ Simón Martínez, Vanesa (MC). Capitán psicólogo (CMS). Jefa de Servicio de Psicología en el Hospital General de la Defensa en Zaragoza. Doctora en Psicología (UCM). Especialista en Psicología Clínica. Máster en Metodología de las ciencias del comportamiento y de la salud (UNED). Especialista en Neuropsicología. Máster en Psicoterapia clínica y salud mental (USAL). Profesor Asociado (UNIZAR).

El personal de las FAS, por la naturaleza de su profesión, está especialmente expuesto a vivenciar este tipo de situaciones, ya sea en primera persona como víctima en un conflicto bélico o como interviniente en grandes desastres en los que se pueda requerir su apoyo. Por ello, una de las funciones del psicólogo militar será intervenir en estos casos para paliar los efectos que pueda tener la situación traumática vivida sobre el personal militar o civil implicado favoreciendo su afrontamiento, adaptación y superación. Esta función queda recogida en la NT 04/04 del Ejército de Tierra, *Guía para intervención psicológica en catástrofes*, donde se afirma:

«El psicólogo debe intervenir en el proceso de atención a catástrofes precozmente, incluso desde la fase de prevención o elaboración de planes asesorando en materias como formación de voluntarios, paliar efectos psicológicos en víctimas o afectados, mejor aprovechamiento del personal de asistencia».

Esta misma norma explicita que «la intervención correrá a cargo del gabinete o centro de psicología que atienda a las unidades de los afectados». Por supuesto, esta intervención no se limitará exclusivamente a las víctimas directas, también los familiares de las mismas son objeto de la intervención del psicólogo.

El presente texto pretende servir de introducción teórica a la psicología de emergencias, describiendo cuáles son las principales funciones y situaciones a las que se puede enfrentar un psicólogo militar y cuáles son las herramientas de las que dispone para abordarlas de manera efectiva.

2. Conceptualización y clasificación de las emergencias

Los conceptos de crisis, emergencias, desastres y catástrofes se utilizan, a veces, de forma indistinta, porque tienen ciertas similitudes entre ellas:

- Su aparición es generalmente imprevisible.
- Precisan de una intervención inmediata.
- Implican pérdida o amenaza de la vida o de la propiedad.
- Son acontecimientos vitales estresantes.
- Exigen una movilización de los recursos de afrontamiento.

Atendiendo a las causas y orígenes de las emergencias, observamos diferencias más cuantitativas que cualitativas, pudiendo establecer un continuo, más que considerarlas como términos aislados:

- a) Crisis. Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar la situación. La persona puede salir fortalecida, pero el proceso en sí es traumático. La resolución depende de la gravedad del suceso y de los recursos tanto personales como sociales del sujeto.
- b) Emergencia. Situación que se resuelve con recursos médicos y asistencia local. Según el *Diccionario de la RAE*, sería «un suceso, accidente que sobreviene. Una situación de peligro que requiere una acción inmediata». Por ejemplo, un accidente de tráfico, ya sea con uno o varios coches implicados, con víctimas mortales o solo con destrozos materiales.
- c) Desastre/catástrofe. Situación más grave para la que se necesita mayor infraestructura a nivel de CC. AA., incluso a nivel nacional. Por ejemplo, el caso del Prestige en 2002.

Todas ellas se engloban en situaciones de urgencia y emergencia que provocan estrés, pero podemos establecer tres criterios para diferenciarlos: el número de personas implicadas, la capacidad de respuesta del sistema y la ruptura y daño en los sistemas sociales. Durante el resto del capítulo, utilizaremos indistintamente los términos de crisis, emergencia o catástrofe teniendo en cuenta las diferencias cuantitativas ya reseñadas.

La ocurrencia de un desastre es el resultado de un riesgo no manejado que se produce cuando se dan tres condiciones al mismo tiempo: amenaza, vulnerabilidad y riesgo (Cortés, 2001). Estos términos vienen definidos en la Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil de la siguiente forma:

- a) Amenaza: situación en la que personas y bienes preservados por la protección civil están expuestos, en mayor o menor medida, a un peligro inminente o latente.
- b) Vulnerabilidad: la característica de una colectividad de personas o bienes que los hacen susceptibles de ser afectados, en mayor o menor grado, por un peligro en determinadas circunstancias.
- c) Riesgo: es la posibilidad de que una amenaza llegue a afectar a colectivos de personas o a bienes.

Hay más de cincuenta definiciones de desastre, pero lo más importante es destacar (ya desde la definición pionera de Fritz, en 1961), que este concepto se centra más en los efectos sociales que provoca su impacto, que en las características físicas del mismo.

Declarar un suceso como desastre va a suponer un peso emocional, político y económico que influirá en las víctimas y el público en general, y una mayor movilización de recursos humanos y materiales. Recordemos que un desastre conlleva unas demandas a las que no pueden hacer frente los recursos habituales, por lo tanto, diferenciar estos eventos es necesario para diseñar planes de intervención y planificación mucho más específicos a las necesidades detectadas en cada una de las situaciones (Weisaeth, 1992).

No todos los desastres presentan las mismas consecuencias a nivel individual y social. Estas diferencias van a derivar de las características del propio evento, por eso, los investigadores han establecido diferentes clasificaciones en función de su etiología, sus cualidades y su curso. Vamos a seguir una clasificación basada en más de un criterio (Berren *et al.*, 1989) que presenta hasta 32 tipos de desastres diferentes al combinar cinco variables:

- a) Tipo de desastre (natural versus antrópico o provocado por el hombre). Es el criterio más seguido para diferenciar los desastres, pero en muchas ocasiones nos encontramos con la combinación de sucesos naturales con errores humanos (desastres hídricos).
- b) Alcance del desastre. Se distingue por el número de víctimas de una determinada comunidad. Puede darse el caso de un accidente de tren donde haya turistas de otros lugares, pero la mayoría sean del destino de llegada, o un vuelo internacional donde las víctimas secundarias (familias) estuvieran dispersas por todo el planeta. La diferencia más significativa es que, al pertenecer a la misma comunidad, se produce una mayor cohesión de grupo.
- c) Momento crítico versus ausencia de momento crítico. El momento crítico hace referencia a un tiempo y espacio determinados, por ejemplo, cuando un terremoto está causando daños en una comunidad con una duración determinada. Se considera que este momento está ausente en algunos desastres causados por el hombre, sobre todo, debido a la revolución tecnológica, un claro ejemplo es el caso de Chernóbil (1986), ya que la información sobre su impacto potencial no estuvo clara hasta meses más tarde y el alcance de sus efectos fueron bastante dispersos en el tiempo y en el lugar geográfico.

- d) Tamaño del desastre. Un gran desastre tiene implicaciones en las consecuencias emocionales de las víctimas y en efectos negativos acumulativos para el sistema (cuidados sanitarios, asistencia social, viviendas, etc.). Teniendo en cuenta los conceptos ya mencionados, es fundamental que todas las comunidades dispongan de una adecuada evaluación de amenazas, posibles vulnerabilidades y riesgos para poder minimizar las consecuencias.
- e) Grado de impacto personal. El grado y el tipo de impacto en una persona no está necesariamente relacionado con el tamaño del desastre. Este impacto depende más de otras variables como las características de personalidad del individuo, experiencias vividas anteriormente, recursos disponibles, etc.

Se puede generalizar que en todo tipo de desastre nos vamos a encontrar con:

a) Zona de impacto:

- Destrucción material importante.
- Ruptura de la organización social (civil y militar).
- Elevado número de heridos y muertos (víctimas físicas directas).
- Los supervivientes se hallan en una situación de conmoción-inhibición-estupor.

b) Zona de destrucción:

- Hay daños materiales importantes.
- Menor número de muertos y heridos, pero más siniestrados (víctimas contextuales).
- Se vislumbra una destrucción parcial de la organización social.
- Aparecen comportamientos inadaptados tales como la indecisión.

c) Zona marginal:

- Hay pocos daños materiales.
- Hay pocos heridos y siniestrados.
- Puede haber un éxodo centrífugo⁶.
- Los servicios están descoordinados.
- Hay un cordón sanitario.

d) Zona exterior:

- No hay daños materiales.
- No hay muertos ni heridos, pero están los familiares y amigos.
- Los habitantes suelen aparecer intranquilos y alterados.
- Surgen comportamientos inadaptados como la curiosidad exacerbada.

En lo que respecta a la población afectada, la clasificación más aceptada sobre los protagonistas de un desastre es la propuesta por Taylor y Frazer (1981), que establece seis niveles:

- Víctimas primarias: expuestas al impacto.
- Víctimas secundarias: familiares y amigos de las anteriores.
- Víctimas de tercer nivel: personal de rescate, hablamos de los intervinientes. Tanto profesionales como voluntarios que acuden a ayudar a las diferentes zonas.
- Víctimas de cuarto nivel: personal que cuida a la comunidad más allá del impacto.

⁶ Filas lentas y silenciosas de supervivientes que toman caminos improvisados hasta lugares percibidos como seguros.

- Víctimas de quinto nivel: personas que, sin estar directamente implicadas, pueden llegar a desencadenar consecuencias psicológicas, como los telespectadores.
- Víctimas de sexto nivel: personas que podrían haber sido víctimas primarias, que convencieron a otros para ir a la zona del desastre, etc.

Estos autores, además de incluir a todos los involucrados de forma directa durante y después del impacto –víctimas e intervinientes–, van mucho más allá, al considerar a los observadores y personas que pueden estar viendo la noticia por los medios de comunicación. El no reconocer a una persona como víctima puede suponer no ofrecerle ningún tipo de ayuda, ni económica ni psicológica ni de ningún tipo.

3. Planificación en la gestión de emergencias

3.1. Organismos de protección

Existen distintas organizaciones que protegen a los ciudadanos en diferentes ámbitos de la vida en sociedad: por un lado, la Policía (nacional, autonómica, local), Guardia Civil y otros servicios de orden público, que pueden intervenir en estos sucesos, aunque no sea su misión fundamental; por otro, organizaciones de ámbito público o privado, local o nacional, que sí tienen como función principal la protección ante situaciones de riesgo: Cruz Roja, Cuerpo de Bomberos, servicios de rescate y salvamento, SAMUR (Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate, Madrid).

Al prestar atención, descubrimos una gran cantidad de organismos independientes que prestan servicios a la comunidad, por eso, la coordinación es esencial y esta tarea recae en el Sistema Nacional de Protección Civil, que se regula a través de la Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil. Sus funciones se pueden resumir en:

- Previsión, analizando y estudiando los riesgos potenciales.
- Prevención, adoptando medidas para evitar las situaciones de riesgo o, en su caso, reducir sus efectos.
- Planificación, elaborando planes de emergencia para los servicios relacionados.
- Intervención, protegiendo y socorriendo a personas y bienes.
- Recuperación, restableciendo los servicios indispensables para el bienestar de la sociedad.

Se puede disponer de los recursos de todas las administraciones públicas a todos los niveles, desde el municipal al central, incluso de entidades privadas y, por supuesto, de la administración militar⁷. La Unidad Militar de Emergencias (UME) nace para mejorar la respuesta del Estado a las emergencias. Es una fuerza conjunta, organizada con carácter permanente, que puede intervenir en cualquier lugar del territorio nacional en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas.

El Real Decreto de 1097/2011 de 22 julio, aprueba el *Protocolo de Intervención de la Unidad Militar de Emergencias* y establece que la intervención de la UME podrá ser ordenada cuando alguna de las siguientes situaciones de emergencia se produzca con carácter grave, independientemente de que se trate de una emergencia de interés nacional o no:

⁷ El procedimiento de activación de la UME está regulado por la Directiva 05/08 del JEMAD y, en síntesis, consiste en que las autoridades locales o autonómicas de Protección Civil soliciten el apoyo de las Fuerzas Armadas al Ministerio de Defensa, a través del Ministerio del Interior.

- Las que tengan su origen en riesgos naturales, entre ellas, inundaciones, terremotos, deslizamientos de terreno, grandes nevadas y otros fenómenos meteorológicos adversos de gran magnitud.
- Los incendios forestales.
- Las derivadas de riesgos tecnológicos, entre ellos, el riesgo químico, el nuclear, el radiológico y el biológico.
- Las que sean consecuencia de atentados terroristas o actos ilícitos y violentos, incluyendo aquellos contra infraestructuras críticas, instalaciones peligrosas o con agentes nucleares, biológicos, radiológicos o químicos.
- La contaminación del medioambiente.
- Cualquier otra que decida el presidente del Gobierno.
- Las actuaciones de la UME ante alguna de estas situaciones se concretan en la planificación, el adiestramiento y la intervención. Sin embargo, la UME no realiza tareas de prevención y sus efectivos actuarán siempre encuadrados en la unidad a la que pertenecen y dirigidos por sus cuadros de mando.

La Ley 17/2015 de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil, establece que, en el caso de que una emergencia alcance el nivel tres y sea declarada «de interés nacional», la UME asumirá la dirección operativa de la misma.

La Directiva del JEMAD 14/03, de 4 de julio, sobre el procedimiento de actuación de la UME en las Unidades, Centros y Organismos (UCO) del Ministerio de Defensa, indica que toda UCO debe poseer un Plan de Actuación ante Emergencias con un Plan de Evacuación y nombrar a un director del mismo. Esta Directiva tiene por objeto regular un procedimiento más ágil y eficaz para que las jefaturas de las UCO del Ministerio de Defensa reciban el apoyo de la UME ante una emergencia, catástrofe o calamidad, dentro de sus instalaciones; siempre que los medios locales o autonómicos no sean adecuados, no estén en disposición de apoyar o la naturaleza de la emergencia así lo desaconseje.

La gestión óptima de un desastre o catástrofe sería la que elimine los factores de riesgo, reales y potenciales, que afectan a esa emergencia. Sin embargo, puesto que es prácticamente imposible conseguirlo, ya que el riesgo nunca será nulo, los planes de emergencia incluyen actuaciones una vez producida la emergencia. Así, los planes complementarían a las medidas de previsión y prevención.

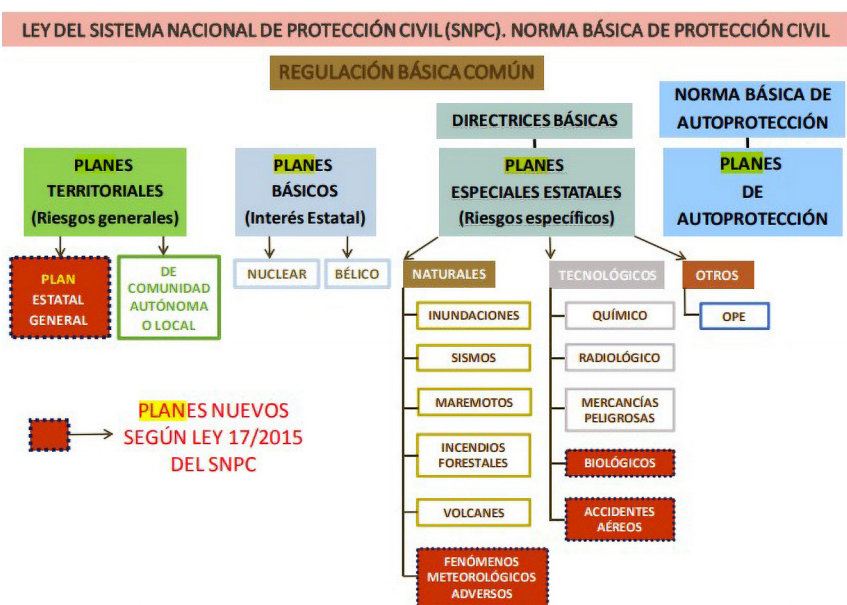


Gráfico 7bis: Regulación básica común. Fuente: ENPC, 2019 (BOE nº 103-2019)

Por definición, un plan de emergencia es un documento de primer orden que cubre a un determinado colectivo para prevenir y prever eventos que estén en contra de la seguridad de las personas de ese colectivo o sus bienes. Puesto que siempre existe un riesgo, actuar ante la aparición de dicho evento si este se produce, minimizando sus efectos y consecuencias. En España, podemos hablar de diferentes tipos de planes de emergencia que están relacionados con la especial distribución del territorio del Estado. Para afrontar los mencionados riesgos, se dispone de planes territoriales y especiales, de naturaleza estatal, autonómica y local, en función de su ámbito competencial y territorial. Dichos planes serán aprobados por la Administración competente en cada caso (ver gráfico 7bis):

- a) Planes de autoprotección de lugares y colectivos específicos:
 - Edificios (generalmente públicos).
 - Hospitales.
 - Escuelas u otros centros de formación.
 - Almacenes e industrias.
 - Recintos deportivos.
 - Eventos (espectáculos, conciertos).
- b) Planes de emergencia de rango superior, municipal, comarcal, provincial o comunitario. También cubren peligros específicos, como el transporte de mercancías peligrosas, o casos especiales, como las emergencias nucleares.

La estructura organizativa de un plan de emergencia se divide en estructura de dirección y estructura operativa:

- a) La estructura de dirección (y coordinación) está compuesta por:
 - Un director que tiene el mando y coordinación de todas las operaciones relativas a la ejecución del Plan. Recae en la autoridad máxima, o quien ostente el ejercicio de las competencias de Protección Civil.
 - Sistemas de información y control:
 - a) Grupo de expertos que asesoran al director.
 - b) Centros de mando y coordinación, al servicio del director.
 - c) Puesto de mando avanzado. Órgano de trabajo del coordinador.
 - d) Oficina de información.
 - e) Red de comunicaciones que asegura el enlace y la fluidez de la comunicación entre intervinientes.
- b) La estructura operativa está compuesta por los recursos humanos y materiales sobre los que recae la ejecución del cien por cien de las actuaciones materiales contempladas en los objetivos del plan. Se denominan grupos de acción y actualmente se consideran básicos los siguientes:
 - Grupo de seguridad, que pretende el orden y la seguridad en las actividades del plan.
 - Grupo de intervención, que ejecuta las medidas de intervención para controlar y enfrentar las causas de la emergencia.
 - Grupo sanitario, que protege a la población, poniendo en marcha medidas de socorro y atención sanitaria. Primeros auxilios, triaje, clasificación y transporte sanitario.
 - Grupo logístico, que asegura la provisión de materiales durante el desarrollo de la emergencia.
 - Grupo de apoyo técnico, que evalúa el desarrollo del suceso y propone otras medidas de protección en función de las características de la emergencia.

Los distintos grupos de acción van a estar, necesariamente, compuestos por profesionales de distintas especialidades para dar una cobertura global a la emergencia. Se vuelve a comprobar la importancia de la coordinación, ya que podría suceder que varios sanitarios practicasen primeros auxilios a la misma persona, mientras que otras queden sin atención porque todo el mundo da por sentado que ya han sido atendidas. O que varios profesionales, como un técnico de emergencias, un psicólogo y un trabajador social vayan a buscar agua y elementos de abrigo para las víctimas. Podríamos seguir poniendo ejemplos que suenan a situación irreal, cuando en realidad son más comunes de lo que parece. Por eso, hay que insistir en conseguir una buena comunicación entre profesionales, grupos de acción o servicios implicados en la intervención en emergencias. Como hemos visto, organismos como Protección Civil o documentos diseñados como los planes de acción se encargan de esa función.

4. Psicopatología asociada a desastres

4.1. El estrés como respuesta en situaciones de crisis

Una situación de crisis provoca en el sujeto una reacción de estrés que variará en función de factores inherentes a la situación y otros asociados al sujeto (factores ambientales y de personalidad). Pese a lo esperable de la reacción, en muchas ocasiones, esta puede ser una respuesta desadaptativa que aumente el riesgo para el propio sujeto y para los demás implicados, dificultando la futura recuperación.

La experiencia estresante resulta de las transacciones entre la persona y el entorno. Estas transacciones dependen del impacto del estresor ambiental, impacto mediatizado, en primer lugar, por las evaluaciones que hace la persona del estresor y, en segundo lugar, por los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacer frente a la situación de estrés (Lazarus y Folkman, 1984).

Las manifestaciones del estrés sufrido en una situación de crisis, son muy variadas en función de la persona, pero, en general, podemos agruparlas en tres niveles: cognitivo (de pensamiento), fisiológico (reacciones fisiológicas) y motor (conductas manifiestas).

A nivel cognitivo, pueden aparecer distorsiones cognitivas, confusión, incapacidad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones, preocupación y culpa. A nivel fisiológico/emocional, ansiedad, irritabilidad, ira, pánico, temblores, problemas respiratorios, conductas de escape, estupor. A nivel motor, impulsividad, abuso de alcohol o drogas, problemas de sueño, llanto, conductas violentas o antisociales.

La actitud y la respuesta conductual ante la situación de crisis, estará muy delimitada por las características de cada uno de los componentes descritos. Cannon (1915) propuso en su modelo general de estrés, las dos respuestas básicas de respuesta ante una situación amenazante: huir o luchar.

Por lo tanto, ante una situación de crisis, nos encontraremos con sujetos que presentan una respuesta adaptativa adecuada: manteniendo la calma, realizando su trabajo, ayudando a los demás, etc. Pero también es posible que nos encontremos con sujetos que no respondan de manera adaptativa: respuestas de huida, agitación excesiva, parálisis, bloqueos, etc. Una respuesta adaptativa favorece una mejor recuperación en los días siguientes, pero no garantiza la no aparición de trastornos posteriores.

Hasta ahora nos hemos referido fundamentalmente al estrés y las reacciones inmediatas ante una situación de crisis. Sin embargo, en sujetos que están habitualmente

expuestos a estas situaciones (equipos de emergencia, personal militar desplegado, bomberos, policías), puede producirse otro tipo de estrés, al que llamaremos acumulativo, fruto del desgaste de la exposición continua a situaciones críticas. Este estrés acumulativo puede producir diferentes síntomas y reacciones, como modificación de los hábitos alimentarios, problemas de sueño, irritabilidad, dolores de cabeza o aislamiento social. En este tipo de personal es importante realizar una cuidadosa labor preventiva, dentro de la cual los propios compañeros deberán estar pendientes de detectar los cambios descritos para tomar las medidas oportunas lo antes posible.

4.1.1. Fases de reacción a la situación de crisis

a) Fase aguda o de impacto. Corresponde a la primera reacción del individuo ante el impacto que supone la situación de crisis. Su duración es variable, pudiendo abarcar desde minutos hasta días. Ante la situación de crisis el sujeto responderá con reacciones de agitación o de inhibición, siendo las más típicas las de parálisis o huida/agitación descontrolada.

b) Fase de reacción. El sujeto toma consciencia de lo acaecido, pudiendo aparecer sentimientos dolorosos, tristeza, ira, labilidad emocional, ansiedad y tensión muscular.

c) Fase de recuperación. Las reacciones son menos intensas. Se piensa en lo ocurrido, buscando causas y consecuencias, y comienza la reorganización individual y colectiva.

d) Fase de reorientación. Tiene lugar meses después de haber ocurrido el desastre. Se centra en las actividades de reconstrucción y reorganización social.

4.1.2. ¿Cuándo esas reacciones se convierten en patológicas?

La inmensa mayoría de las reacciones descritas son perfectamente normales y esperables ante un acontecimiento traumático. El hecho de que sean comprensibles no quiere decir que no sea recomendable intervenir sobre ellas, sobre todo, en aquellas situaciones en las que se dan respuestas desadaptativas como las anteriormente descritas.

Existe discrepancia entre la psicopatologización o no de algunas de estas conductas. Alguna de las variables que tenemos que analizar son:

- La importancia del contexto y las características del hecho traumático.
- La reacción de las personas afectadas, las conductas manifestadas y la intensidad.
- La ideación suicida.
- Los factores predictores de una mala adaptación, como ataques de pánico y crisis de ansiedad intensas, carencia de apoyo social, proximidad al evento, problemas personales o los antecedentes del sujeto.

4.2. El concepto de trauma en la psicología

El concepto de trauma está asociado a una situación extraordinaria. Es un término que surge inicialmente para designar un conjunto de daños, físicos y psíquicos, provocados por un acontecimiento vital vivido por el sujeto. La primera escuela de psicología en hablar del trauma como tal fue el psicoanálisis. Laplanche y Pontalis define al

trauma, en su *Diccionario de Psicoanálisis* (1979), como un «acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica».

Los efectos traumáticos causados por un determinado acontecimiento se ven modulados por una serie de factores, tanto en su origen como en su mantenimiento (ver tabla 8).

Factores predisponentes (pretrauma)
- Psicopatología previa personal o familiar - Exposición previa a traumas - Personalidad vulnerable - Estrés acumulativo
Factores precipitantes (suceso traumático)
- Tipo de suceso traumático (intencionalidad) - Gravedad del suceso traumático (modelo dosis/efecto o modelo dosis/dependiente)
Factores mantenedores (postrauma)
- Anclaje en el pasado - Hacerse preguntas sin respuesta o buscar explicaciones imposibles de obtener - Necesidad de buscar culpables - Negación cognitiva o emocional del suceso

Tabla 8. Variables facilitadoras del trauma (Echeburúa *et al.*, 2007)

El acontecimiento traumático es aquel que produce el impacto en el sujeto, que potencialmente puede generar las reacciones de estrés descritas y una posible patología posterior. Fundamentalmente, tiene las siguientes características definitorias:

- Dimensión objetiva: tipo, lugar, intensidad, duración.
- Dimensión subjetiva: consta de la interpretación que realiza el sujeto del acontecimiento. Esta interpretación determinará en gran medida la reacción y posterior adaptación del sujeto a la situación.

Un acontecimiento, por sus características objetivas, puede ser potencialmente traumático, pero solo adquirirá esta condición cuando el sujeto, en su interpretación de lo acaecido, le otorgue un significado de amenaza, daño o pérdida.

4.2.1. Clínica del trauma y trastornos psicopatológicos asociados

Toda situación traumática produce una situación de estrés en el individuo. Este estrés debe ser entendido como un mecanismo de supervivencia, una reacción normal de una persona normal ante una situación y unas circunstancias anormales. No debe ser confundido con el TEPT, que es una versión patogénica de este mecanismo de defensa.

La publicación del DSM-5 (2013) supuso cambios sustanciales en la tipificación de los principales trastornos relacionados con el estrés, como la creación de una nueva categoría diagnóstica independiente: Trastornos relacionados con el trauma y factores de estrés (*trauma and stressor-related disorders*). La inclusión de este epígrafe conlleva la independencia de los trastornos relacionados con experiencias potencialmente traumáticas de los trastornos de ansiedad, en los que venían siendo incluidos hasta el DSM-IV.

Dentro de este nuevo apartado encontramos los siguientes trastornos:

- Trastorno de apego reactivo.
- Trastorno de la relación social desinhibida.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastorno de estrés postraumático en niños menores de seis años.
- Trastorno de estrés agudo.
- Trastornos de adaptación.
- Otros trastornos relacionados con traumas y factores de estrés especificados y no especificados.

Respecto al diagnóstico del TEPT:

- Se incluye específicamente la violencia sexual como posible evento traumático que genere un TEPT.
- La persona que sufra o presencie el suceso traumático no necesita manifestar una reacción de miedo extremo ante el mismo.
- En cuanto a la sintomatología, esta debe manifestarse en cuatro grandes áreas: reexperimentación, evitación, hiperactivación y alteraciones persistentes en la cognición/humor.
- Desaparece la especificación de agudo/crónico y aparece la de «expresión retardada», cuando el cumplimiento de todos los criterios diagnósticos no aparece hasta, al menos, seis meses después del evento traumático.

Respecto al diagnóstico de TEA:

- En los eventos traumáticos generadores del trastorno se incluye específicamente la violación sexual. En este caso habla de violación no de violencia como en el caso del TEPT.
- Respecto a la sintomatología, al menos nueve síntomas de cinco categorías deben estar presentes para el diagnóstico del trastorno: reexperimentación, humor depresivo, disociación, evitación y síntomas de activación.

El sujeto que experimenta una situación traumática que genera una psicopatología suele presentar una patoplastia formada por tres grandes grupos sintomáticos: la reexperimentación, la evitación de estímulos asociados al trauma, y la hiperactivación y embotamiento afectivo.

Los dos principales trastornos derivados del trauma son: el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), cuyas diferencias atienden más a criterios temporales que a diferencias cualitativas. Estos trastornos se han desarrollado en detalle en el capítulo seis.

- a) Transformación persistente de la personalidad tras acontecimiento traumático. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

En el presente punto expondremos información referente a trastornos relevantes en el ámbito de las emergencias que se incluyen de manera exclusiva en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Aquellos sujetos que sufren un estrés extremo al vivir una experiencia traumática intensa pueden padecer síntomas crónicos tardíos y duraderos que afecten a su personalidad, pudiendo darse una transformación de la misma, como así viene tipificado en la CIE-10. Tal y como aparece en esta publicación, el estrés debe ser tan extremo como para que dicha transformación no pueda deberse a una vulnerabilidad previa. Dicha transformación puede aparecer precedida de un TEPT aunque no es necesaria la presencia del mismo. En caso de que sea precedida de un TEPT, la transformación sufrida puede ser considerada como un estado crónico o como secuelas irreversibles de aquel trastorno.

Las transformaciones duraderas de la personalidad, después de una breve exposición a una experiencia amenazante como puede ser un accidente de tráfico, están asociadas a una vulnerabilidad psicológica preexistente y no deben ser tipificadas con este trastorno.

El diagnóstico se basa en la aparición de rasgos previamente ausentes, como por ejemplo:

- Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo.
- Aislamiento social.
- Sentimiento de vacío o desesperanza.
- Sentimiento permanente de *estar al límite*, como si se estuviera constantemente amenazado.
- Vivencia de extrañeza de sí mismo.

Estos síntomas deben haber estado presentes durante, al menos, dos años y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad preexistente o a un trastorno mental distinto de TEPT.

La publicación de la CIE 11 ha supuesto cambios relevantes en algunos de los trastornos asociados al estrés como el anteriormente mencionado. En línea con lo realizado en el DSM 5, aparece un apartado específico para los Trastornos relacionados con el estrés. Dentro de este apartado destaca la inclusión del Trastorno de estrés postraumático complejo en el que se cumplen todos los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático pero, además, se caracteriza por la gravedad y la persistencia de: 1) los problemas en la regulación del afecto; 2) las creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y 3) las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás.

b) Otros trastornos psicopatológicos

Hasta ahora, hemos hablado del trastorno por estrés postraumático y del trastorno de estrés agudo, los dos trastornos más específicos asociados a los incidentes críticos y situaciones traumáticas. Otros trastornos de relevancia, sin la especificidad de los anteriores, que pueden derivar de haber vivido una situación traumática son:

- Trastornos del estado de ánimo: depresión reactiva y episodio depresivo mayor.
- Trastorno de ansiedad: trastorno de pánico, agorafobia y fobias específicas.
- Trastornos disociativos: amnesia disociativa, fuga disociativa, de identidad disociativo y despersonalización.

Capítulo 9

Intervención de la psicología militar en situaciones de emergencia. Parte II

Comandante Fernando J. Rodríguez Alonso
Comandante M.ª del Puerto Martín Alonso
Comandante Luisa M. Fernández García-Ovies
Comandante Gabriel Fernández Jurado
Capitán Vanesa Simón Martínez

1. Intervención psicológica en situaciones de emergencia

1.1. Aspectos generales

Las diferentes situaciones de emergencia que se pueden producir en el ámbito militar son múltiples y la intervención psicológica deberá realizarse a varios niveles: con los afectados, los familiares y los compañeros. Tanto el tipo de acontecimiento traumático como el personal sobre el que va dirigida la intervención determinarán el tipo y las características de la misma. En este apartado se van a exponer ciertas pautas generales y técnicas básicas de intervención, con víctimas directas o intervinientes de acontecimientos potencialmente traumáticos.

Antes de entrar en materia, es necesario clarificar cuál es la función del psicólogo en una situación de emergencia o catástrofe. Protección Civil, en su *Guía técnica de planificación e intervención psicosocial en emergencias y catástrofes* (2012), determina que son tareas específicas de los psicólogos las siguientes:

- Organización y coordinación del posible voluntariado no reglado en la emergencia que sea psicólogo.
- Evaluar las necesidades de apoyo psicológico con respecto a toma de decisiones, realización de trámites, relaciones familiares, factores de riesgo psicológico, etc.
- Facilitar el apoyo psicológico específico ante posibles crisis de ansiedad y otras manifestaciones de estrés agudo.
- Informar sobre las reacciones de ansiedad y cómo afrontarlas.
- Aplicar técnicas psicológicas específicas cuando.
- Asesorar sobre pautas de comunicación de malas noticias a otros familiares o allegados.
- Ayudar al inicio del proceso del duelo.
- Proporcionar información sobre ayuda psicológica a medio plazo (guías de autoayuda, instituciones de asistencia).
- Realización de los informes psicológicos que se precisen y la posible colaboración con el informe técnico final.

En el ámbito militar, la NT 04/04 recoge cuáles serán las actividades a desarrollar por el psicólogo militar a la hora de intervenir en una situación de emergencia:

- Visitas a domicilio de los familiares.
- Colaborar y acompañar a los compañeros de las unidades de destino de las víctimas que se desplacen al domicilio de los familiares a comunicar el evento, situación o fallecimiento.

- Recepción de las familias de las víctimas y su ubicación.
- Acompañamiento de los familiares al reconocimiento de las víctimas, si procede.
- Establecimiento de medios o puntos de contacto (POC, por sus siglas en inglés, Point Of Contact) para prestar el apoyo y asistencia psicológica que se precise.
- Acompañamiento a los familiares en los momentos inmediatos a la tragedia, velatorio, funeral, contacto con los féretros y su despedida a los lugares de reposo.
- Promover reuniones informativas y de asesoramiento de los familiares, con personal técnico especializado que pueda ofrecerles información técnica, veraz y objetiva del evento.
- Asesoramiento psicológico a los compañeros de destino de la víctima.
- Coordinarse con los posibles apoyos e intervenciones que pudiera llevar a cabo el personal médico y, en especial, para la comunidad católica, sacerdotes.
- Adoptar las medidas necesarias para lograr que la situación sea lo menos traumática posible.

La intervención en crisis es un proceso de apoyo activo y temporal para individuos o grupos que están experimentando un estado emocional de estrés agudo.

1.2. Principios de intervención

Los principios por los que se deberá regir la intervención con afectados en una situación de catástrofe son los siguientes (Robles y Medina, 2002):

- No etiquetar de enfermedad lo que constituye una reacción normal a una situación excepcional.
- La intervención deberá cumplir con los requisitos de inmediatez, proximidad, simplicidad y expectativa de una pronta recuperación. El tratamiento deberá iniciarse lo antes posible (inmediatez), lo más cerca posible del lugar donde ha ocurrido la catástrofe (proximidad), restando importancia a las reacciones mostradas y haciendo ver al afectado que recuperará sus ocupaciones lo antes posible (expectativa), utilizando técnicas sencillas y breves (simplicidad).
- Reanudación rápida del funcionamiento normal. Se procurará que el afectado abandone el rol de enfermo lo antes posible y afronte la situación.
- El apoyo psicológico debe realizarse en entornos normalizados que, preferiblemente, no sean clínicos.

1.3. Atención psicológica a víctimas directas/afectados

1.3.1. Intervención temprana sobre el terreno

La intervención en crisis es una estrategia de intervención que se caracteriza por ser temporal, breve e intensa y que se realiza cuando los recursos propios de la persona son ineficaces para afrontar determinadas situaciones. Su objetivo principal es ayudar a reestablecer a la persona afectada a sus niveles anteriores de independencia lo antes posible (Dirección General de Protección Civil y Emergencias - Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Catástrofes (2012)).

Las principales funciones del psicólogo en estos primeros momentos son:

- Identificarse
- Responder a las necesidades de información
- Facilitar que se cubran las necesidades básicas
- Acompañamiento y acogida de familiares
- Escuchar y normalizar
- Ventilación emocional

Además, la labor del psicólogo en los primeros momentos del impacto es fundamental para prevenir reacciones más graves y establecer una adecuada relación con la víctima que marcará futuras intervenciones.

Ninguna de las intervenciones que se realizan debe ser considerada psicoterapia, ni un sustituto de la misma.

Después de la fase de impacto, las intervenciones irán dirigidas a paliar las posibles reacciones emocionales y prevenir las reacciones descontroladas. A nivel individual, la atención psicológica procurará reducir la intensidad de las reacciones emocionales del sujeto afectado, facilitando la toma de conciencia de la situación, con el objetivo de poner en funcionamiento sus capacidades de afrontamiento. Los roles a llevar a cabo por los profesionales de la salud mental, dentro del escenario del desastre, son los siguientes (Robles y Medina, 2008):

Supervivientes	Intervinientes	Comunidad	Organizaciones
Proteger Dirigir Conectar Triage PAP (primeros auxilios psicológicos)	Triage/evaluación <i>Defusing</i> <i>Debriefing</i> Intervención en crisis Evacuar cuando sea preciso	Informar Mantener los canales de información adecuados	Consultas Evaluación de necesidades Desarrollo de servicios Prestar apoyo Programas asistenciales

Tabla 9. Roles de los servicios de salud mental

Cuando la situación termina, la persona puede encontrarse inicialmente aturdida por un periodo que irá desde unos minutos hasta varios días. Este periodo normalmente va acompañado de reacciones físicas, como respiración rápida, temblores, náuseas, llanto, palpitaciones, sudor o escalofríos. Estas respuestas son normales ante un elevado nivel de estrés. Estas reacciones, acompañadas de las cognitivas y emocionales son síntomas de estrés, no de debilidad.

Todos aquellos síntomas que sean excesivamente intensos o que se prolonguen en exceso a lo largo del tiempo deben ser evaluados por un profesional de la salud mental. Sobre el terreno, se protegerá a los afectados de la sobreexposición a estímulos traumáticos, tratando en todo momento de evitar su exposición a estímulos visuales, olfativos o auditivos, potencialmente traumáticos, para lo cual se deberá hacer una correcta optimización del espacio.

Los afectados pueden estar desorientados, por lo que debemos centrarles en el *aquí y ahora*, informarles de lo que ha sucedido, de cómo se encuentran y, si es posible, de cómo están sus familiares o conocidos, para que comiencen a tomar conciencia y hacerse una imagen realista de la situación. En esta fase, será fundamental la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP), que se describirán en el apartado 3 del presente capítulo y la notificación de fallecimientos.

Una vez solventada la situación y tiempo después, se abordarán las consecuencias de la misma. En el ámbito psicológico, supondrá la intervención de la cadena asistencial sanitaria y de las diferentes organizaciones (ONG, grupos de ayuda, asociaciones de víctimas,

etc.) que prestan ayuda a las personas que presenten secuelas emocionales como consecuencia de la situación de crisis vivida.

1.3.2. Técnicas de intervención recomendadas en trastornos psicopatológicos derivados de situaciones traumáticas

La *Guía de Referencia Rápida*, elaborada por la Universidad Complutense de Madrid, atendiendo a la evidencia científica existente, realiza un resumen y análisis de las terapias recomendadas para los diferentes trastornos. En referencia al TEA y al TEPT, consultar tabla 10.

RECOMENDACIONES CON EVIDENCIA FIRME Y CONSISTENTE	<p>INTERVENCIÓN TEMPRANA (TEA) NO UTILIZAR de manera sistemática <i>debriefing</i> psicológico (1 sesión) inmediatamente después del acontecimiento traumático. Intervenir solo con PERSONAS CON SÍNTOMAS POSTRAUMÁTICOS SEVEROS en el primer mes (aplicación de tratamientos centrados en el trauma). Número de sesiones: cinco sesiones pueden ser suficientes.</p> <p>TRATAMIENTO CRONIFICADO (TEPT) UTILIZAR Tratamientos psicológicos Centrados en el Trauma (TCT), incluyendo: Exposición prolongada al acontecimiento traumático: dieciséis sesiones –una o dos semanales– (efecto en síntomas TEPT, diagnóstico TEPT y síntomas asociados –depresión, ansiedad y ajuste social–). Terapia de procesamiento cognitivo (TPC). Desensibilización y reprocesamientos por movimientos oculares (EMDR) (efecto en síntomas TEPT y otros síntomas asociados –ansiedad, depresión y funcionamiento global en salud mental–). Regulación emocional en trauma (efecto en síntomas TEPT, diagnóstico TEPT, pensamientos negativos relacionados con el TEPT, actitudes ante los síntomas TEPT y otros síntomas asociados –ansiedad, depresión, regulación emocional y funcionamiento relacionado con la salud–). NO UTILIZAR tratamientos farmacológicos como primera opción de intervención. UTILIZAR tratamientos basados en la búsqueda de seguridad cuando el paciente presente comorbilidad con trastornos por uso de sustancias (efecto en síntomas relacionados con el trauma y otros síntomas –uso de sustancias, psicopatología y permanencia en el tratamiento–).</p>
RECOMENDACIONES CON ALGUNA EVIDENCIA	<p>INTERVENCIÓN TEMPRANA (TEA) Con sintomatología de menos de cuatro semanas de duración: no intervenir y mantener una espera vigilante y un seguimiento. Utilizar tratamiento farmacológico (hipnóticos) para problemas de sueño.</p> <p>TRATAMIENTO CRONIFICADO (TEPT) Entrenamiento en inoculación de estrés. Modelo de Recuperación del Trauma y Empoderamiento para mujeres víctimas de abuso sexual o físico (efecto en síntomas postraumáticos y otros síntomas asociados –problemas uso de sustancias, problemas/síntomas psicológicos–). <i>Boston Consortium Model</i> para mujeres con comorbilidad con trastorno por uso de sustancias (efecto en síntomas postraumáticos y otros síntomas –problema uso de sustancias, salud, mental, conductas riesgo VIH, poder percibido en relaciones–). No se deben ofrecer intervenciones no centradas en el trauma (como relajación o terapia no directiva) de forma rutinaria. Cuando se obtiene una mejoría limitada con TCT: aplicar otra forma de TCT o combinarla con tratamiento farmacológico. Utilización de tratamientos farmacológicos (antidepresivos): Pacientes que muestran su preferencia por no implicarse en TCT. Pacientes con imposibilidad para seguir un tratamiento psicológico. Pacientes que no se han beneficiado de TCT. En combinación con tratamiento psicológico: en pacientes con depresión premórbida o alta sobreactivación. En pacientes que no responden al tratamiento farmacológico con antidepresivos: incrementar la dosis o cambiar de antidepresivo. Al aplicar tratamiento farmacológico con antidepresivos continuarlo al menos doce meses y retirarlo de manera gradual.</p>

Tabla 10. Terapias recomendadas. *Guía de Referencia Rápida* (UCM)

1.3.3. Técnicas de intervención grupal

Hoy en día, la intervención a nivel grupal con víctimas de emergencias es un recurso habitual, aunque existe cierta controversia en la comunidad científica acerca de la efectividad de alguna de estas técnicas (por ejemplo, *debriefing*).

Los beneficios y ventajas que presentan en algunos sujetos resultan indudables cuando se utiliza de manera correcta y en los casos indicados, aunque es necesaria una mayor investigación en este campo, ya que podría ser perjudicial para algunas personas. Echeburúa y Corral (2007) establecen una serie de indicaciones y contraindicaciones para la intervención grupal en situaciones de crisis (ver tabla 11).

Indicaciones
<ul style="list-style-type: none">• Capacidad para establecer relaciones interpersonales de confianza• Experiencias traumáticas similares a las de los otros miembros del grupo• Compatibilidad de sexo, de edad y de nivel cultural con los otros miembros del grupo• Estilo de vida relativamente estable• Aceptación de las normas de confidencialidad
Contraindicaciones
<ul style="list-style-type: none">• Tendencias suicidas activas o estado de ánimo muy deprimido• Conductas agresivas• Abuso de alcohol o de drogas• Ideas delirantes o alucinaciones activas• Pleitos pendientes

Tabla 11. Indicaciones y contraindicaciones de la intervención

Las principales técnicas de intervención grupal son:

- Información y apoyo postoperacional: es una intervención breve informativa centrada en la situación de crisis, que se realiza con grandes grupos, después de llevar a cabo una operación militar con el objeto de dar información práctica sobre la gestión de estrés, mitigar el impacto del evento traumático, reducir los síntomas de estrés, realizar una evaluación preliminar. Solo se realiza en una ocasión.
- *Briefing*: en términos generales, nos referimos a una reunión semi-estructurada de gente que ha experimentado el impacto del mismo suceso traumático y que necesita con urgencia información que le ayude en sus esfuerzos por manejar la propia situación y sus reacciones ante ella. Se aplica a grandes grupos después de un incidente y puede repetirse en varias ocasiones, si es necesario actualizar la información. Dirigida por un coordinador con dominio de estrategias de comunicación, estructurada con un grupo homogéneo de personas que han pasado por la misma situación traumática siguiendo las siguientes fases (Parada, 1996). Pasos:
 - a) Explicación de objetivos.
 - b) Hechos: cada miembro se identifica y explica qué ocurrió.
 - c) Pensamientos: cada miembro describe lo que vio y oyó y los pensamientos que tuvo.
 - d) Reacción: se comentan las reacciones. Se pide a cada miembro que se centre en lo peor que ha experimentado.
 - e) Síntomas: cada miembro comenta las respuestas de estrés que sufrió inmediatamente después del incidente y las actuales.
 - f) Enseñanza: se insiste sobre la normalidad de estas reacciones y se enseñan o recuerdan los mecanismos de afrontamiento.

- *Defusing*: intervención breve con pequeños grupos homogéneos después de un acontecimiento traumático. Los grupos constarán de entre dos y doce personas y lo más rápido posible después de que se resuelva la situación de crisis. El *defusing* no se debe repetir con la misma gente y el mismo incidente. Consta de tres fases:
 - a) Fase 1. Introducción de los miembros del equipo y de qué es el *defusing* y por qué lo estamos llevando a cabo.
 - b) Fase 2. Preguntar a los participantes sobre lo ocurrido, evitando hacer preguntas acerca de los sentimientos.
 - c) Fase 3. Dar información que normalice las reacciones y algunas indicaciones sobre estrategias de afrontamiento y el proceso de normalización.
- *Debriefing*: intervención grupal altamente estructurada que se realiza después de un acontecimiento crítico para manejar los vestigios emocionales y aliviar el estrés sufrido tras el mismo. El objetivo es que se enfrenten a todo tipo de reacciones (físicas, sonidos, recuerdos, pensamientos e imágenes), que se han experimentado como reacciones normales ante una situación anormal para poder normalizarlas e incorporarlas a la biografía personal de forma adaptativa. Se debe realizar entre las 24 y 72 horas tras la estabilización del incidente (con sesiones de seguimiento, si fuera necesario) y va a permitir detectar a aquellas personas más afectadas a las que sería conveniente remitir al servicio de salud mental.

Dada la exposición personal, es probable que durante el transcurso de esta intervención se produzcan reacciones de malestar, que dará paso a un mayor beneficio a medio o largo plazo.

La dirección la llevará a cabo una persona entrenada en las estrategias que se pondrán en marcha, principalmente un psicólogo especializado en intervención en crisis. Se debe garantizar la confidencialidad, es recomendable no hacer interrupciones y no se debe obligar a participar a ningún asistente. Fases:

- a) Fase 1. Introducción. Explicar los objetivos y motivar a los participantes.
- b) Fase 2. Relato de hechos. Exposición informal de cada participante (cómo ocurrieron los hechos, qué actividad estaba haciendo, qué tareas tenía encomendadas).
- c) Fase 3. Pensamientos e impresiones. Exposición de aspectos más personales. Se busca que los participantes comprendan algunas de las acciones puestas en marcha y que lo integren congruentemente en su procesamiento cognitivo.
- d) Fase 4. Reacciones emocionales. Esta será la parte más complicada, porque implica un nivel de exposición muy elevado. El director de la reunión debe manejar y contener las emociones de los participantes, que en esta fase hablarán de sus miedos y frustraciones. Si algún miembro se desborda, habrá que conseguir el apoyo y consuelo grupal.
- e) Fase 5. Normalización. A través de resúmenes y redefiniciones de lo expuesto en la reunión, normalizar lo vivido como algo normal ante una situación que no lo es.
- f) Fase 6. Planificaciones futuras y afrontamiento. Informar sobre las posibles manifestaciones que podrán experimentar en los días siguientes (ansiedad, miedos, dificultades para dormir, imágenes intrusivas) como reacciones normales, que irán disminuyendo con el tiempo. Se hablará también de posibles estrategias de afrontamiento que se pueden utilizar.
- g) Fase 7. Disolución del Grupo. En esta fase se trata lo que no se haya tratado hasta el momento y se facilita la información necesaria para saber cuándo acudir a un profesional: que tras un mes siga habiendo malestar importante; que no se consiga restablecer el funcionamiento normal; que haya alteración en la esfera social, laboral o familiar; que haya alteraciones de la personalidad.

1.4. Apoyo a familiares

La intervención de los psicólogos militares sobre personal afectado por situaciones de catástrofe, accidentes, atentados terroristas, etc., tanto militar como civil (compañeros, familiares, personas presentes en el suceso) viene regulado por normativa específica militar.

Siguiendo las normas generales de actuación (punto 4.2 del capítulo anterior) y la experiencia de Fernández Millán (2005), se proponen los siguientes pasos:

- Adoptar las medidas necesarias para que la situación sea lo menos traumática posible. Se ha demostrado que la gestión ambiental tiene una gran importancia en la intervención del profesional de la psicología, ya que la ubicación de los escenarios, su estructura y sus condiciones, pueden ayudar a eliminar o minimizar riesgos psicológicos desde la fase de reacción en adelante.
- Recepción de las familias y su ubicación. Es indispensable que se habilite una zona reservada (habitación, modular), bien señalizada en el punto de llegada (aeropuerto, estación), donde los familiares puedan dirigirse para conseguir cualquier tipo de información.
- Establecimiento de medios y POC para prestar el apoyo y asistencia psicológica. Coordinarse con los posibles apoyos e intervenciones que puedan producirse (como la asistencia médica o la asistencia religiosa). Hay que cubrir las necesidades primarias de los familiares: alojamiento, medios de transporte, esquemas con teléfonos y puntos de información o ayuda (hospitales, ayuntamiento, tanatorio, etc.).
- Promover reuniones informativas y de asesoramiento de los familiares con personal técnico especializado que pueda ofrecerles información veraz y objetiva del evento. La primera preocupación suele ser el paradero y situación de los familiares afectados. Esta información deberá ser rápida, concreta y constante, aunque reiterativa. Se recomienda aprovechar los momentos en los que se informa, aunque sea para decir que no se sabe nada más que la última vez, para preguntar a los familiares cómo se encuentran y ofrecerse para asesorar sobre los temas o dificultades que encuentren.
- Asesoramiento psicológico a los compañeros de destino de las víctimas.
- El acompañamiento a los familiares en los momentos inmediatos a la tragedia conlleva situaciones difíciles en las que suelen aparecer fuertes expresiones emocionales, entre ellas:
 - a) Reconocimiento de la víctima. Para ello, se aconseja tener una identificación previa fotográfica y tener todos los datos posibles que permitan limitar la búsqueda. La literatura insiste de nuevo en una buena organización del espacio, con puertas de entrada y salida diferentes, evitar colas y ayudar a la familia a elegir al encargado de la identificación. Cuando el reconocimiento no sea aconsejable, hay que ayudar a la familia a aceptar esta decisión haciendo hincapié en las garantías científicas (huellas dactilares, pruebas de ADN o de piezas dentales) o buscando alternativas que aseguren la identificación (por ejemplo, enseñar una parte).
 - b) Duelo y ceremonia de enterramiento. Se supone que el contacto con los familiares debe ser previo a estos actos, pero de no ser así, para facilitar el acercamiento se sugiere pedir permiso para sentarnos con ellos, presentarnos y utilizar cualquier información útil (hora del funeral o forma de traslado de cadáveres) o algún consejo sobre cómo tratar el tema con menores.
 - c) Visitas a los domicilios de los familiares. En el caso de ir a comunicar el evento, situación o fallecimiento, véase el apartado de comunicación de malas noticias.

La actuación de los psicólogos militares en este campo está regulada por la Instrucción Técnica 02/2023, de 29 de marzo, de la Inspección General de Sanidad de la Defensa, por la que se aprueba el protocolo de apoyo psicológico a heridos y familiares de fallecidos y heridos en acto de servicio.

1.5. Apoyo psicológico a intervinientes

Como ya se ha descrito anteriormente, existen multitud de incidentes críticos que conllevan la aparición de estados de estrés agudo en las personas que los experimentan. Cuando sucede alguno de estos acontecimientos diversos grupos de personas pueden estar involucrados. Desde los receptores del incidente, como los supervivientes y otros afectados, familiares o amigos, hasta los servicios profesionales, como el personal de rescate y emergencias.

En el contexto de las FAS, tras las lecciones aprendidas, se generan tres grupos de intervinientes diferenciados, después de un incidente crítico que conlleve pérdidas personales por la muerte o lesión de compañeros (o de familiares), o pérdidas materiales:

- Compañeros afectados de diferente modo, por ser víctimas directas del incidente crítico, por ser amigos o por participar en actividades de rescate.
- Personal del CMS –especialidad fundamental, psicología– que interviene, tanto con el grupo anterior como con las familias de las personas, dependiendo de dónde se encuentren en el momento del incidente y pudiendo estar involucrados personalmente con los afectados, sean del tipo que sean.
- Personal del CMS –especialidad fundamental, medicina y enfermería– que participa en las tareas de rescate e intervención y que pueden estar involucrados personalmente con los afectados.

Cuando se produce un incidente de las características expuestas, se activa directamente a los oficiales psicólogos del lugar más cercano al incidente, para atender a cualquiera de los grupos arriba descritos.

Hay que tener en cuenta que es un colectivo que sigue siendo vulnerable al impacto psicológico negativo que se produce en estas situaciones. Como ya indica la Dirección General de Protección Civil y Emergencias en su *Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Catástrofes* (2012), a menudo, el personal que participa en equipos de intervención, tanto los de impacto directo como indirecto, son olvidados como víctimas del desastre, debido a una serie de razones: los estereotipos populares de que son fuertes y con muchos recursos, en oposición a los supervivientes, que son vistos como desvalidos y sin herramientas. Algunos miembros de los servicios de emergencia describen cómo se sienten protegidos por sus uniformes del impacto del desastre y otros, simplemente, no sienten el riesgo, considerando que las necesidades de los supervivientes directos son mucho más obvias.

Los trabajadores de emergencias, con dedicación continuada o esporádica, se enfrentan a este tipo de situaciones de forma repentina, aunque pretendan negarlo y, contrariamente a algunos mitos comunes, son vulnerables al impacto psicológico negativo de las labores de rescate. Si bien las reacciones suelen ser temporales (días o semanas), en algunos casos pueden darse trastornos de carácter prolongado, como el TEPT.

Como se ha visto anteriormente, la actuación en los momentos del rescate puede producir una serie de respuestas que afectan al individuo a varios niveles: fisiológico (náuseas, fatiga, escalofríos, mareos, taquicardia), cognitivo (hipervigilancia, pensamientos

intrusivos, confusión), afectivo (miedo, ansiedad, irritación, *shock* emocional) y motor (incapacidad de descansar, habla acelerada, gritos).

Estas respuestas pueden provocar consecuencias en el ámbito laboral (deterioro de la calidad del trabajo, aumento del absentismo laboral, menor implicación o conflictos con los compañeros), y en el ámbito familiar (conflictos de pareja o familiares, aislamiento, volcar emociones negativas y relatos para los que el familiar no está preparado). Las mejores actuaciones para evitar estas reacciones negativas comienzan con la prevención, continúan con el apoyo durante la labor de rescate y se extienden en un apoyo posterior más organizado (Fernández Millán, 2005).

Los responsables de los intervinientes, para prevenir las reacciones negativas, pueden asignar a cada miembro una actividad atendiendo a sus capacidades, deben formar e informar sobre las consecuencias a nivel personal que pueden padecer durante y tras la actuación y tienen que organizar los grupos de trabajo favoreciendo las relaciones positivas entre sus miembros.

Durante las actuaciones se debe apartar al afectado del lugar de intervención a un lugar sin estímulos agresivos, preguntarle por su estado y realizar una *escucha activa*, asegurarle que su estado es normal para la situación por la que pasa y proporcionarle apoyo y descanso.

Después de la intervención, debemos alentar a narrar los hechos vividos y hablar sobre los sentimientos experimentados, informar sobre los síntomas que pueden estar experimentando o que pueden llegar a experimentar en los próximos días, así como pautas de actuación frente a ellos.

Otros autores identifican los siguientes riesgos emocionales en los intervinientes que también pueden evitarse:

- Fatiga de compasión (Figley, 1995). Identificación con la situación emocional y psicológica de la víctima, a la que se puede llegar debido a que la empatía es una herramienta laboral del interviniente y puede implicar una intensa identificación con la víctima. Influye la ambigüedad de roles, el exceso de demandas y una pobre definición de funciones.
- Erosión psicológica o síndrome de *burnout*. Maslach y Jackson (1982) describieron este síndrome como agotamiento psicológico y emocional, resultado de una presión emocional constante y repetida, junto a una implicación intensa en la actividad laboral durante largos periodos de tiempo. Cuando se llega a este estado, hay una percepción de dificultad para confrontar adecuadamente la situación y se adopta una actitud de indiferencia que implica un distanciamiento emocional que tiene como consecuencia un déficit en el rendimiento. Se trata de un proceso gradual y acumulativo, a diferencia de la fatiga de compasión. Las dimensiones que lo caracterizan son cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Los estudios recomiendan que el personal que, en su día a día, se enfrenta a situaciones críticas o se puede encontrar por su profesión desempeñando las labores de un equipo de asistencia en emergencias, ponga en práctica las siguientes estrategias de prevención (Parada, 2008):

- Preparación técnica: sentir que uno sabe lo que está haciendo y que es capaz de superar los desafíos a los que se va a enfrentar.
- Información: todo lo que es predecible es más fácil de manejar. Cuanto más sepamos de la situación en la que vamos a trabajar y más predecible sea una situación, más preparados estaremos para afrontarla.

- El equipo: trabajar con gente que se conoce, con roles bien delimitados y un liderazgo definido y cercano es una fuente de apoyo imprescindible. Es más que aconsejable trabajar la comunicación y la resolución de conflictos en estos equipos. Cuando un equipo está consolidado y sus miembros se conocen, pueden identificar, en otros, señales de estrés excesivo, que les ayudará a cuidarse más.
- Aceptar los límites propios y de la organización ante las necesidades del superviviente. Pueden surgir deseos de ir más allá de lo posible, lo cual es una fuente de frustración y culpabilización.
- Darse permiso: para reconocer el cansancio y descansar, para tener la sensación de hambre y comer, para sentir las emociones y expresarlas, en resumen, para ser humanos.
- Evitar una excesiva identificación: cuando intervenimos y somos conscientes de que la historia de la persona a la que ayudamos nos está afectando mucho, hay que recordarse que somos dos personas, dos biografías diferentes (nosotros no somos el superviviente, no hemos sufrido su situación, no es nuestra historia y, por eso, podemos ayudarlo mejor), y si vemos que la situación nos supera, retirarnos y pedir ayuda.
- Pedir ayuda: reconocer abiertamente que no nos sentimos bien.
- Realizar turnos y descansos: tener que rendir plenamente estando cansado o agotado se puede convertir en un impedimento más que en una fuente de apoyo o ayuda.
- Cuidar nuestro estrés de manera habitual: llevar una dieta sana, ejercicio moderado diario, tener buenos hábitos de sueño, conocer qué situaciones nos alteran más o nos provocan más miedos.
- Humor negro: la presencia de este tipo de humor en personal que se dedica a profesiones que conllevan un considerable grado de riesgo es un fenómeno saludable que permite racionalizar las tensiones psicológicas y, por tanto, una válvula de escape (Cortés, 2001).

Como puede observarse, las medidas para afrontar el impacto ante nuestra participación en una situación crítica conviene realizarlas desde una perspectiva multinivel en la que están incluidos la organización, el profesional y el equipo de iguales. Estas acciones, además, se integran en los diferentes niveles de actuación (antes, durante, inmediatamente después y en los días o semanas posteriores).

2. Comunicación en situaciones de emergencia

2.1. Aspectos generales de la comunicación

En las teorías de la comunicación hay diversos aspectos que son indiscutibles, como el hecho de que lo que queremos comunicar no es siempre lo que la persona receptora entiende y el hecho de que no existe una única realidad, sino tantas como observadores. Por ello, conviene que comprendamos todo lo posible la visión de la situación de la persona afectada y tratemos de comunicarnos de manera consonante con dicha visión, en especial, si la comunicación es para persuadirla, en el sentido de que se deje ayudar o colabore.

Por ello, si el proceso de comunicación es el adecuado, la persona ayudada facilitará el acceso del interviniente a su biografía y colaborará, pero existen algunas condiciones que pueden dificultar este proceso como se exponen a continuación:

**LO QUE
DEBEMOS
EVITAR**

No respetar su perspectiva por ser diferente, invalidar, juzgar y no escuchar.
No valorar al otro como persona.
Expresar opiniones, deseos y sentimientos de manera amenazante ante los de los otros.
Comunicar de manera vaga e imprecisa.
No definir las reglas y límites de la relación.
Que nos roben el poder para opinar, decidir y tomar iniciativas.

Tabla 12. *Los cerrojos de la biografía*, Costa y López (2006)

Cuando se producen discrepancias entre las partes en situaciones críticas, entre las valoraciones que realizan la persona que ayuda y la que es ayudada respecto a dicha situación, el profesional que interviene tiene dos opciones:

- Cambiar las condiciones de realidad relativas a la persona ayudada (demostrando hechos, modificando estímulos, comprobando resultados).
- Cambiar la percepción de la realidad de la persona (ayudarla a pensar, anticipar cambios positivos).

En el proceso de comunicación, también nos comunicamos a nivel no verbal (lenguaje corporal) y paralingüístico (aspectos como el tono, el volumen, el énfasis, la velocidad de habla, la claridad y la vocalización). Estos aspectos afectan al contenido verbal del mensaje, tanto que si existen discrepancias entre estos niveles, podrá tener más importancia lo que comunicamos a nivel no verbal. Por lo tanto, en el contexto de las urgencias y comunicación de malas noticias, cobra especial importancia el cómo se comunica la información.

Continuando con las teorías de la comunicación, otro pilar fundamental es la asertividad. La comunicación asertiva es una actitud y un estilo de conducta comunicativa que consiste en conseguir una mayor capacidad para expresar los deseos, sentimientos y necesidades de manera libre, clara e inequívoca ante los demás, y que esté dirigida al logro de los objetivos del individuo, respetando los puntos de vista del otro.

«En situaciones de emergencias el interviniente tiene que poner en acción su capacidad de relación, encontrándose con muy diversos tipos de víctimas (hostiles, manipuladores), debiendo gestionar la presión propia de los diferentes estamentos implicados en estas situaciones, manejar los errores de percepción por parte de los afectados [...]. Para esto es adecuado tener respuestas asertivas que limiten el estrés consecuente que nos causan» (Parada, 2008).

En la adquisición de un estilo de comunicación asertivo, es necesario aprender y conocer los derechos humanos o asertivos básicos, y las características de los diferentes estilos de comportamiento y comunicación.

2.2. Estrategias comunicativas en la intervención psicológica en emergencias

Parada (2008) describe una serie de habilidades que facilitarán el proceso de comunicación a la hora de intervenir en una situación de crisis, entre la que se pueden destacar:

- a) Establecer contacto: identificar nuestro rol e identificarnos por nuestro nombre. Aunque pueda resultar obvio, por ejemplo, por la uniformidad que llevemos, resulta conveniente presentarse como lo que somos para iniciar la interacción con la persona a la que se pretende ayudar, manifestando explícitamente nuestra intención de ayuda. Además, en las intervenciones que requieran el empleo de una gran cantidad de tiempo en la atención de una persona, en nuestra presentación

añadiremos nuestro nombre, además de preguntar y emplear el nombre de la persona afectada para dirigirnos a ella.

- b) Empatía: es la capacidad de aprehender la vivencia de la otra persona desde su realidad (sus percepciones, sus valoraciones y sus afectos). Nos permite mostrarnos como agentes interesados por el estado de otra persona y dispuestos a ayudar en lo que a esa persona le importa. Nos ayuda a conectar con el otro y nos facilita continuar con la interacción. Nos permite ser conscientes de cómo vive la persona, lo que le ocurre. Nos ayuda a que el otro perciba nuestra comprensión, lo que no implica reforzar positivamente el comportamiento del otro ni mostrarnos de acuerdo.
- c) No podemos olvidar que ser empáticos suele ir acompañado de permeabilidad emocional por nuestra parte, y existe el riesgo de contagiarse completamente con su estado emocional y sentir en la misma medida lo que siente la persona (fatiga de compasión), con serias consecuencias, como sentirnos mal, disminuir nuestra capacidad de ayuda o alimentar el riesgo de desgaste psíquico. Es importante ser conscientes de los aspectos que pueden impedir nuestra actitud empática por determinados prejuicios o creencias. Esto evitará acciones contraproducentes hacia nosotros mismos y nuestro rol.
- d) Escucha activa: esta habilidad supone prestar atención a lo que una persona nos cuenta y, además, hacérselo ver, a nivel verbal y no verbal. A nivel verbal, mediante la repetición (devolución literal del mensaje de la otra persona), paráfrasis (repetición del contenido) o reflejo (devolución de los sentimientos y parte afectiva del mensaje). A nivel no verbal, mediante el contacto ocular, asintiendo, con gestos faciales coherentes o con una postura que demuestre interés. A nivel paralingüístico, podemos emplear sonidos y murmuraciones para asentir.
- e) Hacer preguntas: es un recurso prácticamente inevitable en un proceso de asistencia. Nos va a facilitar varios procesos positivos para la ayuda, aunque conviene clarificar el propósito de nuestras preguntas para no sobreutilizar esta herramienta. Pueden ser preguntas cerradas o abiertas. Estas últimas invitan a desarrollar la información y ayudan a establecer un diálogo.
- f) Resumir: implica recapitular y transmitir que se ha comprendido el discurso del otro, enlazar los diversos elementos de los mensajes que da la persona e identificar un tema común proveniente de diferentes mensajes, así como para centrar el discurso de la persona cuando lo está derivando a aspectos irrelevantes.
- g) Clarificar: nos va a ayudar a comprobar la precisión de lo que hemos entendido, aclarar mensajes vagos o confusos y favorecer la elaboración del mensaje por parte de la persona. Evita dar por sobreentendida la información.
- h) Interpretar: consiste en deducir y otorgar un significado subyacente o alternativo a lo que la persona está contando. Al interpretar se puede dar el hecho de que la persona no esté preparada para aceptar o asumir el nuevo significado de la situación y se corre el riesgo de que se levanten resistencias en el proceso de comunicación.
- i) Dirigir: en determinadas ocasiones, puede ser necesario dar instrucciones a la persona afectada sobre cómo ha de comportarse. Para ello, es importante tener en cuenta que hay que adoptar una actitud de seguridad y control en lo que pedimos, sin pedir permiso sobre esas instrucciones, pero informando de la importancia de dichas indicaciones y reforzando positivamente el cumplimiento de las mismas.
- j) Reforzar y animar: por lo general, en situaciones de emergencia, los refuerzos que tenemos más a mano son los halagos, al igual que prestar atención y escuchar si la persona quiere ser escuchada. El interviniente que es reforzante suscita en los otros un sentido de autoeficacia y autocontrol y contribuye a la gestión de la situación.

- k) **Informar:** informar adecuadamente, en contexto, forma y contenido, puede ser muy útil para disminuir la ansiedad y el estrés consecuente con la ambigüedad, incertidumbre o realidad construida por la persona afectada, en torno a la situación. Ante las dudas que se nos plantean sobre la cantidad o el detalle de la información, podemos afirmar como conveniente: «informar de todo aquello que contribuye a disminuir la ansiedad por desconocimiento» (Parada, 2008). Hay que tener siempre en cuenta que es muy importante reconocer el momento y contexto en que la información es suministrada: proporcionar información útil y pertinente. Ser descriptivos, específicos, constructivos (motivar hacia el cambio en lo mejorable). Comprobar que se ha recibido adecuadamente el mensaje (pidiendo opinión o aclaraciones).
- l) **Normalizar:** resulta normal, en los primeros días o semanas tras una experiencia de crisis o recepción de una mala noticia, la aparición de manifestaciones cognitivas, afectivas, fisiológicas y conductuales que son consideradas reacciones normales consecuentes a la situación anormal vivida. Conviene validar y dar por lógicas dichas reacciones, ya que la persona puede sentirse desorientada o asustada por sentirse así, agravando el malestar que ya posee por sufrir esa experiencia crítica.
- m) **Resignificar:** es la traducción terapéutica de la vivencia de la persona como un intento de su organismo de hacer frente a la situación y recuperar el equilibrio homeostático.
- n) **Distraer:** supone redirigir puntualmente la atención de la persona afectada hacia otros aspectos, bien porque la persona tiende a centrarse atencionalmente en algún aspecto de su estado o de la situación que la paraliza, descontrola o interfiere con las actuaciones de ayuda, o bien porque la duración de la asistencia se prolonga en el tiempo y no se producen cambios significativos en la información a transmitir.
- o) **Manejar silencios:** el silencio como habilidad implica transmitir a la persona que se está ahí y que no es necesario siquiera hacerlo explícito. Se puede combinar con un contacto físico adecuado, con una mirada o con un gesto.

SÍNTOMAS	RESIGNIFICACIÓN
Miedo	Reacción de defensa ante un hecho amenazante. Permite protegerse y ser prudente.
Síntomas intrusivos (<i>flashbacks</i> , pesadillas, rumiaciones)	Como un intento de dar sentido a la experiencia (intento del cerebro de asimilar lo ocurrido, de buscar un final a la película o una explicación). Como un intento de la mente por no olvidar a las personas o las cosas que se han perdido en lo ocurrido.
Síntomas de anestesia emocional, de despersonalización o extrañeza	Intentos de la mente por desconectarse de la realidad, de poner un poco de distancia respecto al mundo y darse un <i>tiempo muerto</i> de respiro y recuperación.
Intentar evitar situaciones	Un modo de protegerse, de permitirse ir afrontando lentamente las cosas. Dosificar el dolor de las pérdidas para poder digerirlo poco a poco.
Ganas de estar solo/a y aislarse	Intentos de no perder el control cuando la sensación de alienación o de ser incomprendidos es muy fuerte.
Hiperactividad y alarma	Cuando se está sufriendo una agresión, es necesario estar atento a todo, vigilante. Es una actitud del cuerpo agotadora, pero que nos protege. Una vez pasada la amenaza, ya no es necesario mantenerla, pero a veces el cuerpo sigue manteniendo la alerta aunque el peligro haya pasado.
Resentimiento	Un sentimiento comprensible si no se siente suficiente apoyo.
Tristeza	Un modo de pararse a pensar y prepararse.

Tabla 13. Resignificación de síntomas postraumáticos como respuestas normales ante situaciones anormales (Pérez-Sales, 2006)

2.3. Comunicación de malas noticias

Una actuación de especial relevancia relacionada con el ámbito de la comunicación en situaciones de emergencia es la comunicación de malas noticias a los afectados directos o indirectos por una situación de crisis. Puede darse el caso de que esta comunicación sea realizada por el jefe de unidad o por un profesional sanitario. Un déficit en la formación de esta habilidad es un hecho que puede perjudicar gravemente el resultado de la intervención.

Comunicar malas noticias significa que la consecuencia inmediata que se produce con dicha comunicación es la alteración de las expectativas de futuro de la persona, de tal modo que el grado de impacto de la noticia estará determinado por la distancia que separa dichas expectativas de futuro de la realidad de la situación. Así pues, cobra especial importancia utilizar esta herramienta con el máximo cuidado posible, lo que implica no dejarla a la simple experiencia, al sentido común o a la buena voluntad. Comunicar en situaciones límite requiere, por tanto, de una tecnología relacional, es decir, de una serie de habilidades que solo pueden adquirirse a base de un entrenamiento y una supervisión adecuada.

Cuando se produce una relación en un contexto de emergencia y el resultado son malas noticias, el profesional y persona afectada se comunican en un espacio donde se producen transacciones para conseguir un objetivo común: afrontar la situación.

Buckman (2005) describió un procedimiento de seis pasos para elaborar el proceso de comunicación de malas noticias:

1. Preparar el entorno: buscar un espacio adecuado, favoreciendo la privacidad y la máxima comodidad, seguridad y tranquilidad posibles, donde la expresión de emociones no resulte muy embarazosa. Que la persona a la que va dirigida la comunicación elija si quiere estar acompañado por familiares o amigos, facilitar el asiento, escuchar sin interrumpir, sin mostrar apuro, dedicarle el tiempo que merece, pero, fundamentalmente, el que necesita. Es primordial que, desde la cortesía y amabilidad, saludemos y nos presentemos adecuadamente.
2. Descubrir qué sabe. Antes de hablar, debemos saber qué es lo que percibe la persona de la situación, porque será nuestro punto de partida. Es posible que la persona manifieste no haber entendido nada de la situación que se le está explicando: puede deberse a un proceso de negación (mecanismo de defensa adaptativo contra el que no debemos luchar) o porque quiere asegurarse de la información que se le está ofreciendo. Debemos saber que, tras pronunciar determinadas palabras, como fallecimiento o atropello, el familiar o amigo puede olvidar hasta el 40 % de la información recibida posteriormente. Así, se sugiere evitar el uso de palabras con contenido negativo, como dolor, angustia o sufrimiento. Hay que adaptar la comunicación a la persona con la que nos comunicamos, evitando tecnicismos innecesarios y atender no solo al contenido verbal, sino observar qué hacer con las manos o gestos. Esto será fundamental para detectar y comprender los sentimientos de la persona que recibe la mala noticia.
3. ¿Qué quiere saber? Debemos no imponer lo que consideremos nosotros que la persona debe saber. Los deseos de información van variando habitualmente a lo largo del tiempo, así pues, se sugiere no dar demasiada información en el primer encuentro, para ir conociendo las circunstancias contextuales y el deseo de la persona en ese momento sobre la información que desea recibir.
4. Compartir la información. Implica dosificar y clasificar la información, clarificar y comprobar el grado de comprensión, permitir ser interrumpidos, utilizar un

mensaje descriptivo-narrativo de lo sucedido, mantener coherencia entre lenguaje verbal y no verbal y cerciorarnos de que ha comprendido el mensaje en su totalidad.

5. Responder a los sentimientos y reacciones de la persona. Aquí cobran especial importancia la empatía y el lenguaje no verbal. Pequeños gestos pueden dar seguridad a la persona que recibe la información, como poner una mano sobre el brazo o, si se percibe que está sintiendo miedo, preguntar a qué teme. Se puede responder a las preguntas que tenga o respetar su silencio.

Frente a una reacción no aceptable (romper cosas o amenazar al personal), es imprescindible mantener la calma y solicitar la interrupción de esa conducta, haciendo saber al familiar que es comprensible su dolor.

6. Valoración de la reacción. Si la reacción está aumentando la ansiedad o perjudicando al estado general de la persona, es conveniente preguntarse si es posible hacer alguna intervención para mejorar la situación. Indagar si la persona está dispuesta a modificar su respuesta, si es posible negociar y si tiene conocimiento de lo perjudicial que puede ser esa reacción.

Si en los tres aspectos encontramos una negativa, la reacción no será modificable, por eso sería conveniente limitarnos a acompañar y apoyar.

Estrategias de cuidados y seguimiento

Tras comunicar la mala noticia y valorar la reacción de la persona, se deberá hablar de las opciones que existen y, si las circunstancias lo requieren y las condiciones lo permiten, habrá que tomar decisiones. Es fundamental demostrar que nos encontramos al lado de la persona, mediante la aceptación de sus opiniones, la reducción de la incertidumbre, la explicación, los silencios, la evitación del juicio o los consejos, la respuesta a las preguntas, la sinceridad y la información coherente.

En resumen, comunicar malas noticias es una tarea compleja que, como ya se ha indicado, es una habilidad que se puede aprender y que posee efectos beneficiosos, según Gómez-Batiste (1998), ya que disminuye la ansiedad, aumenta la capacidad de tomar decisiones, mejora el proceso de adaptación y favorece los objetivos terapéuticos. Barreto (1990) señala los objetivos generales que pueden evitar la aparición de complicaciones tras el fallecimiento de un ser querido: informar, hablar de la historia, reforzar los elementos adaptativos, favorecer la expresión emocional, normalizar las emociones, identificar necesidades, favorecer la toma de decisiones y mejorar la salud en general.

Parada (2008) añade también que aprender a comunicar malas noticias, puede aportar al interviniente efectos positivos, no solo en el ámbito profesional, sino también personal, ya que mitiga la ansiedad, aumenta el sentimiento de profesionalidad, potencia las habilidades emocionales y conductuales y mejora la relación con los afectados.

3. Primeros auxilios psicológicos (PAP)

La intervención en crisis consiste en un tratamiento intensivo que requiere la habilidad para la creación de un clima óptimo de comunicación que facilite: a) la libertad de expresión por parte de la persona en crisis; b) la aceptación de la persona y de su situación; c) la expresión de la capacidad para escuchar de manera empática; d) la búsqueda de soluciones realistas, y e) la expresión natural de afecto y cercanía. Se trata de propiciar una situación de seguridad psicológica que permita la exploración de los eventos críticos en un contexto de realidad.

La técnica de los PAP en casos de catástrofes fue preparada por la APA, en cuyo manual se mencionan cuatro tipos de respuestas individuales a los desastres:

- a) Reacciones normales a los desastres: aquellas personas que son capaces de mantenerse calmadas en circunstancias extremas o que recuperan la tranquilidad sin dificultad. Este tipo de reacciones se relacionan con el concepto de resiliencia. De esta forma, se consideran resilientes aquellas personas que, enfrentadas a la adversidad, no experimentan síntomas disfuncionales, ni ven interrumpido su funcionamiento normal, sino que consiguen mantener un equilibrio estable, sin que ello afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. La resiliencia está determinada por una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan con el medioambiente, consiguiendo un ajuste positivo y saludable ante la adversidad.
- b) Reacciones paralizantes: aquellas personas que, por un tiempo, se quedan paralizadas sin poder reaccionar en medio de la situación de crisis. No parecen reaccionar emocionalmente ni poder responder cuando se les habla. Estas personas son incapaces de autodirigirse en estas situaciones, por lo que necesitan ayuda de los demás.
- c) Reacciones hiperactivas: aquellas personas que reaccionan bruscamente y tienen un nivel alto de actividad sin propósito aparente. Se muestran intolerantes ante cualquier intención ajena de calmarse o volver paulatinamente a la tranquilidad. Estas personas necesitan ser tratadas y conducidas adecuadamente.
- d) Reacciones corporales: debilidad, temblores, llanto y otras reacciones fisiológicas pueden aparecer como respuesta a la catástrofe. Estas reacciones pueden no aparecer hasta que la persona se haya alejado completamente de la situación de riesgo para su vida.

El objetivo general de la primera ayuda psicológica consiste en ayudar, de forma inmediata, a las personas afectadas a mitigar el impacto emocional de un evento adverso (Valero, 2001). Se basa principalmente en saber escuchar, establecer un contacto físico, afectivo y respetuoso, y permitir el desahogo emocional de la persona afectada.

La primera ayuda psicológica la pueden brindar personas debidamente entrenadas, aunque este material está especialmente dirigido a trabajadores de atención primaria en salud y miembros de los equipos de respuesta. El objetivo principal es lograr, en el menor tiempo posible, que la persona afectada retome el control de sus emociones y participe en su propia recuperación.

Desde distintas organizaciones (Protección Civil, Bomberos, Cruz Roja, etc.), se plantea la necesidad de una formación común a todas las personas que intervienen en este tipo de situaciones, dirigida a lograr dos objetivos básicos: «actuar con más seguridad y eficacia y prevenir la aparición de consecuencias psicológicas negativas para el interviniente». Algunas de las habilidades fundamentales a adquirir son las sociales básicas de comunicación, las estrategias para una intervención efectiva, las manifestaciones del estrés y las técnicas de control del estrés.

Dentro de un programa de entrenamiento en incremento de la resiliencia, un módulo formativo en PAP puede ser fundamental para el entrenamiento en su conjunto y para aplicar las técnicas aprendidas en situaciones concretas en particular.

El objetivo del presente apartado es ofrecer una serie de propuestas para formar a personal militar, no especialista en psicología, en una selección de técnicas de PAP para brindar apoyo de primera mano en situación de catástrofe o emergencia, ante la ausencia de ayuda profesional.

3.1. ¿En qué consisten?

Las acciones que se pueden llevar a cabo en una intervención inmediata por personal formado en este ámbito van orientadas a los siguientes objetivos:

- Contribuir a satisfacer las necesidades básicas y de supervivencia.
- Reducir la tensión y la aflicción.
- Preservar una zona de seguridad interpersonal para las víctimas.
- Ventilar emociones, percepciones e ideas experimentadas durante el evento.
- Incrementar la organización cognitiva.
- Activar recursos internos del sujeto, como, por ejemplo, sus estrategias de afrontamiento.
- Activar recursos externos al sujeto (apoyo social, laboral y familiar). Ayudar a los sobrevivientes a dar pasos prácticos para resolver los problemas urgentes causados por el desastre.
- Asistir en la ejecución de pasos concretos: implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta. El objetivo es, en realidad, muy limitado: no es más que dar el mejor paso próximo, dada la situación. El que brinde la ayuda debe tomar una actitud directiva o facilitadora de los pasos a seguir.
- Disminuir la sensación de anormalidad y marginalidad (legitimando los síntomas vivenciados). Las reacciones ante este tipo de situaciones son siempre normales, lo que es anormal es la situación vivida.
- Preparación para ciertas experiencias y reacciones de aparición posterior.
- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad.
- Informar sobre recursos existentes y cómo llegar a ellos.

Algunas de las actitudes a seguir con personas que han sufrido alguna situación de crisis y que son de aplicación dentro de los PAP, son:

- Mantener una actitud serena, respetuosa, cordial y afectiva, pero firme; la persona asistida no espera que el personal de ayuda se sume a su crisis, sino que la ayude a superarla.
- Evitar ser crítico. No enjuiciar ni sermonear.
- Mantener una actitud de escucha responsable, que permita que la persona afectada se exprese hablando o llorando; este es el mejor recurso en la asistencia psicológica de urgencia, ya que promueve la ventilación emocional.
- Mantener una actitud que facilite la empatía, que la víctima perciba que se le brinda ayuda, se le comprende y se le entiende. Esto es esencial para lograr la aceptación del afectado.
- No tratar de resolver, responder o aclarar todas las preguntas o afirmaciones que la persona haga en ese momento sobre aspectos como las causas del desastre y *la mala suerte que le ha tocado*. Dar información fiable.
- No intentar calmar a la persona afectada, convenciéndola de que está equivocada en sus juicios o apreciaciones.
- No intentar modificar las conductas defensivas, como el no aceptar los acontecimientos o las pérdidas sufridas; constituyen una defensa psicológica inicial, la cual conserva el funcionamiento de la personalidad durante la fase aguda.
- El que ayuda debe tener un alto nivel de autocontrol, para no desbordarse ante la situación de crisis.
- Tener gran disposición para trabajar en equipo. Normalmente en este tipo de situaciones hay personal sanitario y otros compañeros con los que hay que coordinarse.

En general, las técnicas de los PAP consisten en mantener a la persona a salvo de la situación de riesgo, alejándola del peligro, promover la ventilación emocional y ponerla en contacto con los servicios sanitarios o de ayuda para que más adelante pueda utilizarlos.

3.2. ¿Cuándo aplicarlos?

Las condiciones de aplicación de estas técnicas pueden ser variadas. Una catástrofe o situación de crisis se puede producir en cualquier momento y lugar, si bien es cierto que el personal militar está más expuesto a este tipo de situaciones durante misiones en ZO.

Los momentos de aplicación de estos primeros auxilios son justo después de producirse la situación de riesgo vital, o durante las veinticuatro horas posteriores. La aplicación ideal sería aquella lo más inmediata posible y en el lugar del suceso, aunque alejado del peligro.

Los principios a seguir en la intervención psicológica son los siguientes:

- Proximidad: actuar lo más cerca posible, desde el punto de vista físico al lugar del evento, para no estigmatizar a los afectados con su traslado a un hospital o centro de salud mental.
- Inmediatez: intervenir lo más pronto posible, para evitar la aparición de ciertos síntomas o la cronificación de otros.
- Expectativas: transmitir expectativas positivas sobre un rápido retorno a su rol o función anterior al evento, potenciando así su autoestima y sus estrategias de afrontamiento.
- Simplicidad: utilizar métodos breves y sencillos adaptados a la situación de embotamiento emocional de los afectados.
- Unidad: las víctimas necesitan reestructurar cognitivamente las experiencias vividas, porque todas las experiencias traumáticas son caóticas y confusas.

3.3. ¿Quién puede aplicarlos?

El personal que lleva a cabo los PAP propiamente dichos es aquel que, físicamente, está cerca de los que presencian la situación de crisis o catástrofe, y que ayuda y asiste a los mismos. No son exclusivos de personal facultativo y cualquier persona, con la formación específica adecuada, está en condiciones de llevarlos a cabo.

Todo interviniente debería estar preparado y formado en primeros auxilios psicológicos para estar en condiciones de realizar una intervención efectiva e integral.

3.4. Acciones prácticas y talleres

Aunque los PAP se aplican después de una catástrofe, puede ser muy útil formar en estos aspectos al personal militar como medida preventiva y para que, en caso de intervenir en una situación de emergencia, tenga la formación suficiente para ayudar tanto a las víctimas como a sus propios compañeros.

Se proponen unos talleres formativos en dos sesiones de alrededor de dos horas de duración, llevados a cabo por uno o dos oficiales psicólogos, que se estructurarían de la siguiente forma:

- 1.^a sesión. Marco teórico de los PAP y su importancia. Objetivos y técnicas de los PAP. Situaciones de aplicación. Talleres prácticos. A modo de resumen, se puede concluir con las diez reglas básicas de intervención en primeros auxilios:
 - No aconsejar.
 - No ponerse de ejemplo (el auxiliador).
 - No enfatizar excesivamente los aspectos positivos. Frases como «podría haber sido peor» pueden ser contraproducentes.
 - No minimizar el hecho. La frase «no pasa nada» suele ser negativa.
 - No bromear: la ironía puede ser ofensiva o contraproducente.
 - No dramatizar: si la persona llora, el auxiliador no tiene por qué hacerlo.
 - No engañar a la víctima, ni fingir.
 - No favorecer la actitud de culparse.
 - No actuar defensivamente.
 - No favorecer dependencias directas del afectado con el que presta los PAP.

En una segunda parte de esta primera sesión, se proponen actividades aplicadas organizadas en grupo, a modo de *role-playing*, en las que se pongan en práctica las habilidades y técnicas aprendidas en la primera parte. Se pueden poner ejemplos de los tres tipos de reacciones anormales ante la situación de crisis y que los participantes, aplicando los conocimientos adquiridos anteriormente, reconozcan la situación y apliquen las distintas técnicas. Un modo de proceder sería proporcionar a las personas que van a simular las distintas reacciones, una tarjeta con la descripción de la reacción, cómo deben evolucionar en función de la actuación del psicólogo y, así, comenzar la simulación y el *role-playing*. La persona que va a asistir a la que simula, debe reconocer los síntomas y reacciones y comenzar los primeros auxilios. Una vez finalizado se invertirían los papeles.

- 2.^a sesión. Conclusiones, dudas y reflexiones. ¿Qué ocurre después?
 - En esta sesión se pueden resolver dudas de la sesión anterior y algunas reflexiones que surjan de los participantes. Se pueden comentar en grupo algunos errores cometidos de forma individual en la sesión anterior y cómo subsanarlos.
 - Como conclusiones finales, se pueden abordar técnicas que se aplicarían más a largo plazo en aquellas personas que han sufrido una situación de crisis, como técnicas de afrontamiento al estrés, higiene del sueño, promover la actividad física y hábitos de vida saludables. También reconocer aquellos casos más graves a largo plazo para que soliciten ayuda profesional.

Se considera importante adaptar el lenguaje y las tareas del taller a las características de los participantes (edad, experiencia, aspectos culturales, etc.).

Referencias bibliográficas (Capítulos 8 y 9)

- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- Berren, M., Santiago, J., Beigel, A. y Timmons, S. A. (1989). A classification scheme for disasters. En: R. Gist y B. Lubin (eds.). *Psychological aspects of disaster*, pp. 40-58. Wiley.
- Buckman, R. (2005). Breaking bad news: The SPIKES strategy. *Community Oncology*. March/April 2005; 2: 138-142.
- Brunet y Bragulat, I. (2002). Catástrofes, asistencia psicológica y organización ambiental. *Cuadernos de Crisis* 1, pp. 9-16.

- CIE-10 (Décima Revisión de la clasificación internacional de las enfermedades). (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, Meditor.
- Cortés, E. (2000-2001). La enseñanza de la gestión de riesgos mediante el uso de ejemplos cotidianos. Trabajo presentado en la *Conferencia virtual teórica y práctica de las Ciencias Sociales en situaciones de riesgo catastróficos*. Dirección General de Protección Civil. Centro Europeo de Investigación Social de situaciones de emergencia.
- Costa, M. y López, E. (2003). *Consejo psicológico*. Madrid, Síntesis.
- Duch, M. L., Fortuño, C. y Lacambra, V. M. (1997). Apoyo psicológico: formación e intervención con el voluntariado en desastres. *Papeles del Psicólogo*, 68, pp. 30-33.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis con víctimas de sucesos traumáticos ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*. Vol. 15, n.º 3, pp. 373-387.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, Vol. 14 Supl.
- . (2007). Tratamiento psicológico en las fases tempranas del trastorno de estrés postraumático. En: J. L. Vázquez-Barquero y A. Herrán (dir.). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad*, pp. 133-141. Barcelona, Elsevier/Masson.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao, Desclée De Brouwer.
- Fernández Millán, J. M. (coord.) (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid, Pirámide.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York, Brunner/Mazel Publishers.
- Fritz, C. E. (1961). Disasters. En: R. K. Merton y R. A. Nisbet (eds.). *Contemporary Social Problems*. New York, Hacourt.
- García Renedo, M. (2008). *El 11-M. Un estudio sobre su impacto psicológico desde el entorno familiar y escolar en alumnos de infantil y primaria*. [Tesis Doctoral]. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología. Universidad de Sant Jaume I, Castellón.
- Gómez del Campo Estrada, J. F. (1994). *Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento*. México, Ed. Plaza y Valdés.
- Gutierrez, L. y Vera, I. (2000). *El papel del psicólogo en los desastres*. Ed. Dirección General de Protección Civil y Emergencias.
- Guijarro Olivares, A. (2006, abril). Conceptos Generales en Emergencias. En: *I Curso teórico-práctico sobre Psicología de urgencias, Emergencias y Catástrofes*. Ceuta.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1979). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, Labor.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez-Roca.
- Lorente, F. y Font, S. (2005). La formación en primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en psicología. *Rev. de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia*, 1 (1).
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1982) Burnout in health professions: a social psychological análisis. En: G. Sanders y J. Suls (eds.). *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, N. J., Erlbaum.
- Martín Beristain, C. (1999). Reconstruir el tejido social. *Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona, Icaria.
- Muñoz, F. A., Fernández de Liger, S., Parada, E. et al. (2001). Comunicación de malas noticias. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 28 (6), pp. 350-356.
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Capítulo IV: Primera ayuda psicológica.

- Parada, E. (2008). *Psicología y Emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Bilbao, Desclée De Brouwer.
- Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo*. Bilbao, Desclée De Brouwer.
- Protección Civil. *Guía didáctica de intervención psicológica en catástrofes*. Disponible en: http://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta25/guiadidac_ipc/data/indice.htm
- Rabelo Maldonado, J. M. (2010). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el trabajo social. *Documentos de Trabajo Social*, 47, pp. 121-133.
- Robles, J. I. (2012). La psicología militar en emergencias y catástrofes. En: Donoso, D. (coord.) *Psicología en las Fuerzas Armadas*, pp. 741-773. Ed. Ministerio de Defensa.
- Robles, J. I. y Medina, J. L. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid, Síntesis.
- . (2008). *Manual de Salud Mental en desastres*. Madrid, Síntesis.
- Taylor, A. y Frazer, A. (1981). Psychological sequelae of operation overdue following the DC-10 air-crash in Antarctica. *Victoria University of Wellington publications in Psychology*, n.º 27. Victoria University. Wellington, New Zealand.
- Valero, S. (2001). *Psicología en emergencias y desastres*. Lima, Perú, Editorial San Marcos.
- Weisaeth, L. (1992). Disasters: Psychological and Psychiatric aspects. En: Breznitz, S. y Goldeberger, L. *Handbook of stress. Theoretical and Clinical aspects*. New York, The Free Press.
- World Health Organization. (2011). *Psychological First Aid: Guide for field workers*.

Capítulo 10

Las familias

Capitán Juan J. Martín Rodríguez¹
Capitán Manuela Vázquez Díaz²

«Gobierna tu casa y sabrás cuánto cuesta la leña y el arroz; cría a tus hijos y sabrás cuánto debes a tus padres». Proverbio oriental

1. Introducción

Partimos de la base de que la familia es un elemento fundamental dentro del desarrollo personal del individuo. Por ello, el bienestar de sus miembros afecta enormemente a la estabilidad emocional del resto. Los miembros de las FAS no somos ajenos a esa circunstancia, con el añadido que supone la separación familiar por la participación en misiones internacionales en las que España se encuentra inmersa. Hay que analizar todo esto, teniendo en cuenta, además, que los cambios que se han producido en las cuatro últimas décadas dentro de la institución familiar en nuestro país han sido numerosos. Aunque algunos apunten a que la familia está en crisis, lo cierto es que sigue teniendo una gran importancia en la vida de las personas.

2. La familia. Definición. Tipos. Tamaño

2.1. Definición

Las definiciones de familia han sido muy numerosas a lo largo de la historia. La familia, según la Declaración Universal de Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

En la actualidad, la RAE incluye diversos significados del término familia, entre ellos: «grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas», «conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje» o los «hijos o descendencia».

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos:

- Vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente como el matrimonio que, en algunas sociedades, solo permite la unión entre dos personas, mientras que en otras es posible la poligamia.
- Vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

¹ Martín Rodríguez, Juan José (MOES). Capitán psicólogo (CMS), destinado como Jefe del Servicio de Psicología en la USBA General Menacho de Bótoa (Badajoz). Componente de la comisión antidroga de la base y director del Centro de reconocimiento de conductores. Conferenciante en temas de psicología aplicada al ámbito militar. Exprofesor asociado del prácticum de Psicopedagogía en la UEX.

² Vázquez Díaz, Manuela (MOES). Capitán psicóloga (CMS), destinada en la USBA General Menacho de Bótoa (Badajoz). Especialista en Psicología clínica. Diploma en Psicología militar. Conferenciante en temas de psicología aplicada al ámbito militar.

La OMS define la familia como:

«los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión a escala mundial».

No hay consenso sobre la definición de la familia. Jurídicamente, está definida por algunas leyes y suele darse en función de lo que cada ley establece como matrimonio. La familia nuclear moderna no es el único modelo de familia como tal, sino que se encuentra legitimada como modelo hegemónico de lo que se impone culturalmente como normal. Las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad. Esto explica, por ejemplo, el alto número de familias extensas en las sociedades tradicionales, el aumento de familias monoparentales en las sociedades industrializadas y el reconocimiento de las familias homoparentales en aquellas sociedades que lo han legalizado.

2.2. Tipos de familias

Las familias están clasificadas en los siguientes tipos:

- Familia nuclear, formada por la madre, el padre y su descendencia.
- Familia extensa, formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos. Una familia extensa puede incluir abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.
- Familia monoparental, en la que los hijos viven solo con uno de sus padres.
- Familia hermanastral, que está conformada por dos hermanos que se casan.
- Familia ensamblada, que está compuesta por agregados de dos o más familias (por ejemplo, madre sola con sus hijos se junta con padre viudo con sus hijos), y otros tipos de familias, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra familia no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos, como la convivencia, la solidaridad y otros), quienes viven juntos en el mismo lugar por un tiempo considerable.
- Familia a larga distancia, conformada por uno de los progenitores con sus hijos y el otro en otro país.

En muchas sociedades, principalmente en EE. UU. y Europa occidental, también se presentan familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales. Entre este tipo de unidades familiares se encuentran las familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales, con o sin hijos. En nuestra sociedad, cada vez encontramos menos casos de familias extensas o troncales que conviven bajo el mismo techo. Lo más habitual es encontrar familias nucleares o conyugales y otros modelos más acordes con los nuevos tiempos. El Día Internacional de la Familia se celebra el 15 de mayo.

2.3. Tamaño de la familia

En el siglo XX, ha disminuido en Occidente el número de familias numerosas. Este cambio está particularmente asociado a una mayor movilidad residencial y a una menor

responsabilidad económica de los hijos para con los padres mayores. También se debe a que ya se están realizando grupos de planeación familiar para evitar tener hijos no deseados, al irse consolidando los subsidios de trabajo y otros beneficios por parte del Estado que permiten mejorar el nivel de vida de los jubilados.

En los años setenta, el prototipo familiar evolucionó en parte hacia unas estructuras modificadas que englobaban a las familias monoparentales, familias del padre o madre casado en segundas nupcias y familias sin hijos. En el pasado, las familias monoparentales eran a menudo consecuencia del fallecimiento de uno de los padres. Actualmente, la mayor parte de las familias monoparentales son consecuencia de un divorcio, aunque muchas están formadas por mujeres solteras con hijos. En 1991, uno de cada cuatro hijos vivía solo con uno de los padres, por lo general, la madre. Sin embargo, muchas de las familias monoparentales se convierten en familias con padre y madre a través de un nuevo matrimonio o de la constitución de una pareja de hecho.

2.4. Familias reestructuradas

La familia de padres casados en segundas nupcias es la que se crea a raíz de un nuevo matrimonio de uno de los padres. Este tipo de familia puede estar formado por un padre con hijos y una madre sin hijos, un padre con hijos y una madre con hijos pero que viven en otro lugar, o dos familias monoparentales que se unen. En estos tipos de familia, los problemas de relación entre padres no biológicos e hijos suelen ser un foco de tensiones, especialmente en el tercer caso.

A partir de los años sesenta se han producido diversos cambios en la unidad familiar. Un mayor número de parejas viven juntas antes de, o sin contraer matrimonio. De forma similar, algunas parejas de personas mayores, a menudo viudos o viudas, encuentran que es más práctico, desde el punto de vista económico, cohabitar sin contraer matrimonio.

La OMS define familia como «los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos, a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión a escala mundial».

3. Familia y Fuerzas Armadas

En 1971, Janowitz definía la familia militar como una amalgama entre las formas tradicionales y la nueva familia de compañeros, que es más reducida y que recibe ayuda de los vecinos, de asociaciones no lucrativas y de organismos estatales. Burgess, por su parte, consideraba esta nueva familia más acorde con las exigencias de la sociedad industrial y profesional.

En la actualidad, la familia militar, en opinión de Van der Engh, comprende un hombre y una mujer casados o viviendo juntos, de los cuales al menos uno de los dos es militar, con o sin hijos, incluyendo los hijos adoptivos, que residen en el mismo lugar. Evidentemente, las familias militares presentan características comunes con el resto de las familias, incluyendo el cuidado de niños, de los mayores, la educación, las decisiones parentales y la elección de carrera, si bien las familias militares han de afrontar ciertas peculiaridades, como las continuas relocalizaciones (incluyendo destinos en el extranjero), separaciones frecuentes y la consecuente readaptación a las nuevas situaciones. A esto se le suma que,

en ciertos casos, la familia ha de asumir las presiones de la propia institución militar, es decir, los esposos y los hijos de manera indirecta, acaban asumiendo el rol que corresponde a su esposo o pareja.

Weschler afirma que las Fuerzas Armadas y la familia demandan gran cantidad de tiempo y energías. Por esta razón, Coser la denomina *greedy institutions* o «instituciones voraces».

En cuanto a las redes y los modelos familiares, Tobío afirma que, en la familia nuclear, los padres cuidan a sus hijos y los esposos se cuidan el uno al otro. En la actualidad, los abuelos que cuidan de sus nietos, son uno de los principales recursos con los que cuentan las familias. También destaca el cuidado de los mayores por parte de los hijos adultos, especialmente las hijas de mediana edad. La solidaridad intergeneracional es, en opinión de Izquieta, uno de los rasgos más importantes de las nuevas familias. Las principales ayudas que se reciben por parte de las redes familiares son:

- Cuidado y atención de los niños, especialmente, cuando son pequeños, antes de ir al colegio.
- Hospedaje en el hogar de algún familiar, normalmente, en casa de los padres, los suegros, los hijos o los hermanos.
- Ayudas económicas.
- Resolución de tareas domésticas o papeleo.
- Ayuda para encontrar un empleo. En este caso, también son importantes los amigos o conocidos.

El apoyo de los compañeros y de los padres es clave para las familias nucleares, ya que, sobre todo las mujeres, han de pasar mucho tiempo solas con sus hijos.

3.1. Reacciones comunes

El hecho de que alguien de la familia, ya sea extensa o nuclear, tenga que ausentarse durante el largo periodo de tiempo que supone el cumplimiento de una misión internacional provoca en sus miembros una serie de reacciones comunes, que fluyen como consecuencia de un esfuerzo por adaptarse a la nueva situación y al desequilibrio que provoca en el seno familiar la ausencia de nuestros soldados durante esos periodos. A este desequilibrio hay que sumar la preocupación de la familia por los riesgos que pudiera correr el que se marcha.

Por otro lado, habría que señalar que, desde la incorporación de la mujer al mundo laboral, los roles del padre y la madre en el seno familiar ya no están tan diferenciados, y la responsabilidad del cuidado de los hijos y el hogar se ha distribuido entre los cónyuges, si no equitativamente, de manera más o menos equilibrada.

En este sentido, también habría que mencionar que, desde la incorporación de la mujer a las FAS españolas, ya no son solo los padres los que se ausentan del hogar por motivos de trabajo, ahora nuestras madres militares también se ven obligadas a veces, o se ofrecen voluntarias, tantas otras, para cumplir sus servicios en una misión internacional. No hay investigaciones que estudien las reacciones familiares ante las misiones en ZO, estableciendo una diferencia entre si es la madre o el padre el que despliega.

Con todo, las reacciones son distintas dependiendo del tipo de familia, en la forma en que resuelven sus problemas o afrontan la vida diaria y otros muchos factores, como la edad, el nivel socioeconómico y el nivel sociocultural de los miembros que la componen. Pero, a grandes rasgos, las reacciones más comunes son:

- A nivel mental, la consecuencia más común de una familia que tiene que adaptarse a la ausencia de uno de sus miembros reside en las dificultades para pensar, tomar decisiones y procesar la información, resolver problemas, mantener la atención y concentrarse.
- A nivel comportamental, los cambios más habituales en el comportamiento de los que se quedan son mostrarse más o menos hablador de lo habitual, el aislamiento social, comportamientos inadecuados, aumento o disminución del apetito, hipersomnia o insomnio, falta de interés en actividades satisfactorias, demasiado interés en actividades que distraen mucho y el abuso de drogas o alcohol.
- A nivel emocional, las reacciones que se observan más frecuentemente son cambios de humor, bajo rendimiento en el trabajo o la escuela, absentismo, sentimiento de impotencia y abuso emocional de otros.
- A nivel físico, también pueden observarse características, como falta de energía, problemas médicos relacionados con el estrés, migrañas, problemas en músculos o articulaciones, accidentes frecuentes o úlceras, diarrea, hipertensión, hipercolesterolemia, arritmias, etc.
- A nivel social, los cambios más frecuentes son cambios en relaciones sociales, aislamiento o renuncia social, fatalismo vital, poca o nula visión de futuro y falta de sentido claro de lo que se quiere o necesita.

Todas estas reacciones de las familias que se ven sometidas a la ausencia de uno de sus miembros se agravan en la medida en que este esté implicado en el cuidado de los demás. Por ejemplo, no es lo mismo que se ausente un padre o una madre que está directamente involucrado en la crianza, educación y vida de su familia, a que se marche un hijo cuyos padres y hermanos tendrán que adaptarse igualmente a su ausencia, pero que dicha ausencia no repercutirá directamente en las labores de cuidado, educación y protección de los demás. Por otro lado, estas reacciones van disminuyendo en número e intensidad conforme va avanzando el proceso de adaptación a la nueva situación.

3.2. Parejas

Las parejas de militares presentan aspectos positivos y negativos en cuanto a la pareja en sí y en lo referente a la conciliación de la vida familiar y profesional. Por un lado, resulta positivo que los dos miembros de la pareja sean militares, ya que, probablemente, comprendan mejor el trabajo, las obligaciones y la disponibilidad e, incluso, la decisión de irse voluntario a una misión³.

«[...] yo creo que se lleva mejor los que ya en la pareja son militares los dos, porque como uno comprende el trabajo del otro, es más fácil de entender y de llevar ¿no? el que tiene la pareja fuera no está acostumbrada a un trabajo como el que tenemos nosotros» (T7: Ejército de Tierra, tropa, mujer).

«[...] como mi pareja también es militar no tengo inconvenientes, porque todo lo que me pueda ocurrir mi pareja sí que lo comprende perfectamente... Supongo que si yo fuera militar y mi pareja fuera civil le costaría mucho entender muchísimas cosas» (T19: Cuerpos Comunes, oficial, mujer).

Sin embargo, conocer de primera mano el peligro real que existe, por ejemplo, en una misión internacional, puede incrementar notablemente la intranquilidad de la pareja.

³ Los testimonios referidos proceden de Gómez Escarda, M. (2013).

«[...] aunque dicen, bueno, pues tienes ahí a tu pareja y tal [...] y la ves casi todos los días... pero a mí eso no me gusta porque entonces no me centro en lo que tengo que centrarme, aparte, pues, en este caso en Afganistán, sales por ahí y siempre estás pensando qué le pasará, qué no le puede pasar» (T15: Ejército de Tierra, suboficial, hombre).

Además, incluso perteneciendo a las FAS, no todos los militares entienden que sus parejas elijan voluntariamente destinos operativos, lo que puede provocar problemas dentro de la relación e, incluso, llegar a producirse rupturas.

«[...] yo, cuando me vine aquí, tenía pareja, un sargento, y me duró como seis meses, ¿por qué? Porque él estaba en una unidad no operativa y no entendía... y el problema es que, como quieras hacer lo mismo que ellos y meterte en una unidad que se mueva, ¡uf!... por eso te digo que, al final, tenemos que acabar con alguien de la unidad que entienda que estamos todo el día para arriba y para abajo» (T22.2: Cuerpos Comunes, oficial, mujer).

En el caso de que las parejas de los militares sean civiles, es más probable que tengan problemas para entender las demandas, exigencias y vicisitudes de la profesión militar e, incluso, para relacionarse con sus compañeros de profesión. En algunos casos, sus parejas les animan a dejar el Ejército y buscarse otro trabajo (Wechsler y Segal, 2008).

Sin embargo, cuando los dos son militares, según las características de sus respectivos destinos, se pueden multiplicar las repercusiones negativas de la profesión militar en la familia. En las parejas de militares, parece que las dificultades para conciliar la vida familiar y profesional se multiplican, más aun, dependiendo del Ejército al que pertenezcan y del destino que ocupen.

«[...] ¿cuándo se les ha ocurrido pensar que muchas estamos casadas con gente de aquí dentro y que nos pueden mandar a los dos a la vez?» (EA3: Ejército del Aire, oficial, mujer).

Las parejas de militares han de buscar diferentes estrategias para poder hacerse cargo de sus hijos. De hecho, en ocasiones, ambos pueden coincidir de guardia o de maniobras el mismo día. En estos casos, normalmente uno de los dos intenta cambiar la guardia y, si no se puede, se recurre al apoyo de la familia, amigos o profesionales. Además, dependiendo de las características de los destinos, el tiempo de convivencia del matrimonio o la pareja, puede reducirse drásticamente, con los consiguientes problemas derivados de la falta de comunicación o de la falta de apoyo en ciertos momentos críticos de la vida personal o familiar.

«[...] si uno de los dos tenemos guardia el mismo día, uno de los dos tenemos que estar corriendo cambiando la guardia» (A11: Cuerpos Comunes, oficial, hombre).

«[...] lo que pasa es que él hace muchísimas guardias, entonces muchos días estoy yo sola con los niños y él no está... pero cuando salgamos de captación, pues habrá que compaginar, porque, los fines de semana que salgamos, él se tendrá que quedar con los niños» (T17: Ejército de Tierra, tropa, mujer).

Cuando se aproxima una misión internacional, la decisión de la mujer no militar puede ser, bien quedarse en su casa con sus hijos (monoparentalidad por situaciones sociales especiales), bien trasladarse con su familia de origen. Otra opción es que sean los padres o hermanos los que se trasladen a vivir con ella. En todos los casos, existen repercusiones negativas; en el primero, cuando la mujer se queda sola con sus hijos, puede sentirse desbordada por la responsabilidad, es más, si trabaja fuera de casa, la situación se complica. En el segundo, la mujer y los hijos han de adaptarse temporalmente a un nuevo lugar de residencia. En el último, la sensación para la mujer puede ser también de ansiedad, por

creer que se está abusando del cariño de sus familiares, haciéndoles cambiar su entorno por circunstancias que a ellos les son, en parte, ajenas.

3.3. Hijos. Factores de riesgo en la resiliencia

En un artículo publicado por Cale Palmer en la Universidad de Hawai en Manoa (Palmer, 2008) se aborda cómo afectan en el ámbito psicosocial y académico de los niños los resultados de la vida militar, obteniéndose como factores de riesgo los traslados frecuentes, los despliegues en ZO, la exposición al combate, los trastornos de estrés postraumáticos y la reunión posterior al despliegue.

3.3.1. Traslados y despliegues

La peculiaridad de la familia militar afecta directamente a los niños. La confluencia de factores de riesgo y resiliencia específicos plantea interesantes preguntas dentro del campo de la salud mental, sin embargo, parece que la familia militar es una población poco estudiada; por ejemplo, el concepto de *síndrome de familia militar*, introducido por La Grone hace décadas, define a las familias militares como un conjunto de «padres autoritarios, madres deprimidas y niños fuera de control» y, aunque se siguen debatiendo las evidencias que apoyan este estereotipo militar (Terr, 1992), algunos investigadores sugieren que, de momento, no hay datos fiables para modificarlo o refutarlo o para juzgar si la vida militar es peligrosa para los niños y la familias.

Como punto de partida, estaría la interacción entre padres e hijos que determina en gran medida la influencia que el estrés militar, provocado por los despliegues, la exposición al combate, la vuelta a casa, etc., pueda tener sobre los hijos.

En múltiples investigaciones realizadas a este respecto (Leitzel *et al.*, 1997; Marchant y Medway, 1987; Weber y Weber, 2005) se evalúan las actitudes de los padres y la interacción entre padres e hijos, como un factor importante en la influencia de la exposición repetida a situaciones de estrés. Así, factores como un alto grado de madurez de los padres para afrontar situaciones estresantes, estabilidad emocional, la calidad de la relación de pareja y de la relación entre padres e hijos, etc., pueden obtener resultados beneficiosos para toda la familia. Por ejemplo, tras la exposición repetida a situaciones de estrés durante un cierto tiempo, se potencia la autoestima, el locus de control interno y la capacidad de resolución de problemas. Según Crocket *et al.* (1989), y Gore y Eckenrode (1996), es posible que la exposición repetida a situaciones de estrés proporcione valiosas experiencias de aprendizaje para todos los miembros de la familia, dando lugar a un mejor afrontamiento y a una mayor maduración emocional.

En definitiva, el grado en que el niño se adapta a las diferentes situaciones de estrés generadas por la vida de la familia militar depende en gran medida de la resiliencia de los adultos, es decir, de sus padres.

3.3.2. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Según Alswin *et al.* (1994), algunos individuos pueden obtener resultados positivos a partir de la exposición al combate, aunque, en la mayoría de los casos, la gravedad y las experiencias están relacionadas con el desarrollo de estrés postraumático y este, por

desgracia, afecta a toda la familia, repercutiendo muy negativamente en sus relaciones. Para las mujeres, estos trastornos repercuten, sobre todo, en su relación con los cónyuges y para los hombres afecta más a la relación con sus hijos, mermando los niveles de apego, presentándose, con frecuencia (60 % de veteranos de Vietnam), graves problemas conyugales y conductas violentas y hostiles entre los niños y sus padres militares (Jordan *et al.*, 1992).

Otras investigaciones (Heyman y Neidig, 1999) han encontrado tasas más altas de violencia conyugal en el Ejército comparada con muestras civiles, así como mayor violencia parental de los militares hacia los hijos (Cronin, 1995). Los niños de familias militares pueden presentar mayor riesgo de abuso infantil, físico y sexual Rumm *et al.* (2000).

En definitiva, la investigación sobre el TEPT parece indicar que los hijos de los militares pueden tener más riesgos en relación con los niños civiles, debido a las interacciones negativas entre padres e hijos que, a su vez, parecen estar relacionadas, en alguna medida, con las habilidades de crianza, el apego, la hostilidad y la violencia por la que se ven afectados los padres con TEPT.

Para evitar estas consecuencias, las corrientes de investigación sugieren el fomento de la resistencia antes de la aparición de los síntomas, es decir, que ciertos aspectos de la vida militar, como el entrenamiento, la cohesión, la condición física y el liderazgo, pueden ser beneficiosos como intervenciones de preparación de los soldados para afrontar las situaciones que provocarán el TEPT.

Además del aprovechamiento de la instrucción rutinaria de los soldados, distintos autores (Seligman y Peterson, 2003; Sinclair y Tukcer, 2006; Watson *et al.*, 2006; Kobasa, 1979) proponen intervenciones basadas en modelos psicológicos que nos pueden reportar técnicas para incrementar la capacidad de recuperación en caso de trastorno de estrés postraumático, como por ejemplo:

El entrenamiento en el manejo e inoculación de estrés, mediante ejercicios de *endurecimiento* que fomenten actitudes como:

- Optimismo y positivismo: potencialmente beneficiosa la prevención primaria aumentando la capacidad de recuperación.
- Fortaleza: lo que implica una percepción de control sobre la propia vida y una visión positiva ante el estrés o el estrés como reto o como una oportunidad de crecimiento.

Otro factor que ha contribuido a la obtención de resultados positivos en soldados estadounidenses es la resistencia al frío, que ha sido asociado con la sensación de sentirse más capaces de hacer frente a las situaciones estresantes y con un aumento de la estima a la familia.

Los factores que contribuyen al incremento de la resiliencia son también mediadores entre los factores de estrés y el TEPT relacionado con el combate, por ejemplo, después del despliegue es muy importante contar con un apoyo social suficiente, con una adecuada estructura y complejidad capaz de generar en el militar que vuelve, una percepción de apoyo y asistencia emocional en concordancia con sus necesidades y demandas.

3.3.3. Fases del despliegue

a) Antes del despliegue (*predeployment*)

En la fase de preparación para el despliegue, el cónyuge del soldado puede presentar irritación, altos niveles de tensión, incredulidad y aumento de la distancia emocional,

cierto recelo hacia los que no recibieron la orden de marchar de misión (Bey y Lange, 1974), malestar emocional, miedo o tristeza anticipada, quejas somáticas, aumento de visitas médicas y síntomas depresivos.

El estrés del militar que va a marchar y los síntomas del que se queda afectan negativamente a la calidad de las interacciones entre padres e hijos. Por un lado, los niños tendrán menos contacto con el progenitor que despliega y, por el otro, la relación con el que se queda también puede verse deteriorada por la forma en que este afronta las situaciones de estrés.

Los problemas más comunes en niños en edad escolar, según las investigaciones (Costello *et al.*, 1994; Murray, 2002), son síntomas depresivos y de ansiedad, aumento de conductas agresivas y problemas de disciplina. Sin embargo, parece que no se han encontrado pruebas de que exista un deterioro en el funcionamiento académico general; tal vez, la explicación se deba a que la vida del niño en el ambiente escolar sigue siendo la misma, es decir, el hecho de que uno de los padres no esté no cambia nada en este ámbito.

b) Durante el despliegue (*deployment*)

En esta etapa, el estrés que presentarán los hijos de militares va a depender mucho de los siguientes factores:

- La madurez emocional de la madre o padre que se queda.
- Las estrategias parentales de afrontamiento del estrés.
- La estabilidad de la relación conyugal.
- El apoyo social y comunitario.
- La satisfacción de los cónyuges con las obligaciones militares de su pareja.
- La comunicación regular entre los cónyuges.
- Y la duración del despliegue.

En definitiva, un sistema familiar basado en la confianza, el respeto, la valoración de todos sus miembros y la comunicación, ayuda a adoptar las estrategias adecuadas para afrontar el estrés que genera el despliegue, lo que significaría que habría que preparar a las familias para soportar esta etapa. Esta preparación evitaría muchos síntomas, tanto a los hijos y al cónyuge que se queda como al militar desplegado.

c) Después del despliegue: periodo de reunión o periodo postmisión (*postdeployment*)

Otro periodo en que el soldado y su familia experimentan un alto nivel de estrés es el momento de reunión. Esta etapa se considera un periodo de ambivalencia caracterizado por respuestas de ansiedad y de ira, miedo al rechazo de los cónyuges, etc.

Los soldados que regresan quieren retomar su vida en familia, aunque, a menudo, pueden sentirse excluidos o no necesarios en el seno familiar, lo que genera en ellos irritación, enfado, angustia y desapego emocional entre los cónyuges. Todo lo anterior deteriora la comunicación y la intimidad de la pareja, provoca discusiones por desacuerdos en la educación (disciplina) de los hijos, que puede desembocar en conflictos y dificultades conyugales, de hecho, según Morrison (1981) y Williams (1976), la tasa de divorcio en las familias militares aumentan en esta época.

En este periodo, como en los dos anteriores, los niños también se ven afectados por el aumento del estrés y los conflictos que provocan en el seno familiar el reajuste y la vuelta a la normalidad de los soldados que regresan.

Las investigaciones demuestran que los resultados en este periodo son más exitosos para las familias en las que el militar que despliega conserva el contacto frecuente con su pareja y sus hijos, manteniendo con ellos la relación emocional a través de correo, teléfono o Internet. También puede servir como factor de protección (Kelley *et al.*, 1994) para

una vuelta a casa saludable, la flexibilidad en la adopción de los papeles o roles por ambos padres, es decir, la capacidad de realizar múltiples funciones ayuda a que no haya déficits en la relación y el cuidado de la familia cuando uno de los padres se ausenta, favoreciendo así el regreso del militar.

4. Acciones de prevención/preparación

4.1. Antes

Antes de la partida de cualquier contingente en misión internacional se intenta hacer llegar a los familiares y militares el mensaje de que no están solos, que cuentan con una Unidad de Apoyo a las Familias (UAF) dedicada al contingente militar, que ha creado una línea telefónica gratuita con la finalidad de atender las preguntas de los familiares; también dispondrán de asistencia psicológica las familias que lo precisen, facilitando igualmente los números de teléfono correspondientes.

El Equipo de Apoyo a las Familias (EAF) es el que se constituye en cada UCO del personal que pertenece a un contingente para proporcionar el apoyo más cercano y directo a las familias, en todo lo posible.

Según instrucciones del Ejército americano, una vez que el militar ha desplegado, es demasiado tarde ya para solucionar temas importantes como testamentos o poderes. La preparación es la clave para sobrevivir a un largo despliegue. Hay que planificar adecuadamente el futuro y prever todas las contingencias. Mientras que el otro miembro de la pareja está lejos, hay que asumir la responsabilidad de la familia, la seguridad, las finanzas, el hogar, automóviles, banco y aspectos legales, problemas médicos, etc. Si todo está previsto con suficiente antelación, las tareas cotidianas serán mucho más fáciles para el cónyuge que se queda. Para ello se muestran algunos de los pasos a seguir, así como los números de teléfono y los documentos esenciales que deben estar listos antes de la separación.

4.2. Durante

- La vida ha seguido adelante y durante el despliegue el adulto que quedó en el hogar ha tenido que seguir haciendo frente a las tareas cotidianas. Puede que ellos hayan tenido que asumir muchas de las funciones que normalmente llevaba a cabo el miembro de la familia que ha estado ausente.
- A menudo, el adulto en el hogar ha manejado muchas crisis pequeñas y otras no tan pequeñas. Estos problemas son habituales en el hogar, pero pueden sorprender al miembro familiar que regresa.
- El adulto en el hogar puede necesitar ayuda adicional durante el despliegue. Las parejas pueden darse cuenta de que el despliegue ha creado tirantez en su relación. El tiempo y la negociación ayudarán a reconstruir una nueva relación de cariño.
- Los problemas de la familia que existían antes del despliegue, con frecuencia, reaparecen después del despliegue.
- Los miembros de la familia extensa, tales como abuelos o tíos, pueden proveer apoyo y servicio a la familia durante el despliegue. Ellos pueden tener dificultad a la hora de redefinir su papel.

4.3. Después

La mayoría de los miembros del servicio experimentan cambios menores y temporales en su salud después del regreso, debido a la tensión de la misión, los viajes de despliegue, el *jet lag*, y adaptarse a un horario y una dieta diferente. Pueden sentirse cansados, experimentar dolor muscular o cambios en el apetito. Estos síntomas deberían desaparecer al poco tiempo. Los primeros síntomas de algunas enfermedades pueden no aparecer hasta días, semanas o, incluso, meses después del regreso. Si los síntomas persisten, se recomienda acudir a un especialista.

Las familias de los militares esperan con diversos tipos de emociones el poder volver a estar juntos después de un largo despliegue. Cada miembro de la familia tiene diferentes expectativas. Cada situación familiar es diferente. Pero es importante recordar las necesidades y sentimientos del miembro de la familia que regresa, del adulto en el hogar y de los niños.

- Los despliegues militares, especialmente en una zona de combate, pueden cambiar significativamente la vida del individuo.
- El despliegue conlleva la pérdida de muchas comodidades, que las personas que permanecen en la casa dan por sentado: contacto con la familia, condiciones de vida cómodas, la variedad de alimentos, tiempo para relajarse, etc.
- El despliegue conlleva un trabajo arduo y una responsabilidad enorme. Si está en una zona de guerra, tiene la amenaza constante de perder su vida o de ser herido. El cónyuge puede haber sido testigo de heridas, muerte y destrucción.
- Lo que sostiene al personal militar en un despliegue peligroso es el sentido del deber, una relación cercana con los soldados, que son sus compañeros y el deseo de regresar a las comodidades del hogar, la familia y la comunidad.
- Él o ella puede esperar también que el miembro de la familia que regresa se readapte inmediatamente al entorno familiar y que comience a desempeñar un papel, con el cual todavía no se siente cómodo.
- El miembro de la familia que regresa puede parecer preocupado debido a la experiencia de su despliegue. Ellos puede que sean incapaces de hablar acerca de lo vivido o puede que hablen excesivamente de ello.
- Puede haber sufrido heridas físicas o emocionales o de incapacidad.
- Puede esperar atención extra y apoyo durante algún tiempo después de su regreso.
- Puede tener una seria preocupación sobre su futuro financiero y de empleo.
- Por lo general, los niños se excitan esperando reunirse con el padre o la madre que regresa. Sin embargo, la excitación de la reunión causa estrés en los niños, que también pueden estar ansiosos e indecisos acerca del reencuentro.
- Las respuestas de los niños están influenciadas por su nivel de desarrollo. Un niño pequeño puede que no recuerde bien al padre y actúe con timidez o de manera extraña cuando está con él. Los niños de edad escolar puede que no entiendan la necesidad del padre que regresa de cuidarse a sí mismo o de pasar tiempo con su cónyuge. Los adolescentes pueden parecer distantes al continuar sus actividades con sus amigos.
- Los niños pueden necesitar un período de tiempo para acercarse y reajustarse al regreso del padre o la madre. Esto no se debe malinterpretar o tomarse como algo personal.
- Todos los miembros de la familia van a necesitar tiempo para adaptarse a los cambios que acompañan el regreso del miembro ausentado de la familia.
- Antes del regreso al hogar, a ser posible, se aconseja una discusión abierta sobre las expectativas ante dicho regreso, lo cual puede servir de ayuda.

- Las familias deben utilizar el apoyo que ofrece el Ejército y otras organizaciones. En la mayoría de las familias ha habido cambios: han nacido nuevos miembros o los otros hijos han seguido creciendo. El adulto en el hogar puede haberse vuelto más independiente. El miembro de la familia que regresa ha tenido experiencias que han cambiado su vida. La meta es lograr retomar una vida nueva y saludable, juntos.

La reunión de una familia militar después de un largo despliegue es una razón para celebrar. Tener paciencia y tratar de entender al otro pueden ser de gran ayuda para que toda la familia se reúna exitosamente con el mínimo de problemas. Mientras la mayoría de las familias superan exitosamente el estrés del despliegue y la reunión, en algunos casos, pueden surgir dificultades. Si estas son significativas, la familia debe buscar la ayuda de un profesional capacitado de salud mental.

El regreso a casa puede ser tan estresante y confuso como la marcha. Es esencial pasar tiempo con su familia y seres queridos poco después de que regrese del despliegue. Es muy útil retomar las rutinas familiares, pero proceder lentamente en el restablecimiento de su lugar en la familia con la menor tensión posible.

Consejos:

- Tómese tiempo para escuchar y hablar. Poco a poco, es preciso restablecer una buena comunicación de dos vías con cada miembro de la familia.
- Tómese un tiempo para cada niño y para su pareja.
- Apoye las cosas buenas que su familia ha hecho en su ausencia.
- Administre el dinero con cuidado.
- No se exceda en las fiestas de reunión.
- Evite una apretada agenda.
- Vaya despacio al hacer ajustes.
- Recuerde a su pareja que él o ella sigue siendo necesaria.
- Acuerden la división de las tareas familiares.
- Ajustese a un presupuesto hasta que tenga tiempo para hablar de asuntos de dinero.
- Tómese un tiempo para estar a solas con su pareja.
- Sea paciente en la reconstrucción de su relación.
- Reanude lentamente las viejas reglas y rutinas con los niños.
- Esté disponible para su hijo, con el tiempo adecuado y prestando atención a las emociones.
- Deje que el niño sea el primero en renovar el vínculo.
- Espere algunos cambios en su hijo.
- Céntrese en los éxitos.
- Anime a su hijo a decir todo lo que pasó en su ausencia, y ayude a su hijo a entender por qué se fue.
- Las funciones pueden haber cambiado con respecto a las tareas y deberes básicos del hogar.
- La comunicación cara a cara puede ser difícil después de una separación.
- La cercanía puede ser difícil al principio.
- Los niños siguen creciendo en todos los sentidos durante las separaciones, pudiendo llegar a parecer diferentes.
- Los compañeros se vuelven más independientes, han asumido muchas responsabilidades diferentes en su ausencia y pueden necesitar más espacio.
- Es posible que tenga que cambiar su punto de vista sobre las prioridades en el hogar.

Los militares que llegan de nuevo a casa:

- Pueden haber cambiado.
- Pueden sentirse claustrofóbicos y necesitar más espacio para sentirse cómodos.
- Pueden sentirse abrumados por lo cotidiano y por la confusión de la vida familiar.
- Pueden necesitar tiempo para reanudar los patrones de sueño.
- Pueden sentirse excluidos y necesitar tiempo para adaptarse.
- Pueden sentirse heridos cuando los niños pequeños son un tanto reacios a abrazarlos y mostrar emociones.

Lo que los niños pueden sentir:

- Los bebés de menos de un año de edad pueden llorar cuando se les coge en brazos, los niños pequeños pueden extrañarles y sentirse incómodos.
- Los preescolares (de tres a cinco años de edad) pueden tener miedo de ti.
- Los niños en edad escolar (de seis a doce años de edad) pueden exigir más tiempo que otros niños.
- Los adolescentes pueden parecer de mal humor y actuar como si no les importara.
- Algunos niños pueden estar ansiosos, temerosos de sus expectativas.
- Los niños pueden responder con una exhibición de síntomas de enfermedades menores.
- Los niños, por lealtad, pueden sentirse más atraídos por el padre o la madre que se quedó en casa.

¿Con quién debo contactar si tengo problemas de salud? Su cadena de mando y el servicio de psicología son excelentes fuentes de información para usted y su familia.

Dado que el estrés de los padres influye directamente en los hijos, sería conveniente que desde la fase de preparación hasta la de reunión o vuelta a casa, pasando por el despliegue, los primeros contaran con un apoyo adicional para reducir el estrés y mejorar las interacciones entre padres e hijos. Se propone así que, en todas las etapas que engloba una misión, se impartieran clases para padres, psicoeducación y grupos de apoyo, con el fin de disminuir estos efectos negativos sobre los más pequeños y aumentar el bienestar y satisfacción de los adultos.

5. Sintomatología

Los padres son usualmente los primeros en reconocer cuándo un hijo o hija tiene un problema emocional o de comportamiento. Aun así, la decisión de buscar ayuda profesional puede ser difícil y dolorosa para el padre o la madre. El primer paso es tratar de hablar tiernamente con el niño. Una conversación sincera acerca de los sentimientos a veces puede ayudar. Los padres pueden escoger consultar con el médico del niño, maestros u otros adultos que lo conozcan bien. Estos pasos pueden resolver los problemas para el niño y la familia.

A continuación se describen algunas señales indicativas de que una evaluación por un psicólogo infantil podría ser de gran ayuda.

5.1. En niños pequeños

- Cambios negativos importantes en el rendimiento académico.
- Malas calificaciones en la escuela, a pesar de hacer un esfuerzo notable.

- Mucha preocupación o ansiedad excesiva, lo que puede manifestarse en su resistencia para asistir a la escuela, ir a dormir o participar en aquellas actividades normales para un niño de su edad.
- Hiperactividad, inquietud, movimiento constante más allá del juego regular.
- Pesadillas persistentes.
- Desobediencia o agresión persistente (de más de seis meses) y conducta de oposición provocativa hacia las figuras de autoridad.
- Rabietas frecuentes e inexplicables.

5.2. En preadolescentes y adolescentes

- Cambios marcados en el aprendizaje en la escuela.
- Dificultad para enfrentarse a los problemas, situaciones o actividades diarias.
- Cambios significativos en hábitos de dormir o alimenticios.
- Frecuentes quejas físicas.
- Representaciones sexuales.
- Estado depresivo manifestado por un ánimo y una actitud persistentemente negativos, con frecuencia acompañado de pérdida de apetito, dificultad para conciliar el sueño e ideas relacionadas con la muerte.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Miedo intenso a volverse obeso sin tomar en cuenta su verdadero peso actual, purgar los alimentos o restringir el comer.
- Pesadillas persistentes.
- Amenazas de hacerse daño a sí mismo o hacer daño a otros.
- Comportamiento autodestructivo o de infringirse heridas.
- Arranques frecuentes de ira y agresión.
- Amenazas de irse del hogar.
- Violación persistente de los derechos de otras personas de forma agresiva o no agresiva; desobediencia a la autoridad, faltas de asistencia a la escuela, robos o vandalismo.
- Pensamientos, creencias y sentimientos extraños o comportamiento poco usual.

Si los problemas persisten por un período de tiempo excesivamente largo, una consulta con un psicólogo infantil o con otros clínicos específicamente entrenados para trabajar con niños puede ser de ayuda.

Los padres a veces se preocupan por el estado mental o por el comportamiento de su hijo, pero no saben dónde comenzar a buscar ayuda. El sistema de salud mental puede a veces ser complicado y difícil de entender para los padres. La angustia emocional del niño a menudo causa trastorno en el mundo, tanto del niño como de los padres. A los padres se les hace difícil ser objetivos. Ellos se pueden echar la culpa o preocuparse de que otras personas, como maestros o miembros de la familia, les culpen a ellos.

Si usted está preocupado acerca de las emociones o el comportamiento de su niño, puede comenzar hablando sobre sus preocupaciones con amigos, miembros de la familia, psicólogos o psicopedagogos de la escuela de su hijo o el pediatra o el médico de familia. Si usted piensa que su niño necesita ayuda, debe conseguir la mayor cantidad de información posible acerca de dónde conseguirla.

La variedad de personas con prácticas en salud mental puede causar confusión (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales). Es preciso informarse adecuadamente acerca de qué es lo que necesitamos.

Los padres deben tratar de conseguir un profesional de la salud mental que tenga un nivel y adiestramiento avanzados y experiencia con la evaluación y tratamiento de niños, adolescentes y familias. Los padres deben siempre preguntar acerca de la formación y la experiencia del profesional. Sin embargo, es también muy importante lograr que el niño y su familia, y el profesional de la salud mental, se sientan cómodos los unos con los otros.

6. Conclusiones

Los ejércitos occidentales se han transformado radicalmente en las últimas décadas, pasando de formar parte del modelo institucional al modelo ocupacional o, en algunos casos, al modelo segmentado o plural. Las FAS no se han mantenido al margen de estos cambios y, aunque perviven ciertos rasgos del modelo institucional, en general, los rasgos ocupacionales van ganando terreno. Por ello se puede afirmar que nuestros militares forman parte de un modelo de ejército plural, en el que conviven características de los dos anteriores.

La interrelación entre el Ejército y la sociedad civil es cada vez mayor y los cambios sociales han repercutido de diversas maneras en las FAS, tanto en su composición como en su regulación normativa.

Podemos imaginar que los cambios sociales que se han producido en nuestro país en las últimas décadas han afectado también, de una u otra forma, al ámbito militar y, dentro de estos cambios, se podría afirmar que el cambio familiar ha sido uno de los que más consecuencias ha tenido. En la actualidad, podemos encontrar una pluralidad de modelos familiares, que si bien en muchos casos existían previamente, no estaban reconocidos, ni social ni jurídicamente. El papel de la madre se ha transformado, en general, debido a que cada vez más mujeres forman parte del mercado laboral, y el papel del padre también ha vivido un cambio espectacular, ya que suele mantener relaciones más estrechas con su pareja y con sus hijos, incluso cuando se produce la ruptura de la pareja o del matrimonio. Asimismo, algunas funciones de la familia se han transformado igualmente para adaptarse a los nuevos tiempos y, aunque da la sensación de que en esta sociedad, tachada por algunos de individualista, las relaciones familiares se han enfriado, la solidaridad familiar sigue estando muy presente. Es más, según numerosas investigaciones se podría afirmar que, en general, la familia tiene cada vez mayor peso para los individuos, relegando el trabajo a un segundo plano.

Evidentemente, todas estas transformaciones que se están produciendo en la sociedad en general, tienen su manifestación en el seno de las Fuerzas Armadas. Los militares han de hacer frente a dos poderosas instituciones, la milicia y la familia, que demandan gran cantidad de tiempo y energía. Si bien hasta hace no mucho tiempo la familia del militar tenía la batalla perdida, hoy en día parece que el escenario ha cambiado y los militares, en general, presentan mayor inclinación hacia la familia, mostrándose cada vez menos dispuestos a renunciar a su vida familiar.

En la actualidad, un porcentaje importante de militares están casados o viven en pareja. De hecho, la profesionalización de las FAS ha podido ejercer también una influencia importante en el cambio del perfil sociodemográfico de los militares, ya que los soldados y marineros presentan edades más elevadas que los soldados de reemplazo, por lo que las probabilidades de que mantengan una relación de pareja estable e incluso de que tengan hijos también se incrementa. Asimismo, el modelo tradicional en el que la pareja o matrimonio estaba formado por un hombre militar y una mujer civil, convive ahora con otros modelos, como son las parejas en las que ambos miembros son

militares; aquellas en las que la mujer es militar y el hombre es civil; o las familias monoparentales que están formadas por un padre o una madre con sus hijos; sin olvidar, por supuesto, a las parejas o matrimonios del mismo sexo. Evidentemente, en las familias monoparentales y en las formadas por dos militares se multiplican las necesidades y los problemas familiares que la profesión militar provoca, principalmente, cuando ambos miembros de la pareja son militares y están destinados en unidades que presenten una especial movilidad.

De la misma forma, el papel de las mujeres de los militares se ha transformado radicalmente, en parte debido a que muchas de ellas tienen ahora un trabajo remunerado y no quieren o no pueden renunciar a este para seguir a su pareja; además, ya no se espera de la esposa que forme parte y participe en la comunidad militar, por lo que, en general, está mucho más alejada del ambiente militar que en épocas pasadas. El hombre militar demanda, cada vez más, su papel de padre y tolera peor la dedicación exclusiva al trabajo y las frecuentes separaciones de la familia. La familia adquiere así un mayor peso, influyendo incluso a la hora de plantearse un ascenso o la realización de un curso. Como hemos podido comprobar, los militares, hombres y mujeres, frenan en muchos casos sus aspiraciones profesionales por estar con sus familias, llegando, incluso, en casos excepcionales, a plantearse el abandono de su profesión.

Como consecuencia de todas estas transformaciones, se ha producido una reorientación de las políticas de bienestar familiar, tanto en el Ministerio de Defensa como en los diferentes ejércitos.

En el ámbito del bienestar familiar, la política de personal en las FAS posee dos vertientes que tienen una enorme influencia en la relación entre Ejército y familia. Estas son, por un lado, las medidas dirigidas a la conciliación de la vida familiar y profesional y, por otro lado, las medidas orientadas a remuneraciones, destinos y apoyo al personal.

La movilidad repercute en la mayor parte de las situaciones familiares de manera negativa. Los traslados familiares han disminuido principalmente como consecuencia de la incorporación masiva de las mujeres de los militares al trabajo remunerado, ya que son muchas las que no quieren o no pueden renunciar a él. Al igual que ocurría en el pasado, cuando los hijos cumplen cierta edad se niegan a cambiar de lugar de residencia, ya que no están dispuestos a dejar su entorno, sus amigos, su colegio, etc., produciéndose así la separación de la familia, ya que la mujer suele quedarse con los hijos y es el hombre el que se desplaza.

Todas estas razones han provocado que cada vez sean más numerosos los matrimonios de fin de semana, es decir, que sean los militares los que permanecen en sus destinos de lunes a viernes (o de lunes a jueves si el superior correspondiente lo considera oportuno), viviendo en muchos casos en residencias o alojamientos logísticos, y regresando al hogar familiar durante el fin de semana y en las vacaciones o permisos. Aunque, evidentemente, en el pasado también existían estos matrimonios de fin de semana, parece que efectivamente en los últimos tiempos su presencia se ha incrementado.

Dependiendo de la localidad de destino, las familias pueden ver mermada su calidad de vida e, incluso, las posibilidades de que la familia se traslade a dicha localidad pueden verse también limitadas por no poder hacer frente a todos los gastos. Aun así, tanto las compensaciones económicas como las ayudas para adquisición de vivienda y, de manera fundamental, los descuentos en transportes, facilitan que los militares y sus familias puedan afrontar mejor la movilidad geográfica tan característica de la profesión militar. En definitiva, parece percibirse la intención de mantener los aspectos positivos de cada uno de los dos modelos, sin asumir las repercusiones negativas que estos conllevan.

6.1. Líneas futuras de investigación y actuación

A partir de aquí se pueden abrir numerosas e interesantes líneas de investigación para conocer aún mejor las necesidades familiares de nuestros militares y desarrollar medidas de apoyo y conciliación de la vida familiar y profesional más acorde con las realidades familiares existentes hoy en día dentro de las FAS.

Conscientes de las numerosas dificultades que para el Ministerio de Defensa supone desarrollar el *Plan concilia* dentro de las FAS y de su interés por las familias de los militares, se puede concluir haciendo algunas propuestas con el fin de intentar mejorar, dentro de lo posible, la relación entre la institución familiar y la institución militar, enfocándolas en el ámbito de la participación en misiones internacionales.

El problema que se plantea a la hora de desarrollar medidas de apoyo para las familias de los militares españoles es que, como hemos comprobado en el presente estudio, normalmente basan sus redes de apoyo principalmente en dos pilares: por una parte, en su propia familia o amigos y, por otra, en las familias de los compañeros. Por ello, como se ha comentado en tantas ocasiones, habría que analizar hasta qué punto es necesario desarrollar programas y crear organismos de apoyo cuando la solidaridad orgánica, basada más en el consenso y la cooperación entre los individuos que en la subordinación al grupo (solidaridad mecánica), es una de las claves en las relaciones entre este tipo de familias.

Todas estas propuestas buscan, en definitiva, un mayor conocimiento de las repercusiones de la profesión militar en las familias, con el objetivo de paliar en lo posible las carencias y dificultades que afrontan los militares y sus familias, que, en muchos casos, se derivan de las especiales características de la profesión militar. No podemos olvidar que el ámbito familiar sigue ganando terreno al ámbito laboral y que, como hemos podido comprobar, la influencia que la familia ejerce sobre la carrera profesional de los militares es cada vez mayor. Por todas estas razones es evidente que conseguir el bienestar familiar de los militares repercutirá de diversas maneras en el trabajo diario de los soldados, tanto en su satisfacción, como en su implicación y en la asunción de los roles específicos que demanda la institución al personal militar e, indirectamente, a sus familias.

Referencias bibliográficas

- Alswin, C., Levenson, M. y Spiro, A. (1994). Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Psychoogy and Aging*, 9, pp. 34-44.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (USA). Página oficial. Disponible en: <http://www.aacap.org/aacap/>
- Army MWR. Página oficial. Disponibe en: <http://www.armymwr.com/>
- . Family and Morale, Welfare and Recreations Programs. *Programas Familia y Moral, Bienestar y Recreación*. Disponible en: <http://www.armywifetwork.com/wp-content/uploads/2010/06/RPI-999-Spanish-Spouse-and-Family-Guide-Low-Res.pdf>
- AUSA. Página oficial. Disponible en: <http://www.ausa.org/meetings/2010/annualmeeting/Pages/default.aspx>
- Bey, D. y Lange, J. (1974). Waiting wives: Women under stress. *American Journal of Psychiatry*, 131, pp. 283-286.

- Costello, M., Phelps, L. y Wilczenski, F. (1994). Children and military conflict: Current issues and treatment implications. *School Counselor*, 14, pp. 220-225.
- Crockett, L. J., Petersen, A. C., Graber, J. A. et al. (1989). *School Transitions and Adjustment during Early Adolescence*. Faculty Publications, Department of Psychology. Paper 252.
- Cronin, C. (1995). Adolescent reports of parental spousal violence in military and civilian families. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, pp. 117-122.
- Gómez Escarda, M. (2013). *La familia en las Fuerzas Armadas españolas*. Colección Premios Defensa, Investigación. Madrid, Ministerio de Defensa.
- Gore, S. y Eckenrode, J. (1996). Context and process in research on risk and resilience. En: R. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy et al. (eds.). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions*, pp. 19-63. Cambridge, England, Cambridge University Press.
- Heyman, R. E. y Neidig, P. H. (1999). A comparison of spousal aggression prevalence rates in U.S. Army and civilian representative samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, pp. 239-242.
- Instituto Español de Resiliencia. Página oficial. Disponible en: <http://www.resiliencia-ier.es/index.php>
- Jordan, K., Marmar, C., Fairbank, J. et al. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, pp. 916-926.
- Kelley, M. L., Herzog-Simmer, P. A. y Harris, M. A. (1994). Effects of military-induced separation on the parenting stress and family functioning of deploying mothers. *Military Psychology*, 6 (2), pp. 125-138.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, pp. 1-11.
- Leitzel, D., Charlton, N. y Jeffreys, D. (1997). *A qualitative analysis of the comments of military adolescents completing a worldwide survey*. Vol. MFI Tech. Rep. 97-4. Scranton, PA, Military Family Institute.
- Marchant, K. H. y Medway, F. J. (1987). Adjustment and achievement associated with mobility in military families. *Psychology in the Schools*, 24, pp. 289-294.
- Ministerio de Defensa de España. Portal Cultura. (2012). *La Familia en las FAS Españolas*. Premios Defensa 2012. Disponible en: http://www.portalcultura.mde.es/Galerias/actividades/fichero/2012_PremDef_ModInvest_LafamiliaenlasFASespanolas.pdf
- Morrison, J. (1981). Rethinking the military family syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 138, pp. 354-357.
- Murray, J. S. (2002). Helping children cope with separation during war. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 7, pp. 127-130.
- NATO. (2010). *STANAG 2565 MED STD_2010*. 18 de abril de 2016. Disponible en: NSO NSDD (nato.int)
- Palmer, C. (2008). A Theory of Risk and Resilience Factors in Military Families. *Military Psychology*, 20: 3, pp. 205-217.
- Ready Army. Disponible en: [Welcome! | Readyarmy](http://www.readyarmy.com)
- Richardson, J. D., Darte, K., Grenier, S. et al. (2008). *Operational stress injury social support: a Canadian innovation in professional peer support*. Disponible en: <http://www.journal.forces.gc.ca/vo9/no1/09-richardson-eng.asp>
- Rumm, P., Cummings, P., Krauss, M. et al. (2000). Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24, pp. 1375-1381.
- SAMHSA. (2006). *Returning from the war zone. A guide for military personnel*. (U. S. Department of Veterans Affairs). Disponible en: <https://www.samhsa.gov/resource/dbhis/returning-war-zone-guide-families-military-members>

- Seligman, M. y Peterson, C. (2003). Positive clinical psychology. En: L. G. Aspinwall-U.M. Staudinger (eds.). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*, pp. 195-305). Washington, DC, American Psychological Association.
- Sinclair, R. R. y Tucker, J. S. (2006). Stress-CARE: An integrated model of individual differences in soldier performance under stress. En: T. W. Britt, C. A. Castro, y A. B. Adler (eds.). *Military life: The psychology of serving in peace and combat*. Vol. 1, pp. 202-231. Westport, CT, Praeger Security International.
- Terr, L. (1992). Resolved: Military family life is hazardous to the mental health of children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, pp. 984-987.
- U. S. Army. Página oficial. Disponible en: <http://usacac.army.mil/>
- . *Redeployment Health Guide: A Guide for Service Members and Their Families*. Disponible en: <http://www.army.mil/>
- . (2009). *Pre-Deployment Battlemind For Spouse/Couples (Helping You and Your Family Prepare for Deployments)* PSB04002/1 (20 May 2008). Disponible en: https://www.army.mil/article/29059/battlemind_training_helps_spouses_couples_cope_with_deployment_challenges.
- Walter Reed Army Institute of Research (WRAIR). (2016). *Spouse Battlemind Training*. 18 de abril de 2016. Disponible en: Battlemind Training: Transitioning from Combat to Home (networkofcare.org)
- Watson, P. J., Ritchie, E. C., Demer, J. et al. (2006). Improving resilience trajectories following mass violence and disaster. En: E. C. Ritchie, P. J. Watson y M. J. Friedman (eds.). *Interventions following mass violence and disasters*, pp. 37-53. New York, Guilford.
- Weber, E. G. y Weber, D. K. (2005). Geographic relocation frequency, resiliency and military adolescent behavior. *Military Medicine*, 170, pp. 638-642.
- Wechsler, M. y Segal, D. (2008). Implications for Military Families of Changes in the Armed Forces of the United States. En: CAFORIO, G. *Op. Cit.*, p. 227.
- Williams, J. (1976). Divorce and dissolution of the military family. En: H. McCubbin, B. Dahl, y E. Hunter (eds.). *Families in the military system*, pp. 209-236). Beverly Hills, CA, Sage.

Capítulo 11

El liderazgo efectivo. La tarea de construir grupos fuertes

Comandante M.^a del Pilar Gallardo Rodríguez¹

«Comienzo con la premisa de que la función del líder es producir más líderes, no más seguidores». Ralph Nader

1. El liderazgo. Ideas generales

El liderazgo es un fenómeno que se produce en todos los grupos humanos. Dondequiera que haya un grupo de personas involucradas en una actividad conjunta encontramos una división de papeles. Así, mientras algunos asumen la función de dirigir hacia una meta determinada (líderes), otros prefieren ser dirigidos (seguidores) y aceptar que sean los primeros los que tomen las decisiones.

Existen numerosas definiciones de liderazgo, aunque la mayoría de ellas coinciden en que el liderazgo es un proceso de influencia entre el líder y los seguidores, que tiene como fin conseguir las metas de un grupo, organización o sociedad (Hollander, 1985). La dificultad para definir el liderazgo, a lo largo de la historia, ha estado determinada por una tendencia a la simplificación (reducir el liderazgo a solo unas pocas características personales del líder) y a la generalización (pretender que dichas características sirvan para explicar todo tipo de liderazgo).

De acuerdo con García-Sáiz (2010), un modo mejor de entender el liderazgo es centrarse en las relaciones que los líderes mantienen con los seguidores en un momento y en un contexto determinado, y en los elementos que se integran en ese proceso de influencia (tabla 14). Por influencia entendemos algún cambio producido en los seguidores como consecuencia de algún acto realizado por el líder (García-Sáiz, 2010). En definitiva, lo que hace a una persona líder es la disposición de los demás para seguirla.

El líder	Características personales (edad, sexo, raza, apariencia física...), competencias, valores, motivaciones, percepciones...
Los seguidores	Necesidades, características, conocimientos, habilidades, valores, actitudes, motivaciones, experiencia, percepciones...
La relación líder-seguidores	Cara a cara o a distancia, trato individualizado o colectivo, intercambio entre el líder y los seguidores (coste-beneficio).
La situación	Las circunstancias concretas que tanto el líder como los seguidores estén viviendo en un momento determinado (presión competitiva, tarea o misión compleja, proceso de cambio...).
El contexto	Características socioculturales, políticas, económicas, tecnológicas..., entorno, pertenencia o no a una organización y contexto organizacional (estrategia, cultura, clima...).

Tabla 14. Componentes que configuran el liderazgo como proceso dinámico (García Sáiz, 1995)

¹ Gallardo Rodríguez, M.^a del Pilar (MOES). Comandante psicólogo (CMS), destinada en la Sección de Conducción Estratégica del Estado Mayor de la Defensa. Máster en Psicopatología y salud (UNED). Especialista

Ahora bien, afirmar que un líder influye sobre sus seguidores, implica que tiene poder sobre ellos (Jesuino, 1996). Así pues, el liderazgo es influencia, y el poder es el medio para conseguirla, en definitiva, la fuerza que motiva el cambio de conducta de las personas. El poder es dinámico, cambia continuamente en función tanto del contexto como de las habilidades del líder para generar cohesión y confianza.

En las organizaciones, la demanda fundamental de liderazgo recae sobre quienes ocupan puestos directivos. El papel de los líderes en las organizaciones es esencial por su capacidad de orientar cambios en los valores, las actitudes y el comportamiento de sus seguidores. En una estructura jerarquizada, como la de los ejércitos, hay lugar para más líderes que en otras estructuras más planas. Pero ni todos los jefes son líderes, ni todos los líderes ocupan puestos de responsabilidad o mando dentro de la organización.

El jefe tiene subordinados, controla su entorno, conoce e impulsa las metas de la organización y ejerce su influencia por medio del poder, por la posición que le otorga el puesto que ocupa en la organización. El líder, además, asume riesgos, interioriza los objetivos de la organización, se implica personalmente en ellos y conduce a sus seguidores hacia el cambio.

En las FAS «los que ocupan los diversos niveles de la jerarquía están investidos de autoridad en razón de su cargo, destino o servicio y asumirán plenamente la consiguiente responsabilidad. La autoridad implica el derecho y el deber de tomar decisiones, dar órdenes y hacerlas cumplir, fortalecer la moral, motivar a los subordinados, mantener la disciplina y administrar los medios asignados» (Real Decreto 96/2009, artículo 9).

La autoridad es una forma particular de poder que tiene su origen en el poder legítimo, en virtud de la posición formal que el individuo ocupa en la organización. En el ámbito castrense, los subordinados acatan las órdenes de sus mandos o, incluso, las anticipan sin necesidad de que estos ejerzan continuamente la autoridad, entendida esta como el conjunto de competencias, derechos y obligaciones asociados al puesto que se ocupa en la jerarquía.

Los líderes militares son, sobre todo, directores de grupos que, desde un puesto de responsabilidad, diseñan estrategias para garantizar la eficacia de sus unidades y de la organización en general. Además, el líder militar asume la misión de formar personas para que tengan éxito en su gestión directiva o en su ejercicio del mando.

Lo ideal para un mando militar es, como dice la publicación militar *Liderazgo* (OR7-026), que sea capaz de influir en sus subordinados, más allá de lo que su autoridad le permite, sin que estos se sientan coaccionados. Ser jefe no implica ser líder, pero, del mismo modo, el liderazgo no se reduce de forma exclusiva a quienes ocupan puestos de dirección. En definitiva, el liderazgo debe ser considerado como un valor añadido a la función del mando.

Entre las características propias de los líderes están la flexibilidad, la innovación y la adaptación (Yukl, 2002), competencias que permiten al ser humano protegerse ante situaciones estresantes. Un líder se preocupa por las personas que componen su grupo y les hace partícipes de la toma de decisiones.

El liderazgo y la capacidad del líder de conducir grupos de trabajo ha sido una de las variables a las que se ha prestado mayor importancia en la investigación, desde la psicología de las organizaciones (Morales y Molero, 1995). Este carácter grupal del liderazgo

en Psicología clínica. Especialista en Psicología aeronáutica. Experto en Metodología de investigación y análisis prospectivo (UGR). Aptitud en Recursos Humanos del EA. Ha ocupado diferentes destinos en la Armada, en los dos ejércitos y en la Vicesecretaría General Técnica del Ministerio de Defensa. Autora de varias publicaciones en materia de liderazgo y valores militares.

lleva a algunos autores a afirmar que el liderazgo efectivo es fundamentalmente una cuestión de construir grupos fuertes (Halsam *et al.*, 2011).

No obstante, la mayoría de los estudios sobre liderazgo pueden clasificarse según pongan el énfasis en las características del líder, sus conductas, su poder e influencia o elementos situacionales, sin olvidar la importancia del conocimiento y comprensión de sus valores, como vehículo de sus conductas y actitudes.

Sin embargo, nuestro interés en este documento no radica en saber las características que posee una persona que es reconocida como líder, sino más bien en saber cómo una persona puede llegar a ser un líder eficaz en un contexto difícil, como puede ser el de las operaciones militares.

Bartone (2006) postula que los líderes militares con personalidad resistente (*hardiness*) son capaces de impulsar a sus subordinados hacia el logro del éxito de la misión, sin importarles la magnitud de la adversidad o el problema, en otras palabras, construyen resiliencia.

Las unidades militares, por su naturaleza orientada al grupo y altamente interdependiente, ponen a los líderes en condiciones de ejercer un control sustancial y de influencia sobre sus subordinados. A lo largo de este capítulo se abordará la importancia del liderazgo resiliente en las operaciones modernas, desde el punto de vista de los investigadores interesados en este tema, y se hará una revisión de los estilos de liderazgo que han demostrado ser eficaces en situaciones difíciles.

2. Resiliencia y personalidad resistente. Las armas psicológicas del siglo XXI

2.1. Resiliencia. Una aproximación al concepto

En el año 2006, el Ejército americano recoge por primera vez en su doctrina la importancia de la capacidad de resiliencia en el campo de batalla (Headquarters, Department of the Army, 2006). Desde entonces, han sido numerosas las publicaciones y artículos en revistas, tanto científicas como de divulgación, que han dedicado un espacio a este constructo².

La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas, a veces graves (Grotberg, 1995 y Maciaux *et al.*, 2001).

El concepto de resiliencia ha sido desarrollado en dos países con matices distintos en cada uno de ellos: Francia y EE. UU.³ Así, los autores franceses proponen que el término resiliencia está relacionado con el concepto de crecimiento postraumático, y consiste en la *capacidad* de las personas para salir indemnes de una experiencia adversa y aprender de ella, mientras que los norteamericanos hacen referencia, exclusivamente, al *proceso* de afrontamiento que ayuda a la persona enfrentada a un suceso adverso, a mantenerse intacta.

² En el contexto militar español destacan: 1) el documento «Preparación psicológica», publicado en el n.º 863 de la revista *Ejército* (Marzo 2013, pp. 34-72) y elaborado por el teniente general Juan Antonio Álvarez Jiménez, el teniente coronel José Luis Castellanos Díaz, la comandante M.ª del Pilar Bardera Mora y la capitán Mónica García Silgo; y 2) el Documento de Opinión: Juanes Cuartero-Rodríguez, A. F. (2012) Comprehensive Fitness Soldier. En busca del soldado resiliente. *Instituto Español de Estudios Estratégicos* (42/2012 de 22 de mayo).

³ El texto de este apartado ha sido tomado y adaptado del documento *Tendencias 2013*, elaborado por la Sección de investigación de la Dirección de Doctrina, Orgánica y Materiales (DIDOM [documento de uso oficial]).

En ambos casos, subyacen dos dimensiones inseparables del concepto de resiliencia: 1) la resistencia a un trauma y 2) la evolución posterior satisfactoria y socialmente aceptable.

La resiliencia como proceso, o como resultado de un proceso exitoso de adaptación positiva a un contexto significativamente adverso, alude a un funcionamiento adecuado de la persona bajo presión, que mantiene la competencia y el equilibrio, en un momento puntual determinado y a lo largo de todo el tiempo de respuesta al estrés⁴.

La resiliencia como capacidad, o competencia del sujeto para hacer frente a situaciones desfavorables, aprehende el concepto en la personalidad del individuo, como rasgo o característica de esta. Dicha capacidad no es inusual, se presenta en un gran número de personas y varía en el tiempo y en las situaciones.

La consideración de la resiliencia como característica inherente a la personalidad se solapa con el concepto de personalidad resistente, *hardiness* o *hardy personality*, que aparece por primera vez en 1972 en la literatura científica en relación con la idea de protección frente a los estresores. Son Kobasa y Maddi los autores que desarrollan el concepto, a través del estudio de aquellas personas que, ante hechos vitales negativos, parecen tener unas características de personalidad que les protegen. Para Kobasa (1979), hay diferencias estructurales de personalidad que hacen que, en determinadas ocasiones, unos individuos enfermen y otros no, estas diferencias constituyen la personalidad resistente.

En la última década se ha producido un cambio de mirada en relación con el fenómeno de la resiliencia, que postula que la respuesta resiliente no es la excepción a la norma, sino la habitual.

Desde esta nueva orientación, se concibe la resiliencia como un paradigma que se construye. La resiliencia, pues, es un aprendizaje constante, que está implícito en el crecimiento del ser humano y que ha estado presente desde siempre sin ser conscientes de ello. Aquí la resiliencia se crea; gracias a ella, el individuo se sobrepone fácilmente a los momentos de crisis, pero además se establecen precedentes que permiten cambios de arquetipos y modelos originales, y que cimientan modelos de actuar diferentes frente a ciertos momentos de estrés; se proyecta un futuro con base en hechos concretos; se va más allá de los límites de superar un hecho; se trascienden horizontes.

En este punto, es donde el papel del líder militar cobra gran importancia, en la medida en que es capaz de reconocer los potenciales y recursos internos de cada uno de los miembros de su unidad que pueden ser fortalecidos para afrontar las adversidades.

2.2. La persona resiliente

Los individuos resilientes se caracterizan por unos patrones de conducta específicos y un rasgo de personalidad definido⁵, caracterizado por «una serie de actitudes y acciones que ayudan a transformar las situaciones estresantes de potenciales desastres a oportunidades de crecimiento» (Maddi y Khoshaba, 2005).

Entre aquellas potencialidades humanas o atributos característicos de resiliencia, para salir adelante frente a la crisis destacan principalmente: la creatividad (capacidad de crear nuevos modelos y oportunidades), el humor (habilidad de enfrentamiento dinámica

⁴ Esta trayectoria temporal diferencia la resiliencia del concepto de recuperación, que implica una readaptación gradual al funcionamiento normal del organismo, tras un período en el que el sujeto experimenta un estado físico o psicológico negativo.

⁵ Entendiendo la personalidad como aquellos aspectos que determinan su comportamiento.

y divertida), la independencia (capacidad para ver los problemas de manera objetiva), la iniciativa (habilidad para emprender acciones), la introspección (capacidad de observarse a sí mismo), la relación (destreza para crear y mantener relaciones interpersonales), la confianza y la empatía. Pero, más allá de estos pilares de la resiliencia, también resulta muy importante la habilidad para actuar, es decir, para ponerlos en práctica en el día a día y desarrollar competencias como la resistencia, la flexibilidad y la adaptación, que permiten al ser humano protegerse ante situaciones estresantes.

Las personas resilientes se caracterizan por una adaptación ágil a las situaciones nuevas que se les presentan, confían en sus propias capacidades para responder efectivamente a los cambios, aceptan, entienden y comprenden el contexto en que se encuentran, aprovechan los aspectos de la situación y crecen por medio de ellos.

2.3. La personalidad resistente

La personalidad resistente o *hardy* se asocia con una tendencia a percibir los eventos potencialmente traumáticos en términos menos amenazantes. Es una manera de concebir la vida, mediada por mecanismos de evaluación del ambiente y por mecanismos de afrontamiento, que requiere que se reúnan tres características o dimensiones del sujeto: compromiso, desafío y control.

El compromiso hace referencia a las habilidades de una persona para implicarse hondamente en las actividades de su vida cotidiana. Esta cualidad contribuye a mitigar la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante.

El desafío o reto hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es una oportunidad para el crecimiento personal y no una amenaza para su propia seguridad.

El control es la creencia de que las circunstancias de la vida dependen de las propias acciones. En consecuencia, la percepción de que muchos de los acontecimientos estresantes son debidos a su propia actividad hace que el individuo se sienta capaz de manejar las situaciones en su propio beneficio. De este modo, la persona resistente incorpora los acontecimientos estresantes en su plan personal y los transforma en algo congruente con su sistema de valores.

Las personas con una elevada resistencia (*hardiness*), en general, suelen interpretar las nuevas experiencias como: a) interesantes y que valen la pena, b) que pueden controlar y c) que el desafío o reto es una oportunidad de aprender y crecer.

La resistencia que emerge como un patrón de actitudes y comportamientos mejora la resiliencia del sujeto ante situaciones potencialmente estresantes y, de este modo, se convierte en una de las posibles vías de desarrollo de la resiliencia (Bonanno, 2004; Maddi, 2005). Por tanto, aquellas personas que alcancen elevados niveles de *hardiness* tendrán mayor probabilidad de ser resilientes, fenómeno que no se producirá necesariamente a la inversa (Peñacoba y Moreno, 1998).

A continuación se ilustra cómo un líder⁶ militar proactivo, comprometido y resistente puede movilizar a su unidad en la dirección de una mayor resiliencia y resistencia al estrés:

«Un grupo de artillería de defensa de misiles de aire Patriot del ejército de EE. UU. había sido desplegado en el suroeste de Asia, poco después de la Primera

⁶ Usaremos en este contexto el término líder en su acepción de legitimidad del que ejerce el mando.

Guerra del Golfo. Se le había encomendado la misión de estar preparado para derribar cualquier misil Scud que pudiera ser lanzado desde Irak. El personal desplegado se encontraba finalizando los seis meses de misión (en la primera quincena del sexto mes), no se había producido ningún lanzamiento durante ese tiempo, y la misión se había convertido en algo monótono y aburrido. Sin embargo, un equipo de investigadores encontró que el personal de la batería de servicios se diferenciaba del resto por sus elevados niveles de moral y cohesión⁷.

Investigaciones posteriores revelaron que, poco después de llegar al teatro de operaciones, el capitán de la batería de servicios había asignado a su unidad una tarea importante, y les había proporcionado una misión concreta durante sus seis meses en el desierto. Este mando había oído hablar de una gran área, cercana a la base, que había servido como depósito de equipos desechados, después de la guerra.

El capitán asignó a su unidad la tarea de excavar, recuperar, limpiar y reparar tantos equipos como fuera posible en el transcurso de su despliegue. Cinco meses más tarde se habían recuperado más de un millón de dólares en equipos, que fueron devueltos al ejército en buen estado de funcionamiento. Además habían empapelado las paredes de su compañía con grandes fotografías del vertedero, antes de su limpieza, así como del campo de deportes multiaventura que los soldados habían construido después. En las entrevistas posteriores realizadas a los miembros de la unidad, éstos hablaron con gran orgullo de la hazaña y de haber salvado considerables dólares de los contribuyentes». (Bartone, 2006. *Cómo un líder Hardy puede influir en la resiliencia de su grupo en una operación militar*).

El capitán de la compañía ejerció un control creativo en condiciones ambiguas, manejó los estímulos negativos en su propio beneficio, de tal manera que dio un sentido a la misión, consistente con su escala de valores sin comprometer la actividad principal que la unidad tenía asignada (mantenimiento de los equipos y los recursos de la batería). La nueva tarea fue un reto para él y para sus subordinados, quienes también asumieron el compromiso y el control sobre la misión.

3. El liderazgo resiliente

3.1. La propuesta de las seis características esenciales de un líder ante la adversidad (Everly et al., 2010)

En la actualidad, diversos autores están interesados en el estudio de los componentes del liderazgo resiliente y en las acciones que debe emprender un líder para desarrollar una cultura de resiliencia en su organización. (Everly et al., 2010) postulan que el liderazgo resiliente es el concepto empleado para describir el comportamiento de los líderes que ayudan a otros a resistir ante la crisis, adaptarse a las situaciones y recuperarse de la adversidad. Es el catalizador que inspira a las personas para alcanzar metas que no podrían haber logrado por sí solas.

Para estos autores, la adversidad es la verdadera prueba de liderazgo y hay que entenderla como poseedora de dos caras, ya que, independientemente de sus aspectos negativos, proporciona retos y oportunidades para aquellos que sean capaces de afrontarla. El líder resiliente debe ser un visionario, que reconoce los peligros inherentes a la

⁷ Características grupales tales como cohesión, moral o espíritu de cuerpo, son factores de protección que favorecen el bienestar de los soldados.

adversidad, pero que es capaz de aprovechar las oportunidades que plantea y motivar a los demás para que lo hagan también.

El liderazgo resiliente supone tener el valor de actuar, el deseo de asumir la responsabilidad de las decisiones tomadas, independientemente del resultado y la habilidad para generar confianza y fidelidad a través de un comportamiento íntegro⁸.

Según Everly *et al.*, (2010), el liderazgo resiliente se asienta sobre las bases de fortaleza y honor. La fortaleza incluye cualidades del líder relacionadas con el optimismo, visión positiva, desempeño eficaz, capacidad de asumir riesgos, perseverancia y asunción de responsabilidades. El honor es un valor que se cultiva a través de la integridad, el comportamiento ético y la comunicación abierta.

3.2. La fortaleza, el honor y el liderazgo auténtico (Kolditz y Brazil, 2005 y Brazil, 2006)

Kolditz y Brazil (2005) y Brazil (2006) formulan que fortaleza y honor son una variación del «liderazgo auténtico». Los líderes auténticos tienen confianza en sí mismos, son optimistas y poseen sólidos valores morales y razonamiento ético (honor). Al mismo tiempo, estos líderes dan sentido a la misión, motivan y orientan las decisiones en situaciones extremas (fortaleza) y generan en sus seguidores lealtad, obediencia, admiración y respeto.

Los líderes auténticos parecen ejercer gran parte de su efectividad al hacer que sus seguidores se sientan seguros, dominan el miedo y dan esperanza a los que los siguen. La seguridad se basa en la confianza, y la confianza en el honor y la integridad. Estos autores concluyen diciendo que el liderazgo auténtico es un estilo altamente eficaz en situaciones de crisis.

El líder auténtico es una persona consciente de sus valores y creencias, de cómo se comporta y, a la vez, de cómo es percibido por los demás (Shamir y Eilam, 2005). Tiene claras sus metas y no tiene dificultades en dirigirse hacia ellas y comunicárselo a los demás en términos de principios, valores y ética. Además, estos líderes quieren ser útiles y servir a otros miembros del grupo desde su posición privilegiada.

Este es un nuevo enfoque, derivado de la psicología positiva, que orienta la atención en aspectos relacionados con la autorrealización, tanto del líder como de sus seguidores. La psicología positiva fomenta el desarrollo de cualidades positivas: creatividad, integridad, ética, liderazgo, sabiduría, trabajo satisfactorio y ser un buen ciudadano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Walumbwa *et al.* (2008) definen el liderazgo auténtico como un patrón de conducta que promueve y se inspira tanto en las capacidades psicológicas positivas como en un clima ético positivo, para promover una mayor conciencia de uno mismo, una moral internalizada, un procesamiento de la información equilibrado y transparencia en las relaciones entre el líder y los seguidores.

El líder auténtico se caracteriza por poseer:

Conciencia de sí mismo: conoce sus fortalezas y debilidades así como las de su equipo de trabajo, y es consciente del modo en que su propia conducta influye en los demás.

Transparencia en las relaciones: se abre a los demás y se muestra tal y como es. Lo que genera un clima de confianza entre los seguidores que facilita que se compartan pensamientos y emociones.

Procesamiento equilibrado: es objetivo y analiza cuidadosamente la información relevante antes de tomar una decisión y solicita otros puntos de vista aunque puedan ser contrarios al suyo.

Moral internalizada: actúa guiado por los valores y principios personales, frente a las presiones del grupo, la organización o la sociedad. Como resultado, la conducta del líder es consistente con sus creencias y valores personales.

Tabla 15. Liderazgo auténtico (Avolio y Gardner, 2005; Luthans y Avolio, 2003; Shamir y Eilam, 2005)

⁸ Integridad (honradez): el liderazgo es, básicamente, confianza, y si un jefe no es íntegro, difícilmente se va a ganar la confianza de nadie. Integridad equivale a hacer lo correcto, aunque nadie esté viendo, y exige espíritu de justicia para distribuir elogios y sanciones con criterio (MADOC, 2007. *Orientaciones Liderazgo*, pp. 4-11).

3.3. El compromiso, la motivación y el liderazgo de la expectativa meta (House, 1971)

Aumentar el compromiso y la motivación es también una característica importante de la teoría del liderazgo de la expectativa de meta, que centra la atención en cómo los líderes influyen en la motivación de los subordinados mediante la identificación de metas significativas. Los líderes estructuran las situaciones en las que los subordinados experimentan recompensas personales por el logro de los objetivos propuestos, a la vez que aclaran y definen las vías para el logro de estos objetivos deseados.

Este líder es, de alguna manera, capaz de aprovechar e, incluso, aumentar la motivación de los seguidores para superar los obstáculos y lograr los objetivos grupales. La forma de afrontar las situaciones es similar a la de afrontar las dificultades, interpretadas como retos de los que se puede aprender, y no como amenazas que haya que evitar.

La teoría de la expectativa de meta que formuló House en 1971 pretendía explicar no solamente qué estilos de liderazgo eran los más eficaces sino, también, por qué. De acuerdo con esta teoría, los líderes son eficaces según su impacto en la motivación y satisfacción de sus seguidores. La teoría recibe el nombre de expectativa o camino-meta porque su mayor interés es la forma en que el líder influye en las percepciones de los seguidores, de sus metas laborales, de sus objetivos personales y de los caminos para alcanzarlas.

La teoría propone que el comportamiento del líder es motivador o satisfactorio en la medida que incrementa la consecución de metas de los seguidores y clarifica las rutas hacia estas (House y Mitchell, 1974: 81). Esta aproximación postula que los líderes dan lo mejor de sí cuando aportan lo que falta a la situación y ayudan a sus subordinados a conseguir sus metas laborales o personales. Si el entorno laboral de su grupo de trabajo requiere clarificación, debe facilitar el camino de sus subordinados para alcanzar la meta; si se necesitan recompensas intrínsecas o extrínsecas, debe ofrecérselas.

Conductas eficaces de los líderes, según House (tomado de Molero, 2011: 187):

Conductas de clarificación de tarea: serán más eficaces cuando exista ambigüedad de rol y menos eficaces cuando los subordinados se perciban competentes en relación con la tarea.

Conductas orientadas al logro: serán más eficaces con los subordinados que tienen una alta motivación de logro.

Conductas facilitadoras del trabajo (coordinar, planificar, aconsejar): serán más eficaces cuando las demandas del trabajo sean previsibles y menos necesarios si los subordinados son competentes en relación con la tarea a realizar.

Conductas de apoyo al personal: serán más eficaces cuando el trabajo sea peligroso, monótono, estresante o frustrante.

Conductas facilitadoras de la interacción entre los miembros del grupo: son especialmente relevantes cuando los miembros del grupo son interdependientes para la realización del trabajo.

Liderazgo basado en valores: entre los factores que facilitarían la emergencia y efectividad del liderazgo basado en valores estarían la formulación, por parte del líder, de una visión compatible con los valores de los seguidores y la existencia de una situación de crisis. Este tipo de liderazgo sería especialmente efectivo ante la ausencia de recompensas externas u otro tipo de refuerzos para realizar la tarea.

Tabla 16. La teoría de la expectativa de meta (House, 1971)

3.4. El liderazgo resiliente del Ejército de EE. UU. (FM 6-22 Army Leadership)

El Ejército americano, en su *Manual de Campaña FM 6-22 Army Leadership* (Liderazgo del Ejército), designa la resiliencia como uno de los atributos del líder militar, que está relacionado con la importancia de la presencia física o modo en que los demás perciben al líder⁹.

⁹ Los factores que incluyen los atributos de presencia física son: porte militar, la aptitud física, la confianza y la resiliencia o capacidad de recuperación.

El líder militar resiliente es el que «rápidamente puede recuperarse de los contratiempos, la conmoción, las lesiones, las adversidades y el estrés, mientras mantiene el enfoque de la misión y de la organización. Su resiliencia descansa en la voluntad, el impulso interno que lo motiva a seguir adelante, incluso, cuando se siente agotado, hambriento, temeroso, con frío y mojado» (Headquarters, Department of the Army, 2006). La resiliencia ayuda a los líderes y a sus organizaciones a llevar hasta su conclusión las misiones difíciles.

Pero la resiliencia y la voluntad para tener éxito, no son suficientes para conducir la unidad en el día a día de la misión. La tarea más importante del líder es inculcar la capacidad de recuperación y un espíritu ganador en sus subordinados.

3.5. Acciones que debe emprender el líder operacional y táctico cuando las cosas van mal (Leadership in the Canadian Forces)

Las Fuerzas Armadas canadienses subrayan la importancia de la influencia del líder en operaciones para mantener el enfoque de la misión en situaciones difíciles. El líder militar debe desarrollar sus propias habilidades de resistencia ante la posibilidad del fracaso de la misión, así como la capacidad de recuperación del personal a sus órdenes (Canadian Defence Academy, 2005).

Hay cinco acciones que el mando militar debe realizar para garantizar el éxito de las operaciones:

- Desarrollar las capacidades individuales y de equipo de sus subordinados para garantizar un elevado rendimiento y confianza en la misión. Estas capacidades son competencia en la tarea, trabajo en equipo, confianza, cohesión y liderazgo.
- Construir la resiliencia individual y colectiva para soportar las exigencias de las operaciones y recuperarse de la desgracia o adversidad, lo que se consigue mediante la adopción de medidas de prevención del estrés, conocimiento de la situación y habilidades de improvisación.
- Inculcar la ética militar para garantizar un alto nivel de profesionalidad y autodisciplina.
- Modificar o mejorar las condiciones de la situación para facilitar el rendimiento. Esto afecta a las características de la unidad, los procedimientos de la organización, las relaciones exteriores y las relaciones con superiores.
- Ejecutar eficazmente las tareas de adaptación, seguimiento y gestión, mediante la revisión de las experiencias pasadas y el análisis de las lecciones aprendidas.

3.6. El resultado del liderazgo resiliente en el ámbito militar

Los datos de varios estudios realizados en la academia militar americana *West Point* apoyan la hipótesis de que los líderes resistentes pueden influir en los subordinados para que piensen de manera más adaptativa y tengan una respuesta más resiliente ante las situaciones que se les planteen (Bartone, 1995, 2000; Bartone y Snook, 2000; Bartone, 2006).

En estudios posteriores, para medir la efectividad del liderazgo, realizados igualmente en el ambiente académico militar, se evaluó la personalidad resistente y el estilo de liderazgo transformacional (Bartone, 1999; Milán *et al.*, 2002). Los resultados pusieron de manifiesto que la personalidad resistente es el predictor más fuerte y consistente de la efectividad del liderazgo en unidades militares. El estilo de liderazgo

transformacional también es un estilo de mando efectivo, aunque no tanto como la variable *hardiness*.

Igualmente, se puso de manifiesto que el liderazgo transformacional correlacionaba positivamente con el componente de control de la personalidad resistente, y que el factor de *motivación inspiracional* (en la tabla 17 se desarrolla esta y otras dimensiones del liderazgo transformacional) resultó ser el mejor predictor de liderazgo efectivo en la población militar.

El *liderazgo transformacional* es un concepto desarrollado por Burns (1978) desde la ciencia política, para designar a aquellos líderes que inspiran, estimulan intelectualmente y consideran individualmente a sus subordinados, en contraposición con el *liderazgo transaccional*, que practica el reforzamiento contingente de los seguidores.

Bass (1985) concede gran importancia al estudio del liderazgo transformacional, apoyado en los efectos positivos que los líderes transformacionales ejercen sobre sus subordinados, basados fundamentalmente en las siguientes acciones del líder: a) el líder concientiza a los seguidores de la importancia de ciertas metas y los medios para conseguirlas, b) les induce a trascender sus propios intereses para el bien del conjunto y c) estimula y satisface necesidades superiores de los seguidores (autoestima y autorrealización).

En el liderazgo transformacional se establece una relación de predisposición mutua entre el líder y los seguidores, de tal manera que se produce una transformación y una elevación de la moral interna en los subordinados, para lograr resultados importantes para la organización.

Componentes del liderazgo transformacional (Bass, 1985; Bass y Avolio, 1990):

- *Carisma* (influencia idealizada): el comportamiento de los líderes inspira sentimientos de lealtad y admiración entre sus subordinados, que quieren imitarlo. Su comportamiento está guiado por valores éticos y morales y sus ideas son entendidas como una intención de hacer lo que es mejor y más correcto para todos. Los líderes carismáticos logran que sus seguidores hagan un esfuerzo extra para lograr niveles óptimos de desarrollo y rendimiento.
- *Inspiración* (motivación inspiracional): los líderes motivan a sus seguidores, desarrollan su entusiasmo en el desempeño de las tareas y los objetivos del grupo y generan expectativas de futuro. Su comportamiento es un modelo para los seguidores, los líderes son percibidos como personas tenaces, con iniciativa y enérgicos. Están preocupados por el bien del grupo, de la organización o de la sociedad en su conjunto.
- *Consideración individualizada*: el líder tiene en cuenta las necesidades, intereses y capacidades de cada uno de los seguidores, promueve la equidad, hace hincapié en el aumento de la capacidad del equipo y promueve los valores organizacionales de respeto y confianza.

Estimulación intelectual: el líder realiza un esfuerzo extra para guiar a los seguidores a salvar el corto plazo y a desarrollar sus propias capacidades. Les ayuda a reconocer sus propias creencias y valores, fomenta su pensamiento crítico, les anima a cuestionar sus ideas y les ayuda a ser más competentes y a tener éxito.

Tabla 17. Liderazgo transformacional (Bass, 1985)

Bartone (2006) postula que es posible que los líderes que poseen una personalidad resistente sean más propensos a ejercer un estilo de liderazgo transformacional, aunque solo en determinados ambientes. Y que los líderes con un elevado sentido del compromiso, el reto y el control sean más eficaces en organizaciones militares.

4. Conclusiones

A partir de la idea de que las características resilientes se pueden desarrollar, es función del líder militar reconocer aquellas potencialidades y recursos internos de sus subordinados, que pueden ser fortalecidos.

De igual modo, el líder debe apoyarse en su vida y aplicar en su ejercicio de mando los pilares de la resiliencia, tales como confianza, independencia, creatividad, iniciativa, espiritualidad, humor y moralidad. Esta actitud le permitirá contar con las fortalezas,

habilidades y competencias necesarias para afrontar situaciones cambiantes y complejas y generar respuestas resistentes en los miembros de su unidad.

El ejercicio del liderazgo supone conducir las operaciones teniendo en cuenta las capacidades y la motivación de las personas a su cargo, potenciar su autoestima y reconocer sus competencias para así forjar grupos resilientes.

El papel del líder logra ser importante en la construcción de la resiliencia personal, en la medida que sus subordinados perciben que pueden contar con el apoyo incondicional de su jefe, junto con un reconocimiento constante de sus esfuerzos y objetivos logrados.

El estilo de liderazgo carismático logra incrementar la autoestima de los subordinados y su grado de resiliencia, ya que cuando aumenta la autoestima, aumenta el grado de confianza de las personas en sí mismas y su motivación para trabajar en equipo, lo que les permite asumir más fácilmente las situaciones que se les presenten.

El líder carismático se caracteriza por su creatividad, su capacidad de innovación, su alto grado de implicación en el trabajo, su energía y entusiasmo, su tendencia a asumir riesgos, su autoconfianza y su motivación para el liderazgo (House y Howell, 1992).

Estas conductas, unidas a la capacidad del líder para comunicar su visión y generar pasión y entusiasmo hacia la misma (propias del liderazgo inspiracional), facilitan la resiliencia de sus subordinados y la consecución exitosa de la misión.

MADOC-DIOM (2014), en un estudio llevado a cabo en el Ejército de Tierra, con una muestra de casi siete mil efectivos, observó que ambos, el liderazgo carismático (influencia idealizada) y el liderazgo inspiracional, eran los estilos de mando más valorados por los subordinados durante el desarrollo de operaciones internacionales, y que presentaban una asociación fuerte con variables resultado tales como lealtad al mando, satisfacción, cohesión, moral y compromiso con la organización. Por ello, para consolidar grupos fuertes y el éxito en las misiones, los líderes militares deben esforzarse en conseguir:

- Capacidad de innovar y orientar de un modo novedoso los problemas y situaciones (creatividad).
- Apertura a la participación y comunicación con sus subordinados (interactividad).
- Capacidad de crear una visión compartida que implique tanto a los individuos como a la organización (visión).
- Competencia para desarrollar en sus subordinados la capacidad de asumir responsabilidades sobre sus ideas y acciones, y dejarse guiar por su propio juicio (autodirección).
- Capacidad de demostrar pasión por su misión y por las personas (pasión).
- Altos niveles de ética y moralidad, tanto a la hora de fijar objetivos, como de tomar decisiones (ética).
- Credibilidad e integridad, que demuestra en sus acciones y capacidad para transmitir entusiasmo y dar confianza a sus colaboradores (prestigio).
- Orientación hacia las personas y preocupación por conocer las necesidades y objetivos individuales, para aunar estos con los de la organización (consideración).
- Facilitar y apoyar el desarrollo y crecimiento personal y profesional de sus subordinados (estimulación intelectual).
- Cambiar la supervisión por la formación (consideración individualizada).
- Coherencia entre sus actitudes y la misión, visión y valores organizacionales.
- Actitud de colaboración y participación.

En el diseño de los ejercicios de instrucción y adiestramiento se ha de tener presente las dimensiones de la personalidad resistente que se han descrito a lo largo del capítulo: control, reto y desafío.

Referencias bibliográficas

- Bartone, P. T. (1995, July). A short hardiness scale. Paper presented at the *Annual Convention of the American Psychological Society*. New York.
- . (1999). Personality hardiness as a predictor of officer cadet leadership performance. Paper presented at the *International Military Testing Association Meeting*. Monterey, CA.
- . (2000). Hardiness as a resiliency factor for United States forces in the GulfWar. En: J. M. Violanti, D. Paton y C. Dunning (eds.). *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives*, pp. 115-133. Springfield, IL, Thomas.
- . (2006). Resilience Under Military Operational Stress: Can Leaders Influence Hardiness? *Military Psychology*, 18, pp. 131-148.
- Bartone, P. T. y Snook, S. A. (2000, June). Gender differences in predictors of leader performance over time. Paper presented at the *American Psychological Society Convention*. Miami, FL.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and Performance beyond expectations*. Nueva York, Free Press.
- Bass, B. M. y Avolio, B. J. (1990). *Transformational leadership development: Manual for the Multifactor Leadership Questionnaire*. Palo Alto, Consulting Psychologist Press.
- Bass, B., Avolio, B., Jung, D. y Berson, Y. (2003). Predicting Unit Performance by Assessing Transformational and Transactional Leadership. *Journal of Applied Psychology*. American Psychological Association, Inc. Vol. 88, n.º 2, pp. 207-218.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, pp. 125-146.
- Boletín Oficial del Estado*. (2009). Real decreto 96/2009 por el que se aprueban las Reales Ordenanzas para las Fuerzas Armadas. BOE, n.º 33 de 7 de febrero de 2009, pp.13008-13028.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, pp. 20-28.
- Burns, J. M. (1987). *Leadership*. Nueva York, Harper and Row.
- Canadian Defence Academy. (2005). *Leadership in the Canadian Forces*. Published under the auspices of the Chief of the Defence Staff. Disponible en: Información archivada en la Web | Información archivada en la web (publications.gc.ca)
- Everly Jr., G. S., Strouse, D. A. y Everly III, G. S. (2010). *The Secrets of Resilient Leadership: When Failure Is Not an Option*. New York, Dia Medica. Publishing.
- García Sáiz, M. (2010). *Aprender a liderar*. Barcelona, Paidós.
- García Silgo, M. y Bardera Mora, M. P. (2013). Introducción a la resiliencia en contextos operativos. *Ejército de Tierra español*, 863, pp. 36-51.
- Grotbreg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children*. La Haya, Fundación Bernard Van Leer.
- Haslam, S. A., Reicher, S. D. y Platow, M. J. (2011). El liderazgo como gestión de la identidad social. En: F. Molero y F. F. Morales (coords.) *Liderazgo: hecho y ficción*. Madrid, Alianza editorial.
- Headquarters. Department of the Army (2006). *Army Leadership Competent, Confident, and Agile. FM 6-22 (FM 22-100)*. Washington, DC. Disponible en: Army Leadership: Competent, Confident, and Agile (armywriter.com)
- Hollander, E. P. (1985). Conformity, status and idiosyncrasy credit. *Psychological Review*, 65, pp. 117-127.
- Howell, J. M. y Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership, transactional leadership, locus of control, and support for innovation: Key predictors of consolidated business-unit performance. *Journal of Applied Psychology*, 78, pp. 891-902.

- House, R. y Mitchell, T. R. (1974). Path-Goal Theory of Leadership. *Journal of Contemporary Business*. Otoño.
- Jesuino, J. C. (1996). Leadership: micro-macro kinks. En: E. H. Witte y J. H. Davis (comp.). *Understanding group behavior*. Vol. 2: Small group processes and interpersonal relations. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum.
- Kobasa, C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, pp. 1-11.
- Maddi, S. R. (2005). Hardiness: The courage to be resilient. En: J. C. Thomas, D. L. Degal y M. Hersen (eds.). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. Vol. 1, pp. 306-321.
- Kolditz, T. A. (2006). Research in In Extremis Settings: Expanding the Critique of 'Why They Fight. *Armed Forces & Society* 32 (4), pp. 655-658.
- Kolditz, T. A. y Brazil, D. M. (2005). Authentic Leadership in Extremis Settings: A Concept for Extraordinary Leaders in Exceptional Situations. En: William Gardner, Bruce Avolio, and Fred Walumba (2005). *Authentic Leadership Theory and Practice: Origins, Effects and Development*. *Monographs in Leadership and Management*, 3, pp. 345-56.
- Milan, L. M., Bourne, D. M., Zazanis, M. M. et al. (2002). *Measures collected on the USMA class of 1998 as part of the Baseline Officer Longitudinal Data Set (BOLDS)* (ARI Tech. Rep. No. 1127). Alexandria, VA, U. S. Army Research Institute for the Behavioral and Social Sciences.
- Maddi, S. R. y Khoshaba, D. M. (2005). *Resilience at Work*. NY, American Management Association.
- MADOC. (2007). *Orientaciones «Liderazgo»*. Manual de enseñanza. Publicación de ámbito interno de la Administración General del Estado. Difusión limitada para uso interno de las Fuerzas Armadas. Granada, MADOC-DIDOM.
- Manciaux, M. Vanistendael, S., Lecomte, J. et al. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En: M. Manciaux (ed.). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid, Gedisa, 2003.
- Moriano, J. A., Molero, F. y Lévy Mangin, J. P. (2011). Liderazgo auténtico. Concepto y validación del cuestionario ALQ en España. *Psicothema*, 23 (2), pp. 336-341.
- Molero, F. (2011). El liderazgo. En: C. Huici Casal, F. Molero Alonso, A. Gómez Jiménez y J. F. Morales Domínguez (eds.). *Psicología de los grupos*. Madrid, UNED.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*. Vol. 58, pp. 61-96.
- Shamir, B. y Eilam, G. (2005). What's your story? A life-stories approach to authentic leadership development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), pp. 395-417.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist*, 55 (1), pp. 5-14.
- Stogdill, R. M. (1957). *Leader behavior: Its description and measurement*. Columbus, Ohio State University, Bureau of Business Research.
- Vera Poseck, B. (2004). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva. Personalidad resistente, resiliencia y crecimiento postraumático. *Revista Psicología Positiva*, (1). Disponible en: <https://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-resiliencia%20Vera.pdf>
- Vera Poseck, B., Becoña, B. y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27 (1), pp. 40-49.
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L. et al. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34(1), pp. 89-126.
- Zaleznik, A. (1991). Managers and leaders: are they different? *Harvard Business Review* 70, (2), pp. 127-132.

Capítulo 12

Gestión de tiempo y tareas

Capitán Juan C. Organero Almodovar¹
Capitán David Martínez Herraiz²

«Todo parece imposible, hasta que se hace». Nelson Mandela

1. Introducción

El entorno cambiante en que nos desenvolvemos, cumpliendo con las tareas y misiones propias de nuestro puesto de trabajo, tanto en Territorio Nacional (TN) como en las distintas ZO en las que participan las FAS, sumado a la transformación en la que estamos inmersos, se ha traducido en un incremento de la competencia y de las exigencias para nuestros ejércitos.

En la actualidad hay una sensación, cada vez más generalizada, de no tener suficiente tiempo para realizar nuestro trabajo, y esto provoca insatisfacción y sensación de estrés, que influye en el rendimiento del personal, llegando a condicionar el funcionamiento y eficacia de nuestra organización en el cumplimiento de sus misiones, sobre todo en el exterior, donde el margen de maniobra es mucho menor que en TN, al tener unos plazos temporales claramente establecidos.

Esta situación genera altos niveles de presión, que forman parte de la cotidianidad laboral, pudiendo provocar la aparición de enfermedades (estrés, síndrome de *burnout*, adicción al trabajo, etc.) que interfieren en nuestro rendimiento y merman la eficacia de la unidad. En la posible aparición de las referidas enfermedades juega un papel determinante el factor emocional o psicológico.

Afirmaba Paracelso, médico suizo del siglo XVI, que las enfermedades tienen su origen en agentes externos al cuerpo y que, por ello, se pueden combatir mediante sustancias químicas. Y así, el veneno resulta ser una cuestión de medida, en pequeñas dosis puede curar y en grandes dosis puede matar. Algo parecido ocurre con el estrés. Sin embargo, gran parte de su origen lo podemos encontrar no tanto en el exterior sino en la forma en que la mente interpreta y afronta la realidad.

¹ Organero Almodovar, Juan Carlos (MOES). Capitán psicólogo (CMS), destinado como jefe de Servicio de Psicología del Gabinete USBA Álvarez de Sotomayor (Almería). Titulado Superior de la Administración en excelencia. Especialista en Psicología clínica. Máster en Prevención de riesgos laborales en las especialidades de Seguridad del trabajo, Higiene industrial y Ergonomía y psicología (UAL). Diplomado en Psicología militar. Conferenciante en diversos foros y congresos. Especialista en Clima de seguridad.

² Martínez Herraiz, David (MOES). Capitán psicólogo (CMS), destinado en el Gabinete de Psicología de la USBA Álvarez de Sotomayor, Viator (Almería). Anteriormente destinado en el Cuartel General de la Comandancia de Melilla. Máster en Psicología de la actividad física y del deporte (UNED). Responsable del entrenamiento psicológico del Equipo Nacional de Pentatlón Militar. Profesor de la Escuela nacional de entrenadores (federación melillense de fútbol). Profesor de Psicología en el curso de titulación (Nivel III) de Técnicos deportivos en Judo y deportes asociados (Federación melillense). Psicólogo oficial en el curso Auto-protección femenina impartido en la ciudad de Melilla, por la Federación Española de Artes Marciales Coreanos.

El estrés es una respuesta fisiológica del organismo. Desempeña una importante función de adaptación al medio. En este momento, usted tiene un cierto nivel de activación. Si no dispusiese de un mínimo grado de tensión no podría tan siquiera mantenerse en pie, permanecer sentado o continuar leyendo estas páginas.

Cuando se habla de un *estrés sano* se hace referencia a un cierto grado de activación positiva que aporta energía al individuo, le predispone para actuar y le permite responder adecuadamente ante los estímulos del entorno. El rendimiento resulta óptimo cuando la activación del organismo alcanza unos niveles medios. Si la activación es muy baja, el organismo no está preparado para responder adecuadamente y, si es demasiado elevada, su respuesta será inapropiada. En un caso por defecto y en otro por exceso observamos que se incrementa la probabilidad de omisión o inadecuación de la respuesta.

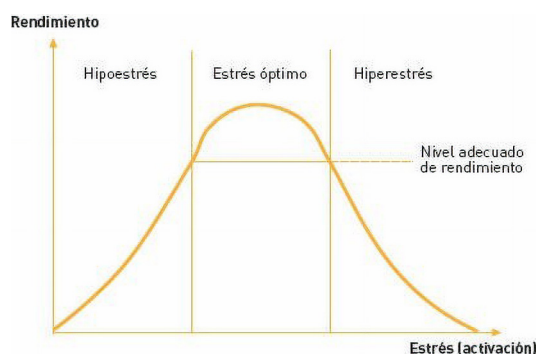


Gráfico 8. Curva de rendimiento y estrés

El ser humano tiene una capacidad de adaptación asombrosa, aun cuando percibe en el exterior estímulos que considera podrían resultar dañinos o negativos, intenta mantener la calma. Constantemente nos vemos en la tesitura de decidir si luchar y afrontar cada situación que se nos presenta o huir y escapar de ella. Ante este esfuerzo continuado por reajustarnos y adaptarnos a los estímulos y condiciones cambiantes que nos presenta el entorno, nuestra mente y nuestro cuerpo acaban sufriendo un notable desgaste.

Las personas difieren mucho en su grado de exposición a los factores de riesgo, en su resistencia a los mismos y en su capacidad para afrontarlos de un modo eficaz. El propio estilo de vida que lleva la persona puede resultar patógeno. Conviene recordar que la respuesta emocional y fisiológica del organismo suele ser más un producto de su propio pensamiento que de los acontecimientos externos: la realidad exterior es neutra y, al pasar por el filtro de la mente, cada persona la dota de una significación subjetiva, más positiva o negativa.

El proceso comienza cuando la persona valora la situación o el estímulo como amenazante o potencialmente peligroso. Evalúa también negativamente su capacidad y recursos disponibles para hacerle frente. La experiencia emocional subjetiva es negativa y le lleva a emitir una respuesta de afrontamiento ineficaz.

El componente cognitivo resulta esencial, por ejemplo, un fusilero no solo sufrirá una sobreactivación (ponerse nervioso) cuando vaya en un convoy en ZO sino también por todo aquello que piense respecto de cómo será la misión que tiene que realizar. La ansiedad se disparará si realiza anticipaciones negativas y fatalistas respecto al cumplimiento de la misión: «vamos a tener hostigamientos continuados», «vamos a sufrir un IED³», o

³ IED, por sus siglas en inglés, *Improvised Explosive Device*.

experimenta pensamientos del tipo «no estoy suficientemente entrenado o adiestrado» y «voy a perjudicar a mi pelotón», etc. Esta circunstancia también se presenta en el jefe de sección que tiene que entregar el informe fin de misión y anticipa consecuencias negativas para sí mismo, pudiendo experimentar pensamientos como: «no me va a dar tiempo», «como no esté bien realizado va a influir en mi evaluación» y «mi carrera se va a ver afectada».

Con frecuencia, sobredimensionamos las posibles consecuencias negativas de un error o fracaso y, paralelamente, infravaloramos nuestras capacidades reales. Nos autoconvencemos de que no disponemos de suficientes recursos para afrontar de forma eficaz las demandas y requerimientos de la tarea. La reacción que se produce es de tensión, ansiedad y estrés.

Una vez pasado el ecuador de la misión, resultan frecuentes conversaciones entre mandos en torno a los agobios del tiempo y en relación con el trabajo a realizar: «no tengo tiempo para nada», «no doy abasto», «voy de cráneo». Multitud de tópicos con un mensaje único y común: la sensación de que el tiempo del que disponemos no nos resulta suficiente para hacer todo lo que deseáramos o todo lo que creemos que deberíamos hacer. Probablemente, la sensación personal de esos mandos, en ese momento de la misión, es que todo el mundo intenta encargarnos cosas o que resuelva problemas con inmediatez o que es imposible que algún subordinado realice la tarea (delegar).

El problema es que no se encuentra tiempo para dedicárselo a la tarea, ni siquiera encuentra tiempo suficiente para uno mismo, para hacer lo que le apetece, para relajarse o para compartirlo con quien desee. En esta situación resulta fácil acabar percibiendo que uno está tan atareado que pierde de vista los objetivos y olvida los planes. De este modo resulta sencillo caer en el apresuramiento (querer hacer más cosas), entrando en un círculo vicioso, de trabajar cada día más horas, con peores resultados y teniendo más cosas pendientes (aumentamos el estrés).

Se produce una sensación continua de que nos falta el tiempo, nos quedan cosas pendientes, nos falta plazo para ejecutar la orden y, lo que es peor, el sentimiento de culpa consecuente, por no dar más de sí. La solución a este dilema es trabajar más horas o trabajar más deprisa. Ambas soluciones conllevan inconvenientes de análoga gravedad y riesgo, porque implican, de modo inevitable, la precipitación y el error, por un lado, y el estrés, por el otro.

Ante esta situación, es importante empezar a gestionar adecuadamente el tiempo, para que el personal en misión afectado por situaciones similares a la anteriormente descrita vuelva a tener el control de las actividades encomendadas, permitiéndoles ser más productivos. Adicionalmente, esto permitirá equilibrar la vida personal en la misión, teniendo más tiempo libre disponible para atender otras áreas que antes se habían descuidado y que también son importantes y necesarias, ya que enriquecen nuestra vida y nos hacen sentir mejor con nosotros mismos, como son el tiempo dedicado a la familia y a las actividades de ocio.

En este capítulo encontrará técnicas y herramientas de gestión del tiempo que le permitirán una adecuada gestión del mismo y que le proporcionarán un tiempo de mayor calidad y de un mayor disfrute en el trascurso del mismo.

Le expondremos, en una primera parte, algunas reflexiones generales sobre la gestión del tiempo, su verdadero valor y las principales causas de los problemas en la gestión del mismo. Analizaremos los principales malversadores de tiempo dentro del trabajo en nuestra organización.

En una segunda parte se expondrá un conjunto de herramientas y conceptos para evaluar nuestra forma de gestionar el tiempo. Partimos de la idea de que el tiempo perdido no es recuperable y de que no somos muy conscientes de los cambios y rutinas que nos sumen en la ineficacia.

Finalmente se presentarán diversas técnicas o herramientas que permiten gestionar mejor el tiempo y facilitan dar cumplimiento a las órdenes y tareas que se nos encomienden. Así, aparecerán consejos y técnicas encaminadas a mejorar la planificación y el establecimiento de objetivos, toma de decisiones, la delegación, el trabajo en equipo y la dirección de reuniones.

2. Leyes que afectan a la gestión del tiempo

Al contrario que los tópicos, existen algunas leyes que afectan realmente (no siempre, pero sí a menudo) a la gestión y planificación del tiempo y, por tanto, es oportuno que las conozcamos y reflexionemos sobre ellas.

2.1. Ley de Murphy

Estableció tres leyes de aplicación al ámbito de las grandes instalaciones, pero su valor práctico las ha hecho trascender hasta cuestiones muy distintas de las inicialmente previstas:

- Nada es tan sencillo como parece.
- Todo lleva más tiempo que el que debería.
- Si algo puede fallar acabará por fallar y, seguramente, en el peor momento.

2.2. Ley de Pareto

«Lo esencial absorbe poco tiempo, lo accesorio mucho», en una proporción de 20/80. La proporción 20/80 varía según los casos y circunstancias, pero existe una constante: las actividades que producen rentabilidad o beneficio se suelen realizar en poco tiempo, mientras que las que consumen más tiempo suelen ser actividades poco productivas.

Para conseguir concentrar nuestro tiempo en las tareas productivas debemos:

- Distinguir permanentemente lo esencial de lo accesorio, es decir, las actividades estratégicas de las menos importantes.
- Reservar tiempo para estas tareas esenciales, restándolo de las accesorias.

Los tipos de actividades estratégicas son los siguientes:

- Actividades irrelevantes: actividades cuyo resultado no incide en el rendimiento o en los objetivos laborales.
- Actividades rentables: actividades cuyo resultado incide directamente en el rendimiento o en los objetivos laborales.
- Actividades rutinarias: actividades que se llevan a cabo a una hora determinada, en un intervalo de tiempo concreto, diaria o semanalmente.
- Actividades urgentes: actividades que deben llevarse a cabo en un corto periodo de tiempo.

2.3. Ley de Parkinson

«Si disponemos de mucho tiempo, tardaremos mucho tiempo en realizar una tarea y si, por el contrario, disponemos de poco tiempo, tardaremos poco». Esta ley se basa en los siguientes postulados:

- El tiempo invertido en un trabajo varía en función del tiempo disponible.
- Las tareas se expanden o se comprimen según el tiempo que disponemos para hacerlas.

Para rentabilizar el tiempo invertido en nuestras tareas debemos:

- Establecer los plazos de tiempo en función del tiempo necesario y no en función del tiempo disponible.
- Fijar los plazos de vencimiento, las fechas límite, etc.

2.4. Ley de Carlson

«Todo trabajo interrumpido es menos eficaz y consume más tiempo que si se realiza de forma continua». Las interrupciones en el trabajo constituyen un vicio que se adquiere sin darnos cuenta, siendo las autointerrupciones mucho más perniciosas que las interrupciones externas.

Luchar contra las interrupciones no es fácil, pero podemos frenarlas si actuamos de la siguiente manera:

- Terminemos siempre que podamos el trabajo que hayamos iniciado.
- Limitemos las interrupciones externas, al menos durante un periodo de tiempo.

2.5. Ley de Illich

«Después de un cierto número de horas, la productividad del tiempo, primero decrece y después se hace negativa». Para evitar esta situación debemos poner en práctica los principios de equilibrio personal:

- Saber detenerse a partir de un momento determinado para hacer otra cosa.
- Saber perseverar sin obstinarse, rehuyendo el activismo y el perfeccionismo, siendo consciente de los límites personales.

Una vez repasadas las anteriores leyes, resumiremos diciendo que, en muchas ocasiones, sus efectos inciden sobre la gestión del tiempo, ya que invertimos muchas horas en actividades accesorias, nuestra productividad decrece a lo largo del día y las continuas interrupciones nos quitan mucho tiempo.

Todo aquello que nos aparta de la marcha normal de la actividad supone un elemento negativo a valorar para gestionar el tiempo. Cuando se analizan las tareas que han sido llevadas a cabo a lo largo del día hay que ser capaces de evaluar qué factores en la realización de las mismas han favorecido su ejecución con éxito y cuáles no.

3. Análisis y diagnóstico sobre el uso del tiempo

Muchos de nosotros nos hemos sentido a menudo agobiados en ZO por lo que llamamos falta de tiempo. Expresiones como «no tengo o necesito más tiempo», «no me va

a dar tiempo a terminar esto», «no sé qué hacer con mi tiempo libre», son comunes en nuestro vocabulario, no solo para dar cumplimiento a las tareas que son propias de nuestro puesto de trabajo sino también para cumplir con nuestras obligaciones con respecto a la vida que dejamos en TN (hablar con la mujer o la pareja, hijos, familiares, gestiones bancarias, etc.). El origen es la falta de conciencia acerca de cómo estamos empleando nuestro tiempo. Intentaremos ayudarlo a conocer cómo emplea su tiempo, para aprender a controlarlo mejor, organizarlo y aprovecharlo de manera productiva.

Ante la falta de tiempo en el trabajo para realizar las funciones encomendadas, solemos optar por la fórmula de dedicarle más horas, hasta el punto de realizar jornadas excepcionales (once, doce o trece horas diarias). Sin embargo, ante la falsa creencia bajo la cual pensamos que dedicándole más horas haremos más, existe evidencia de que la ampliación de horas en la jornada de trabajo no redundará en una mayor calidad del trabajo realizado.



Gráfico 9. Curva de rendimiento en el trabajo

Esta circunstancia se debe a dos factores primordiales: reducción de la eficacia y relajación. Ante la sensación de tener mucho tiempo se reduce la eficacia y dedicación, así como demasiada relajación produce la falta de tensión necesaria en el trabajo. Ambos factores causan una percepción relajada del tiempo y, por tal motivo, no se trabaja de igual modo por la consecución de los objetivos.

3.1. Autoevaluación

A la hora de gestionar nuestro tiempo es fundamental realizar un análisis y diagnóstico sobre el uso del mismo, que consta de tres pasos: conocer el uso que hacemos del recurso tiempo, analizar ese empleo del tiempo y hacer un diagnóstico de la situación en la que estamos.

Para conocer el uso que estamos haciendo del recurso tiempo deberíamos reflexionar sobre tres aspectos fundamentales: lo que creemos que hacemos, lo que creemos que deberíamos hacer y lo que estamos haciendo realmente.

Ya se ha hecho referencia a que tenemos una percepción del tiempo subjetiva. Para objetivar el uso de nuestro tiempo únicamente podremos hacerlo a través del registro por escrito, por ejemplo, realizando un registro habitual a través de agendas.

Para analizar el empleo que damos a nuestro tiempo es fundamental ahondar en el problema que surge en el uso del mismo: ¿cuál es el problema?, ¿dónde surge?, ¿cuándo surge? y ¿cómo surge?

Asimismo, deberíamos saber si el problema se presenta durante todo lo que hacemos o solo en una parte de nuestra actividad. Resulta fundamental obtener información detallada sobre nuestros problemas con el tiempo, en qué lo perdemos y qué periodos de tiempo están optimizados. Una vez realizado el análisis, será posible efectuar un diagnóstico sobre la situación. Así, podremos saber la dirección o rumbo que tomará el problema y si perdurará en el tiempo, y las exigencias que el propio tiempo nos creará en un futuro, así como los efectos positivos y negativos que este problema ha generado.

Una vez llevado a cabo este análisis y diagnóstico de nuestros problemas con el tiempo, será posible efectuar un plan de mejora para optimizar el uso de este recurso.

El tiempo es un recurso que no se puede manejar. Para aprovecharlo mejor podemos comenzar por analizar y conocer cómo lo empleamos. Para autoevaluar cómo utilizamos el tiempo se van a exponer varias herramientas y conceptos que pueden sernos de gran utilidad. Dentro de las herramientas, presentaremos un ejemplo de registro del tiempo y un cuestionario de administración del tiempo laboral. Como conceptos importantes le presentamos las creencias erróneas y los ladrones de tiempo.

3.2. Registro de tiempo

Puede ser una herramienta muy útil para un conocimiento exacto de la inversión que hacemos de nuestro tiempo.

A través del registro (tabla 18) se anotará el tiempo que dedicamos a cada actividad que realizamos desde que nos levantamos hasta que nos acostamos, o desde que comienza nuestra jornada laboral hasta que finaliza, según el ámbito que pretendemos evaluar.

CATEGORÍA	ACTIVIDAD	TIEMPO DEDICADO	IMPORTANCIA
Laboral	Trabajo productivo		
	Llamadas telefónicas		
	Reuniones		
	Tareas repetitivas		
	Outlook		
	Correo electrónico		
	Internet		
	Relaciones sociales		
	Otros (especificar)		
Personal	Sueño descanso		
	Tareas rutinarias (limpiar)		
	Comer		
	Aseo personal		
	Dedicación familia		
	Ejercicio físico		
	Lectura		
	Desplazamientos		
	Relaciones interpersonales		
	Aficiones		
	Otros (especificar)		

Tabla 18. Ejemplo de registro de tiempo en ZO

Con objeto de que más adelante podamos establecer prioridades acerca de las actividades que, para nosotros, son más importantes, en el mismo registro destinaremos una columna a la valoración de la importancia que tiene dicha actividad.

Usted puede adaptar el modelo propuesto como ejemplo a sus necesidades si considera que existen otras actividades que no hayamos señalado. En el registro mostrado se distinguen dos categorías, laboral y personal, y en cada una de ellas, distintas actividades que se pueden llevar a cabo. Dado que la recogida de datos puede ser algo aparatosa si se realiza directamente en la tabla mostrada como ejemplo, se puede emplear un diario de operaciones (libreta, agenda, etc.) en el que ir enumerando durante el día las distintas actividades que realiza y su duración. Posteriormente, una vez se hayan recogido todos los datos del día, puede categorizar las actividades en la tabla propuesta y realizar la suma de tiempo total.

Nuestra recomendación es que se recojan datos durante una semana y, de esta manera, se reflejen los resultados en una tabla final que recoja la distribución de su tiempo durante esos siete días. La suma de los tiempos de las distintas subcategorías de actividad debe aproximarse a las veinticuatro horas del día. De lo contrario, existirán datos que no está recogiendo y que, por tanto, pueden originar nuevas subcategorías.

3.3. Cuestionario de administración del tiempo

Además del registro del tiempo, se puede autoaplicar el siguiente cuestionario (Mañas, 2011) para conocer sus hábitos de administración del tiempo laboral.

CUESTIONARIO DE ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LABORAL	
1.	Normalmente, dedico tiempo a planear mi trabajo: revisión y anotación de eventos en la agenda, establecimiento de prioridades diarias, etc.
a)	Nunca
b)	A veces
c)	Sí, siempre
2.	Cuando una tarea importante me resulta complicada o desagradable, la voy posponiendo mientras prefiero dedicar el tiempo a otras cosas.
a)	Nunca
b)	A veces
c)	Sí, siempre
3.	En mi trabajo, suelo tener claros mis objetivos y, a la vez, establezco las prioridades adecuadas respecto a ellos.
a)	Nunca
b)	A veces
c)	Sí, siempre
4.	Tengo dificultades para delegar parte de mis tareas y ello me suele llevar a dedicar tiempo a tareas que, quizá, podrían realizar otras personas.
a.	Nunca
b.	A veces
c.	Sí, siempre
5.	Cuando se me encomienda una nueva tarea o proyecto, antes de sumergirme en ella, dedico un tiempo a planificar cómo lo haré.
f)	Nunca
g)	A veces
h)	Sí, siempre

CUESTIONARIO DE ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LABORAL	
6.	Normalmente, no me da tiempo a realizar mis funciones en la jornada laboral estipulada y ello me lleva a dedicar más tiempo o llevarme trabajo a casa. a) Nunca b) A veces c) Sí, siempre
7.	Suelo dedicar un tiempo diario a revisar las tareas que tengo pendientes con objeto de establecer prioridades y así, abordarlas en el orden señalado. a) Nunca b) A veces c) Sí, siempre
8.	Generalmente, suceden bastantes interrupciones en mi trabajo, las cuales no me permiten concentrarme en lo importante. Por ejemplo: llamadas telefónicas, atención a visitas, etc. a) Nunca b) A veces c) Sí, siempre
9.	A la hora de atender al Outlook o MESINCET que recibo, solo lo hago en un periodo único de tiempo, en lugar de hacerlo en varias ocasiones durante el día. a) Nunca b) A veces c) Sí, siempre
10.	En ocasiones, me encuentro dedicando tiempo a cuestiones que no son productivas para mi trabajo: conversaciones personales, atención a Outlook no relacionados con mis tareas, etc. a) Nunca b) A veces c) Sí, siempre
<i>Puntuaciones:</i> Ítems 1, 3, 5, 7 y 9: a) 1 punto, b) 2 puntos, c) 3 puntos Ítems 2, 4, 6, 8 y 10: a) 3 puntos, b) 2 puntos, c) 1 punto	
<i>Valoración:</i> 0 a 10 puntos: debe corregir muchos de sus hábitos al objeto de conseguir una mejor administración de su tiempo laboral. 11 a 20 puntos: existen algunos aspectos que debería mejorar, para administrar su tiempo de manera más eficaz. 21 a 30: realiza una administración de su tiempo excelente.	

Tabla 19. Cuestionario de administración del tiempo laboral

3.4. Creencias erróneas

Otro aspecto importante es el conocimiento de sus propias creencias erróneas acerca de la administración del tiempo. Por ejemplo, la creencia «haciendo las cosas más rápido, ahorraré tiempo y, por tanto, este será mejor administrado» nos puede llevar a cometer un mayor número de errores y, en consecuencia, tener que repetir aquellas tareas que se han realizado con anterioridad. Otra creencia sería la de «dedicando al trabajo más horas de las estipuladas, haré más cosas y mejor», lo que puede hacer que no empleemos el tiempo de manera eficaz y, además, redundar en problemas para conciliar la vida laboral con el tiempo dedicado al descanso, el ocio y la familia cuando estamos en ZO. La creencia

consistente en «para tomar una decisión, previamente debo tener recopilados todos los datos necesarios», nos puede llevar a una recopilación de datos exhaustiva y excesiva, que puede interferir en la toma de decisiones, bien retrasándola o no tomándola. La creencia de «si dedico tiempo a planificar mi jornada, estaré perdiendo un tiempo útil para otras labores» es errónea, ya que el tiempo dedicado a la planificación nos puede ahorrar tiempo de ejecución y ayudar a la mejora de los resultados. Por último, la creencia de «yo intento siempre realizar más de una tarea a la vez para, así, terminar antes un abanico más amplio de actividades» puede dar lugar a un mayor número de errores debido a la desatención de unas cuestiones en favor de otras.

3.5. Ladrones de tiempo

«Nuestro tiempo en parte nos lo roban, en parte nos lo quitan, y el que nos queda lo perdemos sin darnos cuenta» (Séneca).

Un ladrón de tiempo es toda persona, actividad o circunstancia que dificulta la consecución de unos objetivos definidos y que, por tanto, roba un tiempo que debería ser empleado en otra actividad. Los llamados ladrones de tiempo nos inducen a su mala gestión, provocada, fundamentalmente, por actividades que nos resultan familiares, tanto individuales como de la propia organización. Cuando las cosas no discurren como hemos pensado o era de esperar es porque, a menudo, se presentan interrupciones o impedimentos que trastocan nuestros planes. De algunos de estos obstáculos tenemos nosotros mismos la culpa, pero de otros el responsable es el ambiente que nos rodea. Los principales ladrones de tiempo son:

- Falta de planificación y definición de objetivos.
- No utilizar herramientas de gestión del tiempo.
- Visitas inesperadas e interrupciones telefónicas.
- No estimar suficiente tiempo para las tareas.
- No prever un tiempo para imprevistos.
- Cansancio, estrés, malestar físico o psicológico.
- Aplazar las tareas sin volver a planificar sus tiempos.
- No establecer prioridades.
- Tener dificultades para decir no.
- Perfeccionismo excesivo.
- Problemas para delegar.
- Desorden en el área de trabajo.
- Excesivo número de reuniones y duración desmedida de las mismas.
- Reacciones inadecuadas ante situaciones críticas.

Clasificación de los ladrones de tiempo, en función del origen de la fuente:

- Ladrones externos: teléfono, visitas inesperadas, interrupciones, reuniones no programadas, mal aprovechamiento de las reuniones, problemas de comunicación (tanto por exceso como por defecto), poca sincronización con el equipo de trabajo, burocracia organizativa y cuestiones familiares.
- Ladrones internos: escasa organización y planificación del trabajo, falta de puntualidad, objetivos difusos, posponer tareas importantes, toma de decisiones precipitada, falta de prioridades en las tareas por realizar, desorden documental y falta de voluntad o persistencia.

Clasificación de los ladrones de tiempo en función de su relevancia:

- Ladrones mayores: tienen que ver con la incorrecta asignación del tiempo a las tareas. Son causados por una errónea concepción del propio trabajo y por la excesiva rigidez en la distribución del tiempo por bloque de actividades. Esto provoca rigidez y falta de flexibilidad. La solución pasa por responder a esta pregunta: ¿es esto de mi competencia? Hay que revisar los objetivos del propio puesto de trabajo y, a partir de aquí, reorganizarse.
- Ladrones menores: se encuentran en el entorno (Outlook, Mesincet, *e-mail*, teléfono, Whatsapp, reuniones, puntos de situación, desplazamientos, ruidos, etc.); en las personas (visitas inesperadas, interrupciones, impuntualidad, requerimiento de presencia ante los superiores, etc.); en uno mismo (desorientación, desorden, indisciplina, falta de constancia y voluntad, etc.). Su detención requiere reconocimiento y vigilancia estrecha, aplicando normas de trabajo adecuadas: saber escuchar, saber delegar, mantener un orden de información, saber conducir reuniones, ser buenos negociadores, saber decir no, poner límites a nuestro tiempo, saber sintetizar, etc.

Las causas que originan los ladrones de tiempo están determinadas fundamentalmente por el comportamiento de la persona, factores externos o bien por la propia organización del trabajo.

4. Técnicas y herramientas para la gestión eficaz del tiempo y tareas

El manejo eficiente del tiempo es un factor crítico para el cumplimiento de las misiones y tareas, la utilización de los recursos, la imagen suya y la de su unidad y el logro de objetivos personales y profesionales. La indecisión, la postergación, la falta de planificación, la ineficiencia, las interrupciones, la desorganización y la alteración de prioridades son algunos de los obstáculos que deben ser superados, a fin de evitar que las circunstancias determinen su agenda de trabajo. En este apartado mostraremos algunas técnicas y herramientas que le ayudarán a la hora de gestionar el tiempo de una manera eficaz y cumplir con las tareas y misiones, tanto individuales como de unidad.

4.1. Planificación y establecimiento de objetivos

Planificar es un proceso complejo que ayuda a poner orden en el trabajo, al permitir conocer la dirección de la actividad y las acciones que deben ponerse en marcha para realizarla. Solo cuando se tiene presente un objetivo se puede establecer la dirección a seguir para conseguirlo.

La necesidad de planificación se concreta mediante la fijación de objetivos (qué es lo que queremos conseguir), la priorización de actividades (cuáles son las que requieren de una realización inmediata), el establecimiento de controles (evaluar los progresos y las posibles modificaciones), el conocimiento de las posibles dificultades y la concreción de los esfuerzos.

La planificación ayuda a conseguir los objetivos propuestos porque ayuda a estructurar las tareas de forma activa, al establecer los pasos que hay que realizar, facilita la preparación de tareas, permite controlar los plazos establecidos para la realización de las tareas, prevé los posibles imprevistos y ayuda a tener una visión de conjunto.

Cuanto mejor distribuyamos nuestro tiempo, tanto mejor podremos aprovecharlo para el logro de nuestros objetivos personales y profesionales. Planificación significa

prepararse para hacer realidad los objetivos. Cuando un profesional intenta mejorar la gestión de su tiempo, generalmente lo hace pensando en deseos y necesidades vagas y poco definidas. Esto, aunque es un paso importante, no es una herramienta de trabajo.

Una de las primeras cosas que debe hacerse en gestión de tiempo es aprender a pensar sobre objetivos, lo cual significa formular las necesidades, las funciones y los deseos, así como las metas concretas, y enfocar las acciones a la consecución del objetivo, a través del establecimiento de otros objetivos parciales.

Entre las ventajas de establecer objetivos encontramos que permite seleccionar los medios adecuados, actúa como un elemento motivador y permite valorar los resultados obtenidos y la idoneidad de los medios o acciones realizadas.

Según Koontz y O'Donnell «los objetivos o las metas son los fines hacia los que se encamina la actividad. Representan, no solamente el punto final de la planificación, sino también el fin hacia el que se encamina la organización, el desarrollo personal, la dirección y el control». Para ello, han de ser claros, concretos y concisos, consistentes con el resto de objetivos, han de estar fechados con un tope, cifrados con una cifra para ser medibles. Deben ser alcanzables, desafiantes (reto estimulante) y consensuados por el equipo.

La definición del objetivo debe necesariamente incluir lo que se quiere conseguir, quién lo tiene que realizar, qué problema se tiene que resolver o qué misión se debe realizar y cuándo se quiere conseguir. Pero también debe incluir en qué dirección queremos caminar, qué queremos evitar y qué prioridad tiene ese objetivo dentro del conjunto o paquete de objetivos totales.

Aprovechar el tiempo es fijarnos objetivos y establecer nuestras prioridades. Conocer cuáles son nuestras funciones y responsabilidades en la unidad o agrupación desplazada a ZO y establecernos objetivos de trabajo claves que ayuden a desarrollar esas responsabilidades es la mejor forma de empezar a organizarnos. Los objetivos nos ayudan a automotivarnos y autodisciplinarnos, ya que dan razón de ser y sentido a lo que se hace y nos permite, además, planificar nuestro trabajo. Una vez tengamos claro cuáles son nuestros objetivos, podremos fácilmente distinguir entre las tareas que aportan valor a nuestros resultados y cuáles frenan nuestro desarrollo.

Todo lo anterior debe ser contextualizado y adaptado a nuestro Ejército, como en el caso de la planificación y establecimiento de objetivos que vengan marcados por superiores y organismos de entidad superior (por ejemplo, cuando formamos parte de una brigada multinacional). Hay que planificar y establecer objetivos dentro de nuestras competencias como mando de unidad, siempre a expensas de los cambios que sean inevitables.

4.2. Toma de decisiones

El proceso de toma de decisiones es un factor clave en nuestras vidas, tanto en lo personal como en lo profesional. Diariamente tomamos de seis mil a ocho mil decisiones (Simon, 1960) y todas ellas tienen algún tipo de consecuencia en el futuro.

Tomar una decisión implica elegir entre distintas alternativas. Dicha elección puede ser sencilla (cuándo mandar un correo electrónico, si tomarse o no un café) o puede suponer una mayor reflexión debido a las posibles consecuencias en el futuro, riesgos que conlleva o la inseguridad que nos pueda generar (solicitar destino en otra UCO, ir voluntario a una misión, medidas de seguridad a adoptar en un convoy en ZO, evaluar negativamente a un subordinado).

En este apartado, intentaremos dar unas nociones básicas para ayudar a establecer un procedimiento para la toma de decisiones. Empezaremos por delimitar de manera clara el término decisión. Una decisión implica emitir un juicio o realizar una elección entre dos o más alternativas, con objeto de llevar a cabo una acción o resolver una situación en cualquier ámbito. Otros conceptos implicados en el proceso de toma de decisiones que es conveniente tener claros son:

- Resultados: situación que tiene lugar una vez la alternativa elegida se ha llevado a cabo. Este puede ser predecible o variable en función del contexto.
- Consecuencias: es el componente subjetivo de un resultado, es decir, cómo lo evaluamos, si nos supone un beneficio o pérdida, o si el resultado ha sido muy bueno o ha sido pésimo.
- Juicio/elección: es la acción mediante la cual las distintas alternativas son valoradas.
- Grado de certidumbre: grado de conocimiento o nivel de formación que tenemos sobre la situación y sus posibles resultados. Es un continuo de dos polos: en un extremo tendríamos las decisiones en contexto de certeza (conocemos todas las variables que están influyendo en la situación) y, en el otro, tendríamos el contexto de incertidumbre (no poseemos información de las variables que influyen en la situación y, por tanto, el control sobre la misma es inexistente).
- Grado de riesgo: forma de cuantificar cuánto ganaríamos o perderíamos con la ejecución de cada una de las distintas alternativas. Las decisiones más arriesgadas son aquellas que pueden permitir una ganancia o pérdida mayor.

La capacidad para tomar decisiones puede diferenciar al mando eficaz del que no lo es. Esta habilidad presenta y genera problemas en algunos mandos. El ejercicio de la toma de decisiones provoca ansiedad a las personas poco experimentadas e, incluso, a las que tienen experiencia, y esto sucede por dos razones fundamentales: elegir supone renunciar a lo que no se ha elegido y que las decisiones adoptadas hoy condicionarán el futuro.

Las decisiones se toman cuando algo marcha mal y se presenta un problema. La naturaleza de los problemas es muy variada y se presenta en todos los niveles y áreas o secciones de las unidades. Decidir implica que existe algo que no funciona como debería (el problema) y necesitamos averiguar las causas. En ocasiones, no se trata de un problema actual y real, sino de algo que podría suceder en determinadas circunstancias (problema potencial) y queremos poner los medios para impedir o minimizar las consecuencias perjudiciales.

El trabajo de un mando está integrado por una serie de responsabilidades de carácter general o limitadas a un área de actividad. Los problemas que se le pueden presentar a un mando pueden ser habituales, previsibles y periódicos contenidos en la descripción y funciones de su puesto. Pueden ser imprevistos o problemas no planificados, no habituales, que quizá se presentan una sola vez en la vida. Pueden ser problemas pequeños del día a día (p.ej. nombrar servicios, concesión de permisos, etc.).

Tal cúmulo de problemas puede provocar en el mando una paralización, al no saber a qué atender primero. Antes de nada, el mando debe priorizar: asignar un número a cada problema. Combinada con la delegación (que será tratada en el apartado siguiente), la tarea de dirigir se hace posible.

La priorización es el resultado de combinar la urgencia de un problema con su importancia:

$$P = U \times I$$

Hay asuntos que son muy urgentes, pero poco importantes, hay asuntos que son importantes pero poco urgentes, otros son urgentes e importantes y, por último, otros no son ni importantes ni urgentes. Los asuntos urgentes deben ser despachados rápidamente, pero si son poco importantes, deben ser delegados al mínimo nivel posible que garantice unos resultados aceptables. Los asuntos importantes, pero poco urgentes, deben ser resueltos por una persona con suficiente nivel, quien además deberá dedicarles todo el tiempo que se requiera, pero si no son urgentes, no hay por qué ponerlos en primer lugar.

URGENCIA	IMPORTANCIA	
	Grande	Escasa
Grande	Resolver inmediatamente al nivel adecuado, dedicando todo el tiempo que sea preciso	Delegar al menor nivel posible, indicando que se resuelva inmediatamente
Escasa	Aparcar momentáneamente pero sin olvidar que hay que resolver al nivel adecuado y con el tiempo necesario Eventualmente se puede delegar siempre en la persona adecuada	Aparcar Delegar a una persona en formación Olvidarnos del tema Eventualmente introducir en el archivo circular (papelera)

Tabla 20. Matriz de urgencia e importancia

Los asuntos importantes y urgentes deben ser resueltos al nivel adecuado, dedicarles el tiempo requerido y hacerlo inmediatamente.

Por último, los que no son ni urgentes ni importantes deben ser delegados, indicando a la persona a quien se encomiende su resolución el plazo en que debe resolver el problema.

4.2.1. Estilos en la toma de decisiones

Dependiendo de la literatura que se consulte, se podrán encontrar unos estilos u otros. En este epígrafe expondremos la clasificación basada en dos criterios: dependencia y racionalidad.

- a) Según la dependencia de los demás, nos encontraríamos con un continuo de dos polos: la dependencia de los demás, y la total autonomía o independencia de la opinión ajena.
Con un estilo dependiente se encontrarían las personas que tienen que tomar decisiones basándose en el criterio u opinión de los demás, las modas, la aprobación y el reconocimiento social.
Con un estilo autónomo tendríamos personas que deciden de manera individual e independiente de los demás, sin dejarse influenciar por criterios externos.
- b) Según la racionalidad del proceso, nos encontraríamos con dos polos, el racional y el emocional. Clarificar que no existen estilos puros, estilos situados en los extremos, sino mixtos, una combinación de ambos.
Con un estilo impulsivo, nos encontraríamos con personas que toman decisiones de un modo rápido y sin realizar profundas reflexiones. Responden únicamente a los deseos inmediatos, impulsos, caprichos, emociones o intuición, sin valorar detenidamente las consecuencias de la decisión.
Con un estilo racional, tendríamos personas que toman decisiones basándose en la lógica y en la racionalidad, reflexionan antes de actuar, valorando las distintas alternativas así como sus posibles resultados y consecuencias. Esas personas

otorgan mucha importancia a la información que se posee (objetivos y preferencias) para tomar la decisión y, sobre ella, se razonan y analizan las alternativas. Se trata del estilo de toma de decisiones que facilita más posibilidades para el éxito. Sin embargo, es importante señalar que la racionalidad absoluta no existe, en tanto que las decisiones atañen al futuro (inmediato o más lejano) y, por tanto, siempre existe algún grado de incertidumbre. Herbert Simon (1960) decía que no se debe buscar la solución racional óptima, sino la más satisfactoria dentro de las posibilidades.

Las situaciones o contextos en que se pueden tomar las decisiones se dividen en dos principalmente, según el conocimiento y control que tengamos sobre las distintas variables que influyen en la decisión: contexto de certidumbre y contexto de incertidumbre. No obstante, cabe decir que la mayoría de las decisiones son tomadas en un contexto que siempre tiene un cierto margen de incertidumbre.

En un contexto de certidumbre, las decisiones se toman teniendo un conocimiento total de la situación problemática, las variables influyentes, las alternativas disponibles y los resultados. En este tipo de decisiones actuamos eligiendo la alternativa que siempre nos ha aportado un mejor resultado, puesto que se conoce con claridad toda la información al respecto.

Por el contrario, en un contexto de incertidumbre se toman las decisiones con información deficiente sobre el problema o información que genera poca confianza, se desconoce la gama de alternativas disponibles y, por tanto, la probabilidad de ciertos resultados y consecuencias. No se tiene amplio conocimiento sobre la situación y, en consecuencia, el grado de control sobre ella también decrece de manera considerable. Bajo este contexto de decisión, al realizar una elección se está asumiendo mayor riesgo que en las decisiones tomadas bajo contextos de certidumbre. Las consecuencias son menos predecibles.

4.2.2. Fases en el proceso de toma de decisiones

A continuación se exponen, de un modo resumido, las fases para el proceso de toma de decisiones de un modo racional.

a) Identificar el problema

En esta fase, la persona que ha de tomar la decisión, debe identificar el problema existente, tratándose de la primera información necesaria para el proceso. Se ha de procurar definirlo de manera específica, haciendo referencia a todos los elementos presentes en la situación.

b) Analizar el problema

A la hora de analizar el problema, se debe intentar diagnosticar sus posibles causas, así como clasificar la decisión, indicando si esta es programada, es decir, si se trata de un problema genérico o de una situación cuya solución será singular.

c) Elaborar la lista de alternativas y recoger información de cada una de ellas

Definido y analizado el problema, llega el momento de pensar en las alternativas disponibles. Es necesario reunir el máximo de datos e información disponible en cuanto al número de alternativas. En esta fase importa más la cantidad que la calidad. Respecto a la información que poseamos de cada alternativa, es conveniente recoger acerca de recursos disponibles, tiempo y costes. Dependiendo del caso, usted mismo valorará cuáles son los criterios convenientes para la recolecta de información.

Para esta fase del proceso, son útiles las técnicas como el *brainstorming* o tormenta de ideas. Esta técnica consiste en anotar todas las posibles ideas que se nos ocurran para el problema. Para la aplicación de esta técnica existen algunas reglas básicas:

- No se realizan juicios acerca de las alternativas en este momento. Cualquier idea que se ocurra será válida. Aún no valoraremos la idoneidad de las ideas.
- Todo vale. En la línea de la regla anterior, lo que nos proponemos es obtener el mayor número de ideas posible, por lo que aquellas que, *a priori*, nos pueden parecer disparatadas, también han de anotarse en la lista.
- Importa la cantidad de ideas propuestas. Lo deseable es producir cuantas más mejor.
- También es interesante revisar la lista con el objetivo de poder mejorar las ideas propuestas. En ocasiones, la mejora pasa por la combinación de dos o más.

d) Evaluar las distintas alternativas

En esta fase del proceso se ha de valorar cada una de las alternativas, atendiendo a un conjunto de criterios de decisión. Tales criterios se corresponden con los que ya ha señalado en la búsqueda de información para cada alternativa, es decir, tiempo, coste, factibilidad y oportunidades. Según tales criterios, sus ventajas y desventajas y los propios objetivos, se ha de realizar una puntuación de cada alternativa.

e) Elección de alternativa, puesta en práctica y evaluación de los resultados de la decisión tomada.

Según las puntuaciones asignadas a cada alternativa en la fase anterior, ahora ya dispondrá de, al menos, tres o cuatro alternativas que pueden ser las más adecuadas. Entre ellas, elegirá la que tenga mejor puntuación y que, a la vez, sea congruente con sus objetivos. Tomada la decisión, solo queda ponerla en marcha y evaluar sus resultados (si estos son o no son satisfactorios y si son o no congruentes con la información que recabó de cara a acercarse al éxito en la decisión).



Gráfico 10. Fases del proceso de toma de decisión

4.2.3. Barreras en la toma de decisiones

El empleo de las fases mencionadas en el proceso de toma de decisiones siempre acercará la solución más satisfactoria. Sin embargo, existen algunas barreras u obstáculos que pueden desviar del proceso.

El primer obstáculo es el no participar en el proceso racional propuesto para la toma de decisiones. Automáticamente, volvemos a las costumbres y, por tanto, las decisiones tomadas pueden no ser las más adecuadas. Otro problema puede ser que alguna de las fases no se realice como es debido: definición del problema y análisis de la situación, alternativas no identificadas con precisión y elegir una alternativa que no se maximiza tal como se pensó.

<ul style="list-style-type: none"> — Falta de información. — Información equivocada. — Poseer demasiada información o información redundante. 	<ul style="list-style-type: none"> — Orientarse a la situación problemática pensando que esta no tendrá solución o dudando de nuestra propia habilidad para resolverla.
<ul style="list-style-type: none"> — Centrarse en el futuro a corto plazo y no tener en cuenta las posibles consecuencias que la decisión podría generar a largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> — La existencia de prejuicios o estereotipos que pueden distorsionar las posibles alternativas a considerar y entorpecen la decisión racional.
<ul style="list-style-type: none"> — Las situaciones en que se da «ilusión de control», es decir, la persona tiende a considerar que todas las situaciones están controladas y, por ello, no llega a tomar una decisión efectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> — El atajar las situaciones de manera superficial, sin tratar de reflexionar sobre sus causas y consecuencias.
<ul style="list-style-type: none"> — La presión de tiempo, otras personas del entorno pueden llegar también a tomar decisiones equivocadas. 	<ul style="list-style-type: none"> — Cambio continuo en los intereses y prioridades, lo que lleva a no tomar nunca una decisión.
<ul style="list-style-type: none"> — Demorar excesivamente la decisión por miedo a equivocarse. 	<ul style="list-style-type: none"> — Considerar solo una de las distintas alternativas posibles.
<ul style="list-style-type: none"> — Toma de decisiones de manera impulsiva. 	<ul style="list-style-type: none"> — Resolver las situaciones por intuición o a través de respuestas emocionales.
<ul style="list-style-type: none"> — Actuar ante una decisión no programada como si de una decisión programada se tratase. 	<ul style="list-style-type: none"> — Falta de previsión o creatividad para valorar las posibles consecuencias.

Tabla 21. Otros posibles problemas en la toma de decisiones

Como habrá podido observar, la información es un componente importante para la toma de decisiones exitosa. La falta de información, poseer información equivocada o distorsionada y disponer de demasiada información pueden suponer obstáculos para el proceso.

Por ello, consideramos muy importante la fase del proceso destinada a la recogida de información, elemento que entendemos que tiene especial influencia en todo el proceso. Sin información se hace prácticamente imposible generar nuevas alternativas o evaluar las ya existentes. Hemos querido hacer hincapié en este aspecto para evitar que suponga una barrera en su proceso de toma de decisiones. Siempre que lo estime necesario,

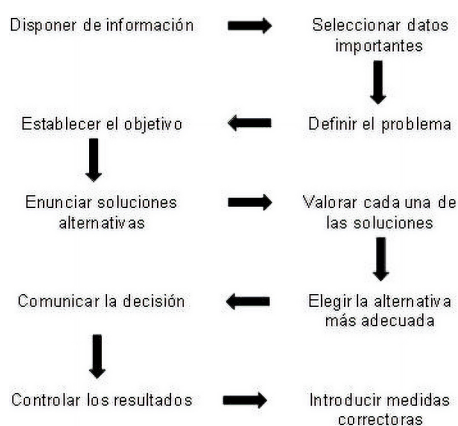


Gráfico 11. Proceso de toma de decisiones

busque información. Le podrá ayudar en este proceso: Internet, bibliografía, compañeros de empleo, superiores con más experiencia, etc. Debido a que la mayoría de las decisiones que tomamos en nuestras vidas tienen consecuencias sobre el futuro, es importante aprender a tomar decisiones de manera racional.

De manera resumida, tomar una buena decisión depende de: definir y analizar correctamente la situación de partida, reunir toda la información necesaria para la toma de decisiones, plantear las alternativas posibles y, basándose en ellas, poner en marcha la que resulte ser mejor y evaluar sus resultados.

4.3. Delegación de funciones

Delegar no es solamente transferir trabajo, sino involucrar a otros en la responsabilidad de los resultados, dándole a una persona la capacidad de actuación o representación. Se trata de proporcionar instrucciones claras y concisas a un determinado miembro del equipo sobre los resultados a obtener y los plazos y requisitos para que desarrolle su tarea, decidiendo sobre cómo realizarla y cómo alcanzar los resultados.

El mismo hecho de delegar funciones en un subordinado lleva implícita la entrega de autoridad para desempeñarlas adecuadamente. Delegar sin entregar autoridad hace materialmente imposible cumplir con los fines propuestos. A su vez, toda delegación de autoridad conlleva una asignación de responsabilidad para quien la recibe. Sin embargo, esta asignación no es una entrega total y única, sino que la responsabilidad final siempre será del mando que tiene a su cargo a la persona en la cual delegó. La cesión de una cuota de responsabilidad no exime de la misma a quien la cede; ante nuestros superiores, seremos responsables de los resultados de esa entrega.

Teniendo presente lo anterior, podemos definir la delegación como el proceso que nos permite conferir a un subordinado un encargo de realizar una tarea, concediéndole la autoridad y la libertad necesarias, pero conservando siempre la responsabilidad final por el resultado.

Es importante tener en cuenta que, al delegar una tarea, debemos también delegar medios y autoridad. Se entiende autoridad como el grado de libertad que se confiere a las personas para que utilicen su juicio en la toma de decisiones y en la emisión de instrucciones. Sería incoherente delegar a una persona una tarea y no concederle la autoridad necesaria para llevarla a cabo.

La delegación debe ser clara y específica, si no, es muy posible que el subordinado no logre comprender la naturaleza de sus labores y los resultados esperados. Cuando se hace con claridad y por escrito, la delegación resulta sumamente útil, tanto para el subordinado que la recibe, como para el mando que delega. Por el contrario, una delegación oral, poco clara y demasiado amplia, provoca que los subordinados tengan que descubrir los límites de su autonomía por medio de ensayos y errores, lo que, como es obvio, los coloca en una situación de incertidumbre claramente perjudicial para el correcto funcionamiento de la unidad (batallón/grupo; compañía, sección, pelotón, etc.).

¿Por qué delegar? La razón principal por la que se debe delegar es porque es completamente imposible que una única persona lleve sobre su espalda el peso de todas las decisiones que han de tomarse dentro de una unidad. La tarea de dirección implica la gestión de la complejidad y el mando eficaz es el que, en su limitación, opta por la atención personal a lo importante, delegando el resto de tareas en sus subordinados.

4.3.1. Ventajas de la delegación

a) Para el mando:

- Un mando que puede delegar efectivamente, probablemente logrará aumentar el rendimiento de la unidad en el cumplimiento de las misiones que le son asignadas. Mediante una apropiada delegación, asignación y coordinación de tareas, un mando puede movilizar los recursos y lograr mejores resultados.
- La delegación permite al mando manejar más aspectos del trabajo.
- La delegación de responsabilidades en diferentes áreas creará un respaldo de fuerza de trabajo, que puede utilizarse en momentos de emergencia.

b) Para los subordinados:

- Desarrollo de habilidades de los subordinados. Los mandos que fallan en la delegación efectiva privan a sus empleados de la oportunidad de mejorar sus habilidades y de asumir mayores responsabilidades.
- Incremento de la involucración del empleado. Una adecuada delegación estimula al subordinado a participar más para comprender e influir en su trabajo. Usted podrá incrementando el entusiasmo e iniciativa por su trabajo.

Consecuencias de no delegar:

- Rutinización de tareas.
- Sobrecarga de trabajo (presión).
- Desorganización.
- Falta de establecimiento de prioridades.
- Pérdidas de tiempo en control de detalles.
- Incumplimiento de plazos.
- Incidencia en las relaciones humanas.

c) Para la unidad:

- Maximiza el rendimiento y la productividad. Hacer el mejor uso de los recursos disponibles incrementa la productividad. La delegación también provee de un ambiente adecuado para que los subordinados aporten nuevas ideas a favor de la mejora del flujo y operaciones en el lugar de trabajo.
- Incremento de la velocidad y efectividad de las decisiones. Una unidad responde mejor a los retos y a las misiones si los individuos están más cerca de los problemas y la toma de decisiones para resolver los problemas.
- Incremento en la flexibilidad de la operación. Una efectiva delegación capacita a varias personas en el desarrollo de las mismas tareas. Como resultado de esto, cuando alguno se ausenta o cuando la crisis requiere del apoyo de otros con funciones que, regularmente, no son parte de su trabajo, varios subordinados estarán ya familiarizados con las asignaciones.
- Preparar más gente para la promoción o rotación de responsabilidades, por lo tanto, facilita el trabajo del subordinado, cuando este se queda como jefe accidental de la unidad y lo prepara para cuando ascienda.

La delegación de funciones es una capacidad que se puede aprender y mejorar con la práctica y que, sin duda, nos ayudará a construir un verdadero equipo de trabajo. A continuación se indican algunas pautas para delegar de forma eficaz:

- Principio de la delegación con base a resultados esperados: la autoridad delegada a los subordinados debe ser suficiente para asegurarles la posibilidad de que cumplan los resultados esperados.

Demasiados son los mandos que tratan de definir la autoridad basándose en los derechos que deben delegarse o conservarse, en lugar de analizar primero las metas que deben alcanzarse y, después, determinar la cantidad de libertad de juicio que se va a necesitar para alcanzarlas. Esta es la única forma en que los mandos deleguen su autoridad en proporción a la responsabilidad que van a asignar.

- Principio de la definición de funciones: cuanto más clara sea la definición de los resultados que se esperan de los puestos, de las actividades que han de desempeñar, de la autoridad que se delega dentro de la unidad y de las relaciones de autoridad y de información que tienen con los demás puestos y actividades, mayor será la facilidad con que las personas responsables podrán contribuir al cumplimiento de los objetivos de la unidad.
- Principio de la jerarquía: cuanto más clara sea la línea de autoridad entre el oficial al mando de la unidad y todos los demás mandos subordinados, mayor será la claridad de la responsabilidad sobre la toma de decisiones y la efectividad de las comunicaciones de la unidad.

Es necesaria una clara comprensión de este principio para lograr un buen funcionamiento de la unidad, porque los subordinados deben saber quién les delega autoridad y a quiénes deben consultar los asuntos ajenos a sus límites de autonomía. Salirse de las líneas de mando para tomar una decisión puede provocar la destrucción de todo el sistema de delegación y, con ello, poner en peligro la propia organización.

- Principio del nivel de autoridad: la conservación de la delegación que se pretende exige que las decisiones sean tomadas por las personas en cuyos ámbitos de autoridad recaen y no sean remitidas hacia arriba.

Es preocupante la tendencia de algunos mandos a delegar hacia arriba. Si se ha delegado en forma apropiada la facultad de tomar decisiones, el mando superior debe rechazar la tentación de asumirla, encauzándola a la persona que corresponda. Los subordinados poseen un excelente instinto para detectar que sus superiores no dudan en tomar las decisiones que les correspondería a ellos. De este principio se deduce que si los directivos desean hacer delegación de autoridad efectiva y liberarse de una parte de su carga de toma de decisiones, deben asegurarse de que sus delegaciones sean claras y de que sus subordinados las comprendan; así como rechazar la tentación de tomar las decisiones que correspondan a sus subordinados.

- Principio de la unidad de mando: cuanto más completa sea la relación de dependencia de un individuo con un solo jefe, menor será la posibilidad de que haya instrucciones conflictivas y mayor el sentimiento de responsabilidad personal por los resultados. Por ejemplo, no es deseable que varios mandos le asignen diversas tareas a un soldado, porque este se verá obligado ante cada uno de sus superiores para cada una de sus asignaciones.
- Principio de la insolubilidad de la responsabilidad: una vez aceptada una asignación y el derecho a llevarla a cabo, la responsabilidad que los subordinados adquieren por su desempeño ante sus superiores es absoluta, y estos no pueden evitar la responsabilidad de las actividades de sus subordinados ante la unidad. Puesto que la responsabilidad, que es una obligación que no se adquiere, no puede delegarse, ningún jefe puede deshacerse de su responsabilidad por las actividades de sus subordinados, máxime cuando es él quien delega la autoridad y asigna las tareas.
- Principio de la igualdad entre la autoridad y la responsabilidad: la responsabilidad de las acciones no puede ser mayor que la que implica la autoridad que para ellas ha sido delegada, ni tampoco puede ser menor.

Basándonos en los principios anteriores, una correcta delegación debe cumplir una serie de condiciones para que se cumplan satisfactoriamente los propósitos que se plantearon antes de esta. Dichas condiciones son las siguientes:

- Definir, previamente, los objetivos a lograr mediante la delegación.
- Efectuarla sobre personas capaces, física y psíquicamente, de asumirla.
- Escoger a la persona más adecuada, de acuerdo con los cometidos.
- Asegurarse de que el subordinado comprende e interpreta correctamente el encargo que se le confía y de que lo acepta consciente de lo que de él se espera.
- Delegar con cierta amplitud.
- Atribuir al subordinado el poder y los medios o asistencia necesarios. Definirlos con precisión.
- Dejar al subordinado libertad de acción y de iniciativa.
- Prever (y comunicar al subordinado) un mecanismo de control preciso.
- Saber aceptar las decisiones del subordinado.
- Juzgar los resultados sobre la base de los objetivos y los criterios fijados al principio.
- No olvidar recompensar el trabajo bien hecho.

La autoridad es el derecho discrecional para llevar a cabo las asignaciones y la responsabilidad la obligación de llevarlas a cabo. Por lógica, la *cantidad* de autoridad debe corresponder a la *cantidad* de responsabilidad.

Es frecuente que los mandos responsabilicen a sus subordinados de tareas para las cuales no les delegan la autoridad suficiente. Hay veces que se delega la autoridad suficiente, pero al subordinado no se le considera responsable de desarrollarla con propiedad. Son casos de dirección y control deficientes que nada tienen que ver con el principio de igualdad.

4.3.2. Tipos de delegación

De todos modos, la delegación ni es irreversible, ni implica siempre una cesión total del poder. A continuación vamos a diferenciar los diferentes tipos de delegación:

- Permanente: al subordinado se le asigna una o varias funciones, de las que responderá, en principio, indefinidamente.
- Temporal: al subordinado, en vez de funciones, se le asignan tareas o actividades. Cuando termina la misión (tarea, actividad) se acaba la delegación.
- Plena: el mando o superior cede poder suficiente para que el subordinado lleve a cabo una misión determinada. En principio, no tiene por qué tener limitación temporal para realizarla.
- Parcial: a un subordinado determinado se le asigna solo una parte de una tarea, pudiendo el resto ser supervisada directamente por su superior o estar también delegada en otro u otros subordinados.
- Singular: la delegación recae sobre una única persona.
- Conjunta: una misma misión se delega en dos o más personas.
- Colectiva: en este caso hay más de un delegante.

4.3.3. Modelo de plan de delegación

- a) Decidir qué delegar y qué no delegar. La guía general que usted debe seguir para decidir qué debe delegar incluye:

- El trabajo que puede ser abarcado adecuadamente por sus subordinados.
- Toda la información necesaria para la toma de decisiones, que debe estar disponible para el subordinado en quien se delegarán las tareas.
- Que las tareas involucran más detalles operativos que aspectos de planificación o de organización.
- Las tareas que no requieren habilidades únicas inherentes a la posición del mando.
- Otra persona que, como usted, puede tener control directo sobre las tareas.

No obstante, cualquier rutina de trabajo o recolección de información o asignación involucra extensos detalles, como realizar cálculos, informes, etc. Todos los elementos pueden ser delegados.

Las tareas que deben ser delegadas incluyen la delegación de sus propios procesos, evaluaciones de empleados y disciplina y previsiones, tareas confidenciales, situaciones complejas y situaciones de sensibilidad. Lo más importante, antes de iniciar el proceso de delegación, es definir el método y los procedimientos de supervisión.

- b) Decidir en quién delegar. Obviamente, la habilidad de delegar estará dominada por el número de misiones y carga de actividades del momento. Sin embargo, tres factores son de primordial importancia cuando seleccione a la persona correcta para una asignación.
 - Las habilidades de los subordinados.
 - Los intereses de los subordinados.
 - La carga de trabajo.
- c) Comunique su decisión. Describa qué es lo que está delegando y proporcione bastante información para que pueda asumir la tarea. Proporcione las directrices por escrito para evitar el síndrome del *no sabía*. Si existe una brecha entre lo asignado y la habilidad del subordinado, usted debe ser muy claro y conciso al describir los pasos de la tarea. Tenga en mente que una nueva asignación involucra varias etapas que, probablemente, no queden totalmente entendidas en una primera explicación. Elabore para usted mismo una clasificación de cómo trabajan los subordinados con sus asignaciones. Supervise de cerca a los subordinados en los que ha delegado y evitará pérdidas de tiempo a largo plazo.
- d) Administre y evalúe. Desde el comienzo, establezca claramente los tiempos en los que usted se reunirá con el subordinado para revisar su desempeño. Debe dejar claro desde el principio cuál va a ser el método de control y seguimiento.

Al fijar los objetivos, debe establecer un programa su cumplimiento. Exija informes y novedades periódicas, limitadas a los puntos o aspectos esenciales. Despache con el subordinado. Disponga de elementos de control que detecten desviaciones o errores.

- e) Reconocimiento. Los resultados que son premiados son repetidos. Usted debe supervisar y corresponder al desarrollo de la persona. Parte de la esencia de la delegación es estar atento para juzgar cuándo el subordinado está listo para manejar simultáneamente más asignaciones. Si es necesario, delegue por etapas, comience con pequeñas tareas y vaya incrementado los retos.

Delegar es una forma de tomar riesgos, si usted no puede aceptar que habrá pequeños errores, nunca será capaz de delegar. Una efectiva delegación, que es cuidadosamente planeada y bien ejecutada, derivará en la liberación de algo de tiempo y también en un negocio más rentable.

4.3.4. Qué se puede o debe delegar

Una vez el mando o jefe de unidad está dispuesto a delegar una parte de sus tareas en sus subordinados, deberá plantearse cuál va ser esa parte y qué parte va a realizar él personalmente. Como regla general, podríamos decir que se debe delegar todo aquello que alguno de sus subordinados pueda realizar suficientemente bien. Se podría decir que el mando o jefe de unidad debería delegar cuantas tareas le fuesen posibles, para así poder centrarse en las tareas que realmente solo puede hacer él.

Otros casos más particulares serían, por ejemplo, las tareas para las que no se está especialmente capacitado, las que ocupan demasiado tiempo o las que sencillamente no le gustan (y en consecuencia, no hace bien) y que no es necesario que haga personalmente (cuidado con esta condición). Y, en último lugar, orientando la delegación como una ayuda al subordinado, sería conveniente encargarle tareas y misiones que puedan suponer una formación conveniente, una motivación o un refuerzo.

Aspectos a considerar en el proceso de delegación eficaz:

- Elegir el momento oportuno.
- Facilitar la información completa.
- Libre elección de método.
- Acuerdo mutuo respecto a todo el proceso (plazos).
- Control sobre progresos (informes o novedades de situaciones y cumplimiento de la misión).
- Apoyo.
- Tolerancia ante errores.

4.3.5. Barreras y obstáculos de la delegación

Cuando se delega, ambos, el mando y el subordinado, tienen una oportunidad de ampliar sus habilidades. Mediante la delegación, usted puede facilitar la dirección del trabajo y, muchas veces, incrementar la efectividad, tanto de usted mismo como de sus subordinados y, en consecuencia, de la unidad.

Lograr una delegación eficaz no es tarea fácil, debemos tener presente que existe una serie de barreras y obstáculos que, con frecuencia, van a impedirlo.

Cualquier mando que trate de incorporar este nuevo hábito en su particular estilo de dirección podrá tropezar con barreras propias de la organización, así como con obstáculos propios de su personalidad y la de sus subordinados. Algunos ejemplos:

- a) Barreras organizativas: hacen referencia a la estructura organizativa y a los recursos humanos disponibles, así como a su nivel de formación y capacitación.
 - Carencia de recurso: si no disponemos de un personal mínimamente cualificado, no podremos delegar eficazmente.
 - Ausencia total de programas de formación y reciclaje: uno de los requisitos que ha de cumplir cualquier organización es analizar los déficits de formación del personal y establecer los programas pertinentes para aumentar sus capacidades y reciclar sus conocimientos.
 - Caos organizativo: se trata de unidades en las que el organigrama no está bien definido y la gente trabaja sin objetivos claramente establecidos y programados. Por ejemplo, en unidades donde un solo mando, debido a carencias de personal, lleva varias secciones.

- b) **Obstáculos personales:** son inherentes a la persona que delega y, a menudo, relacionados con variables de personalidad.
- **Personalidad autocrítica:** algunos mandos son felices mandando. No quisieran ser así, pero es algo inherente a su carácter. Son líderes que presionan y exigen mucho a sus subordinados, pero no dan nada a cambio. Recuerde que al delegar eficazmente no solo conseguirá resultados (cumplimiento de los objetivos y misiones), sino que, además, logrará un mayor nivel de motivación en las personas bajo el área de su responsabilidad, contribuirá al desarrollo de la creatividad e innovación y, en definitiva, podrá mejorar el clima de la unidad.
 - **Dificultades de comunicación:** hay mandos muy preparados profesionalmente, pero con dificultad a la hora de expresarse. Les cuesta un esfuerzo increíble transmitir una idea, un concepto o un objetivo. La comunicación es más sencilla si se sabe estructurar. Organice sus ideas en categorías antes de hablar con el subordinado. Tome notas de los puntos que desee recalcar y clasifique la tarea en función de los medios, resultados y controles. Sobre todo escuche, es el 50 % de toda comunicación. A la hora de transmitir una orden o emitir un mensaje, debemos tener en cuenta qué deseamos decir y cuáles son los objetivos que perseguimos; asimismo, tendremos en cuenta qué ocurrirá o podrá ocurrir si no emitimos toda la información, cómo será recibida la información o si estamos en el momento y lugar oportuno. Por último, cuando estemos transmitiendo información, debemos asegurarnos de que nuestro subordinado o superior está atento, comprendiendo el mensaje, reteniendo información, receptivo, o si sería conveniente realizarlo por escrito.
 - **Fracasos anteriores en la delegación:** reflexione respecto a cuál fue la causa de estos fracasos. Quizá el ambiente no era el más apropiado o no entendió el fondo y la forma real de la delegación de autoridad. No delegar incapacita, a la larga, a cualquier mando.
 - **Falta de tiempo:** delegar correctamente requiere un tiempo y una dedicación. Aprenda a organizar su tiempo y sus delegaciones, establezca prioridades y no incluya la delegación en el último lugar de su lista.
 - **Inmovilismo y resistencia al cambio:** muchos mandos son reacios a delegar porque temen los cambios. Piensan que si la unidad funciona relativamente bien, mantenerse en la misma línea y actuar como siempre se ha hecho, aunque esto implique una mayor carga de trabajo y menor productividad, será mejor.

Algunos de los factores que condicionan la resistencia al cambio son la inseguridad personal y el peligro del error, el temor al fracaso cuando se intenta algo nuevo, la resistencia a admitir debilidades propias y el temor a perder unos beneficios que se poseen.

La resistencia psicológica está motivada por las siguientes causas:

- a) **Identidad ocupacional:** cuanto más sólida es la identidad ocupacional, mayor es la seguridad. A menor destreza y seguridad, mayor probabilidad de resistencia.
 - b) **Inseguridad incontrolada:** el temor a lo desconocido es muy potente. Los sentimientos de inseguridad condicionan el mecanismo de resistencia ante cualquier innovación.
 - c) **Consideración de estatus:** a veces existe la idea entre empleados de que el cambio amenaza su posición dentro de la unidad.
- **Desconfianza en las unidades:** se dice de palabra que hay que confiar en los subordinados, pero en la práctica no se actúa en este sentido. El primer paso

es evaluar la capacitación y competencia de nuestros subordinados. Si se trata de gente normal, la única alternativa válida es confiar. Si nos sentimos superiores a los demás y no delegamos o delegamos a medias porque creemos que existe el riesgo de que, al hacerlo, varíe el nivel de calidad y de ejecución de la tarea, la gente percibirá esta desconfianza y no aceptará el juego.

- c) Obstáculos de los subordinados: en muchas unidades, algunos profesionales se sienten frustrados porque no se cree en ellos y no se aprovechan todas sus capacidades y talentos. Cuando en una unidad no se delega se producen importantes obstáculos en los colaboradores:
- Docilidad: el subordinado dócil que siempre dice sí a todo lo que se le manda es carente de iniciativa y solo se mueve por temor a la jerarquía.
 - Inseguridad: al no estar habituados a recibir delegación de forma correcta, se preguntan ante cada nueva tarea: ¿tengo la autoridad necesaria?, ¿se reconocerán mis esfuerzos?, ¿qué ocurrirá si tengo éxito?, ¿qué ocurrirá si fracaso?, ¿dispongo de toda la información necesaria? También pueden mostrarse escépticos y reticentes frente a la delegación y pensar que «ya he oído esto antes».
 - Desconfianza mutua: la causa de todas estas actitudes es la desconfianza mutua. Si en la unidad existe gente burocratizada que obstruye el cumplimiento de las misiones, hay que analizar objetivamente por qué son así. Normalmente, se llegará a la conclusión de que son así porque la forma de trabajar, la forma de dirigir y la desconfianza que perciben les ha convertido en subordinados cómodos, obedientes, dóciles, pero completamente ineficaces (elementos disruptivos).

4.4. Trabajo en equipo

Los equipos son un elemento clave en toda organización que pretende gestionarse según principios de calidad. Son las unidades de generación de mejora continua en cualquier organización. Estos asumen la responsabilidad de gestionar y mejorar los procesos de dicha organización, como una parte importante de sus actividades y funciones habituales de trabajo.

Aunque podemos encontrar diversas y variadas definiciones de trabajo en equipo, básicamente, estamos haciendo referencia a un conjunto reducido de personas que trabaja de manera coordinada, organizada y comprometida, con un propósito en común. Dicho propósito tiene que ver con un resultado general del equipo y no con la mera suma de las aportaciones individuales de sus miembros. Principales características del trabajo en equipo:

- Existe complementariedad, es decir, cada miembro del equipo abarca una parte del proyecto común. Las distintas partes abarcadas por cada uno de ellos forman parte del propósito común.
- Se ha de dar coordinación entre las distintas tareas. Un grupo de personas trabajando de manera desorganizada no responde a trabajar en equipo. Se tiene que dar una coordinación entre las personas del equipo, de manera que, además, cada una de ellas juegue un rol en el proyecto general.
- En un equipo de trabajo es necesario que la comunicación fluya de manera abierta entre todos los miembros del equipo y con el exterior, de manera que cada uno de ellos pueda determinar su participación en el proyecto, así como los posibles cambios o actuaciones a llevar a cabo.

- Igualmente, es fundamental que exista un compromiso de las personas para aportar lo máximo posible al objetivo general, confiando en que los demás también lo harán y anteponiendo el éxito grupal frente al individual.

Un equipo no actúa al azar. Desarrolla planes de trabajo a medio plazo en función de sus objetivos. Para desarrollar estos planes de trabajo recurre a reuniones periódicas de coordinación (en el apartado siguiente se expondrá la dirección de reuniones) y trabajo individual de los miembros entre reuniones. La dosificación de estos tipos de actividades depende del propósito del equipo y de las características del plan de trabajo a desarrollar.

4.4.1. Equipos eficaces o de alto rendimiento

Un equipo eficaz es aquel capaz de dotarse a sí mismo de ciertas normas y comportamientos que le permitan alcanzar sus objetivos dentro de los plazos de tiempo previstos. Un grupo de personas está trabajando de manera eficaz cuando, además de existir interdependencia entre sus funciones, consigue una mayor creatividad, productividad y eficacia máxima. Las principales características de estos equipos eficaces son:

- Relación y comunicación. Sus miembros han de sentirse libres para expresar de manera abierta lo que opinan, piensan o sienten, respecto a cada situación dada. La comunicación ha de ser clara y sincera y los canales de comunicación eficientes y de fácil acceso.
- Flexibilidad. Se refiere a la capacidad de los miembros para adaptarse a distintas funciones, cambios y demandas del entorno. Esta característica es totalmente necesaria para que un equipo trabaje de manera eficaz.
- Resultados óptimos. Para ello es fundamental que, entre los miembros de un equipo, exista la motivación y compromiso para aportar toda la dedicación necesaria para conseguir los objetivos marcados, de manera que incluso se excedan las expectativas iniciales.
- Orgullo de pertenencia. Se da cuando las personas que componen el equipo de trabajo muestran entusiasmo y orgullo por pertenecer al grupo (la pertenencia al grupo resulta gratificadora por sí misma).

Normas de funcionamiento de los equipos eficaces

a) Normas en cuanto a funcionamiento eficaz:

1. Se aprovechan conscientemente las funciones grupales. Es necesario que sus miembros asuman las funciones que les correspondan. Por ejemplo, el jefe de la unidad debe coordinar las metas a largo y medio plazo con personas externas al equipo, consensuar dentro del equipo objetivos a corto plazo, poner medios para alcanzarlos, ayudar a superar momentos difíciles, animar a participar, servir de modelo de trabajo a los demás miembros.
2. Desarrolla sus reuniones a través de «ciclos de eficacia grupal». Muchas reuniones, por efecto de la participación rotatoria y por la tendencia a la asociación de ideas de los intervinientes, suelen dar la sensación de caos. Desempeñar su actividad a través de ciclos de eficacia grupal es la técnica que posibilita moverse al equipo a través de un hilo conductor.

Actividades de cada ciclo de eficacia grupal	
1)	Consensuar conscientemente el objetivo: <ol style="list-style-type: none"> Pedir a los asistentes su particular imagen mental del objetivo específico del ciclo. Escuchadas las diversas interpretaciones, consensuar el objetivo.
2)	Consensuar un plan de ejecución del ciclo: <ol style="list-style-type: none"> Listar dos o tres posibles planes de ejecución. Visualizar cada plan, evaluar pros, contras y posibles dificultades. Consensuar y elegir.
3)	Ejecutar el plan de trabajo: <ol style="list-style-type: none"> Estructurar cómo se va a realizar. Repartir trabajo. Establecer puntos de control.
4)	Documentar suficientemente el trabajo realizado durante la sesión.

Tabla 22. Actividades de cada ciclo de eficacia grupal

- Domina, aprovecha y exprime el tiempo colectivo. Es frecuente que en los equipos se pierda mucho tiempo en los primeros puntos fijados en el plan de trabajo y que sea difícil cerrar temas y pasar a los siguientes puntos establecidos. En muchas ocasiones, termina la sesión y no se ha logrado cerrar de forma eficaz ni un solo punto del programa. Se consume todo el tiempo discutiendo algún tema inicial. Es importante repartir adecuadamente el tiempo y que el jefe de la unidad (sección, pelotón, etc.) o mando del grupo formado *ad hoc*, establezca unos puntos de control; cómo establecer el tiempo para los distintos puntos del plan de la sesión; recordar al equipo el tiempo de que disponen por punto; apremiar al equipo en caso de que estén consumiendo demasiado tiempo; recordar el tiempo que queda para dejar cerrado el punto; y, en caso de que el punto requiera más tiempo del inicialmente asignado, reevaluar todo el plan de trabajo.

En relación con el ciclo de eficacia, el reparto del tiempo debería ser el siguiente: objetivo (10 %), plan de trabajo (20 %), ejecución del plan de trabajo (70 %) y, posteriormente, documentar suficientemente el trabajo realizado durante la sesión (durante la ejecución del plan de trabajo).

- Normas en cuanto a la comunicación:
 - Emplea sistemáticamente el *feedback comunicacional*. Consiste en recibir información sobre la interpretación que el receptor da al mensaje y en utilizar dicha información para modificarlo total o parcialmente con objeto de hacerlo más eficaz.
 - Cada miembro orienta sus mensajes a los demás miembros. Para hacerlo se debe hablar a una velocidad adecuada, utilizar un tono de voz perfectamente audible, repetir o reiterar, y debe tenerse en cuenta la capacidad de comprensión del receptor.
 - Cada miembro practica la *escucha activa*. Debe realizarse controlando las distracciones, estructurando y resumiendo mentalmente lo que se ha escuchado y aportando *feedback* por reelaboración o síntesis periódica.
- Otras normas:
 - Se dota a sí mismo de normas mínimas en cuanto a la cooperación. En un grupo los participantes pueden, según su personalidad e interés, adoptar muchos tipos de actitudes, por ejemplo *actitud negativa* (hostilidad, antipatía, bloquear decisiones, etc.), *actitud positiva* (participación y colaboración),

actitud pasiva (no hablar, no tomar iniciativas, no realizar trabajos asignados, etc.) y *actitud neutra*. Estas actitudes que influyen, positiva o negativamente, en la vida del grupo son psicológicas y, por tanto, es más difícil actuar directamente sobre ellas. Algunos comportamientos que permiten mejorar la cooperación en un equipo son, por ejemplo, que el mando (jefe del grupo) tome la iniciativa, ofreciéndose para realizar las tareas y sirviendo como modelo de conductas cooperativas. Igualmente, los componentes del equipo (jefe de unidad como resto de subordinados) deben reconocer (refuerzo psicológico) las conductas cooperativas de los demás: consensuando periódicamente los objetivos del equipo y permitiendo una comunicación que permita dar abiertamente sus opiniones a la gente (subordinados).

2. Se dota a sí mismo de normas mínimas en cuanto a toma de decisiones. Un equipo conoce y utiliza conscientemente los diferentes tipos de toma de decisiones y se dota de normas para utilizar la más conveniente en cada momento.
3. Un equipo eficaz es capaz de controlar las emociones individuales y grupales, evitando que distorsionen su funcionamiento. Cuando en un equipo hay uno o varios profesionales con actitudes negativas se suele dificultar o bloquear la actividad del equipo. Actitudes de no colaboración, no realizar las tareas individuales o antipatías internas suelen terminar afectando al rendimiento del equipo. El mando o jefe de grupo debe tomar medidas, como pedir a sus subordinados que dejen de lado lo puramente emocional y que se concentren en los objetivos del equipo, es decir, que no pierdan el tiempo del equipo en discusiones personales y, llegado el caso, aplicar las sanciones correspondientes.

Diferencias entre actitudes competitivas y cooperativas

Competitivas: el individuo lucha por destacar y por ser mejor que los demás. Estos individuos fomentan relaciones del tipo «yo gano-tú pierdes» con los demás. Cuando predominan individuos competitivos, se buscan intereses particulares y es difícil alcanzar el objetivo del equipo. Se genera tensión, nerviosismo y descontento en general.

Cooperativas: el individuo no pretense ser el mejor ni el primero, sino uno más en el grupo, todos son importantes y necesarios. Fomentan relaciones del tipo «yo gano-tú ganas». Cuando predominan individuos cooperativos se piensa más en los intereses generales de todos y hay mayores probabilidades de alcanzar los objetivos. Las emociones son satisfactorias.

Tabla 23. Diferencias entre actitudes competitivas y cooperativas

4.4.2. Ventajas y desventajas del trabajo en equipo

Por lo visto hasta ahora, puede parecer que el trabajo en equipo es tan beneficioso que carece de inconvenientes o desventajas. Desgraciadamente, no es así. A continuación, señalaremos tanto las ventajas como las desventajas del trabajo en equipo.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
La diversidad que aporta cada uno de los miembros del equipo ayuda al enriquecimiento mutuo y a la mejora del cumplimiento de las misiones.	La excesiva diversidad de opiniones puede llevar a contraposición en el grupo y movimientos de presión, así como ralentización de los tiempos de respuesta debido al tiempo dedicado a debatir.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Las decisiones gozan de mayor aceptación cuando son tomadas en equipo. Se obtiene mayor creatividad para la solución de problemas.	Cuando uno de los miembros comete un error, puede tratar de ocultarlo o esquivar la responsabilidad de haberlo cometido. Es decir, la responsabilidad sobre errores se hace más ambigua.
La responsabilidad sobre los resultados es compartida.	Igualmente, se pueden dar dificultades de coordinación de los miembros del grupo.
Para el logro de un mismo objetivo, cuando se trabaja en equipo, los tiempos se reducen.	
Se produce un mayor respeto y tolerancia hacia las opiniones ajenas en tanto que estas forman parte del resultado que la persona también persigue.	
En la unidad (independiente de su identidad orgánica) se dan mayores sinergias, cohesión y compromiso.	

Tabla 24. Ventajas y desventajas del trabajo en equipo

4.4.3. Técnicas de trabajo en equipo

A continuación vamos a exponer brevemente una serie de técnicas concretas que ayudan al diagnóstico de situaciones, a la solución de problemas y a la creatividad y planificación de acciones, que dan fortaleza al grupo.

- Técnica del grupo nominal. Permite a un equipo de trabajo llegar a un consenso sobre un tema de relevancia, así como establecer las prioridades a abordar. Mediante esta técnica se busca la participación, por partes iguales, de los miembros del grupo, así como el compromiso con las decisiones tomadas. Se ha de evitar, por tanto, la dominancia de unos miembros del grupo y la decadencia del resto. A continuación se detallan los pasos a llevar a cabo en esta técnica:
 - a) De manera individual, redactar una lista de temas o problemas a priorizar. Si no surgen ideas se recomienda aplicar la técnica de *brainstorming*.
 - b) Escribir los temas en una pizarra visible para todos los miembros del equipo.
 - c) Delimitar las ideas. Aquellas ideas que puedan resultar confusas se definirán mejor o se eliminarán. Igualmente, las ideas duplicadas serán también eliminadas.
 - d) A cada una de las ideas señaladas en la pizarra se le asignará una letra.
 - e) *A posteriori*, cada componente del grupo analizará dichas ideas para establecer un orden según su importancia o prioridad.
 - f) Puesta en común de las calificaciones que cada individuo ha otorgado a cada idea.
 - g) Marcar el orden de prioridad a partir de la suma de las puntuaciones dadas a cada opción. Se situará en primer lugar la idea con mayor puntuación. Según el orden resultante, se comenzarán a aportar ideas para la acción en cada problema.
- *Philips 6/6* o técnica de fraccionamiento. La técnica consiste en llevar a cabo un intercambio de ideas entre grupos de seis personas, los cuales, durante seis minutos, discutirán un tema determinado: problema a solucionar y pregunta a la que se ha de dar respuesta. En cada uno de los subgrupos se elige a un líder, el cual se encargará de tomar nota de todo y de moderar la conversación. Una vez

transcurridos los seis minutos de discusión, el líder de cada grupo expondrá las ideas y conclusiones a las que ha llegado su grupo. A su vez, el moderador general sintetizará todas las ideas recogidas.

Esta técnica ayuda a promover rápidamente la participación de todo el grupo, obteniendo opiniones en poco tiempo. Lo ideal es que los distintos grupos formados se reúnan en salas diferentes o sitios distanciados para no interferir los unos en los otros. Por otra parte, el proceso se puede repetir tantas veces como sea necesario, siempre que queden puntos por tratar.

- Tormenta de ideas o *brainstorming*. Esta técnica ya ha sido comentada cuando hemos expuesto el proceso de toma de decisiones, por lo que aquí presentaremos la técnica muy brevemente y aplicada al trabajo en equipo. Mediante esta técnica, los participantes exponen libremente todas las ideas que tiene respecto a un asunto concreto. Sin analizar la calidad de las ideas, sino la cantidad, se van anotando en una pizarra o mediante tarjetas todas las ideas que van surgiendo. Únicamente, al final, los componentes del equipo valorarán la pertinencia o no de cada idea.
- Mesa redonda. La mesa redonda es una técnica útil para estudiar un asunto determinado o discutir sobre él. Para ello, se reúne un número determinado de personas versadas en el tema. Al escoger el tema de discusión, se ha de procurar que todos los participantes conozcan dicha temática y que para todos sea un asunto de importancia.

Dentro del grupo se escogerá a un moderador que elaborará la agenda, distribuirá los tiempos de participación y otorgará los turnos de palabra de manera equitativa. Durante la discusión, el moderador tomará nota de las ideas más relevantes que vayan surgiendo, ofrecerá a la finalización un resumen que sintetice de manera clara los distintos puntos de vista tratados sobre el tema y si se ha dado un posible acuerdo.

En cuanto al lugar de realización, como el propio nombre de la técnica indica, lo ideal es escoger una mesa redonda que permita a los participantes el contacto visual y auditivo.

4.5. Dirección de reuniones

La reunión es la unidad de utilización del tiempo colectivo. Este concepto de reunión se aplica a un equipo de trabajo, aunque también se pueden aplicar a grupos informales o incluso a un conjunto de personas que no forman un grupo. En las reuniones se abordan diversos temas. Estos pueden venir de un plan general de trabajo o de un orden del día. Los temas que se abordan en una reunión se pueden clasificar en tres categorías:

- Temas de carácter informativo: se pretende hacer llegar una determinada información a los asistentes.
- Temas de carácter consultivo: se pretenden sondear las opiniones de los asistentes.
- Temas de carácter decisorio: se pretende que el grupo que se reúne tome una decisión.

La preparación y manejo de una reunión debe tratar de no mezclar el carácter de los temas. Es habitual asistir a reuniones en las que, en media hora, se pretende informar algo, sondear opiniones y, a continuación, tomar una decisión. Procedimiento:

- Desarrollar en una reunión el tema como un asunto de carácter informativo y dar tiempo para pensar las ideas.

- Desarrollar en otra reunión el tema como asunto de carácter consultivo y recabar las opiniones y puntos de vista, dando también tiempo para tomar las decisiones particulares.
- Desarrollar el tema en una tercera reunión como asunto de carácter decisorio a fin de tomar las decisiones pertinentes.

4.5.1. Preparación de una reunión

La preparación de una reunión debe tener previsto el tema, los asistentes, las condiciones materiales y la citación.

- Temas: conjunto de ideas que se incluyen en el orden del día y que responden a un objetivo que, en todo momento, rige la previsión, desarrollo y secuencia de la reunión. Es necesario tener muy claro el carácter de cada tema y si pueden ser tratados todos.
- Asistentes: son seleccionados por su idoneidad para el tema y deben reunir condiciones de competencia, experiencia, interés, eficacia y colaboración. El número óptimo es de siete a nueve, el máximo quince y el mínimo tres. El grupo homogéneo facilita las decisiones rápidas. La heterogeneidad amplía los puntos de vista, aunque también puede ser un freno a la eficacia, debido a la falta de comprensión y los problemas de lenguaje.
- Condiciones materiales: calor, luz, ruido, interrupciones, ambiente agradable, incluso el tiempo, deben estar debidamente seleccionadas, tanto para el día y la hora de reunión, como para la duración de la misma, así como fijar de antemano los posibles descansos.
- Citación: la reunión debe ser precedida de cita, con orden del día y de toda la información adjunta posible. Esta información garantiza la eficacia y fomenta el interés.

4.5.2. Conducción de una reunión

- Inicio. Los primeros cinco minutos son de entrada y se pierden, a no ser que la existencia de razones graves obliguen a ir directamente al grano.
- Exposición. La introducción al tema no debe ser larga ni corta. Se ha de huir tanto de la retórica y de la reiteración como de la excesiva esquematización o síntesis, pero debe marcarse claramente el objetivo de la reunión y el orden del día o pasos que se darán para alcanzarlo.
- Desarrollo. Es necesario, para cada punto del orden del día, marcar la tarea y el objetivo a desarrollar. El diálogo general comenzará inmediatamente, debiendo ser el primer turno de preguntas de carácter aclaratorio, si las hubiera. Igualmente, para cada uno de los puntos del orden del día, es necesario resumir las conclusiones o acuerdos tomados, de forma que todos los asistentes sean conscientes de los mismos y los ratifiquen.
- Conclusión. Es necesario especificar las conclusiones firmadas de la reunión con los acuerdos tomados, responsabilidades asignadas, próxima reunión, etc. Por último, se realizará una evaluación de la reunión, para lo que existen dos técnicas fundamentales: la autoevaluación y la observación, como ya se ha explicado en el apartado anterior. La acción que sigue a la reunión consiste en la anotación ordenada de los acuerdos, acta o informe, que se remite a todos los asistentes, recordando los plazos de actuación indicados.

5. Conclusiones

El tiempo es uno de los recursos más importantes y escasos para el cual no existe un sustituto. Es una de las muchas variables que deben ser manejadas si se desean alcanzar objetivos y cumplir las misiones dentro de nuestro ámbito militar. Administrar el tiempo redonda en la eficacia de la organización. Las ventajas de una buena planificación, basada en la correcta identificación de objetivos o claridad de órdenes, será la base para que el resto de niveles pueda encontrar el equilibrio entre lo que es prioritario e inmediato. Alcanzar los objetivos y cumplir con las misiones asignadas estará condicionado por las interferencias en el tiempo laboral. Para solucionar los problemas que pudiéramos encontrar con la gestión del tiempo deberemos empezar por un análisis de nuestros procedimientos de trabajo y de mando, de esta forma, podremos identificar los elementos que nos hacen perder el tiempo y aplicar las técnicas y herramientas más oportunas para poder solventarlos.

Referencias bibliográficas

- Ballenato, G. (2013). *Gestión del tiempo. En busca de la eficacia*. (5.ª edición). Madrid, Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).
- Blanchard, K., Onckn, W. y Burarows, H. (1989). *The one minute manager meets the monkey*. (8.ª edición). Ediciones Grijalbo, S.A. Traducido por Bravo, J. A.
- Cuesta, D. (2013). Gestión del tiempo. *Revista Ejército*, n.º 869, pp. 104-107. Septiembre.
- Escuela de Administración Pública (Región de Murcia). (2008). *Manual Gestión del tiempo*.
- Mañas, M. A. (2011). *Plan estratégico personal*. Madrid, Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).
- Martha, M. (2010). Bienestar psicológico: estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista nacional de administración*, 1 (1): 71-84. Enero-junio.
- Puchol, L. (2010). *Libro de las habilidades directivas*. (3.ª edición). Díaz de Santos.
- Riesco, M. (2007). Gestión y dominio del tiempo. *Educación y futuro*, 17, pp. 177-200.
- Rodrigo, L. (2005). *Habilidades directivas y técnicas de liderazgo*. Ideas propias Editorial.
- Simon, H.A. (1960). *The New Science of Management Decision*. Harper & Row.
- Todostartups. Página oficial. Disponible en: <http://www.todostartups.com/bloggers/7-claves-para-optimizar-la-gestion-del-tiempo-en-el-trabajo-por-iebschool>
- Universidad del País Vasco. Página oficial. Disponible en: <http://www.ehu.es/>

Capítulo 13

Clima laboral y moral militar

Teniente Tomás Almazán Tenreiro¹

«Si tu mal tiene remedio ¿por qué te quejas? Si no lo tiene ¿por qué te quejas?». Proverbio oriental

1. Introducción

Desde el mismo comienzo de la existencia del ser humano, a este se le concibe en algún grado de socialización y, por tanto, como un ser netamente grupal. Asimismo, como consecuencia, desde la psicología se ha venido estudiando su componente social y, posteriormente, de una manera más específica, el desempeño del ser humano en el ambiente laboral, dentro de las organizaciones.

Dichas organizaciones, con el paso del tiempo, han ido aumentando en tamaño, variedad y relevancia dentro de la sociedad.

La psicología comenzó preguntándose cómo se relacionan los seres humanos entre ellos (psicología social) y, posteriormente, empezó a estudiar al ser humano circunscrito a ambientes laborales, teniendo como objetivos una mayor eficacia y productividad, por un lado, y una mayor satisfacción y bienestar de los componentes de la organización, por otro.

A continuación, vamos a proceder a buscar los orígenes de esta especialidad de la psicología, ver su desarrollo y las diferentes acepciones interrelacionadas y sus definiciones para, posteriormente, centrarnos en el concepto de *clima laboral* y acabar acercándonos a estos constructos en el ámbito militar, a través de la denominada *moral* en los ejércitos.

2. Psicología organizacional

2.1. Breve historia

Al bucear por la extensa literatura que existe acerca de este concepto, se es consciente de la complejidad y dificultad de la aproximación científica a las organizaciones. Uno de los motivos es que no se trata de un elemento estático, sino de una realidad, la organización, que ha sido muy cambiante desde sus inicios, en su contexto social, político, económico y, por supuesto, tecnológico. Por otro lado, el factor humano que lo compone (individuos y grupos) no hace sino añadirle dificultad, y hay que tener en cuenta las diferentes corrientes que han ido predominando e influyendo en los diferentes estudios psicológicos que abordaban el estudio de la organización.

¹ Almazán Tenreiro, Tomás (MOES). Teniente psicólogo (CMS) en la reserva. Estuvo destinado en el Área de reclutamiento de la Subdelegación de Defensa (Madrid). Cursando Máster universitario en Psicología general sanitaria (UNED). Colaborador en el Centro Manuel Escudero (Psicología clínica y Psiquiatría).

Según el *Diccionario de la RAE*, en su tercera acepción, se define *organización* como la «asociación de personas regulada por un conjunto de normas en función de determinados fines», por tanto, para poder hablar de organización, hace falta un cierto grado de evolución y complejidad.

Históricamente, las dos primeras organizaciones en aparecer fueron la Iglesia y el Ejército (Swieringa y Wierdsma, 1995). Por su parte, Peiró (1983) señala como primer precedente los gremios medievales, cuyo fin último, como en la mayoría de las organizaciones, ya sí es lucrativo. Pero donde hay unanimidad por parte de todos los autores es en fijar la Revolución Industrial como el verdadero comienzo y momento crítico que da origen a las organizaciones, tal como las concebimos hoy en día, y al inicio de su estudio.

Un precedente muy relevante lo encontramos en Frederick W. Taylor y su *Teoría de la Administración Científica*. Fue un estadounidense, de profesión ingeniero, quien modernizó el concepto de trabajo, aportándole ciencia y métrica, teniendo una fuerte repercusión en las primeras décadas del siglo XX, a través de su principal obra *Los principios de la Administración Científica*, publicada en 1911. Sus esfuerzos se centraron en mejorar la productividad, en hacer la empresa más eficiente, dejando al trabajador de lado, como un ente pasivo, cuyo único cometido es «seguir las instrucciones exactas acerca de qué hacer, cómo hacerlo y cuánto tiempo se tarda en esa tarea», despojando al individuo de inteligencia, pensamiento, motivaciones, habilidades y, no digamos, de iniciativa o toma de decisiones (llega a describirlos directamente como holgazanes). Disecciona las tareas hasta su máxima sencillez, despojando al trabajador de la sensación de finalizar un producto y siendo, en todo caso, un mínimo eslabón en todo el proceso, llevando el trabajo diario hasta el extremo de la monotonía. Llegará a denominarse *Taylorismo* a este tipo de proceso de producción, utilizándose hasta nuestros días como símil de la producción en cadena.

El de Taylor es un modelo estático, que tiene pretensiones universales, ya que considera que hay un patrón único y óptimo, que sería válido y aplicable para la mejora de todas las organizaciones.

Sus postulados fueron dominantes hasta los años treinta y aún perdura su influencia en nuestros días. La mayor crítica a su obra es el hecho de olvidarse del componente humano, tratarlo como un mero apéndice pegado a una máquina, a lo cual le pondrá solución Mayo con sus experimentos en Hawthorne, como posteriormente veremos.

Ya circunscrito dentro del campo de la psicología, para encontrar el origen de la psicología organizacional, no hay unanimidad de quién, pero sí del cuándo. El tiempo sería en los comienzos del siglo XX. Respecto al quién, por ejemplo, Landy (1997) señala a cuatro personajes que, con su trabajo, asentaron las bases de lo que hoy conocemos como psicología organizacional, que comparten la paternidad de esta especialidad: Walter Dill Scott, Hugo Munsterberg, James Cattell y Walter Bingham. Como comentamos, muchos autores añadirían a Elton Mayo a este cuarteto, aunque reiteramos que no hay un único criterio al respecto.

Walter Dill Scott fue el primero en escribir un libro, *La psicología de la publicidad* (1908), en el que se pone en relación la psicología y el medio laboral, circunscrito en este caso a la publicidad. La charla (Chicago, 20 de diciembre de 1901), cuyo éxito dio origen a la publicación del mencionado libro, es considerada por Fergurson (1961) como el surgimiento de la psicología industrial como disciplina. Scott acuñó también por primera vez el término *psicología del trabajo* en 1926, para dar mayor amplitud de campo, ya que el *industrial* parecía demasiado circunscrito a las labores alrededor de una fábrica y similares. Notables son, igualmente, sus trabajos durante la Primera Guerra Mundial.

Compartiendo mismo espacio temporal, el psicólogo alemán, Hugo Munsterberg, publicó *Psicología y eficiencia industrial* (1913), considerado el primer libro de psicología organizacional, que, para muchos, convierte a Munsterberg en el verdadero fundador de esta disciplina. Fue reclutado por Williams James para la Universidad de Harvard, donde dio a conocer sus estudios, pero al estallar la Primera Guerra Mundial sufrió un fuerte distanciamiento, ya que tomó parte por su país natal (Alemania), falleciendo en 1916.

Es loable hacer un paréntesis y citar en este contexto a Lillian Moller Gilbreth, que junto con su marido Frank, realizó diversos estudios en el área de la psicología organizacional, siendo la primera mujer psicóloga en este campo. Se centró en los aspectos humanos de la producción y fue pionera en señalar los efectos del estrés y la fatiga en el rendimiento de los trabajadores.

Sin lugar a dudas, el evento que produce un gran avance en esta área es la entonces llamada *Gran Guerra* o Primera Guerra Mundial, donde a raíz de las necesidades de selección (EE. UU. tenía por entonces un Ejército relativamente pequeño), dado el alto número de sujetos y la celeridad necesaria en su reclutamiento, sumado a la importancia del correcto ajuste de este, hizo que se fuera en busca y se diera peso a los psicólogos y la aplicación de test en la selección, desconocidos hasta la fecha.

La APA, con su director Robert Yerkes y su secretario Walter Bingham a la cabeza, desarrollaron los *test de inteligencia Alfa y Beta* (versión no verbal, para intentar mitigar el déficit de conocimiento de la lengua inglesa por parte de muchos de los inmigrantes) para la selección de soldados.

Por tanto, la Primera Guerra Mundial supuso el firme arranque de la psicología organizacional. Sirvió para sacar la psicología del laboratorio y llevarla a la práctica, llamando a la puerta de toda la sociedad para presentarse como una ciencia útil y proyectable a los quehaceres de la sociedad; estatus reconocido, que no solo no iba a abandonar, sino que iba a progresar en exponencial aumento, hasta nuestros días.

Una vez finalizada la contienda, se produce una expansión y trasvase al mundo civil y comienzan a aplicarse estos métodos de selección en multitud de empresas, destacando la aportación de James Cattell, que fundó en 1921 The Psychological Corporation (contaba con grandes psicólogos de su tiempo: Hall, McDougall, Watson, Terman, Titchener, Yerkes, Bingham y Hollingworth), con el objetivo de desarrollar y difundir test que detectaran las diferencias individuales en inteligencia, personalidad y ejecución, para aplicarlos, como mencionábamos anteriormente, en la selección en empresas privadas.

Es en este periodo de entreguerras, cuando irrumpen los *estudios de Hawthorne*, que merecen ser destacados. Se empiezan a estudiar variables que a partir de entonces serán una constante dentro de esta área de la psicología: condiciones externas en el desempeño del trabajador (luminosidad, temperatura...), variables como la fatiga y los tiempos de descanso; y la importancia de los grupos informales y la influencia que ejercen sobre los trabajadores y su productividad.

2.1.1. Estudios de Hawthorne-Elton Mayo y el movimiento de las relaciones humanas

En la empresa estadounidense Western Electric –en la fábrica Hawthorne en Chicago– se produjeron unos experimentos entre 1924 y 1933, que supusieron una revolución y pusieron sobre la mesa características que influyen en el desempeño del trabajo y que han sido de profundo estudio desde entonces hasta la actualidad. De hecho, son muchos los autores (Branel, 1981) que lo consideran el episodio más crucial en la creación de la psicología industrial.

En estos experimentos, comenzaron estudiando cómo influía el grado de la iluminación en el desempeño, para, posteriormente, ampliar el estudio a otras condiciones físicas. A raíz de los primeros resultados sobre la influencia del grado de iluminación, y ver que no eran todo lo uniformes ni iban en la dirección que esperaban (tanto el grupo de control como el experimental, aumentaban la productividad, incluso en situaciones de baja iluminación), se comenzó a plantear e interpretar qué otras variables debían estar influyendo en la productividad, dando paso a una, cada vez mayor, atención a la influencia del factor humano (con la incorporación de Mayo, en 1928).

De alguna manera, al verse seleccionados y formando parte de un grupo, lo que fue desarrollando un fuerte componente social y de interrelación entre los participantes, y al tener como supervisores a los propios investigadores, los cuales les prestaban una mayor atención, actuó como efecto motivador en el desempeño (efecto *Hawthorne*).

Destaca la visión del trabajador como ser social, descubriéndose la relevancia de la pertenencia a un grupo, las interrelaciones de los que pertenecen al grupo (con sus gratificaciones y sanciones internas) y la organización informal y horizontal, que quedó de manifiesto cuando se pasó a hacer entrevistas masivas a los trabajadores (1928-1930).

Se evidenció cómo el grupo informal influye sobre el individuo, ya que si un trabajador realizaba una producción más alta que la media grupal, este era rechazado por el grupo y prefería, finalmente, no sobresalir para no sentirse aislado, a pesar del beneficio que conllevaba un mayor cobro económico, lo que iba totalmente en contra de lo enunciado por Taylor.

Según Rose (1990), en estos estudios, nació la idea de la subjetividad del trabajador, y la necesidad de comprender, regular y explorar esta subjetividad tomó una fuerte relevancia y fue origen de posteriores experimentos.

El propio Mayo sacó sus conclusiones de estos experimentos:

- El trabajo es una actividad grupal.
- El trabajador se concibe como ser social dentro de la organización.
- Promueve un liderazgo democrático y carismático.
- Niega la premisa de Taylor, que la única motivación del trabajador es salarial.

A modo de resumen, sirva este cuadro que señala las diferencias entre la teoría clásica planteada por Taylor y la posterior comandada por Mayo.

TEORÍA CLÁSICA	TEORÍA DE LAS RELACIONES HUMANAS
Estudia la organización como una máquina	Estudia la organización como grupos de personas
Hace énfasis en las tareas o en la tecnología	Hace énfasis en las personas
Se inspira en sistemas de ingeniería	Se inspira en sistemas de psicología
Autoridad centralizada	Delegación plena de la autoridad
Líneas claras de la autoridad	Autonomía del trabajador
Especialización y competencia técnica	Confianza y apertura
Acentuada división del trabajo	Énfasis en las relaciones humanas entre los empleados
Confianza en reglas y reglamentos	Confianza en las personas
Clara separación entre línea y <i>staff</i>	Dinámica grupal e interpersonal

Tabla 25. Diferencias entre teorías. Gallaga (2003)

Roethlisberger y Dickson (1937) siguieron desarrollando y ampliando las conclusiones obtenidas en estos primeros estudios. Según ellos, la organización tendría dos funciones principales: por un lado, la fabricación de bienes o servicios (equilibrio externo) y, por otro, la satisfacción de los trabajadores (equilibrio interno) en este desempeño, debiéndose buscar un correcto desarrollo en paralelo de ellas.

Ambas funciones están en constante interrelación y una modificación en una de ellas influye en la otra y, por tanto, en la totalidad de la organización.

En las décadas de los veinte y los treinta, los avances no solo ocurrían en exclusividad en EE. UU., también en Europa. Países como la URSS, Alemania, Francia e Inglaterra iban progresando, destacando en este último la creación, en 1921, del Instituto Nacional de Psicología Industrial, donde también se comenzaban a investigar variables como la fatiga, los descansos y la monotonía, contando como fundador y primer director con Charles S. Mayers.



Gráfico 12. Funciones básicas de la organización, según Roethlisberger y Dickson

Con el estallido de la Segunda Guerra Mundial (en esta ocasión desde el primer momento) se cuenta con los psicólogos. Al aumentar la complejidad de los puestos y la maquinaria, en estrecha colaboración con los ingenieros, no solo se encargan de la selección, sino incluso colaboran en el diseño de dicha maquinaria (por ejemplo, el diseño de las aeronaves), por entonces denominado *Ingeniería psicológica* y que fue origen de la actual ergonomía.

En EE. UU. se crea un comité asesor de clasificación, dirigido por Walter Bingham, para llevar a cabo la selección de los soldados, desarrollando el «test General de Clasificación del Ejército», que clasificaba a los soldados en diferentes categorías según sus capacidades.

También en EE. UU. se crea, en 1942, la Oficina de Servicios Estratégicos (OSS), para unificar los servicios de inteligencia, siendo predecesora de la actual CIA. Se reclutan a psicólogos clínicos (destaca Henry Murray, conocido por sus estudios de la personalidad) y psiquiatras, para la selección y preparación de agentes de inteligencia, incluyendo espías extranjeros reclutados. Era un proceso profundo, donde al candidato, durante tres días, se le realizaban diferentes pruebas, sometiénolo a estrés situacional, siendo precedente del actual *assessment center* como método de selección.

Acabada la guerra se produce el asentamiento de esta disciplina. De hecho, en el año 1946, se produce el reconocimiento de esta especialidad, con la creación de la División de Psicología Industrial dentro de la APA.

Se extiende el papel del psicólogo a todo proceso de selección, proliferando los estudios sobre motivación, comunicación, liderazgo, ambiente, trabajo en equipo..., abriéndose una amplia diversidad de subespecialidades dentro del campo de la psicología organizacional, que ha ido en aumento hasta nuestros días.

La vinculación que se produce con las dos guerras mundiales entre los psicólogos y el Ejército, ya quedará sólidamente establecida para el futuro, yendo dicho vínculo solo en aumento con el paso de los años.

Fruto de esta colaboración, en los EE. UU., en la década de los ochenta, se desarrolló el test para la selección de soldados americanos «Armed Service Vocational Aptitude Battery» (ASVAB), que se sigue utilizando para el reclutamiento en la actualidad (cada año lo pasan cientos de miles de candidatos) y cuyos ocho factores son: ciencias generales, matemáticas, razonamiento verbal, mecánica automotriz, razonamiento aritmético, conocimiento de la electrónica, comprensión de lectura y comprensión mecánica.

2.2. La psicología organizacional en la actualidad

En las últimas décadas, ya inmersos en pleno siglo XXI, que viene gobernado por la globalización, la inmediatez y una tecnología cada vez más desarrollada, se presta mayor atención al entorno, cada vez más cambiante.

Una de las evoluciones que se ha derivado de estos estudios es haber pasado de una visión en exclusiva del interior de la organización, a una cada vez mayor atención al exterior y a todo lo que rodea e interacciona con la propia organización, es decir, el contexto en el que se encuentra dicha organización: proveedores, consumidores, otras organizaciones asociadas, sistema económico establecido, política comercial que tienen los países con los que interactúa, etc. Los orígenes de esta perspectiva se encuentran en las teorías denominadas *contingentes* de los años sesenta, que tienen como propósito explicar la influencia del contexto en la estructura y funcionamiento de las organizaciones, con la finalidad de mejorar su desempeño (Ibarra, 2000); y teniendo otro fuerte impulso en las décadas de los ochenta y noventa, con la teoría orientada a la *calidad total* y la *reingeniería*.

- La *calidad total* está enfocada hacia el cliente. Tiene como paradigma fundamental la mejora constante y que cada trabajador se identifique y haga suyos los objetivos de la empresa. «La calidad total consiste en satisfacer simultáneamente a todos en la organización: accionistas, clientes, directivos y empleados» (Kelada, 1999).
- La *reingeniería* destaca igualmente el factor humano como valor principal de una empresa, yendo un paso más allá. «La reingeniería es el replanteamiento fundamental y el rediseño radical de los procesos del negocio para lograr mejoras dramáticas dentro de medidas críticas y contemporáneas de desempeño, tales como costo, calidad, servicio y rapidez» (Hammer, 1994). Remarcar de esta definición el término «radical»: se trata de revolucionar los cimientos de la organización y, además, se busca que este cambio sea rápido.

Respecto a la localización, comprobamos cómo las organizaciones se han ido extendiendo hacia la internacionalización, con la proliferación de grandes multinacionales en diferentes países.

Esta globalización viene marcada por el aumento de la comunicación, la explosiva irrupción de Internet y la, cada vez más incipiente, llegada de la deslocalización del componente humano en las organizaciones, llevando al trabajo en equipo a una nueva dimensión, al no tener ya físicamente localizados en un punto geográfico concreto a todos los empleados de una empresa. Si añadimos fenómenos, como el teletrabajo, nos hace concluir el profundo cambio que está sufriendo la organización a este respecto.

El psicólogo organizacional del siglo XXI debe buscar el talento humano, dejando espacio dentro del organigrama de la organización para dar cabida a la creatividad y a la innovación, concibiendo al empleado más que como un mero ser operario-productivo, como un socio más y buscando su aporte de valor.

Otro de los objetivos actuales de un psicólogo organizacional es buscar la satisfacción del trabajador a través del equilibrio entre el ámbito familiar y laboral. Se estima que la jornada laboral será más reducida que en el siglo precedente.

Una de las consecuencias de la globalización anteriormente citada es la llegada de la *psicología transcultural* (o intercultural):

«[...] el estudio de similitudes y diferencias en el funcionamiento psicológico individual en varios grupos culturales y etnoculturales; de las relaciones entre variables psicológicas y socioculturales, ecológicas y biológicas; de los cambios que se llevan a cabo en esas variables» (Berry *et al.*, 2002).

Se encarga de estudiar la universalidad de teorías y estudios realizados, poniéndolos a prueba en otras culturas. En cuanto al ámbito de la organización, imaginemos una multinacional que tenga métodos y procesos exitosos, pero que, a la hora de trasladarlos a una nueva fábrica en otro país, puede acabar en fracaso, debido a las diferencias culturales de los propios empleados.

Otra importante característica de la psicología organizacional actual es su carácter multidisciplinar, estando acompañada en su objetivo por otras especialidades, como son «la sociología, la antropología, la administración, la ingeniería y la economía, entre otras» (López, 2008).

Recapitulando, la psicología organizacional es una disciplina que ha ido ganando en complejidad estas últimas décadas. Alterna el objeto de estudio a lo largo del eje (individuo-grupo-organización-contexto) y está influida por la propia complejidad de las organizaciones que estudia. Tiene en cuenta aspectos como la globalización e internalización de las mismas, la competitividad, la tecnología, la inmediatez en la comunicación, sin olvidarnos del componente ético, que no debemos abandonar, ya que, en ocasiones, en pos de buscar la complacencia de los directivos que contratan los servicios de un psicólogo organizacional, este ahonda más en los resultados y productividad que en la satisfacción y el bienestar del empleado, dentro de un adecuado clima laboral, objetivo que debe estar siempre presente en toda intervención.

«Los descubrimientos de la investigación de la psicología I/O pueden utilizarse para contratar empleados mejores, reducir el ausentismo, mejorar la comunicación, incrementar la satisfacción laboral y resolver otros muchos problemas» (Beltrán *et al.*, 2009).

En definitiva, como el futuro inmediato se vislumbra dominado por el constante y frenético cambio al que está sometido el siglo XXI, nos encontramos con una especialidad que, a diferencia de otros campos de la psicología, no está gobernada en su totalidad por verdades absolutas y universales, ya que su objeto de estudio es igualmente cambiante, y el reto se encuentra precisamente en eso: ser capaces de adaptarse a dicho cambio.

3. Clima laboral

Dentro de la psicología organizacional, una de las variables que más literatura ha recogido ha sido el clima laboral. A pesar de ser un término muy popular, nos encontramos al mismo tiempo con una discordia y falta de unanimidad importante por parte de la comunidad de psicólogos. «Hay pocos constructos en psicología organizacional tan confusos y mal entendidos como el clima» (Peiró, 1995).

3.1. Origen del clima laboral

De nuevo, aparecen los estudios de Hawthorne y el movimiento de las *relaciones humanas*, en la construcción del término «clima laboral», al trasladar el foco a variables psicológicas que estaban influyendo en el desempeño de los componentes de la organización.

En relación con este movimiento, el precursor específico que dio forma a nuestra actual noción de clima laboral fue Kurt Lewin, que en los años treinta resaltó la influencia del entorno en la conducta del sujeto (Silva, 1996).

Dos escuelas tuvieron gran repercusión en el desarrollo del término: la *Gestalt* y la *Funcionalista*. La *Gestalt* destacó la importancia de la percepción del entorno y la interpretación del mismo. La *Funcionalista* señala la importancia del ambiente en el comportamiento del individuo.

Estos orígenes forman la base que dio lugar a décadas de estudios e investigaciones, que, al producir un casi ilimitado número de definiciones (ver tabla 26), se han categorizado en diferentes enfoques.

3.2. Definición del clima laboral

Siguiendo el estudio sobre la definición de clima laboral realizado por Peiró (1995), podemos situar todas las definiciones dentro de unos ejes de coordenadas, donde un eje vendría dado por el continuo *estructura-proceso*, mientras que el segundo lo comprendería el continuo objetivo-subjetivo.

Con este criterio y aunando el amplio conjunto de definiciones que han ido apareciendo durante décadas, resultarían tres grandes grupos, y añadiremos un cuarto propuesto por Moran y Volkwein (1992):

- El enfoque estructural-objetivo (González y Peiró, 1999) concibe el clima como algo exterior al individuo y su percepción, siendo atributos estables y unificados que describen la organización. El clima actuaría como variable independiente, cuya unidad de análisis es la organización (Glick, 1985). Desde este enfoque se percibe que hay un único clima en cada organización.
- El enfoque perceptual-subjetivo (Mañas, 1999), por el contrario, considera el clima basado y construido por las percepciones, resaltando su componente psicológico (estas corrientes, a menudo, utilizan el término «clima psicológico»), dando lugar a un clima individual para cada uno de los sujetos. El clima es considerado un atributo del individuo.
- El enfoque integrador (Joyce y Slocum, 1979) aparece en la década de los ochenta. Aúna los dos enfoques anteriores, asimilando, por un lado, las características exteriores y objetivas de la organización y, por otro, la percepción que los individuos tienen de ellas, destacando la interacción social que se produce entre los diferentes sujetos que forman parte de la organización. Fruto de dicha interacción se van configurando formas similares de interpretar la realidad organizacional (Schneider y Reicher, 1983).
- El enfoque cultural (Moran y Volkwein, 1992) es un nuevo enfoque que intenta avanzar en la definición del constructo clima, en este caso, aproximándolo al de «cultura organizacional». Se centra en el contexto en el que se produce la interacción, desembocando en un constructo que abarca más que el clima y es más

estable en el tiempo, como es la cultura. Parte de las percepciones individuales que son modeladas por la personalidad de cada sujeto, y por la propia intersubjetividad que surge de las constantes interacciones de los miembros, que va desarrollando el clima organizacional; y dicho proceso, se produce dentro del contexto cultural de la organización.

Entre las críticas recogidas a estos enfoques se pueden señalar:

Una crítica al enfoque estructural es que, en una organización, podemos observar diferentes climas, aun cuando no varían los factores estructurales (Mañas *et al.*, 1999), y también deja de lado totalmente los grupos y la interacción que se produce dentro de ellos (Moran y Volkwein, 1992).

Una de las críticas que recoge el enfoque subjetivo es su redundancia con el concepto de satisfacción laboral (Ekwal, 1986).

El enfoque integrador destaca la socialización que se produce dentro de la empresa, pero no explica ni profundiza en los procesos de interacción que forman ese clima (Silva Vázquez, 1996) y, al igual que ocurrió con sus enfoques predecesores, no ha recogido todo el posterior respaldo empírico que sería deseable. Sirva como ejemplo el estudio que realizaron, en equipos de atención primaria de salud, González-Romá *et al.* (1995), donde en la gran mayoría de las hipótesis planteadas, no se confirmaron las correlaciones esperadas o, incluso, se dieron en la dirección contraria a la prevista.

Otro factor tratado es si el clima es causa o efecto. En este caso, parece claro que nos encontramos con un proceso bidireccional (Green *et al.*, 1988), donde se produce un bucle entre las percepciones y desempeños de los individuos, y la construcción del clima de una organización.

Lewin (1951)	El comportamiento humano es función del «campo» psicológico o ambiente de la persona, el concepto de clima es útil para enlazar los aspectos objetivos de la organización.
Argyris (1957)	El clima organizacional se caracteriza por la cultura organizacional, con ello relaciona el concepto con los componentes de cultura y permite la delimitación de distintas subculturas dentro de la organización.
Halpin y Croft (1963)	El clima organizacional se refiere a la opinión que el empleado se forma de la organización.
Forehand y Gilmer (1964)	Las características que distinguen una organización de otra perduran a través del tiempo e influyen en el comportamiento de las personas en las organizaciones.
Tagiuri y Litwin (1968)	Una cualidad o propiedad del ambiente interno organizacional que: a) es percibida o experimentada por los miembros de una organización, b) influye en sus comportamientos y c) tiene una duración relativa.
Pace (1968)	El clima organizacional es el patrón de características organizativas con relación a la calidad del ambiente interno de la institución, que es percibido por sus miembros e influye directamente en sus actitudes.
Findlater y Margulies (1969)	Propiedades organizacionales percibidas que intervienen entre el comportamiento y las características organizacionales.
Schneider y Hall (1970)	Percepciones de los individuos acerca de su organización afectadas por las características de esta y las personas.
Payne (1971)	Un concepto molar que refleja el contenido y la fuerza de los valores prevalentes, normas, actitudes, conductas y sentimientos predominantes de los miembros de un sistema que pueden ser medidos operacionalmente a través de sus percepciones y observaciones y otros medios objetivos.

James y Jones (1974)	El significado psicológico de representaciones cognitivas, percepciones.
Campbell (1976)	Es variable dependiente e independiente de la estructura organizativa y de todos aquellos diferentes procesos generados en la organización que, a la postre, terminan redefiniendo y dibujando los comportamientos de los trabajadores.
James, Hater, Gent y Bruni (1978)	Suma de percepciones de los miembros acerca de la organización.
Dessler (1979)	El clima representa las percepciones que el individuo tiene de la organización para la cual trabaja y la opinión que se haya formado en ella en términos de estructura, recompensa, consideración, apoyo y apertura.
Brunet (1987)	El clima organizacional se define como las percepciones del ambiente organizacional determinado por los valores, actitudes u opiniones personales de los empleados, y las variables resultantes, como la satisfacción y la productividad, que están influenciadas por las variables del medio y las variables personales. Esta definición agrupa entonces aspectos organizacionales, como el liderazgo, los conflictos, los sistemas de recompensas y de castigos, el control y la supervisión, así como las particularidades del medio físico de la organización.
(Rousseau, 1988)	El clima son las descripciones individuales del marco social o del contexto del cual la persona forma parte.
Reichers y Schneider (1990)	El clima organizacional es un grupo de percepciones resumidas o globales compartidas por los individuos acerca de su ambiente, en relación con las políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales.
Robbins (1990)	El clima organizacional es entendido como la personalidad de la organización, que puede ser descrita en grados de calor y se puede asimilar con la cultura ya que permite reafirmar las tradiciones, valores, costumbres y prácticas.
Álvarez (1992)	El clima organizacional es el ambiente favorable o desfavorable para los miembros de una organización. Impulsa el sentido de pertenencia, la lealtad y la satisfacción laboral.
Peiró (1995)	El clima organizacional trata de percepciones, impresiones o imágenes de la realidad organizacional, pero sin olvidar que se trata de una realidad subjetiva.
Silva (1996)	El clima organizacional es una propiedad del individuo que percibe la organización y es vista como una variable del sistema que tiene la virtud de integrar la persona, los grupos y la organización.
Chiavenato (2000)	Cualidades o propiedades del ambiente laboral que son percibidas o experimentadas por los miembros de la organización y que además tienen influencia directa en los comportamientos de los empleados.
Patterson et al. (2005)	Una variable que actúa entre el contexto organizativo, en su más amplio sentido, y la conducta que presentan los miembros de la comunidad laboral, intentando racionalizar qué sensaciones experimentan los individuos en el desarrollo de sus actividades en el entorno del trabajo.
Méndez Álvarez, (2006)	El ambiente propio de la organización, producido y percibido por el individuo, de acuerdo a las condiciones que encuentra en su proceso de interacción social y en la estructura organizacional que se expresa por variables (objetivos, motivación, liderazgo, control, toma de decisiones, relaciones interpersonales y cooperación) que orientan su creencia, percepción, grado de participación y actitud; determinando su comportamiento, satisfacción y nivel de eficiencia en el trabajo.
(Anzardo, 2006)	«[...] la interacción entre las características más estables de la realidad objetiva existente en la organización y las percepciones subjetivas que sus miembros tienen de esta, las cuales en su interacción sinérgica, dan lugar al clima organizacional».

Tabla 26. Definiciones de clima laboral

3.3. Cultura organizacional

«Una organización no tiene una cultura, es una cultura. Es por eso que resulta tan terriblemente difícil de cambiar» (Weick, 1984).

En general, es un constructo más moderno que el de clima laboral y, en parte, nace por las discrepancias generadas por este. Como disciplina más influyente sobre este concepto se encuentra la antropología; a diferencia del clima que se originó en la ingeniería, para desarrollarse alrededor de la psicología. «La perspectiva antropológica aportó un método basado en la intuición inductiva para analizar las experiencias percibidas por los miembros de las organizaciones» (Ashkanasy y Jackson, 2001).

En muchas ocasiones se llegan a utilizar ambos términos indistintamente, pero aun estando claramente relacionados, muchos autores que han estudiado ambos constructos entienden que son dos términos independientes.

De esta última opinión son autores como Denison (1996) o Schein (2000), que consideran el clima como un *artefacto cultural*; Peterson y Spencer (1990) y Trice y Beyer (1993), que consideran el clima como un conjunto de percepciones individuales; mientras que la cultura se compone de los valores, normas y creencias compartidas por el grupo, con un carácter idiosincrásico y distintivo, más perdurable en el tiempo y menos moldeable.

Diferencias	Cultura Organizacional	Clima Organizacional
Epistemología	Contextualizada e idiográfica	Comparativa y nomotética
Punto de vista	<i>Emic</i> -los miembros	<i>Etic</i> -el investigador
Metodología	Cualitativa-observación de campo	Cuantitativa-encuesta
Nivel de análisis	Valores y presunciones subyacentes	Consenso sobre percepciones
Orientación temporal	Evolución histórica	Instantánea-no histórica
Fundamentación teórica	Construccionismo social-Teoría crítica	Perspectiva lewiniana: conducta = en función (persona-ambiente)
Disciplina	Sociología-antropología	Psicología

Tabla 27. Diferencias culturales. Denison (1996)

Se pueden mencionar entre otras, las siguientes definiciones de cultura organizacional:

«Es el complejo conjunto de valores, creencias y asunciones que define el modo en que una organización conduce sus actividades» (Pettigrew, 1990).

«Es un patrón de supuestos básicos que un grupo ha inventado, descubierto o desarrollado para aprender a hacer frente a sus problemas de adaptación interna y externa, que se representa en un sistema de valores compartidos que definen las normas, comportamientos y actitudes, que guían a los empleados en la organización» (Pfister, 2009).

«La cultura es un sistema de significado compartido sostenido por sus miembros, que distingue una organización de otras organizaciones» (Schein, 2010).

En resumen, podemos atisbar una definición, que –nos atrevemos a pensar– sería bastante consensuada (y muy similar a otras), de la cultura organizacional como «el conjunto de valores, normas y creencias que comparten los miembros de una organización». Por el lado menos explícito, nos encontramos los valores y creencias y, de modo más

tangible y constatable por escrito, se incluiría el conjunto de reglamentos y normas explícitamente establecidas dentro de ella.

3.4. Tipología y dimensiones del clima laboral

Respecto al tamaño, tenemos los niveles micro, meso y macro, que se refieren al individuo-puesto de trabajo, grupo-departamento, y organización, respectivamente. En ocasiones, en algunos cuestionarios sobre clima, no especifican a qué nivel se refieren las preguntas y, por tanto, invalida y entremezcla los datos obtenidos.

Respecto a la unidad de análisis, siguiendo a Rousseau (1988), nos encontramos con los climas psicológico, agregado, colectivo y el clima organizacional.

- Clima psicológico. Se refiere al clima de manera individual, cómo lo percibe cada uno de los integrantes de la organización.
- Clima agregado. Versa sobre el clima dentro de alguna unidad formal e identificable dentro de la organización, como por ejemplo un departamento.
- Clima colectivo. Definido como el acuerdo más o menos espontáneo que surge debido a las interacciones entre los individuos respecto a las percepciones de los contextos organizacionales, dando lugar a grupos, que no tienen por qué tener un reconocimiento explícito en la organización (a diferencia de los agregados).
- Clima organizacional. Engloba el conjunto de la organización.

Los tipos de clima de Likert, según el liderazgo:

- Autoritario. La dirección toma la gran mayoría de decisiones y no confía en sus empleados. Hay una atmósfera de temor y la comunicación solo es descendente, reduciéndose a las instrucciones.
- Autoritario paternalista. Aunque las decisiones siguen tomándose en su mayoría por la dirección, hay una confianza condescendiente hacia los subordinados. La motivación es a través de las recompensas y castigos establecidos.
- Consultivo. Existe la confianza e interacción entre jefes y subordinados, dando lugar a un ambiente dinámico donde se delegan decisiones. Se busca satisfacer las necesidades de prestigio y de estima de los empleados.
- Participativo. Se produce comunicación ascendente y las decisiones se toman por la globalidad de los componentes de la organización. Se promueve la participación y se comparten las responsabilidades.

De las muchas y variadas dimensiones citadas a lo largo de los estudios sobre clima, a modo de síntesis, se mencionan las resultantes de la pormenorizada revisión que realizaron Koys y DeCotiis (1991) de los estudios previos, donde hallaron ochenta dimensiones diferentes. Finalmente, las dimensiones obtenidas por estos autores fueron ocho: autonomía, cohesión, confianza, presión, apoyo, reconocimiento, imparcialidad e innovación.

3.5. Satisfacción laboral

A través de los muchos estudios realizados en los que se trata de aislar dimensiones específicas del clima, se observa una correlación positiva entre diferentes dimensiones del clima y la satisfacción laboral. Así, se ha detectado que con altos niveles de autonomía y cohesión del clima psicológico (Owens y Campbell, 1998), las dimensiones de clima de

apoyo, respeto por las normas, innovación y orientación a metas (Peiró *et al.*, 1991) tienen una relación positiva con la satisfacción laboral.

Asimismo, los empleados más implicados en su trabajo están más motivados y satisfechos, lo que influye positivamente en su rendimiento y en la mejora de la eficacia organizacional (González y De Elena, 1999).

En relación con la adaptación al cambio, como ya hemos mencionado, toma, cada vez más, una relevancia exponencial en nuestro tiempo el estudio de Martin *et al.* (2005), que señala que un clima psicológico positivo hace que sus empleados se ajusten mejor al cambio.

3.6. Clima y su relación con otras variables organizacionales

- Absentismo. Parece clara la correlación negativa entre estas dos variables, llegándose a afirmar que «el clima organizacional se podía utilizar como herramienta para reducir el absentismo por enfermedad» (Piirainen *et al.*, 2003).
- Sentimiento de orgullo de pertenencia a la organización. Gunter y Furnham (1996) realizaron un estudio en cuatro organizaciones, encontrando relación positiva entre este y la satisfacción laboral.
- El compromiso organizacional se relaciona positivamente con el rendimiento de los empleados y se ve influenciado por experiencias en el trabajo, como el apoyo organizacional y el tipo de liderazgo (Meyer *et al.*, 2002).
- Liderazgo. Variable altamente relevante y, aun más, en nuestra organización, de carácter jerárquico. Hay mucha literatura acerca del liderazgo y su influencia sobre el clima, las percepciones y las motivaciones de sus empleados. «El liderazgo es uno de los factores más determinantes e influyentes en la percepción que tienen los trabajadores del clima organizacional» (Ponce *et al.*, 2014). «El liderazgo interviene sobre el bienestar de las empresas y afecta sobre la salud y bienestar de las personas» (Peiró y Rodríguez, 2008).
- Comunicación. Cuando se produce una buena comunicación se produce mayor satisfacción laboral, siendo más incisivo en aquellos empleados que están más identificados con su trabajo (Frone y Mayor, 1988).

3.7. Medida del clima organizacional

Se realiza principalmente a través de cuestionarios realizados a los empleados. También se contemplan los autorregistros, la simple observación por parte de los investigadores y las entrevistas individuales.

La medición del clima sirve para (Pereda *et al.*, 2008):

- Detectar lo que piensa el personal de la organización.
- Constituye un medio de comunicación entre líderes y empleados.
- Orientar las acciones de mejora dentro de la empresa.

El *Work Environment Scale* (WES) es un cuestionario clásico ideado por Moos con colaboración de Insel, en 1974. Consta de noventa ítems, que engloban tres dimensiones, para un total de diez subescalas.

- Dimensión «Relaciones»: implicación, cohesión y apoyo.
- Dimensión «Autorrealización»: autonomía, organización y presión.
- Dimensión «Estabilidad/Cambio»: claridad, control, innovación y comodidad.

De estas diez subescalas, cinco de ellas coinciden con las dimensiones mencionadas anteriormente de Koys y DeCotiis (1991).

Tratando de ser más concreto en relación con la organización estudiada, aparte del troncal y original WES utilizable en todo tipo de organizaciones, se realizaron adaptaciones para entornos específicos: *Classroom Environment Scales* (CES) para centros escolares, *Family Environment Scale* (FES) para entornos familiares, *Correctional Institutions Environment Scale* (CIES) en instituciones penitenciarias y *University Residence Environment Scale* (URES) para entornos universitarios.

Fernández- Ballesteros y Sierra se encargaron de adaptar el WES para España en 1989.

El Cuestionario de Clima Laboral (CLA) (Corral y Pereña, 2002), basado en la teoría de Blake y Monton (1981, 1994), consta de 93 ítems, situados sobre dos grandes dimensiones, que permiten evaluar ocho variables diferentes:

- Empresa: organización, innovación, información y condiciones.
- Persona: implicación, autorrealización, relaciones y dirección.

A continuación se seguirá abordando esta temática, pero circunscrita al ámbito militar, donde se ha venido utilizando históricamente el término moral para referirse a esta área.

4. Moral militar

En su novena acepción, el *Diccionario de la RAE* nos trae la siguiente definición de moral: «en actividades que implican confrontación o esfuerzo intenso, confianza en el éxito».

Otra acepción más generalista y más mundana, que describe y también simplifica a qué nos referimos con este término, sería «estado de ánimo, individual o colectivo».

a) En España. Contamos con un instrumento para medir el *Potencial Psicológico de la Unidad*, gracias a García Montañó y Núñez Amador, quienes a raíz del modelo francés crearon el CEPPU-94, que posteriormente revisaron en el año 2003 para obtener ocho factores que componen el CEPPU-03.

Estos factores son: cohesión, confianza en sí mismo, confianza en el mando, confianza en los medios materiales, confianza en la unidad, condiciones de trabajo, convicciones personales y apoyo social.

Aparte del cuestionario se ofrece un autorregistro por parte del mando de la unidad, que puede servir para una aproximación al *potencial de la unidad* en los casos en los que no interesase pasar la totalidad del cuestionario, ya que ha demostrado una alta correlación; y, por otro lado, le indicará al mando cuán acertada era su percepción previa cuando podamos contar con ambos: autorregistro y cuestionario.

En relación con el papel modulador de la implicación en el trabajo, López-Araujo *et al.* (2007), en un estudio realizado con una muestra de soldados del Ejército de Tierra, encontraron dos dimensiones de la implicación (la identificación psicológica y los sentimientos de deber-obligación), que, cuando tienen un nivel alto, consiguen que el estrés, aun siendo elevado, no influya en la satisfacción laboral.

Señalar los planes de calidad de vida que se llevan a cabo en los diferentes ejércitos, que en primer lugar buscan detectar las necesidades y cuyo fin último es mejorar el bienestar y, por tanto, la satisfacción del personal militar.

b) En EE. UU. Como primera potencia mundial en el ámbito militar y aliado OTAN, son referentes sus actuaciones en la mejora de la moral de su Ejército.

En octubre de 2014, el Ejército americano, a través del United States Army Combined Arms Center, trata de dar un marco de referencia (*The Human Dimension White Paper*), con el que potenciar y optimizar el componente humano (*Optimize Human Performance*) del Ejército y describir las características que debe aunar el soldado actual y de futuro, dentro del plan estratégico *Force 2025 and Beyond*, que tiene como objetivo final, dentro del entorno internacional, seguir manteniendo la supremacía militar.

El contexto actual está en constante cambio, siendo cada vez más acelerado. Por tanto, la mera supremacía tecnológica ya no es suficiente por sí misma y debe ser complementada por un contingente humano cada vez más preparado, no solo físicamente, sino desarrollando su vertiente psicológica para hacerle más flexible y adaptativo a dicho cambio.

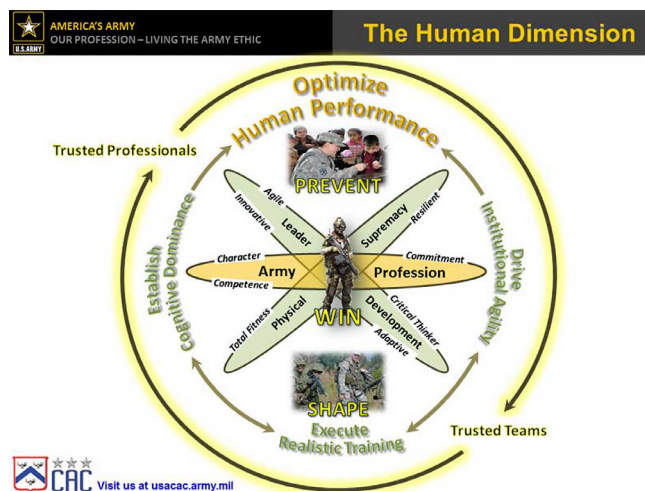


Gráfico 13. The Human Dimension White Paper

Poner el foco en el desarrollo tecnológico de los equipos sin ser capaces de desarrollar mejores personas, es una estrategia insuficiente para conservar la supremacía frente a adversarios altamente adaptativos.

A continuación se observa cómo, a mayor ambigüedad del enemigo, las soluciones materiales y tecnológicas van perdiendo relevancia y se sustituyen progresivamente por la dimensión cognitiva del soldado, y la manera y los componentes para lograrla.

Dimensiones de la potencia de combate

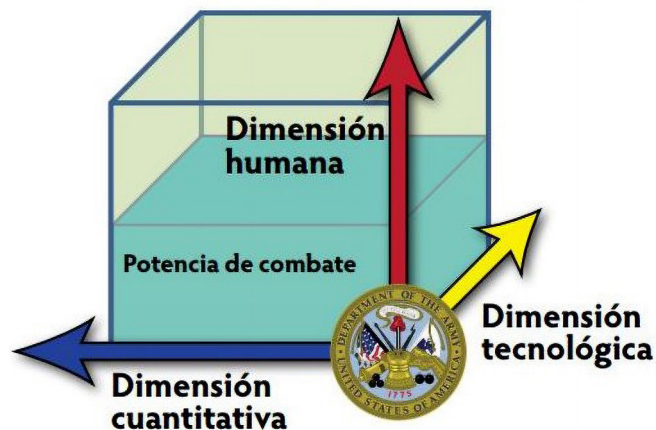


Gráfico 14. Teniente coronel Diéguez, F. J. (2015). Military Review, septiembre-octubre 2015. Ejército de Tierra español

La optimización del rendimiento humano, se basa en tres grandes pilares: unos soldados con alta resiliencia, líderes adaptables y unidades cohesionadas.

- Soldados con alta resiliencia. Es decir, se busca el tener una superioridad no solo centrada en la ventaja cuantitativa y tecnológica, sino sumarle ahora y en el futuro una superioridad del componente humano.
- Líderes adaptables, con las siguientes características: juicio profesional, pensamiento crítico, iniciativa y entrenados para mejorar y prosperar en la incertidumbre, provistos no solo con la más avanzada tecnología, sino con el conocimiento de la cultura y costumbres del lugar de la misión, y habilidades tecnológicas suficientes para manejar la, cada vez más compleja, maquinaria puesta a su disposición.
- Unidades cohesionadas, con una profunda confianza el uno en el otro y una alta capacidad de adaptación. Los miembros de los equipos deben compartir, asimismo, una profunda confianza alrededor del líder, que estimulará la iniciativa y transmitirá una dirección clara.

En el *entorno operacional*, en el que se desarrollarán las misiones hasta el 2028 (*The Operational Environments to 2028*), se prevé con las siguientes características:

- Megaciudades. El indudable aumento de la población generará más grandes ciudades, donde habrá barrios conflictivos, que serán excelentes refugios para el enemigo, donde se mezclará con la población general, haciendo altamente complicado el combatirlos.
- Vigilancia global ubicua. Con la evolución que tendrán los drones, las cámaras, Internet y los satélites, en el futuro las guerras serán cada vez más públicas y los líderes, incluso de unidades pequeñas, tendrán que tomar decisiones sabiendo que el mundo entero anda observándoles.
- Rápida innovación tecnológica. Cada vez la tecnología y su desarrollo es más rápido, pero también mucho más accesible. Además las fuerzas enemigas tienen la ventaja de no tener limitaciones morales ni gubernamentales para llevar a cabo su desarrollo.
- Guerra asimétrica. La definición clásica de enemigo va quedando cada vez más obsoleta, dándose con mayor frecuencia conflictos que andan a medio camino entre la paz y la guerra, donde el enemigo no es visible, ni posee objetivos claros, evitando ser atacado directamente, enmascarándose dentro de la población civil.

Para llegar a los objetivos anteriormente descritos y manejarse en este entorno, se debe trabajar paralelamente y hacer esfuerzos en la mejora individual (en sus tres dimensiones: cognitiva, física y social), del equipo y de la propia institución, describiendo tres grandes pilares:

- El establecer una dominancia cognitiva.
- Ejecutar un entrenamiento realista.
- Hacer la institución más dinámica y ágil.

En relación con la «teoría de la guerra justa»:

«Uno de los problemas a los que se enfrenta el ejército americano, es un desgaste en la confianza por parte de su sociedad civil, y una corrosión de la identidad de los soldados. Se deben buscar medios para superar la brecha de valores entre el Ejército y el pueblo estadounidense» (Coronel Vermeesch, 2013).

Una de las dimensiones sobre las que se asienta la moral, es que el soldado entienda justificadas las acciones que tiene encomendadas en el transcurso de una misión. Para

ello, resulta igualmente vital que tanto sus familiares como la sociedad en general a la que pertenece apoyen dicha acción. Sun Tzu, en el primer manuscrito acerca de la guerra, manifestaba: «[...] antes de ir a la guerra, un estado debe considerar la ley moral, lo cual hace que el pueblo esté de acuerdo completo con su gobernante para que le siga sin importar sus vidas, indistintamente del peligro».

La teoría de la guerra justa consta de tres juicios:

- *Jus ad bellum*. Cuán justo es ir a la guerra.
- *Jus in bello*. Cómo desenvolverse durante la guerra. Se basa en dos principios: distinción (entre civiles y otros no activamente involucrados en el combate, y combatientes), y proporcionalidad (utilizar el nivel de fuerza necesario y suficiente para cada acción).
- *Jus post bellum*. La justicia después de la guerra.

En ayuda a cómo actuar durante la misión (*jus in bello*), se encuentra el *Mission Command* (dentro del plan anterior de optimización de la dimensión humana), que tiene como objetivo instaurar una filosofía de mando en la misión que se asienta en seis principios perdurables: 1) permite formar unidades cohesionadas sustentadas en la mutua lealtad, 2) establece un marco intelectual común, 3) requiere la clara definición del propósito del mando, 4) permite la iniciativa siempre orientada a la misión, 5) emplea las órdenes tipo misión, y 6) se aceptan riesgos limitados.

Por tanto, se le debe otorgar el marco más específico posible a la unidad sobre cómo actuar. Posteriormente, los líderes (son claves en la conducta moral de una unidad) interpretarán y tomarán la iniciativa en cuanto a decisiones, para hacer más sencilla y ejecutiva las acciones de cada individuo.

Por último, señalar el estudio realizado en 2008 (Langkamer y Ervin), donde se analizaba cómo influye el clima psicológico en el compromiso organizacional y la moral, y todos ellos a su vez, en la intención por parte de los capitanes de abandonar el Ejército de EE. UU. Los resultados apoyaron que el compromiso afectivo (Meyer y Allen, 1991) y la moral, median entre el clima psicológico y la intención de abandonar. También, que las vivencias acumuladas con sus diferentes superiores influyen notablemente en su actitud en el desempeño de su labor en el Ejército e, igualmente, en su intención de abandonarlo.

c) En OTAN. Dentro de la sección Organización de Investigación y Tecnología (RTO) de la OTAN se destaca la influencia del mando en la salud psicológica de su unidad, durante lo que denominan el ciclo de la misión (incluyendo, por tanto, el periodo pre y postmisión), donde toma gran relevancia la labor del psicólogo como asesor al mando.

Se pretende que el mando sea consciente de su relevancia y que sea capaz de detectarla y poder actuar en consecuencia para un buen desarrollo de la misión.

Debe prever que la unidad se va a encontrar con una serie de problemas rutinarios del día a día, que conlleva toda misión: falta de privacidad, privación de muchos de sus hábitos, probable exposición a condiciones ambientales extremas y, por otra parte, situaciones puntuales altamente estresantes, como puede acontecer en caso de entrar en combate.

Durante la fase premisión. Para una mejor adaptación, es altamente recomendable recabar el máximo conocimiento posible del país y su cultura, incluso en los puestos que menos relación tendrían con el exterior y, de este modo, conseguir dos importantes objetivos:

- Mayor y más rápida adaptación de los soldados.
- Menor rechazo de la población civil.

Para lograr dichos objetivos, se sugiere la utilidad de conferencias por parte de personal de enlace, autóctono de la zona, durante la fase de concentración, que den información objetiva y desde el punto de vista del país al que se va a acudir.

El entrenamiento y preparación durante esta fase es crucial y debe ser lo más realista y dura posible, consiguiendo:

- Una mayor cohesión, primordial en aquellos grupos creados para esa misión y que, por tanto, no se conocían previamente.
- Adecuar las expectativas.
- Mejorar el afrontamiento en situaciones difíciles que se puedan producir.
- Mayor tolerancia al estrés.
- Sumando todo lo anterior, mejorar la moral de la unidad.

Respecto a las expectativas, hay que tener en cuenta no solo las de los soldados, sino las de la organización militar con ellos, lo que espera la sociedad de ellos y las propias que tienen los mandos de la misión. Aparte de las expectativas propias, se produce una serie de obligaciones, que son las expectativas que llegan del exterior de la unidad.

Se debe buscar el ajuste previo de estas expectativas y preparar al mando para cuando no se cumplan, intentar adaptarse y realizar los cambios oportunos posibles, durante el desarrollo de la misión (consultar capítulo 5).

Para ello, promover la comunicación y dar oportunidades para escuchar a los sujetos, creando un clima abierto y directo, evitando los rumores lo máximo posible.

Al igual que con el sujeto, se debe trabajar con sus familiares, desde esta fase igualmente, preparándoles para la separación y poniendo a su disposición los recursos que tendrán disponibles mientras el militar se encuentre fuera.

Durante la fase misión. Una vez en misión, en caso de no cumplirse las expectativas, siempre se tolerará mejor si hay confianza en el mando y si está justificado y explicado el motivo del no cumplimiento de esas expectativas.

Respecto a la salud psicológica en general y el estrés en particular, se debe preparar al soldado, igualmente, en la fase premisión durante los entrenamientos para las vivencias que va a tener, identificar el estrés y el modo de lidiar con él, desarrollando su resiliencia.

En paralelo a la preparación individual, se debe instruir a los mandos intermedios para una buena identificación de problemas de los soldados a su cargo, para una mejor interpretación de los sucesos, y realizar una intervención lo más acorde y rápida posible.

Otro concepto muy relevante y que promueve la cohesión es hacer partícipe y, de alguna manera, responsable, a unos compañeros de otros, y del total bienestar psicológico del grupo. El primer contacto, el primer apoyo psicológico informal siempre va a ser el compañero, la primera persona con la que un miembro puede comentar un suceso traumático ocurrido. Cuenta con una ventaja añadida, que va a ser una persona conocida y con la que el soldado siente una fuerte unión y complicidad al contemplarlo como un igual, no ya como rango, sino como compañero, que comparte funciones, valores y experiencias. Por tanto, el estrés de otro no se debe interpretar o definir como algo ajeno, sino que cada compañero debe asumirlo como parte de la realidad de su unidad, y, sobre todo, verse como parte de la solución, estando siempre predispuesto al apoyo.

Durante la fase postmisión. Se debe prestar igualmente atención a este último periodo, ya que el proceso no acaba el día que se abandona la zona de operaciones, buscando el mejor ajuste del soldado al regresar a casa, facilitándolo y haciendo un seguimiento oportuno tanto a él como a su núcleo familiar. De hecho, es un momento que puede ser delicado, ya que la familia ha tenido que desarrollar hábitos y vivir el día a día sin el

militar ausente; y este vuelve al entorno del que partió, pero después de haber pasado varios meses en la misión, que pueden haberle dejado una huella más o menos profunda. Por tanto, se les debe transmitir agradecimiento, igualmente a los familiares, hacerles conscientes de ese proceso y saber que cuentan con el apoyo psicológico en caso de que fuera demandado.

El psicólogo debe estar, desde el comienzo, integrado en todo este proceso como asesor del mando, haciéndole consciente y participe de todo lo comentado. De hecho, de este estudio realizado por la OTAN se desprende que lo más demandado por los mandos era un mayor conocimiento en salud psicológica y cómo tratar el estrés de las personas a su cargo.

Una alta moral es crítica para una buena salud psicológica y es, en sí misma, una forma de intervención primaria, que amortigua los casos de estrés y conflictos de una unidad. Por ese motivo, es importante tener una medida adecuada de la moral en la unidad, para que el mando pueda actuar en consecuencia.

En este estudio realizado por la OTAN se refiere que la investigación ha demostrado que una alta moral mejora el rendimiento y, por otro lado, reduce los incidentes relacionados con el estrés.

El mando puede percibir la moral de un modo informal (especialmente si ha creado un clima adecuado), escuchando al personal con el que se relaciona y lo reportado por sus mandos intermedios. Más fiable será esta información cuanto menos miedo a la represión tenga el interlocutor.

Para una medida formal de la moral en la OTAN se utilizan tanto las encuestas como los grupos de trabajo. Estos últimos, tienen la ventaja de poder conformarse con relativamente pocos miembros, pero eso mismo puede llevar a reducir su objetividad, siendo mayor su utilidad para abordar problemas específicos y sus posibles soluciones, que para una medida general de la unidad.

Igualmente, se pueden obtener algunos datos que pueden ser un buen termómetro de la moral de la unidad, como son: las faltas disciplinarias, accidentes y heridos, absentismo, número de bajas y de peticionarios de asistencia psicológica y temática de la misma.

Se admite la dificultad del constructo «moral» y el no haber dentro del entorno OTAN una definición unánime, pero se reconocen como factores a considerar en una encuesta de moral los siguientes: clima, cohesión, liderazgo, eficacia, estresores, sucesos de la misión y la salud psicológica.

A la hora de implementar una encuesta de moral, nos encontramos con dos grandes problemas que dañan la validez de la encuesta en este contexto: el no percibir total libertad para manifestar la opinión, teniendo miedo a una posible represión; y la idea de que la encuesta no sirve de nada y que el *feedback* recibido no producirá finalmente los cambios deseados.

Por tanto, el psicólogo, en estrecha colaboración con el mando, deberá crear las mejores condiciones posibles para la realización de la encuesta:

- Enfatizar y publicitar la importancia de la encuesta y sus resultados.
- Proporcionar las condiciones adecuadas para la realización de la misma.
- Eliminar cualquier duda sobre la total libertad de opinión en la realización de la encuesta y el anonimato de la misma, garantizándolo por parte del oficial psicólogo.
- Proporcionar *feedback* de los resultados a los participantes.
- Transmitir al mando la importancia de afrontar los cambios (objetivamente realizables) que se demanden en la encuesta.

Este último punto sería el más determinante a la hora de demostrar a los encuestados la utilidad de la misma. Habrá asuntos que el mando no podrá manejar, desde luego, de manera inmediata, como por ejemplo asuntos de salarios; pero, en cambio, sí podría cambiar la marca de café o aumentar el número de cintas para correr en el gimnasio en el corto o medio plazo. Incluso, en los casos en que no dé tiempo a disfrutarlo por parte del reemplazo actual, conocer que están ya solicitadas o que se han tomado medidas al respecto es ya, en sí mismo, muy útil y hará aumentar la satisfacción, la valoración del liderazgo y la moral.

Cuándo realizar la encuesta:

- Fase premisión. Al final de este periodo, justo antes de viajar a la zona de operaciones. De esta forma, pasado este periodo, se obtendrá valoración sobre esta fase de preparación y las expectativas respecto a la misión que se está apunto de encarar.
- Durante la misión. A los dos meses de estar en ZO. El personal ya está asentado y tiene las rutinas establecidas. Se obtiene un contraste de si se cumplen o no las expectativas que traían y valoración de la misión en esos momentos.
- Fase postmisión. A los dos meses del regreso, donde ya se ha superado la fase «luna de miel» y ha tenido que concurrir el acople del militar a su entorno familiar y sus rutinas en territorio nacional, y aún están suficientemente recientes las experiencias vividas durante la misión; se pasa a recoger valoración de ambos sucesos: la totalidad de la misión y el proceso de vuelta.

El afán de tomar y recabar muchos datos, en diferentes momentos temporales, contrasta con la realidad y el desgaste que conlleva, por eso se reitera la importancia de lo ya comentado sobre predisponer lo mejor posible a mandos y tropa para la realización de la misma.

5. Conclusiones

Se ha comenzado tratando la evolución de la psicología organizacional donde, con el transcurso de las décadas, se ha ido abriendo paso con mayor relevancia el papel del psicólogo. Se ha tratado el término clima laboral, tan usado y útil, como confuso en su definición.

En el área militar, destaca, al igual que en la organización en general, el esfuerzo que se está realizando por adaptar la institución al entorno cambiante del siglo XXI.

Y lo que es más relevante, se está derivando y ensalzando la importancia del componente cognitivo del soldado profesional, lo que nos da un peso específico en todas las medidas a tomar, para mejorar las capacidades de nuestros soldados.

Por tanto, en este siglo XXI, los psicólogos militares están dando un paso hacia delante, tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo, ya que se han multiplicado sus áreas y cometidos a desempeñar, añadiendo a las funciones clínicas, todas y cada una de las áreas que un psicólogo organizacional realiza en el ámbito civil, adaptando y sumando las tareas que la propia idiosincrasia del Ejército conlleva.

Repasando la literatura, tanto del clima como de la moral, se desprende la necesidad de realizar estudios longitudinales, ya que prácticamente no hay investigaciones que cuenten con ello y es una demanda que muchos autores reiteran en sus conclusiones. A pesar de las dificultades de la duración del estudio y del esfuerzo extra que requiere, es probable que merezca la pena al lograrse unos resultados más fiables y sólidos.

Para concluir, siendo plenamente constatable la relevancia del liderazgo en el clima organizacional en general y en la moral de los ejércitos en particular, señalar la que considero mayor síntesis sobre los cometidos a desempeñar por un buen líder, que fue enunciada por el rey Felipe VI en el discurso de la celebración de la Pascua Militar de 2015: «mandar es servir».

Referencias bibliográficas

- Adán, G. (2012). *La moral en combate*. Artículos de psicología militar. Disponible en: <http://docplayer.es/12563514-La-moral-en-combate-gonzalo-adan-1-articulos-de-psicologia-militar-la-moral-en-combate.html>.
- Ardila, R. (1968). Orígenes de la psicología industrial. *Revista de Psicología*, n.º 13, pp. 123-134.
- Bendix, R. y Fisher, L. H. (1949). The Perspectives of Elton Mayo. *The Review of Economics and Statistics*, 31, pp. 312-319. Disponible en: www.jstor.org [Agosto 2009].
- Brunet, L. (1987). *El clima de trabajo en las organizaciones. Definición, diagnóstico y consecuencias*. México, D.F., Trillas.
- Chiang, V. M. (2010). *Relaciones entre el clima organizacional y la satisfacción laboral*. Biblioteca Comillas. Economía, 2. Universidad Pontificia Comillas.
- Chiavenato, L. (2003). *Introducción a la Teoría General de la Administración*. Quinta Edición. Bogotá, Editorial McGraw-Hill Latinoamericana, S.A.
- Col. De Kruif, M. C. (2003). *Officership in the U.S. Army and the Royal Netherlands Army: A Comparison for Improvement*. USAWC Strategy Research Project. U. S. Army War College. Carlisle Barracks, Pennsylvania.
- Col. Wenzel, F. (2016). Cómo desarrollar líderes. *Military Review*. Enero-febrero 2016. Tomo 71, n.º 1.
- Corral S. y Pereña, J. (2003). *CLA: Cuestionario de Clima Laboral: manual*. TEA Ediciones S.A.
- Dávila, D., Escobar, A. M., Mulett, L. K. (2012). El clima organizacional en las empresas innovadoras del siglo XXI. Universidad Pontificia Bolivariana. *Revista Informes Psicológicos*. Vol. 12, n.º 2.
- Denison, D. (1996). What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. *Academy of Management Review*, n.º 3, pp. 619-654.
- Galarza, A. O. (2015). Problemas teóricos del clima organizacional: un estado de la cuestión. Universidad César Vallejo. *Revista de psicología*, 12 (1), pp. 347-362.
- García García, I. (2006). *La formación del clima psicológico y su relación con los estilos de liderazgo*. [Tesis doctoral presentada en el Programa de Doctorado Psicología Social: Aplicaciones y Métodos]. Universidad de Granada.
- García Montaña, J. M. y Núñez Amador, M. A. (2012). Modelo operativo de potencial psicológico de combate. ¿Puede ser de utilidad en el análisis de un conflicto asimétrico? En: Donoso, D. (coord.). (2010). *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Ministerio de Defensa.
- Gerras, S., Wong, L. y Allen, C. (2008). *Organizational Culture: Applying a Hybrid Model to the U.S. Army*. U. S. Army War College. Carlisle, Pennsylvania, 31.
- González, L. y De Elena, J. (1999). Medida de la implicación en el trabajo: propiedades psicométricas y estructura factorial del cuestionario Job Involvement. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15 (1).
- Isaacs, D., Bobat, S. y Bradbury, J. (2004). *An Introduction to Organizational Psychology: Psychology, Work and Organizations*. UKZN, Department of Psychology.

- Josep Ll. M. y Albert, S. (1999). La medida del clima de seguridad y salud laboral. Universidad de Valencia. *Revista Anales de Psicología*, Vol. 15, n.º 2, pp. 269-289.
- Krumm, D. (2001). *Psychology at Work: An Introduction to Industrial/Organizational Psychology*. USA, Worth Publishers.
- Landy, F. J. (1997). Early Influences on the Development of Industrial and Organizational Psychology. *Journal of Applied Psychology*, 82, pp. 467-477.
- Langkamer K. L. y Ervin. K. S. (2008). Psychological Climate, Organizational Commitment and Morale: Implications for Army Captains' Career Intent. *Military Psychology*, 20, pp. 219-236.
- López-Araújo, B., Osca Segovia, A. y Peiró, J. M. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. UNED. *Psicothema*. Vol. 19, n.º 1, pp. 81-87.
- Michael, A.A. (1991). Leader Development, direction for the future. *Military Review* (May). Vol. XXI, n.º 5.
- Muchinsky, P. M. (2006). *Psychology applied to work: an introduction to industrial and organizational psychology*. Belmont, Calif, Thompson Wadsworth.
- Olaz, A. (2012). Propuesta de un modelo de medición multivariable del clima laboral en organizaciones complejas. Un enfoque metodológico. Lan Harremanak. *Revista de Relaciones Laborales* (23).
- Olivares Farías, R. (2013). La Cultura Organizacional. Un Activo Clave para la Supervivencia de la Empresa: Los Casos de CEMEX, 3M, Google y Costco. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 8 (3), pp. 72-91. Octubre 2013. Disponible en: [http://spentamexico.org/v8-n3/A7.8\(3\)72-91.pdf](http://spentamexico.org/v8-n3/A7.8(3)72-91.pdf)
- Peiró, J. M. (1995). *Psicología de la organización*. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Peiró, J. M. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Revista Papeles del psicólogo*. Vol. 29 (1), pp. 68-82.
- Rodríguez Fernández, A. (2004). *Psicología de las organizaciones*. Editorial UOC.
- RTO. (2008). TR-HFM-081, de abril, Anexo G, serie de lecturas. *Apoyo Psicológico a través del ciclo de la misión*.
- Sandoval Caraveo, M. C. (2004). *Concepto y dimensiones del clima organizacional*. Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/hitos/article/view/4402>
- Schneider, B. (1990). *Organizational climate and culture*. Pfeiffer.
- . (2000). The psychological life of organizations. En: N. M. Ashkanasy, C. P. M. Wilderom y M. F. Peterson (eds.). *Handbook of organizational culture y climate*, pp. 17-21. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Schein, E. H. (1982). *Psicología de la organización*. Prentice Hall, 3.ª edición.
- . (1988). *La cultura empresarial y liderazgo*. Barcelona, Edita Plaza & Janes.
- TCol. Dieguez, F.J. (2015). Mando tipo misión. El largo camino por recorrer. *Military Review*. Septiembre-octubre. Tomo 70, n.º 5.
- Tordera, N., Peiró, J.M., Ramos, J. y González-Romá, V. (2007). La calidad del intercambio líder-miembro (LMX) y el clima psicológico: Un análisis longitudinal de sus relaciones recíprocas. *Revista Psicología*, 21 (1), pp. 59-81.
- Urdaneta, O. (2005). *Psicología Organizacional: aplicada a la gestión del capital humano*. Bogotá, 3R Editores.
- U. S. Army Combined Arms Center. (2021). The US Army Human Dimension Concept. U. S. Government Printing Office, Fort Eustis, VA, May 21. *The Human Dimension White Paper*. Disponible

en: <http://usacac.army.mil/sites/default/files/documents/cact/HumanDimensionWhitePaper.pdf>

U. S. Army, Army Leader Development Strategy (ALDS). (2013). Washington DC, Department of the Army.

Vega D. et al. (2006). *Panorama sobre los Estudios de Clima Organizacional en Bogota, D.C. (1994-2005)*.

Williams, E. G. (2002). The importance of morale in the modern New Zealand Army. Disponible en: <https://apps.dtic.mil/sti/tr/pdf/ADA407870.pdf>

Wilson, J. S. (2011). Liderazgo Transformacional: La visión del Ejército de William DePuy. *Military Review*, 67. Noviembre-diciembre.

Capítulo 14

Control emocional

Teniente coronel Daniel Donoso Rodríguez

«Si no controlas tus habilidades emocionales, si no tienes consciencia de ti mismo, si no eres capaz de controlar tus emociones estresantes, si no puedes tener empatía y relaciones efectivas, entonces no importa lo inteligente que seas, no vas a llegar muy lejos». Daniel Goleman

1. Emoción

Según la RAE entendemos por emoción la «alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática». La emoción juega un papel fundamental en la salud de las personas, estando en la base de numerosos trastornos mentales y de adaptación.

El estudio de la emoción debe contemplar la estrecha interacción entre la dimensión afectiva y cognitiva. La emoción implica el sentimiento, la dimensión fisiológica y la expresiva o motora, así como la cognitiva. El fin último de la emoción se relaciona con la movilización general del organismo, para enfrentarse a una situación más o menos amenazante o desafiante.

Como precursor en el estudio de la emoción encontramos a James (1884), quien consideraba especialmente el aspecto «sentimiento», ignorando otros como la valoración (subjetiva), tan relevante en el resultado. Formuló la Teoría periférica de la emoción (o Teoría de James-Lange), según la cual la emoción es la percepción de la activación fisiológica (cambios corporales) o, dicho de otro modo, una serie de estímulos del entorno provocan cambios en el organismo, que son identificados como pertenecientes a una emoción y, por último, se produce la emoción propiamente dicha. Las carencias del modelo fueron, en parte, solventadas por Schachter (1964), quien manifestaba que se requiere de alguna forma de cognición que interprete los cambios fisiológicos; y por Lazarus (1984), para quien el primer paso en la secuencia emocional es la valoración previa y cognitiva de la situación. Las modernas teorías de la emoción ponen el énfasis sobre el estado afectivo previo del sujeto. La emoción es un proceso básico, con características dinámicas y funciones adaptativas, con una importancia fundamental en el estudio del comportamiento humano, tanto tiempo relegada a favor del aspecto racional o cognitivo de la persona.

A nivel fisiológico conviene recordar los trabajos de McLean (1949), quien identificaba tres áreas filogenéticas cerebrales: cerebro reptiliano (supervivencia, conducta instintiva automática), cerebro mamífero (sistema límbico, conducta de conservación) y cerebro neocortex (capacidad racional y verbal). Lane (2000) retomó estos trabajos, señalando cinco capas cerebrales, de inferior a superior: troncoencéfalo, diencefalo, sistema límbico, sistema paralímbico y corteza prefrontal. Todas estas capas participan del control de la emoción, si bien, varían según el grado de consciencia al respecto (Palmero, 1997). La respuesta emocional se localiza en el sistema límbico principalmente (hipocampo, circunvalación del cuerpo calloso, tálamo anterior y amígdala), siendo la amígdala la mayor responsable de la gestión emocional.

2. Tipos de emoción

Existe abundancia en las clasificaciones sobre emoción. Entre las más populares se encuentran aquellas que distinguen entre emociones primarias (las que son provocadas como respuesta a un evento) y secundarias (las que proceden de otras emociones, concretamente de las primarias). Según James, las primarias son el amor, el miedo, el duelo y la ira; según Plutchik (1980) serían el miedo, la rabia, la tristeza, la sorpresa, la aceptación y la alegría. Otro autor relevante en este campo es Ekman (2012), quien señala seis emociones básicas: rabia, repugnancia, miedo, alegría, tristeza y sorpresa. Estas emociones poseen un gran valor para la supervivencia de las personas, son intensas y breves y, además, se acompañan de manifestaciones fisiológicas importantes (por ejemplo, expresión facial). Lo interesante de este acercamiento reside en la universalidad de las emociones, es decir, existen independientemente de la cultura del sujeto (todos los seres humanos experimentamos las mismas emociones); y poseen una expresión facial y corporal común y única, característica para cada una de ellas.

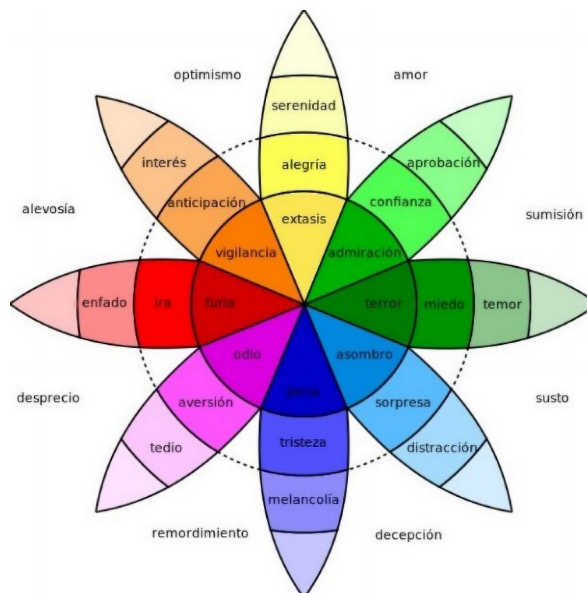


Gráfico 15. Rueda de las emociones. Plutchik, 1980

Otra diferenciación interesante proviene de Seligman (2009), quien habla de emociones positivas y negativas. Las primeras (alegría, orgullo, satisfacción, esperanza) serían aquellas que nos proporcionan bienestar y poseen un valor adaptativo importante. Las segundas (ira, asco, tristeza, miedo) provocan malestar en el individuo y reducen el rango de respuestas del sujeto, aunque poseen un indudable valor en la supervivencia inmediata. Según Fredrickson (2003), las emociones positivas amplían los repertorios de acción, respuesta y pensamiento de las personas, siendo una reserva para los momentos difíciles, además de ser placenteras en el corto plazo. Favorecen la creatividad (Lyubomirsky *et al.*, 2005), el aumento de las capacidades físicas, psicológicas y sociales, mejoran la salud (Ostir *et al.*, 2000) y proporcionan un mejor nivel de bienestar subjetivo (Diener *et al.*, 1991). Siguiendo a Seligman (Vecina, 2006), distinguimos dentro de las emociones positivas aquellas que se centran en el pasado (satisfacción, complacencia, orgullo), las que se ubican en el presente (alegría, tranquilidad, entusiasmo, placer, elevación) y las que se centran en el futuro (esperanza, fe, constancia).

Del mismo modo, las personas que experimentan más emociones positivas disponen de una mejor capacidad de afrontamiento frente a la adversidad y, por tanto, mayor nivel de resiliencia (Lazarus, 1993).

Las mencionadas emociones positivas contribuyen a la consolidación del carácter optimista, con sus consecuentes beneficios, tal y como ya se ha descrito. Dicho optimismo puede aprenderse y practicarse, a pesar de venir marcado por la herencia en buena medida, y contribuye de forma importante a la consecución de la felicidad. Algunas recomendaciones en la práctica del optimismo serían (Avia y Vázquez, 1998):

- Fijarse metas alcanzables y con sentido. «Toda felicidad surge del impulso y deseo natural de las cosas posibles» (Bertrand Russell). Las personas más extrovertidas desean más la relación interpersonal así como un tono de ánimo positivo. Los neuróticos desean estabilidad emocional (lo que les falta), y los depresivos, a menudo, tienen aspiraciones inalcanzables. Por tanto, resulta deseable contar con metas realistas para incrementar la sensación de control y el sentido que las cosas tienen para el sujeto.
- Abrirse al exterior. La excesiva atención sobre uno mismo (autofoco), en especial sobre los aspectos negativos, se relaciona con una pobre salud y bienestar. Si nos centramos sobre los problemas (más allá de su estudio para abordarlos), estos tienden a engrandecerse. Al contrario, si nos centramos en tareas que tengan sentido y significado para nosotros, conseguiremos un estado placentero y una recompensa en forma de felicidad. «Cesa de jugar con tu pena, que semejante a un buitres, te devora la existencia. Hasta la peor compañía te hace comprender que eres un hombre entre los hombres» (Mefistófeles).
- Satisfacer las necesidades biológicas. Resulta recomendable un cierto nivel de satisfacción y confort a nivel físico, mediante un adecuado equilibrio entre la vida intelectual y corpórea.
- Aceptarse uno como es. Una visión realista de uno mismo, con sus fortalezas y debilidades, aporta el equilibrio preciso para un carácter optimista. Es un modo de contrarrestar la envidia.
- Atreverse, ser valiente. Spinoza decía que la libertad consiste en guiarse por las propias leyes, no por las de los demás. Es un modo de contrarrestar el miedo.
- Perfeccionar la capacidad de goce. A menudo, son las pequeñas cosas de la vida las que más satisfacción reportan: la contemplación de la belleza (una flor, un amanecer, una conversación) y su observación al detalle, recreándose en sus maravillas y potenciando la curiosidad intelectual.
- Potenciar el sentido del humor. El humor consiste en un punto de vista divergente y distinto de lo establecido, lo cual ayuda a aportar novedades y a relajar tensiones, a menudo, en forma de juego. Resulta un recurso extraordinario para las situaciones difíciles de la vida. El sentido del humor comienza por uno mismo e implica cierta humildad.
- Favorecer el amor. El lado cooperativo y altruista del ser humano debe manifestarse con tanta frecuencia como sea posible (en contraposición con la visión competitiva). Entendemos amor en el amplio sentido de la palabra, que incluye afecto y cordialidad, y está presente en las manifestaciones del ser humano como ser social. Es un modo de contrarrestar la tristeza y la soledad.

3. Investigaciones

Existe relación entre la estabilidad emocional y el bienestar psicológico (Bermúdez *et al.*, 2003), entendiendo este último como satisfacción personal, social y laboral. Es

relevante el concepto de inteligencia emocional o «conjunto de habilidades que incluyen el autocontrol, entusiasmo y persistencia, y la habilidad para motivarse a uno mismo [...], controlar los impulsos y retrasar la gratificación, para regular los estados de ánimo de uno y no dejar que la aflicción inunde la habilidad para pensar, empatizar y esperar» (Goleman, 1995). Así pues, la inteligencia emocional posee gran importancia en cuanto a adaptación al medio, control del estrés, satisfacción con la vida (Dawda y Hart, 2000), éxito (Chico, 1999) y calidad de las relaciones sociales. Podemos señalar siete elementos en la inteligencia emocional (Dulewicz y Higgs, 1999), a saber: autoconciencia, control emocional, automotivación, empatía, manejo de las relaciones, comunicaciones interpersonales y estilo personal.

Las personas con mayor control emocional perciben que poseen mayor control sobre su entorno (sobre lo que les ocurre), mayor autoestima, mayor capacidad para demorar las gratificaciones, mayor nivel de responsabilidad y planificación, mayor tolerancia a la frustración (sobreponerse a circunstancias negativas), mayor flexibilidad y tolerancia y menos creencias irracionales.

Existe relación positiva entre la calidad de las relaciones afectivas con la empatía y el control emocional (Schutte *et al.*, 2001). Las personas que saben percibir, identificar y expresar emociones disfrutan de relaciones de pareja más felices (Fitness, 2000). En el ámbito laboral, existe interrelación entre la motivación frente a la frustración, el control de impulsos, la empatía y el control emocional (Johnson e Indvick, 1999). La capacidad para demorar la gratificación conlleva mayor satisfacción en la vida laboral, con una asunción mayor de responsabilidad y una mejor planificación de las tareas (Bermúdez *et al.*, 2003). La estabilidad emocional se compone de control conductual y emocional. Los sujetos estables aceptan mejor las críticas y se reponen antes de las dificultades, además de poseer menos ideas irracionales (son más realistas, tolerantes y flexibles).

Partiendo de la base de una relación entre salud (concepto amplio, no solo como ausencia de enfermedad, sino como el conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales que proporcionan bienestar) y *locus of control* interno (Wallston, 1992), es decir, personas que se sienten responsables de su propio cuidado y hábitos, el autor llega a formular otro concepto: «competencia personal percibida» o «control percibido». Este concepto, en relación con la salud, implica que la persona considera que su salud es importante, también que cree que puede influir positivamente sobre ella y, por último, que es capaz de realizar esas conductas (autoeficacia). En relación con el control, podemos diferenciar dos tipos:

- Control objetivo. Influencia real sobre los acontecimientos. Su ausencia provoca indefensión aprendida.
- Control percibido. Creencia de la persona sobre su capacidad de control. No siempre coincide con el anterior. Se ha comprobado que las personas con depresión poseen una percepción de control más realista que las personas adaptadas (deformado en positivo). Resulta beneficioso en problemas graves, no tanto en leves (cuando se dedican muchos recursos a algo sin importancia).

El modo de ejercer tal control pasa por lo cognitivo (creencias generales) y por la experiencia (práctica), lo cual redundará en unas expectativas optimistas de autoeficacia frente a situaciones difíciles (Fernández Castro y Edo, 1994).

Parece ser que se corrobora la relación entre control emocional y la edad de los sujetos. En una investigación (Márquez-González *et al.*, 2008) realizada a tal efecto se demuestra que las personas de más edad presentan, además de un menor nivel de satisfacción con la vida, una menor intensidad emocional positiva y un mayor control emocional (madurez y supresión), con la consecuencia lógica sobre el bienestar subjetivo y la salud física (Gross y John, 2003). Entre las posibles causas de tal control asociado al envejecimiento,

encontramos una menor reactividad cardiaca, una menor frecuencia de acontecimientos negativos y menor intensidad de la experiencia emocional, mayores sesgos hacia la experiencia emocional gratificante y un mayor control, asociado a la madurez y estabilidad (Lawton *et al.*, 1992). Las estrategias asociadas al envejecimiento residen, principalmente, en la selección preventiva de las situaciones desagradables a las que se exponen.

Existe una investigación que considera la tipología de personalidad *Tipo C*, es decir, sujetos que presentan un estilo comportamental «sumamente cooperativo, pasivo, evitador de conflictos, supresor de emociones tales como la ira o la ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión» (Eysenck, 1994). Algunos autores (Watson y Greer, 1983) ponen el énfasis en el control emocional, entendiendo este como la supresión de emociones. Miden esta característica con la CECS-Escala Courtauld de control emocional (grado en que los individuos controlan su enfado, preocupación y tristeza). Posteriormente, Bleiker *et al.* (1993), además del control, tuvieron en cuenta la represión y expresión mediante su escala de racionalidad y antiemocionalidad, con tres factores: racionalidad, emocionalidad y comprensión. Más recientemente (López *et al.*, 1998), extraen cinco factores o componentes clave del *Tipo C* de personalidad, que son control o defensividad emocional, racionalidad, represión emocional, necesidad de armonía y comprensión.

La dificultad en la investigación reside en el carácter multifactorial del propio concepto de control emocional. Como curiosidad, a raíz de estas investigaciones, otros autores (López *et al.*, 2001) han tratado de relacionar este *Tipo C* de personalidad con enfermedades, tales como el cáncer: el *Tipo C* es un estilo comportamental que se caracteriza por la supresión de emociones (inhibición y control emocional) ante situaciones estresantes y que se relaciona con la aparición de cáncer. Para ello, usaron la CECS adaptada al castellano y encontraron como resultado que los pacientes con cáncer realizaban un mayor control sobre sus emociones (enfado, preocupación y tristeza) y una mayor represión sobre la tristeza, que los sujetos sanos.

4. Control emocional

Thompson (1994) define la regulación emocional como el «proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta».

El punto de partida se sitúa en la triple composición del análisis psicológico, es decir, los componentes cognitivo, fisiológico y conductual de la emoción. Esta distinción es a efectos puramente académicos, ya que resulta imposible separar, en la realidad, un componente de otro, al estar íntimamente unidos en el sujeto. Por ejemplo, puedo tener un pensamiento aterrador para mí (como la imagen de una serpiente), que provoca una serie de cambios fisiológicos (sudoración, palpitaciones, dilatación pupilar, etc.), lo que a su vez va unido a un determinado comportamiento (huida).

Todas las técnicas de control emocional se basan en este sistema triple de respuesta, de modo que actuando sobre uno de ellos, ineludiblemente, actuamos sobre el resto. Por ejemplo, si controlo mi respuesta fisiológica mediante relajación muscular, mis constantes físicas se normalizan y provoca la desaparición de mi pensamiento amenazante (imagen), del mismo modo que elimina mi respuesta de huida. Esta interacción se produce en cualquier combinación posible: tanto si actúo sobre el pensamiento, sobre el comportamiento o sobre las reacciones físicas del cuerpo. El principio que subyace es el de la coherencia, en

situaciones normales: a un pensamiento agradable le acompaña una sensación agradable (emoción) y una conducta agradable (comportamiento).

Otro de los factores básicos para el control emocional reside en la limitada capacidad de atención del sujeto. Poseemos una habilidad extraordinaria y sumamente adaptativa para percibir la realidad que nos circunda y que nos afecta, en positivo o en negativo. Ahora bien, la mayor parte de la información disponible en el entorno nos pasa desapercibida (a nivel inconsciente) y focalizamos la atención en aquellos aspectos más relevantes para nosotros (por ejemplo, una amenaza o riesgo). Podemos atender conscientemente a un número limitado de estímulos a la vez. Las técnicas de control emocional utilizan esta limitación: si focalizo mi atención consciente en un aspecto concreto de la realidad (por ejemplo, en mi respiración), dejaré de atender a otros aspectos (por ejemplo, en mi elevada tasa cardíaca).

Así pues, podemos clasificar las distintas técnicas de control emocional basándonos en los tres sistemas de respuesta mencionados previamente.



Gráfico 16. Técnicas de control emocional. Elaboración propia

4.1. Técnicas de control fisiológico

4.1.1. Respiración profunda

La respiración es un proceso básico en los seres vivos, mediante el cual obtenemos el oxígeno necesario. Se trata, por lo general, de un proceso inconsciente controlado por el sistema nervioso autónomo o vegetativo del organismo. El sistema respiratorio humano se compone, además de los pulmones, de boca, fosas nasales, laringe y faringe, y bronquios. El proceso completo de respiración consta de una serie de pasos: inspiración o inhalación, espiración o exhalación, hematosis o intercambio gaseoso alveolar, transporte de oxígeno a las células y respiración celular. En la inspiración interviene el diafragma y el

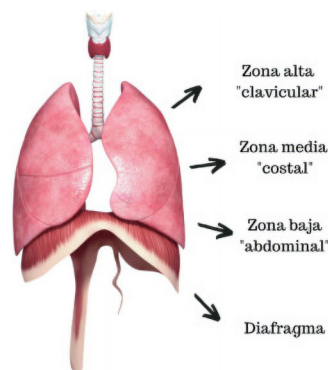


Gráfico 17. Zonas pulmonares

ensanchamiento del tórax gracias a los músculos (intercostales, serratos y escalenos). El diafragma es un tejido músculo-tendinoso que separa la cavidad torácica de la abdominal, con una parte cóncava y otra convexa. Conviene realizar las inspiraciones por la nariz, debido a que la membrana mucosa calienta y humedece el aire y, además, filtra y retiene las pequeñas partículas en suspensión.

En condiciones normales, respiramos de un modo automático, intercambiando oxígeno por CO₂. Sin embargo, a veces, se produce una hiperventilación, cuando respiramos muy rápido y de modo superficial o de forma excesivamente profunda. En estos casos, observamos una serie de reacciones desagradables en el cuerpo (mareo, flojera, palpitaciones, ahogo). Por el contrario, la hipoventilación (respiración muy superficial) implica que la cantidad de oxígeno que llega a los pulmones es escasa, con lo que la sangre no se oxigena ni purifica convenientemente, provocando ansiedad y fatiga.

Podemos comenzar por un ejercicio de observación de la respiración (dos o tres minutos), tumbados o sentados de un modo cómodo:

«Dirige la atención a la respiración. Pon la mano derecha en el plexo solar y la izquierda en la parte frontal del pecho, debajo de la clavícula. Observa lo que ocurre debajo de tus manos al respirar: cuando entra el aire, nota la expansión de tu cuerpo, primero el abdomen (se eleva la mano derecha), y después el pecho (se eleva la mano izquierda)».

La respiración profunda, también conocida como diafragmática o abdominal, consiste en respirar de un modo controlado (consciente), lento (12-16 veces por minuto), usando el diafragma (no solo el tórax). Con la respiración lenta también desciende el ritmo cardiaco y la tensión sanguínea y muscular. Al ser diafragmática, la cantidad de aire inspirado es mayor, ya que el volumen disponible en el cuerpo también lo es, por ello esta respiración es mucho más eficaz. La inspiración no debe ser tampoco demasiado profunda. Debido al aumento de volumen observamos cómo el vientre se abomba y sobresale con cada inspiración.

Diferencias entre la respiración torácica y diafragmática	
Torácica	Diafragmática
<ul style="list-style-type: none"> — Se observa la expansión de la caja torácica seguida por una elevación de las clavículas en la inspiración. — Es más superficial. — Solo se utiliza la parte superior de los pulmones. — Requiere mayor esfuerzo muscular. — Requiere incrementar el ritmo respiratorio para aportar el oxígeno necesario. — Está relacionada con (y puede estimular) una respuesta simpática. 	<ul style="list-style-type: none"> — Se observa una expansión hacia fuera de la cavidad abdominal. — Es más profunda. — Se utiliza toda la capacidad pulmonar, incluyendo el tercio inferior, donde hay mayor número de vasos sanguíneos por los que incorporar el oxígeno al cuerpo. — Requiere un esfuerzo muscular mínimo. — Requiere respirar un menor número de veces para aportar el oxígeno necesario. — Está relacionada con (y puede estimular) una respuesta parasimpática.

Tabla 28. Técnicas de relajación y respiración. Obtenido de Vázquez (2001).

Procedimiento:

- Sentado, con una mano sobre el abdomen y el dedo meñique en el ombligo. Note con cada inspiración cómo aumenta de volumen el abdomen. Puede servir intentar presionar el cinturón con el abdomen. Si al principio cuesta concentrarse, se puede tumbar o reclinar.

- Inspire por la nariz, de modo lento (tres segundos en cada inspiración). Pausa. Suelte el aire lentamente (por la nariz o por la boca).
- Repítase mentalmente la palabra «relax» o «calma».

Este procedimiento debemos ponerlo en práctica cuando notemos que la ansiedad comienza a aumentar (modo preventivo) o para conseguir una adecuada relajación en una situación controlada. Si, por el contrario, nos encontramos ante una situación en la cual la ansiedad ya se ha disparado, puede resultar útil una variedad de respiración conocida como respiración profunda con retención de aire. Se trata de una modalidad bastante más lenta que la anterior (tres veces por minuto), más profunda, en la cual, tras la inspiración, retenemos el aire dentro por unos segundos. No es recomendable prolongar mucho esta modalidad, ya que puede conducir a la hiperventilación.

Una variante de respiración podría ser combinándola con técnicas de imaginación (visualización) o de autoinstrucciones: «Con cada expiración imagina como se van y desaparecen todas las tensiones. Con cada inspiración imagina como te vas llenando de paz y tranquilidad». «Justo antes de inspirar, piensa en la palabra "inspiro"». Justo antes de expirar, piensa en la frase «me relajo». Las palabras o frases se adecúan a lo que más te guste: «relax», «tranquilidad», «paz», «feliz».

4.1.2. Relajación muscular

Entre las diferentes variedades de relajación muscular abordaremos la llamada *progresiva* o de Jacobson, con una clara orientación fisiológica.

«Jacobson [...] descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La culminación de los estudios fue la Relajación Progresiva (1938), una descripción teórica de su teoría y procedimientos [...]. Desde 1962, el procedimiento básico de relajación incluyó quince grupos de músculos. Cada grupo era tratado en sesiones que iban de una a nueve hora diarias, antes de continuar con el grupo siguiente, con un total de 56 sesiones de entrenamiento sistemático» (Bernstein y Borkovec, 1983).

Como puede observarse, la duración de la técnica de Jacobson resulta excesiva, motivo por el cual Wolpe la redujo a seis sesiones de veinte minutos. Posteriormente, otros autores han reducido aún más esta duración, llegando a aplicaciones de diez minutos, una vez conseguido un entrenamiento mínimo. Existen varias posibilidades en el procedimiento, desde grabaciones con las instrucciones a seguir, hasta autoinstrucciones del propio sujeto, pasando por un monitor que proporcione las pautas.

Algunas recomendaciones previas a la aplicación de la técnica (Carnwath y Miller, 1989) serían:

- Considerar que se está aprendiendo una nueva habilidad.
- Es posible experimentar algunas *sensaciones extrañas*, como hormigueo o ligereza.
- Conviene dejarse llevar sin miedo.
- La aparición de beneficios puede llevar su tiempo.

La postura ha de ser cómoda, tumbado o sentado, como se prefiera. Respecto al procedimiento a seguir en esta técnica, se recomienda ir por grupos musculares diferenciados,

progresivamente, tal y como se indica en el gráfico 18. Podemos comenzar por el grupo O (cara), después el grupo N (cuello y hombros), grupo T (pecho y vientre), grupo M (manos y brazos) y grupo P (piernas). Haciendo énfasis esencial en el entrecejo y hombros, ya que son zonas que acumulan mayor tensión. Existen grabaciones en audio con distintas duraciones del programa (abreviado, reducido y largo).

Antes de comenzar, conviene realizar ejercicios de respiración. Las instrucciones serán: 1.º Tense los músculos lo más que pueda. 2.º Note la sensación de tensión. 3.º Relaje esos músculos. 4.º Sienta la agradable sensación que se percibe al relajar esos músculos. Los ejercicios pueden acompañarse con autoinstrucciones del tipo «me siento relajado» o «tengo control sobre mí».

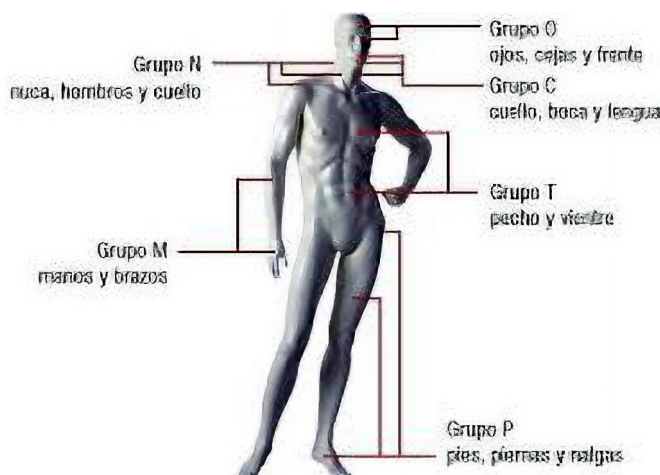


Gráfico 18. Zonas musculares

4.1.3. Visualización

La técnica de visualización consiste en recrear en la imaginación situaciones, sensaciones, percepciones y pensamientos. Siguiendo con el principio de coherencia que hemos explicado anteriormente, si imagino situaciones negativas, la emoción, pensamiento y conducta que se asociarán serán del mismo signo. Por tanto, la utilidad de la técnica se asocia con visualizaciones positivas, persiguiendo alcanzar un estado de relajación y paz interior.

El precursor de la visualización fue Emile Coué (psicólogo y farmacólogo francés), quien puso el acento sobre la autopersuasión y autosugestión, de modo que repitiendo imágenes o frases en nuestra mente conseguimos un efecto asociado y permanente.

El estrés puede alterar algunos parámetros del funcionamiento inmunológico, ya que las variables psicosociales pueden modificar la función inmunológica. La evidencia científica se centra en el campo del estrés psicosocial, en concreto la influencia de los estados emocionales negativos (como la depresión) que actúan como elementos moduladores del sistema inmune.

La visualización, a pesar de su nombre, no implica solo recrear imágenes en la mente, sino que se amplía a todo tipo de percepciones. Cuantas más podamos recrear y con más detalle, mejores efectos conseguiremos. Podemos recordar casi a la perfección una melodía en nuestra imaginación, un sonido familiar, un sabor característico, un tacto determinado o un olor concreto. La experiencia de visualizar se potencia si introducimos diversas experiencias sensoriales. Del mismo modo, podemos recrear una situación con más o menos detalle. Puedo imaginar un paraje conocido, por ejemplo, una playa, de un modo general, como observándola desde arriba. Pero también, puedo centrarme en los detalles,

acercándome hasta el agua, metiéndome en ella, sintiendo su frescor, concentrándome en oír el murmullo de las olas, aspirando el aroma a sal del ambiente o concentrándome en los colores y brillos del agua. Cuantos más detalles y más sentidos intervengan en la experiencia, mejor y más eficaz será el resultado.

La experiencia guiada comienza por ejercicios de respiración, continúa con imágenes que buscan la relajación muscular. Se combina con imágenes de la naturaleza (lago, riachuelo, brisa...) tratando de generar un estado de relax general. Una de las experiencias guiadas es la conocida como el «sendero de la montaña» (ver Anexo I).

4.1.4. Entrenamiento autógeno o autohipnosis

Schultz (1969), en la primera mitad del sigl XX, elaboró los principios del entrenamiento autógeno, con base en el uso de la hipnosis. En 1926, comunicó a la Asociación Médica de Berlín los primeros resultados obtenidos con su *método de autohipnosis*. El término *entrenamiento autógeno* procede del griego «autos» (sí mismo) y «gen» (devenir), y podría traducirse como: «una ejercitación o entrenamiento, desarrollado a partir del propio *sí mismo* del sujeto y que configura a dicho *sí mismo*». Según el propio Schultz:

«El principio sobre el que se fundamenta el método consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos».

En esencia, este entrenamiento se basa en la concentración sobre sensaciones físicas del organismo. Hunde sus raíces en la tradición budista con técnicas como la meditación o el yoga, siendo Schultz uno de los pioneros en formular técnicas de autoayuda. Posteriormente se han desarrollado versiones adaptadas de entrenamiento autógeno, más breves (Huber, 1980), con un mismo patrón consistente en el uso de imágenes referidas directamente a las funciones del sistema nervioso vegetativo. Se concibe a la persona como una unidad, de modo que cuerpo y mente no pueden entenderse de forma separada. «Estas imágenes se concentran en fórmulas, según determinados elementos básicos de eficacia sugestiva y

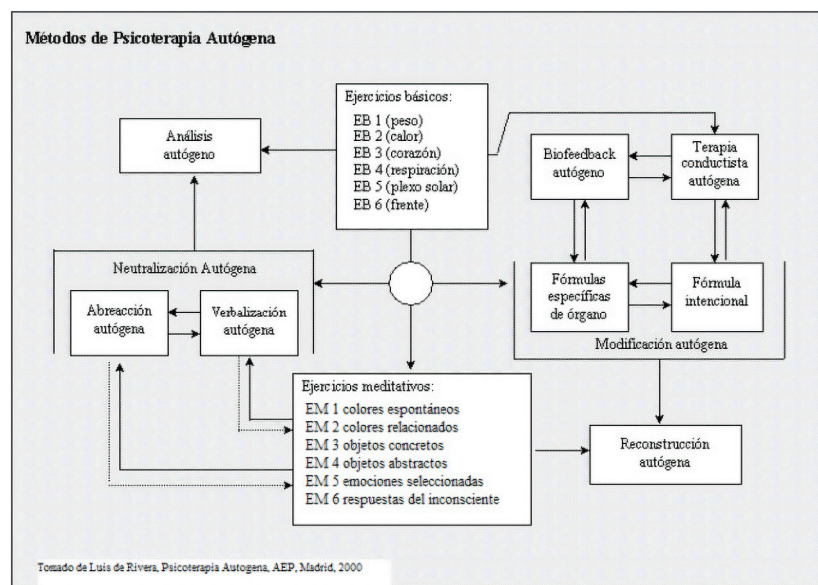


Gráfico 19. Psicoterapia autógena

se aplican a regiones orgánicas particularmente accesibles, subjetiva y cognoscitivamente: el estómago, la respiración, el corazón, la sensación de su cuerpo (cabeza)» (Huber, 1980).

Existen estudios que demuestran los beneficios del entrenamiento autógeno tras situaciones de estrés puntual (Reigal y Videra, 2011) con una mejoría importante en la vuelta al equilibrio, incluso en situaciones en las que es necesario un alto nivel atencional tras un ejercicio físico intenso.

Tal y como se resume en el gráfico 19, los ejercicios más conocidos son: ejercicio de pesadez, de calor, de pulsación, respiratorio, de regulación abdominal y de la cabeza.

Entre los beneficios de esta técnica encontramos la mejoría de la circulación sanguínea cerebral, la relajación muscular, el descenso de la actividad metabólica de oxígeno, la vasodilatación, la disminución de la frecuencia respiratoria y de la tensión arterial y el descenso de cortisol en sangre (Cautela y Groden, 1985; García-Trujillo y González de Rivera, 1992).

Acerca de las recomendaciones previas para la práctica de esta técnica, cabe señalar que el lugar debe ser tranquilo, sin ruidos o distracciones, con unas condiciones de confort adecuadas (temperatura, iluminación). Respecto a la posición a adoptar, podemos usar varias, a gusto del sujeto: tendido con las extremidades algo separadas del cuerpo; sentado cómodamente en un sillón, con la nuca y los pies apoyados; o sentados en un taburete sin respaldo (posición de cochero). De igual forma, resulta recomendable, al inicio de la técnica, repetir ciertas fórmulas verbales, tales como «me encuentro relajado» o «me siento bien y tranquilo», concentrándose y dándoles sentido. Conviene darse tiempo para apreciar los beneficios conseguidos, sin presión añadida. Al concluir la técnica, es conveniente continuar durante algún tiempo en la postura, estirando las extremidades, respirando de modo controlado e, incluso, reiterando las fórmulas verbales (ver Anexo II).

Entre las distintas variantes del método, vamos a desarrollar la propuesta por Carnwath y Miller (1989), que modifica algo la de Schultz y la abreviada de Huber. Según estos autores, la autohipnosis es un modo de superar la ansiedad y el estrés, requiere poco tiempo y puede practicarse en cualquier situación. En ciertos momentos, el sujeto notará sensaciones extrañas corporales (calor o pesadez), lo cual indicará que se está consiguiendo el objetivo de relajación. Conviene poner en práctica la concentración pasiva (no requiere esfuerzo, tan solo dejarse llevar). Si esta práctica se realiza de modo guiado (con un monitor), el ritmo y tono han de ser pausados y monótonos. Las afirmaciones se harán reiteradamente (cinco veces cada una), con pausa, escuchando (si es guiada) o mentalmente, y siendo consciente de las experiencias corporales que acompañan.

«Estoy en paz conmigo mismo y totalmente relajado». Repetir cinco veces.
Posteriormente: «Mi brazo derecho es pesado... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
«Mi brazo izquierdo es pesado... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
«Mi pierna derecha es pesada... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
«Mi pierna izquierda es pesada... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
«Mi cuello y mis hombros son pesados... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
A continuación: «Mi brazo derecho está caliente... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
«Mi brazo izquierdo está caliente... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
«Mi pierna derecha está caliente... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
«Mi pierna izquierda está caliente... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
«Mi cuello y mis hombros están calientes... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
Seguidamente: «Mi respiración es tranquila y regular... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
Después: «Mi ritmo cardiaco es tranquilo y regular... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
«Mi frente está fresca... Estoy en paz». Repetir cinco veces.
Para concluir: «Estoy despejado, fresco y totalmente relajado... Estoy en paz». Repetir cinco veces.

Tabla 29. Afirmaciones de la propuesta de Carnwath y Miller (1989)

4.2. Técnicas de control cognitivo

4.2.1. Introducción

Antes de abordar las técnicas de este tipo, debemos clarificar algunos conceptos relacionados, como, por ejemplo, la cognición. Con este término, designamos lo relativo al conocimiento y los procesos mentales asociados al mismo. Conocer (RAE) consiste en averiguar, por el ejercicio de las facultades intelectuales, la naturaleza, cualidades y relaciones entre las cosas. Es decir, el conocimiento es el modo que tenemos de relacionarnos con el entorno, de saber su funcionamiento e inferir las consecuencias, por tanto, es una herramienta vital para nuestra supervivencia. Se encuentra íntimamente ligado a nuestra inteligencia y aptitudes, pero incluye una serie de procesos cognitivos que van desde la percepción de la realidad, pasando por la interpretación que hacemos de ella, la memoria, el razonamiento, la imaginación y, en suma, el pensamiento.

El modo de conocer de cada ser humano es personal, varía atendiendo a las informaciones previas, las experiencias individuales y los rasgos de personalidad. Fruto de esta variabilidad podemos señalar diferentes «estilos cognitivos»: cada persona tiene un modo particular de percibir, de comprender la realidad (procesamiento de la información) y de hacer frente a los problemas o retos que se le plantean. El estilo cognitivo marca el funcionamiento estable de una persona, un modo característico de funcionar (Pintado, 2011). Ha de entenderse como un continuo (una línea), en la cual los sujetos se van situando, desde un extremo al otro, siendo difícil encontrar estilos puros.

Las clasificaciones de estilos cognitivos son abundantes. Por ejemplo, Kagan *et al.* (1963) señalan tres tipos principales: descriptivo-analítico, dividen los estímulos y luego los categorizan según sus propiedades comunes; relacional-contextual, la agrupación de estímulos se hace con base en la continuidad espacial, temporal o funcional; categórico-inferencial, se agrupan los estímulos con base en inferencias del sujeto, no sobre características objetivas. Posteriormente, añadieron una cuarta denominada compás perceptual, según la cual habría variaciones en el tiempo de reacción ante una situación incierta: sujetos impulsivos (rápida reacción y más errores) frente a reflexivos.

Poseemos una serie de herramientas cognitivas, diferenciadas entre habilidades cognitivas (relacionadas con las capacidades intelectuales) y las metacognitivas (referidas a la conciencia o conocimiento del propio conocimiento, como el control o la reflexión). Las habilidades cognitivas serían la atención, la comprensión, la elaboración y la memorización. Las metacognitivas podrían clasificarse en variables de la persona, de la tarea y de las estrategias (Flavell y Wellman, 1977).

Otro concepto interesante introducido por Witkin (1964) es el de la «dependencia-independencia de campo», que marca la diferencia entre los individuos a la hora de distraerse de los elementos distractores del ambiente, teniendo los primeros una mayor capacidad social y los segundos una mayor capacidad de análisis. Los primeros perciben e interpretan la realidad de un modo más global y, por tanto, con mayor influencia del entorno y de los detalles.

Otro concepto interesante es el de *estilo de atribución*, de especial importancia respecto a la motivación y al aprendizaje. La teoría procede de Weiner (1979), y se refiere a dónde sitúa el sujeto el origen o causa de lo inesperado que ocurre a su alrededor. Ante un suspenso en un examen, el alumno puede pensar «el profesor me ha suspendido» o «he tenido mala suerte»; o por el contrario «he estudiado poco». Las consecuencias en la posterior actuación de este alumno serán diferentes. En el primer caso, al no tener control

propio sobre lo ocurrido, el alumno no se esforzará más en el siguiente examen (la causa del suspenso no depende de su actuación, sino de otros *factores externos*). Por tanto, las variables relevantes en el estilo atribucional son: interno-externo (siguiendo el ejemplo); estable-variable; controlable-no controlable; y general-específico (Weiner, 1986). A efectos pedagógicos, resulta deseable un estilo interno, variable (las consecuencias dependen de lo hecho en cada caso), controlable (*locus of control* del sujeto) y específico (posibilidad de cambiar la estrategia en función de las características de la situación).

Si el sujeto percibe que no puede hacer nada ante una situación de estrés, aparece una «activación nerviosa central y endocrina, inhibición inmunológica y conductual, estados emocionales displacenteros y expectativas desesperanzadoras respecto a la situación» (Valdés y Flores, 1990). Es lo que conocemos como *indefensión aprendida* de Seligman.

El conocido como *error fundamental de atribución* se refiere a que las personas solemos atribuir la conducta propia a causas externas, mientras que la ajena la atribuimos a causas internas (de personalidad, del otro). Del mismo modo, ante un fracaso solemos atribuir una causa externa y, ante un éxito, una causa interna.

«Una persona sana mentalmente parece tener una capacidad envidiable para distorsionar la realidad en una dirección que mejora la autoestima y mantiene las creencias en la eficacia personal y promueve una visión optimista del futuro. Una historia de internalizaciones de éxitos y externalizaciones de fallos genera una autoconcepción de que uno tiene más control sobre los resultados de lo que tiene realmente, incluso si uno necesita mantener un repertorio completo de excusas, negativas y autodesengaños» (Lazarus, 1984).

El concepto de *expectativa de éxito* está asociado al optimismo o la expectativa generalizada de resultados positivos. La expectativa es una valoración subjetiva de la posibilidad de alcanzar un objetivo en particular. La persona con una alta expectativa de éxito, ante una situación estresante, manifiesta menos reactividad fisiológica, así como una mejor salud física (Scheir *et al.*, 1989). Ya Bandura (1977) abordó este concepto entendiéndolo como resultado de las expectativas de autoeficacia y de *locus of control*. Los sujetos con expectativas de éxito más altas o más optimistas tienden a atribuir su rendimiento a causas más específicas (dependientes de la situación concreta), existiendo la posibilidad de éxito en un intento futuro y proporcionando respuestas más adaptativas (Yela y Gómez, 2000).

Por su parte, Atkinson (Hernández, 2002) define la expectativa de éxito (E_e) como el resultado de tres factores: la necesidad de logro (M_e), la probabilidad de tener éxito en la tarea (P_e) y el valor del incentivo de éxito (I_e): $E_e = M_e * P_e * I_e$. Podríamos diferenciar sujetos en los que la motivación de éxito es muy fuerte, frente a aquellos otros en los que prima más el temor al fracaso, con las consecuentes implicaciones para su conducta.

Por último, cabría mencionar el concepto de *idea irracional*. Este concepto parte de la Teoría Racional Emotiva (TRE) de Ellis (1992), que sostiene que no son los acontecimientos los que generan las emociones, sino la interpretación que de ellos hacemos, es decir, el pensamiento. Todos participamos, en mayor o menor medida, de estas ideas irracionales, que lo son por ser dogmáticas (absolutas), categóricas (blanco o negro) y expresarse en términos de «tengo que», «estoy obligado a», motivo por el cual suelen generar ansiedad y temor. Proceden de las creencias propias, fruto de los conocimientos, experiencias personales, imposiciones sociales y culturales de la época, intereses y motivaciones. Se relacionan con el concepto de esquema mental: conjunto de creencias, paradigmas, actitudes y programaciones que una persona tiene con respecto a alguien o a algo de su mundo. Los esquemas pueden ser concretos o abstractos, en función del objeto, y se relacionan con la idea de prejuicio o estereotipo. Un estereotipo nos ayuda a enfrentarnos con el

entorno, nos proporciona seguridad y estabilidad (decisiones rápidas y categóricas, de bueno-malo). Simplifican nuestra vida, reducen la ansiedad y nos proporcionan una zona de confort. Sin embargo, un estereotipo también reduce nuestro enfoque de la realidad y, a menudo, nos conduce a error.

Entre las ideas irracionales más frecuentes, tenemos:

1. Es una necesidad extrema, para el ser humano adulto, el ser amado y aprobado por cada persona significativa de su entorno.
2. Para considerarme a mí mismo como una persona válida debo ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa que me proponga.
3. Las personas que no actúan como deberían son malvadas, y deberían ser castigadas por su maldad.
4. Es terrible que las cosas no funcionen como a uno le gustaría.
5. La desgracia y el malestar humano están provocados por las circunstancias externas y la gente no tiene capacidad para controlar sus emociones.
6. Si algo es (o puede ser) peligroso, debo sentirme terriblemente inquieto por ello y debo pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra, para estar preparado.
7. Es más fácil evitar responsabilidades y dificultades de la vida que hacerles frente. Así viviré más tranquilo.
8. Debo depender de los demás y necesito a alguien más fuerte que yo en quien confiar.
9. Lo que me ocurrió en el pasado seguirá afectándome siempre.
10. Debemos sentirnos muy preocupados por los problemas y perturbaciones de los demás.
11. Existe una solución perfecta para cada problema y debemos hallarla siempre.

Estas once ideas irracionales fueron resumidas por Ellis, reduciéndolas a tres ideas irracionales básicas respecto a (en forma de «debería» o «tengo que»), respecto a:

1. Uno mismo («tengo que hacer las cosas bien siempre y así ser querido por los demás»).
2. Otras personas («las personas deben estimarme y siempre ser agradables conmigo. Me lo merezco»).
3. La vida («las personas consiguen lo que se proponen, siempre y cuando trabajen para ello. Quien no consigue todo lo que se proponga es porque no se esforzó»).

4.2.2. Detención de pensamiento

Esta técnica fue ideada por Bain en 1928, posteriormente adaptada al tratamiento de fobias y obsesiones (Wolpe), de esquizofrenia y, en general, de la ansiedad. A pesar de la variedad de procedimientos, existe un núcleo central consistente en: primero, identificar el pensamiento negativo (concentrarse en ellos); después, verbalizar o imaginar la palabra *stop* (también distracciones, como pellizcarse); y, por último, reemplazar el pensamiento negativo por otro adaptativo (recompensa positiva al esfuerzo realizado). Los pensamientos negativos se caracterizan por ser rumiativos (constantes), parece que escapan al control consciente del sujeto (se imponen), son improductivos (no afrontan los problemas con acciones) y no se adaptan a la realidad. Se relacionan con las ideas irracionales descritas en el punto anterior. Se hace necesaria la práctica para obtener resultados. La técnica puede usarse en solitario o en combinación con otras, como desensibilización sistemática, relajación o reestructuración cognitiva (Lozano *et al.*, 1999).

4.2.3. Reestructuración cognitiva

Es una técnica de terapia cognitivo-conductual usada para identificar y corregir patrones de pensamiento negativo. Es una técnica de reflexión, estructurada, que puede autoadministrarse o ser guiada por un experto o terapeuta. Ideada inicialmente por Ellis y posteriormente desarrollada por Beck (gráfico 20), se basa en la relación ya mencionada entre interpretación de lo que ocurre (pensamientos) y la emoción que provoca. Parte de tres presupuestos básicos (Bados y García Grau, 2010):

- El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias influye en cómo se sienten y cómo se comportan, así como en sus reacciones físicas. Igualmente, en cómo se percibe, se interpreta y valora, las atribuciones que realizamos y las expectativas que tenemos.
- Podemos identificar las cogniciones de las personas, mediante cuestionarios, entrevistas y autorregistros.
- Se pueden cambiar las cogniciones de las personas.

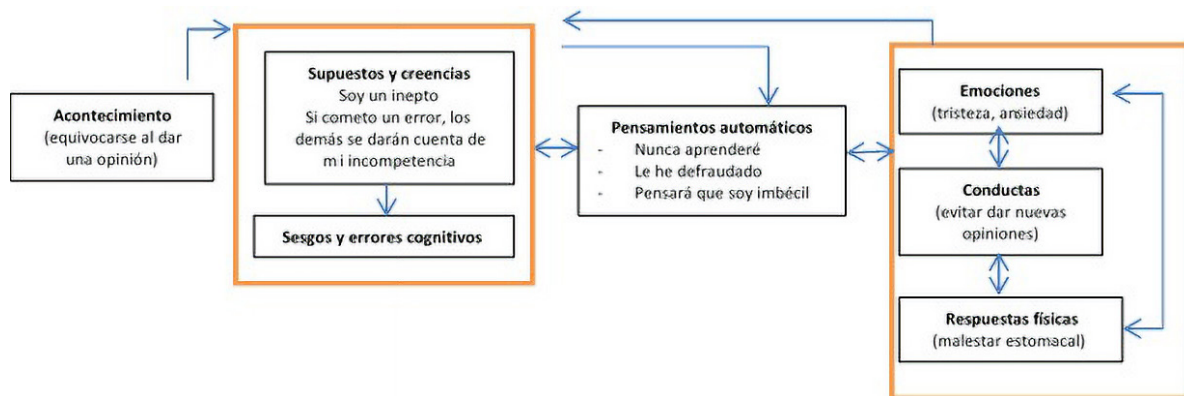


Gráfico 20. Modelo de terapia cognitiva. Bados, 2008

En primer lugar, debemos identificar esos pensamientos negativos, igual que en la técnica anterior. Dichas ideas irracionales suelen ser generalistas, absolutas, dogmáticas y generadoras de culpa. Posteriormente se procede al análisis y evaluación de esos pensamientos, de un modo racional, planteándose preguntas sobre ellos:

- Analizar la veracidad de los pensamientos: ¿son realistas?, ¿hasta qué punto ese pensamiento obedece a la realidad?, ¿hay evidencia de ello?, ¿tengo toda la información?, ¿exagero?, ¿me responsabilizo en exceso?
- Analizar las consecuencias de esos pensamientos: ¿me ayuda darle vueltas y vueltas a esa idea?, ¿qué consecuencias tiene sobre mi vida (trabajo, social, familiar)?
- Analizar las consecuencias de ese pensamiento, en caso de que fuera cierto: ¿qué es lo peor que podría pasar?, ¿por cuánto tiempo?, ¿sería realmente grave?
- Generar pensamientos alternativos, son la consecuencia de la reestructuración: ¿qué otra manera hay de interpretar la realidad?, ¿qué le diría a un amigo/familiar que tuviese esos pensamientos?, ¿tiene más posibilidades de éxito este otro pensamiento?

1. Detectar los pensamientos: por ejemplo, «me va a dar una crisis».
2. Traducirlo a su esencia (lo más catastrofista): por ejemplo, «puedo sufrir un infarto y morir».
3. Evaluar el grado de creencia en ese pensamiento: por ejemplo, el 80 %.
4. Buscar argumentos y pruebas para creerlo: por ejemplo, «en las crisis se sufre taquicardia y en los infartos también».
5. Buscar argumentos y pruebas en contra de esa creencia: por ejemplo, «los síntomas de infarto no desaparecen cuando te distraes y mis sensaciones sí».
6. Evaluar la utilidad de la creencia: por ejemplo, «solo me sirve para pasarlo mal y ponerme nervioso».
7. Interpretación racional, no catastrofista: por ejemplo, «es solo ansiedad».
8. Buscar pruebas a favor de lo anterior: por ejemplo, «he leído que la taquicardia es común en la ansiedad y yo estaba nervioso cuando he empezado a notarla».
9. Evaluar el grado de creencia en la alternativa racional por ejemplo, el 60 %.
10. Formular otras preguntas con base en los argumentos que exponga la persona a fin de encontrar las evidencias realistas y racionales.

Tabla 30. Ejemplo de aplicación de la técnica (Roca) en caso de ansiedad

4.2.4. Autoinstrucciones

También conocida como autoverbalizaciones, se trata de una técnica para hablarse a sí mismo, proporcionándose pautas o guías más adecuadas que las utilizadas normalmente, con el objeto de resolver tareas o enfrentarse a problemas. Dicha técnica procede de Meinchebaum (1983) y se basa en el supuesto de que, modificando el discurso que el sujeto se da a sí mismo, modificará también el comportamiento o conducta externa.

Las verbalizaciones han de tener relación con la actividad que se está realizando, por ejemplo, si estoy corriendo y pienso «no puedo seguir, estoy agotado», podría cambiar esa autoinstrucción por otra tipo «no hay dolor». Las autoinstrucciones pueden seguir un esquema lógico, como por ejemplo: primero, definir la tarea a realizar o problema al que me voy a enfrentar; segundo, establecer una guía (cómo tengo que hacerlo, cuáles son los pasos); tercero, proporcionarme autorrefuerzo («lo estoy haciendo bien»); y, cuarto, proporcionarme autocorrección («ve más despacio»).

A pesar de que esta técnica es más aplicable con niños, ya que se guían más por las autoverbalizaciones que los adultos, también encuentra su utilidad ante tareas más complejas y difíciles. Por ejemplo, cuando nos enfrentamos a un procedimiento complejo y de graves consecuencias, como pudiera ser la labor de un piloto de helicóptero, existen unos protocolos de seguridad establecidos que han de seguirse rigurosamente (aunque parezcan redundantes e inútiles). En este caso, el piloto se autoinstruye continuamente, repasando mentalmente cada paso y procedimiento que sigue.

Anexo I. Instrucciones de visualización: el sendero de la montaña

Colóquese de un modo cómodo en su silla, con las manos sobre sus muslos. Cierre los ojos. Inspire profundamente, llenando sus pulmones, note cómo el aire llega a su

abdomen. Expire lentamente, dejando escapar el aire poco a poco. Repita la respiración dos veces más. Se encuentra totalmente relajado.

Cierre los ojos... Imagínese que está apartándose del lugar donde vive... Deje atrás los ruidos y las prisas cotidianas... Imagínese que cruza un valle y que se acerca a una sierra... Imagínese en ella... Está subiendo por un camino tortuoso...

Busque un lugar cómodo donde pararse... Cuando lo haya encontrado y llegado a este punto, tómese algo de tiempo para examinar toda la tensión que hay en su vida... Conceda mentalmente a la tensión y al estrés formas y colores...

Piense en su dolor, en su angustia, en lo que le preocupa... Dele forma y color... Su dolor y su angustia es una bola de color rojo... Concéntrese en esa forma y ese color... Sitúe la bola de color rojo en un lado del camino... Déjela allí... Siga subiendo por el camino de la montaña... Su bola color rojo se ha quedado atrás... Su dolor y angustia se han quedado atrás... Siga subiendo por el camino... Encuentre en él un sitio donde pararse...

Continúe subiendo por el sendero hasta que llegue a la cima de la montaña... Mire desde ella... ¿Qué ve...? Desde ese sitio puede ver el paisaje de la montaña y, abajo, el valle. ¿A qué huele?... Fíjese en los alrededores... ¿A qué se parece...? Fíjese en las vistas, en los olores, en los sonidos, ¿qué oye?... Repare en cómo se siente... Instálese y, poco a poco, empiece a relajarse... Ahora se siente totalmente relajado... Experimente la sensación de estar total y completamente relajado... Descanse de tres a cinco minutos... Mire a su alrededor otra vez... Recuerde que este es su lugar especial para relajarse al que puede venir siempre que lo desee... Vuelva de nuevo al aula y dígame a sí mismo que todas estas imágenes, fruto de su imaginación, las ha creado usted y que puede recurrir a ellas siempre que desee relajarse... Es su lugar de paz y tranquilidad.

Anexo II. Protocolo de autohipnosis

Vamos a comenzar con la autohipnosis. Para ello, voy a guiarte en un entrenamiento que será satisfactorio. Es indispensable que prestes atención a mis instrucciones. Para empezar, debo señalar que no se exige ningún esfuerzo especial para familiarizarte con la técnica que voy a enseñar.

Lo único necesario es que consigas concentrarte, aunque solo sea durante un segundo. Una vez logrado esto, yo intervendré para ayudarte a alcanzar un estado profundo y particular, que te beneficiará extraordinariamente.

Durante la sesión de hipnosis, en un momento dado, experimentarás un placer real en el acto de tragar. Con esto quedará probado el éxito de la experiencia, y podrás concluir que te encuentras en un profundo estado de autohipnosis.

Cierra los ojos... Centra tu atención en tu saliva... Pronto tendrás ganas de tragar... En el momento en que lo hagas... estarás en estado de autohipnosis... Sigue centrando tu atención en la saliva... Dentro de poco... nada te impedirá tragarla... Tienes ganas... muchas ganas... Cada vez tienes más ganas de tragarla... Voy a contar de quince hasta cero...

Cuando diga cero... tendrás tantas ganas de tragar... que lo harás enseguida... De una manera automática... estás entrando en autohipnosis... Puede ser también que tengas ganas de tragar antes de que llegue a cero... De cualquier forma... eso significará que estás en estado de autohipnosis... Pronto sentirás cómo produces saliva y cómo la tragas... Esto indicará que estás a punto de alcanzar el objetivo...

En cuanto tragues... quedará demostrado que has alcanzado la autohipnosis... El principio de tu nueva orientación... En cuanto comiences a salivar... a tragar... todo va a cambiar para ti... Entrando en autohipnosis... será imposible que te pongas nervioso... desaparecerá cualquier señal de fatiga... de estrés... de tensión... de malestar... Te encontrarás en estado de autohipnosis... y cuanto más salives y más tragues... más profundo y agradable será tu estado de autohipnosis.

15... 14... Tienes ganas de tragar... 13... 12... Autohipnosis... Tienes muchas ganas de tragar saliva... 11... 10... Cada vez tienes más y más ganas de tragar... Te vas acercando a la autohipnosis... 9... 8... Autohipnosis... Cada vez tienes más y más ganas de tragar saliva... 7...6... Conforme tienes ganas de tragar... 5... Te vas acercando cada vez más a la autohipnosis.

4... No puedes resistir las ganas de tragar... y sientes cómo vas llegando a la autohipnosis... 3... 2... Estás a punto de tragar saliva y de entrar en autohipnosis... 1... 0... Ya tragas saliva y a la vez que lo haces... sientes cómo entras en autohipnosis...

Ahora sigue mi voz, quiero que imagines... que tu cuerpo está blando... muy blando... cada vez más blando... como si fuera de goma... Repítete mentalmente: «mi cuerpo es blando... muy blando... cada vez más blando...», «estoy en autohipnosis...», «como si fuera de goma»... Escucha mi voz... Quiero que centres toda tu atención... sobre la imagen mental de un muñeco de goma... muy, muy blando... y repite mentalmente: «soy como ese muñeco de goma... blando... muy blando... cada vez más blando...».

Entonces te sentirás blando... Si esto sucede... es porque tu autohipnosis aumenta... Cada vez se hace más profunda tu autohipnosis... Te hallas en estado de autohipnosis... Repite mentalmente: «estoy en estado de autohipnosis».

Te encuentras en una situación agradable... muy agradable... Dentro de unos instantes escucharás un chasquido de dedos y hará que entres en un estado de autohipnosis aún más profundo... Te sientes bien en autohipnosis... muy bien... cada vez mejor... (chasquido de dedos). A partir de ahora, tu autohipnosis es mayor... Puedes sentirlo... Siéntelo...

Ahora vas a sentir la autohipnosis... Concéntrate en mi voz... Déjate llevar por este agradable estado de autohipnosis... Siente cómo tu brazo derecho es cada vez más ligero... muy ligero... cada vez más ligero... Mientras yo te hablo... tu brazo seguirá aligerándose... A medida que el tiempo vaya pasando... sentirás tu brazo más y más ligero... En autohipnosis todo es tan ligero como una pluma...

Déjate llevar... Imagina que tienes globos atados a la muñeca de tu mano derecha... sí... globos blancos... globos amarillos... globos naranjas... globos verdes... globos azules... globos rosados... globos blancos... todos atados a tu muñeca derecha... una multitud de hermosos y armoniosos globos...

Dentro de muy poco... se echarán a volar... Estás en autohipnosis... Dentro de poco... los globos atados a tu muñeca... levantarán tu ligero brazo derecho... tirado por globos... tu mano derecha... Después, el brazo derecho va a empezar a ascender lentamente... Tu brazo derecho es ligero como los globos... ligero como el aire que tienen dentro... ya está... Los globos se elevan... blancos... amarillos... naranjas... verdes... azules... rosados... En el estado de autohipnosis los globos arrastran tu brazo derecho hacia arriba... Tu brazo sube... Los globos suben... suben... suben... siguen subiendo...

Escucha mi voz... Suben más todavía... Siente la autohipnosis... Un poco más... aún más... Suben cada vez más... Los globos se elevan... alto... más alto... siempre más alto... Tu autohipnosis es mayor cada vez más alto... Tu brazo derecho es ligero... muy ligero... cada vez más ligero... Siente la autohipnosis... Tu brazo es ligero como un globo... elevado... Siente la autohipnosis... Como el aire... se eleva con los globos... sube... sube...

Ahora notas la extraordinaria ligereza... Liviandad de tu brazo derecho... Los globos vuelan... vuelan... arrastrando tu brazo... Sigues en autohipnosis... Te arrastran a ti también... Tienes la impresión de flotar... Te sientes liberado... ligero... muy ligero... feliz... muy feliz y descansado... cada vez más feliz...

«Mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... Estás en estado de autohipnosis... «Mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... «Mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... Siente la autohipnosis... Repite mentalmente...«mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... «mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... cinco veces... «mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... «estoy en estado de autohipnosis»...

Liberado de las tensiones que te paralizan... cuanto más ligero notas tu brazo... siente la autohipnosis... más relajado te sientes... Ahora puedes constatar la relación directa que se ha establecido entre tú y tu inconsciente... Es sencillo... Basta con que repitas... «siente la autohipnosis... mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... y de inmediato sentirás que el brazo es tan ligero como el aire... Sientes la autohipnosis... Estás relajado...

Déjate llevar... Ahora estás en un estado mayor de autohipnosis... Tu brazo derecho se va a doblar... Siente la autohipnosis... muy suavemente... Tu brazo se va a doblar... a descender... hasta que puedas tocar tu frente con tu mano... cuando la mano toque tu frente... siente la autohipnosis... Te adentrarás en un estado de autohipnosis cien veces más profundo que el actual... El brazo baja hacia tu frente... baja... siente la autohipnosis... Se aproxima...siente la autohipnosis... Se acerca... Cada vez está más cerca... más y más cerca... La mano se aproxima a tu frente cada vez más... Dentro de un instante tu mano tocará tu frente... la toca... Ya la toca... siente la autohipnosis...

(continuar con las sugerencias hasta que esto suceda)

Ahora que la mano derecha descansa sobre tu frente... tu estado de autohipnosis es cien veces más profundo que hace unos instantes... siente la autohipnosis... pero puedes sumergirte aún más... Ahora tu brazo derecho se hace pesado... muy pesado... cada vez más pesado... tan pesado... siente la autohipnosis... que muy suavemente... cae al lado de tu cuerpo... cae... cae... Cuando tu brazo se encuentre al lado de tu cuerpo... consigues hacer más profundo tu estado de autohipnosis... lo que te permite sentirte todavía más relajado... siente la autohipnosis...

Aún más dispuesto a relajarte todavía más... además... mientras tu brazo esté extendido junto a tu cuerpo... disfrutas de un estado hipnótico suficientemente profundo... como para que podamos... apelar a tu inconsciente con éxito... si... a partir de ahora... bastará con que repitas mentalmente... cinco veces seguidas... esta frase: «mi brazo derecho es tan ligero como el aire», «mi brazo derecho es tan ligero como el aire", «mi brazo derecho es tan ligero como el aire».

Escucha mi voz... estás en condiciones de alcanzar el estado de autohipnosis sin la menor dificultad... siente la autohipnosis... ya puedes conseguir lo que querías... siente la autohipnosis... Ahora... yo mismo voy a alertar tu inconsciente... para que pueda servirte de ayuda en cualquier circunstancia... siente la autohipnosis... te diriges a tu inconsciente y consigues sentir la autohipnosis... en cualquier momento... permitiendo así que te relajes... que te transformes en un individuo nuevo... sano... equilibrado... confiado... valiente... resuelto... Gracias a tu iniciación en la práctica de la autohipnosis... siente la autohipnosis... lograrás desencadenar un reflejo condicionado de relajación automático... en cualquier circunstancia... siente la autohipnosis... aún en las situaciones más estresantes... cuando digas cinco veces mentalmente la frase: «mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... entrarás automáticamente en un estado de autohipnosis... siente la autohipnosis... A partir de ahora y en adelante... cada vez que te repitas mentalmente cinco veces «mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... «mi brazo derecho es tan ligero

como el aire»... «mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... «mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... «mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... siente la autohipnosis... «mi brazo derecho es tan ligero como el aire»... entrarás automáticamente en estado de autohipnosis...

Ahora quiero que imagines... que estás en lo alto de una escalera... de diez peldaños... siente la autohipnosis... Debes bajar esa escalera... a cada peldaño... tu autohipnosis se hará aún más profunda... «¡Vamos! » comienza a descender... siente la autohipnosis... descendes un peldaño... te encuentras entonces en tu nivel número 9 y piensas... «desciendo un peldaño... me encuentro en mi nivel número 9... gracias a eso... profundizo en mi autohipnosis... siento la autohipnosis...». Ahora descendes a otro peldaño... te dices mentalmente... «desciendo el siguiente peldaño... siento la autohipnosis... me encuentro en mi nivel número 8... profundizo aún más en mi autohipnosis...». Desciendo el siguiente peldaño... me encuentro en nivel número 7... profundizo aún más en mi autohipnosis... Desciendo el siguiente peldaño... me encuentro en nivel número 6 ... profundizo aún más en mi autohipnosis... Desciendo el siguiente peldaño... me encuentro en nivel número 5... profundizo aún más en mi autohipnosis... Desciendo el siguiente peldaño... me encuentro en nivel número 4... profundizo aún más en mi autohipnosis... Desciendo el siguiente peldaño... me encuentro en nivel número 3... profundizo aún más en mi autohipnosis... Desciendo el siguiente peldaño... me encuentro en nivel número 2... profundizo aún más en mi autohipnosis... Desciendo el siguiente peldaño... me encuentro en nivel número 1... profundizo aún más en mi autohipnosis... Desciendo hasta terminar la escalera... profundizo aún más en mi autohipnosis... (comienza la sugestión posthipnotica).

Ahora que has alcanzado la relajación total... siente la autohipnosis... Ahora que te encuentras en el estado de autohipnosis más profundo posible... puedo proporcionarte la palabra clave... Esta palabra clave te permitirá entrar en autohipnosis... siente la autohipnosis... si estás en ese estado... hacerlo más profundo... te bastará repetir mentalmente tres veces seguidas la palabra clave que te voy a revelar... siente la autohipnosis... para adentrarte de inmediato en el estado de autohipnosis... Si ya estás en él... siente la autohipnosis... Gracias a esa palabra alcanzarás un estado aún más profundo... Tu palabra clave es...

RELAX. Para hacer más profunda tu autohipnosis dirás: RELAX... RELAX... RELAX... Cada vez que te sientas mal... siente la autohipnosis... agobiado... nervioso... ansioso... o estés en crisis... mentalmente dirás la palabra RELAX... siente la autohipnosis... Sentirás cómo todo pasa... siente la autohipnosis... Sentirás mucho alivio... te sentirás muy bien... cada vez mejor...

A continuación voy a contar de 5 a 1 y, poco a poco, abandonarás este agradable estado de autohipnosis... 5... Estás profundamente relajado... te sientes bien... 4... Comienzas a ascender en tu autohipnosis... 3... Comienzas a mover lentamente tus manos... tus pies... a estirarte... 2... Lentamente, comienzas a desperezarte...1... Abre los ojos lentamente...

Referencias bibliográficas

- Anarte, M. T., Esteve, R., Ramírez, C. et al. (2001). Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*. Vol. 13, n.º 4, pp. 636-642.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid, Alianza Editorial.
- Bados, A. (2008). Terapia cognitiva de Beck. En: F. J. Labrador (coord.). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid, Pirámide, pp. 517-533.

- Bados, A. y García Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, pp. 191-205.
- Bermúdez, M. P., Teva, I. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, estabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas psychologica*, enero-junio. Vol. 2, n.º 1. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia, pp. 27-32.
- Berstein, D. y Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en Relajación Progresiva*. Bilbao: Desclee de Brower
- Bleiker, E.M.A., Van Der Ploeg, H. M., Hendriks, J. H. C. et al. (1993). Rationality, emotional expression and control: psychometric characteristics of a questionnaire for research in psychooncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, pp. 861-872.
- Carnwath, T. y Miller, D. (1989). *Psicoterapia conductual en asistencia primaria. Manual práctico*. Ed. Martínez Roca.
- Cautela, J. R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación (Manual practica para adultos, niños y educación especial)*. Barcelona, Martínez Roca.
- Chico, E. (1999). Evaluación psicométrica de una escala de inteligencia emocional. *Boletín de Psicología* 62, pp. 65-78.
- Dawda, D. y Hart, S. D. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and individual differences*, 28, pp. 797-812.
- Diener, E., Sandvik, E. y Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, or positive versus negative affect. En: F. Strark (ed.). *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Oxford, Pergamon Press.
- Dulewicz, V. y Higgs, M. (1999). Can emotional intelligence be measured and developed? *Leadership & Organization Development Journal*. Vol. 20 Iss: 5, pp.242-253.
- Ekman, P. (2012). *El rostro de las emociones*. Madrid, RBA libros.
- Ellis, A. (1992). *Manual de terapia racional emotiva*. Desclée de Brower.
- Esteve, R., López, A. E., Anarte, M. T. et al. (1998). *Construcción de un instrumento para evaluación del Tipo C*. II Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Benidorm (Alicante), 24-26 septiembre.
- Eysenck, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, pp. 167-215.
- Fernández Castro, J. y Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología*, 10 (2), pp. 127-133.
- Flavell, J. H. y Wellman, H. M. (1977). Metamemory. En: R. V. Kail y J. W. Hagen (eds.). *Perspectives on the development of memory and cognition*. Hillsdale, N.J., Earlbaum.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, pp. 330-335.
- Fitness, J. (2000). Emotional intelligence and intimate relationships. En: J. Ciarrochi, J. P., Forgas (eds). *Emotional intelligence in everyday life: a scientific inquiry*, pp. 98-112. Philadelphia, Psychology Press. Taylor and Francis.
- García-Trujillo, M. R. y González de Rivera, J. L. (1992). Cambios fisiológicos durante los ejercicios de meditación y relajación profunda. *Psiquis*, 13 (6-7), pp. 279-286.
- Goleman, G. (1995). *Emotional Intelligence*. New York, Bantam.
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, pp. 348-362.

- Hernández, M. (2002). *Motivación animal y humana. Manual moderno*. Méjico.
- Huber, G. (1980). *Stress y conflictos: métodos de superación, entrenamiento psicofisiológico práctico para directivos, médicos, psicólogos, psiquiatras, profesores y asistentes sociales*. Madrid, Paraninfo.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, pp. 188-205.
- Johnson, P. R. y Indvik, J. (1999). Organizational benefits of having emotionally intelligent managers and employees. *Journal of workplace learning*, 11, pp. 84-88.
- Kagan, J., Moss, A. y Siegel, I. E. (1963). Psychological significance of styles of conceptualization. *Monographs of the society for research in Child Development*. 27, 2, pp. 73-112.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D. et al. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7, pp. 171-184.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, pp. 124-129.
- . (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, pp. 1-22.
- Lozano, J. F., Rubio, E. M. y Pérez, M. A. (1999). Eficacia de la técnica de detención de pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología conductual*. Vol. 7, n.º 3, pp. 471-499.
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131 (6), pp. 803-855.
- Márquez-González, M., Izal Fernández, M., Montorio, I. y Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*. Vol. 20, n.º 4, pp. 616-622.
- Meinchebaum, D. (1983). *Coping with stress*. New York, Facts on file Inc.
- Ostir, G., Markides, K., Black, S. et al. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, pp. 473-478.
- Palmero, F. (1997). La emoción desde el modelo biológico. *Revista electrónica de motivación y emoción*. Vol. 6, n.º 13. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/apalmf5821004103/texto.html>
- Pintado, J. M. (2011). Las Competencias y/o Capacidades básicas. En: *Revista Electrónica d'Innovació i Innovació Educativa i Socioeducativa*. Vol. 2, n.º 2, pp. 49-74.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. Nueva York, Harper and Row.
- Reigal, R. y Videra, A. (2011). Efectos de la técnica de relajación de Schultz en el control de las pulsaciones tras un esfuerzo aeróbico. *Educación Física y Deportes, Revista Digital*. Buenos Aires. Año 16, n.º 160.
- Roca, E. (2014). *Reestructuración cognitiva y exposición*. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/pv00520/Penstos%20exposicion.pdf>
- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. En: L. Berkowitz (ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol 1. New York, Academic Press.
- Scheir, M. F., Mattheus, K. A., Owens, J. F. et al. (1989). Dispositional optimism and recovery from artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57, pp. 1024-1040.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C. et al. (2001). Emotional Intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology*, 141, pp. 523-536.
- Schultz, J. H. (1969). *El entrenamiento Autógeno*. Barcelona, Editorial Científico-Médica.
- Seligman, M.E.P. (2009). *Learned optimism: how to change your mind and your life*. Waterbook Press.

- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search for definition. En: N, Fox (ed.). *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations, Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2/3, serial n.º 240), pp. 25-52.
- Valdés, M. y De Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés*. Barcelona, Martínez Roca.
- Vázquez, M. I. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Síntesis.
- Vecina, J. M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 2006. Vol. 27(1), pp. 9-17.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-Pocus, the Focus Isn't on Locus: Rotter's social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Theory and Research*, 16 (2), pp. 183-199.
- Watson, M. y Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, pp. 299-305.
- Weiner, B. (1979). A Theory of Motivation for Some Classroom Experiences. *Journal of Educational Psychology* 71 (1), pp. 3-25.
- . (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York, Springer-Verlag.
- Witkin, H. A. (1964). Origins of cognitive style. In C. Scheerer (ed.). *Cognition, Theory, Research, Promise*, pp. 172-205. New York, Harper & Row.
- Yela, J. R. y Gómez, M. A. (2000). Efecto de las expectativas generales de éxito en situaciones de estrés incontrolable. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53 (2), pp. 335-346.

Capítulo 15

Otras competencias emocionales

Teniente coronel Daniel Donoso Rodríguez

«Cualquier persona capaz de enfurecerte se convierte en tu capitán».
Epíteto

1. Competencias

El concepto competencia adquiere especial relevancia en los tiempos actuales, dentro del ámbito de la psicología, siendo una de las orientaciones con mayor aceptación y difusión en diferentes campos, como, por ejemplo, en la selección del personal, en la formación o en la evaluación del desempeño del mismo.

Entendemos por competencia, según la RAE, en su segunda acepción, la «pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado». Existen multitud de definiciones de competencia desde la ciencia psicológica. A modo de ejemplo, podemos señalar: «una competencia es una capacidad para movilizar diversos recursos cognitivos para hacer frente a un tipo de situaciones» (Perrenoud, 2000). Siguiendo la lógica de esta aproximación, una competencia se compone de una operación o acción mental (por ejemplo, un razonamiento, expresado con un verbo de acción) que se produce sobre un objeto (o conocimiento), para conseguir un fin (contando con el contexto en que se produce). Por tanto, competencia es igual a operación + objeto + contexto + finalidad (Goñi Zabala, 2005).

El concepto de competencia fue planteado por primera vez por McClelland en 1973, en relación con la predicción del rendimiento laboral. La idea obvia resultó ser que las personas que mejor desempeño obtenían poseían una serie de cualidades o competencias que convenía observar, medir y buscar en otros posibles candidatos.

Otras definiciones útiles de competencia pueden ser: «conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes necesarias para ejercer una profesión, resolver problemas profesionales de forma autónoma y flexible y ser capaz de colaborar con el entorno profesional y en la organización del trabajo» (Bunk, 1994). «Comportamientos observables en la realidad cotidiana de trabajo e igualmente en situaciones test. Ponen en práctica de forma integrada aptitudes, rasgos de personalidad y conocimientos, adquiridos» (Lévy-Leboyer, 1997). «Conjuntos de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona, que le permiten la realización exitosa de una actividad» (Rodríguez y Feliú, 1996).

De estas definiciones concluimos algunos puntos en común: se refieren a las personas (siendo características más o menos estables, siempre en función del contexto). Se trata de un concepto más amplio que la inteligencia, las aptitudes o la experiencia (es un *saber hacer* que aúna los anteriores). Se observa en la aplicación práctica de una tarea (especialmente en la ejecución exitosa). Están en la base de un mejor rendimiento laboral y combinan lo cognoscitivo, lo afectivo, lo psicomotriz y lo psicofísico (conocimientos y habilidades, motivaciones, actitudes y rasgos de personalidad, hábitos y destrezas, y características psicofisiológicas) (Rodríguez, 1999).

2. Tipos de competencias

Existen múltiples clasificaciones de las competencias, casi tantas como autores. Algunos hablan de competencias genéricas que sirven para el desempeño de cualquier tipo de actividad (incluyen las emocionales y sociales), y específicas, las cuales irían ligadas a un área de trabajo o profesional muy concreta (Lévy-Leboyer, 1997). Podríamos marcar como referencia el criterio que distingue entre las de desarrollo profesional o funcionales (saber y saber hacer) y las de desarrollo personal o social, de creciente importancia en el mundo actual, también llamadas competencias emocionales (Bisquerra y Pérez, 2007). Entre las primeras, encontramos, por ejemplo, conocimientos y destrezas profesionales, la capacidad de organización y de gestión. Entre las segundas, la motivación, la empatía, el autocontrol, la asertividad, la toma de decisiones, la resolución de conflictos o el espíritu de equipo.

Algunos autores (Salovey y Sluyter, 1997) señalan cinco dimensiones básicas en las competencias emocionales: cooperación, asertividad, empatía, responsabilidad y autocontrol. Otros, como Goleman, padre de la *inteligencia emocional*, las clasifica siguiendo el eje personal-social y el de reconocimiento-regulación (tabla 31).

Marco referencial de las competencias emocionales		
	Uno mismo (competencia personal)	En los demás (competencia social)
Reconocimiento	Conciencia de uno mismo: Autoconciencia emocional Valoración adecuada de uno mismo Confianza en uno mismo	Empatía Orientación hacia el servicio Conciencia organizativa
Regulación	Autogestión: Autocontrol emocional Fiabilidad Meticulosidad Adaptabilidad Motivación de logro Iniciativa	Gestión de las relaciones: Desarrollar a los demás Influencia Comunicación Resolución de conflictos Liderazgo con visión de futuro Catalizar los cambios Establecer vínculos Trabajo en equipo y colaboración

Tabla 31. Marco referencial de las competencias emocionales. Goleman, 2005

Otros autores (Saarni, 2000) identifican la competencia emocional con la autoeficacia al expresar emociones en las interacciones sociales. Implica el reconocimiento de las propias emociones y su regulación, relacionado con los valores éticos de la cultura propia. Incluye la autoconciencia emocional, la habilidad de expresión emocional, la empatía, el autocontrol y la capacidad para manejar los acontecimientos negativos.

Según Bisquerra (2007), las competencias emocionales son útiles para mejorar la adaptación y el afrontamiento de situaciones, aumentando la probabilidad de éxito, mejorando el aprendizaje, las relaciones y la resolución de problemas.

Siguiendo lo expresado en el gráfico 21, entendemos por estos bloques competencias lo siguiente:

- Conciencia emocional. La capacidad para tomar conciencia e identificar, tanto las emociones propias como las de los demás. Contar con un adecuado vocabulario al respecto. Implicación empática y comunicación verbal y no verbal.



Gráfico 21. Bloques de competencias emocionales. Bisquerra, 2007

- Regulación emocional. La capacidad para el manejo adecuado de las emociones. Interacción entre emoción, cognición y comportamiento. Expresión adecuada y controlada (control de la impulsividad y la frustración). Crecerse ante las emociones negativas, así como potenciar las positivas. Para más información, consultar el capítulo anterior.
- Autonomía emocional. La capacidad para mantener una adecuada autoestima, un nivel de motivación positivo, una actitud positiva ante la vida, un bienestar con uno mismo, una toma de responsabilidad sobre las acciones propias, y una correcta resiliencia.
- Competencia social. La capacidad para mantener buenas relaciones sociales con los demás. Incluye el respeto, las habilidades sociales (escucha y diálogo), la comunicación (en los dos sentidos), la asertividad y cooperación, y la gestión y resolución de los posibles conflictos.
- Competencias para la vida y el bienestar. La capacidad de organizar nuestra vida de un modo sano y equilibrado, proporcionándonos satisfacción. Conviene fijar objetivos realistas y positivos, tomar decisiones responsables, pedir ayuda cuando se precisa, y generar y potenciar un sentimiento de pertenencia y compromiso a nivel social.

3. Aplicación en la selección de personal

La selección de personal es un proceso de toma de decisión sobre el ajuste de los candidatos a los puestos ofertados. Se trata de una actividad planificada y estructurada que permite evaluar, diferenciar unos de otros y predecir el futuro. El primer paso será conocer las características del puesto a cubrir mediante una descripción del puesto de trabajo. Dicho proceso se realiza en colaboración con el destinatario del puesto (organización), en concreto, con personal experto en el mismo. En segundo lugar, conviene definir las características del puesto (sean competencias o conocimientos o experiencias). Después, debemos medir a los candidatos en dichas características (decidir qué instrumentos de medida serán válidos y fiables y, por tanto, predictivos). Posteriormente se analizan los resultados, se elaboran informes y se toman decisiones.

En función de lo que pretendamos medir, utilizaremos unos instrumentos de medida u otros. Entre los más frecuentes en selección de personal, tenemos los datos autobiográficos (o currículum), los tests (de diferentes tipos), las entrevistas, las pruebas situacionales o profesionales, o la observación protocolizada. El método del *assessment center* o centro de evaluación es un método que combina diferentes herramientas, tales como la observación en situaciones concretas o la simulación de tareas específicas. Como vemos en la tabla 32, tiene la mayor validez.

Método usado	Validez de criterio
<i>Assessment center</i>	0,65
Entrevistas por competencias	0,48-0,61
Pruebas laborales	0,54
Tests de habilidades	0,53
Tests de personalidad	0,39
Datos biográficos	0,38
Referencias	0,23
Entrevistas no comportamentales	0,05-0,19

Tabla 32. Revisión de Spencer y Spencer (1993)

La selección de personal por competencias no se diferencia demasiado de la tradicional, ya que los pasos y objetivos son comunes. La peculiaridad reside en la definición de las características del puesto que ha de ser más amplia y genérica que la tradicional, ya que las competencias también lo son, al mismo tiempo que aplicadas a una situación laboral concreta.

La evaluación de las competencias plantea una serie de dificultades (Rodríguez, 1999):

- ¿Cuántas y cuáles serán las variables a considerar? Del espectro total, disponible debemos decidir, siguiendo criterios de economía de medios, aquellas más significativas o competencias críticas. Un proceso de selección que considere más de siete u ocho competencias a valorar, puede resultar excesivo.
- Una vez decididas las variables o competencias a medir, hemos de expresarlas no solo conceptualmente, sino de modo operacional, es decir, del modo más concreto posible (en qué conductas observables se traduce). Del mismo modo, debemos decidir si la recogida de información será cualitativa o cuantitativa, o ambas. Un ejemplo sería para la competencia «aceptación del cambio», establecer cuatro niveles de la variable: «no tolera los cambios», «presenta dificultades para adecuarse a los cambios», «buena capacidad para adaptarse a los cambios», y «anticipa y responde positivamente a las variaciones en el entorno».
- Ya que la evaluación se debe producir en un contexto determinado (por lo general, laboral), debemos reproducir lo más fielmente posible esas condiciones de observación.

A modo de ejemplo se puede consultar (Donoso, 2013) el procedimiento utilizado en la selección por competencias para personal del curso de operaciones especiales desarrollado en la Escuela Militar de Montaña y Operaciones Especiales (EMMOE) de Jaca. Entre las competencias o factores identificados como críticos de dicho puesto figuran las siguientes, con una definición de la misma y relación de los subfactores que los componen:

1. Resistencia psicológica: característica de la personalidad para resistir, sobreponerse, salir reforzado y aprovechar las oportunidades de situaciones de estrés (físico o psíquico). Se compone de sacrificio, entrega, constancia, y sobreponerse al fracaso/dificultades como subfactores.
2. Autocontrol: capacidad para controlar el estrés, adaptándose a cada situación. Reacción proporcional y con la intensidad adecuada para salir airoso con el máximo beneficio y el mínimo desgaste o coste emocional. Control de la situación. Incluye como subfactores estabilidad emocional, agresividad controlada, control emocional y autodisciplina.
3. Ejemplaridad: ser referencia para los demás. No presumir de los logros. Autenticidad. Incluye modelo, humildad y discreción.
4. Compañerismo: capacidad de ofrecerse a los compañeros sin que nadie se lo pida. Anteponer el objetivo del grupo al interés personal. Confía en y respeta al compañero. Cumple con lo comprometido. Incluye trabajo en equipo, confianza y lealtad.
5. Carácter proactivo: actitud por la que se asume, de forma voluntaria, el control sobre una situación dada, proponiendo soluciones imaginativas, eficaces, incluso en momentos de riesgo o peligro. Persona que no se esconde en el grupo. Ante la ausencia de órdenes busca tareas que realizar o toma el control de la situación a pesar de que pueda ser peligrosa. Incluye iniciativa, valor y determinación.
6. Gestión del cambio: capacidad para comprender una situación nueva con todos sus detalles, adaptarse a ella y tomar decisiones eficaces para conseguir el objetivo. Incluye agilidad mental y capacidad resolutive.

En la medición de dichas competencias (factores y subfactores) se utilizaron test psicométricos, entrevista individual por competencias semiestructurada y protocolos de observación en situaciones concretas por personal experto.

Las hojas protocolizadas de observación incluían conductas observables y cuantificables:

Situación/Prueba: Marcha individual 15 km							
Aspirante:			Observador:				
Competencia a observar: RESISTENCIA PSICOLÓGICA							
Factores a observar: sacrificio, constancia y perseverancia							
			--	-	0	+	++
Factor sacrificio							
111	A PESAR DEL CANSANCIO Y LAS ADVERSIDADES NO ABANDONA. SE ESFUERZA EN LLEGAR AL PUNTO						
112	HACE SIGNOS EVIDENTES DE DERROCHE FÍSICO REAL						
Factor constancia y perseverancia							
131	MANTIENE EL ESFUERZO DURANTE TODO EL EJERCICIO AUNQUE ESTE SE PROLONGUE EN EL TIEMPO						
132	MANTIENE EL MISMO NIVEL EN EL RECORRIDO Y LA MARCHA. NO SE ABANDONA						

Tabla 33. Ejemplo de hoja de observación de competencias

El modelo va de lo general a lo particular, de la competencia crítica a la conducta observable: Perfil ideal-competencia-subfactor-conducta.

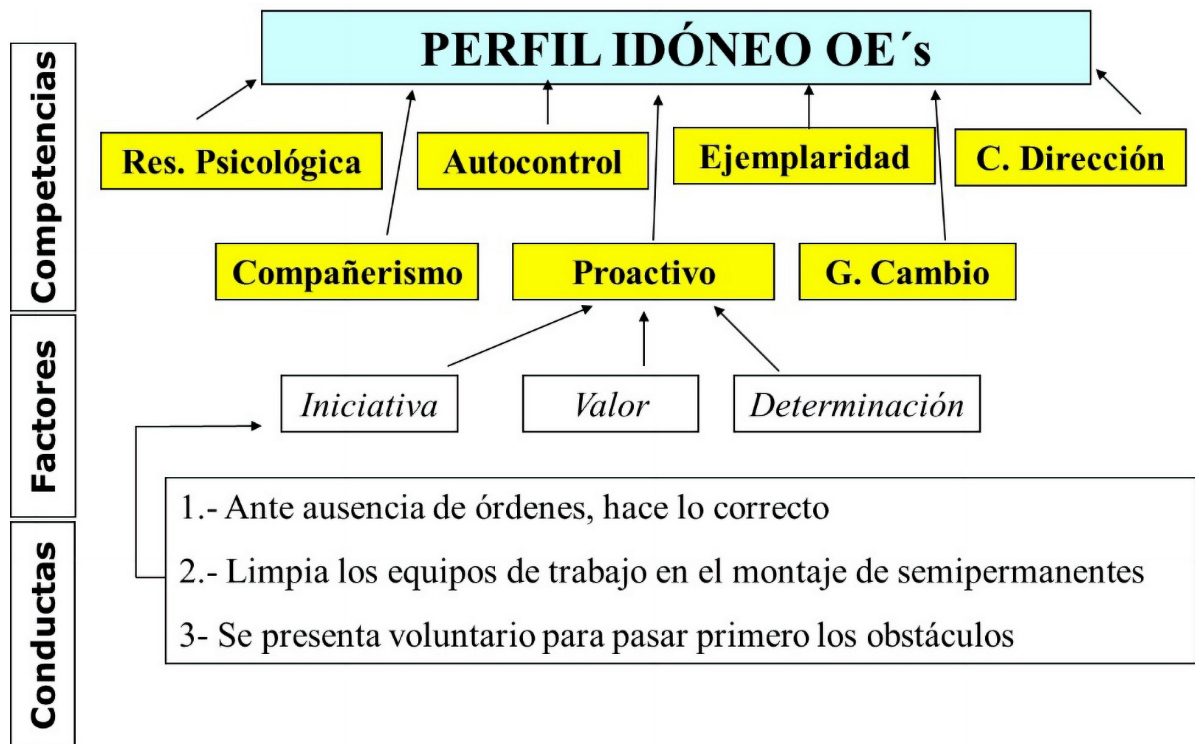


Gráfico 22. Ejemplo de perfil por competencias

4. Aplicación en la formación del personal

Muchos estudios apoyan la hipótesis que una adecuada formación competencial del personal de una organización reporta una mejora considerable del rendimiento y satisfacción laboral. Del mismo modo se entiende la formación de perfeccionamiento como una inversión, no como un gasto, de manera que su coste repercutirá positivamente y con creces en la eficacia de la institución (Gorroño, 2008).

Dicha formación se entiende, en su acepción más amplia, no solo en cuanto a contenidos y técnicas (el saber y saber hacer) sino también y al mismo nivel, respecto de las actitudes, intereses y motivaciones del personal. Es decir, el aspecto afectivo además del cognitivo (véase el gráfico 23). Este componente afectivo engloba las competencias emocionales (objeto de la formación) y promueve un mejor autoconocimiento, mediante técnicas de comunicación verbal y no verbal, todo lo cual incide en el desarrollo del liderazgo (Echeverría, 2006).

En los tiempos actuales, hablar de formación en competencias sin tener presente el concepto de *coach* resultaría inapropiado. Entendemos por *coach* una «relación profesional continuada que ayuda a obtener resultados extraordinarios en la vida, profesión, empresa o negocios de las personas [...], aumenta su rendimiento y mejora su calidad de vida», según la Federación Internacional de Coaching (<https://www.coachingfederation.es/>). Se puso en boga en los años setenta, en el ámbito deportivo, extendiéndose posteriormente a cualquier otra área de la vida, en concreto al mundo empresarial (Dilts, 2006). Los expertos hablan de *coach* ejecutivo, grupal y personal, siendo los dos primeros los relacionados con el ámbito organizacional. Sus objetivos son el desarrollo de competencias, gestión del estrés, control emocional y gestión del tiempo, entre otros (Gorroño, 2008). Como podemos apreciar, existe una clara coincidencia de objetivos con los que nos planteamos en este capítulo, al identificar y desarrollar otras competencias emocionales.

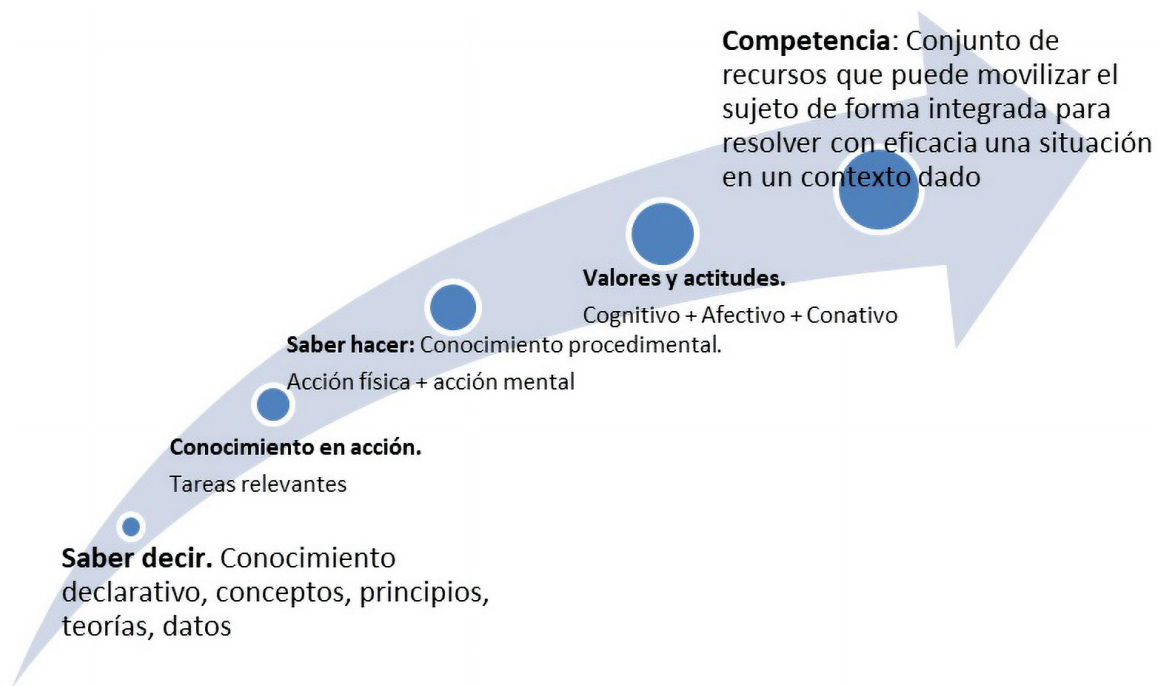


Gráfico 23. Del saber a la competencia. Elaborado a partir de CCBB. CNIIE

Retomando el aspecto de la formación en relación con las competencias, conviene recordar que no solo interesan las técnicas o profesionales, sino también las emocionales y sociales. En este sentido, una organización que pretenda mejorar tal formación debe desarrollarlas a través de la experiencia, el entrenamiento y la práctica, en la línea que marca la Organización Mundial del Trabajo, la Unión Europea y, más concretamente, la Declaración de Bolonia de 1999 (González y Wagenaar, 2003).

La formación en competencias se basa en el uso de metodologías activas y participativas (García, 2003) mediante prácticas reales o simulaciones, motivo por el cual resultan adecuadas las prácticas en empresas (Repetto y Pérez González, 2007). Todo ello implica un cambio cultural y una renovación metodológica.

Después de Bolonia se ha puesto de manifiesto la realidad innegable del continuo cambio en el mundo actual, en el cual la actividad enseñanza-aprendizaje debe, igualmente, extenderse a lo largo de toda la vida y adaptar lo aprendido a situaciones cambiantes (Esteve, 2003). El saber es cada vez más extenso, a la vez que más especializado, imperando una lógica flexible y multidisciplinar (Fernández March, 2006).

Es en este contexto en el que adquiere relevancia la formación en competencias, por su carácter práctico y aplicado, multifactorial y continuado. En suma, conocer, comprender y usar pertinentemente (De la Cruz, 2005). El papel del profesor pierde relevancia a favor del alumno (verdadero protagonista del proceso), activo y autónomo. Con el cambio de paradigma, aparece un cambio de procedimiento y metodología, con tendencia clara a métodos participativos, activos y flexibles. Se pasa de un modelo que pone el énfasis en la capacidad memorística a otro de aprendizaje significativo, en el que la labor del educador pasa por propiciar situaciones adecuadas para el aprendizaje, así como facilitar, guiar y motivar al alumno (Fernández March, 2006). Respecto de las metodologías concretas, podemos establecer un continuo, teniendo en cuenta dos variables: la participación y la autonomía, tanto del profesor como del alumno; que iría desde la clase magistral hasta el aprendizaje autónomo. Véase la tabla resumen (tabla 34) que informa sobre algunos de los métodos de enseñanza a tener presente (De Miguel, 2005; Prégent, 1990; Brown y Atkins, 1998).

MÉTODO	DESCRIP.		
Aprend. cooperativo	División en pequeños grupos, evaluados según la productividad grupal	VENTAJAS	Habilidades interpersonales y de comunicación. Cambio de actitudes
		EJEMPLOS	Trabajo en equipo. Bien en todo el curso, bien en parte
		RECOMENDACIONES	Atención a la formación de equipos, la motivación y al diseño de tareas. Interdependencia positiva, exigencia individual, cara a cara, reflexión en grupo
		PAPEL PROFESOR-ALUMNO	Profesor: ayuda, observa, retroalimenta Alumno: gestiona, desarrolla estrategias, empatía
Aprend. orientado a proyectos	El producto final es un proyecto o programa profesional	VENTAJAS	Motivador (interesante). Metodología de trabajo. Experiencia. Creatividad
		EJEMPLOS	En materias terminales (fin de ciclo) para integrar diferentes conocimientos
		RECOMENDACIONES	Definir las habilidades y actitudes. Pasos: contexto, bibliografía, alternativas, diseño y autoevaluación
		PAPEL PROFESOR-ALUMNO	Profesor: tutor, experto y evaluador Alumno: protagonista, diseñador y gestor
Contrato de aprendizaje	Propuesta de trabajo autónomo mediante contrato, que obliga a dos o más partes	VENTAJAS	Trabajo autónomo y responsable. Diversidad de intereses y ritmos. Maduración y comunicación
		EJEMPLOS	En cursos superiores. Habilidad de investigación. Alumnos con perfil diferente
		RECOMENDACIONES	Uso de protocolo (objetivo, estrategia, recursos, criterios y tiempos) y negociarlo
		PAPEL PROFESOR-ALUMNO	Profesor: define objetivo, secuencia y supervisión Alumno: planifica, autorregula, participa, busca y evalúa
Aprend. basado en problemas	Pequeños grupos, afrontan un problema, buscan información y obtienen una solución	VENTAJAS	Análisis y síntesis. Actitud positiva frente a dificultades. Habilidad cognitiva
		EJEMPLOS	Para abrir discusión y promover participación en situación concreta
		RECOMENDACIONES	Generar buena disposición. Retroalimentar. Pasos: descripción problema, delimitación, hipótesis, objetivos, obtención e integración de información, solución
		PAPEL PROFESOR-ALUMNO	Profesor: experto. Formula problema. Asesor, juez y tutor. Guía Alumno: juzga y evalúa. Trabajo individual y en grupo
Exposición lección magistral	Presentación de información de modo organizado	VENTAJAS	Presenta de información compleja
		EJEMPLOS	Como introducción a un tema o conclusión
		RECOMENDACIONES	Fomentar las preguntas. Preparación adecuada. Comunicación eficaz
		PAPEL PROFESOR-ALUMNO	Profesor: conoce, expone, evalúa Alumno: recibe información

MÉTODO	DESCRIP.		
Estudio de casos	Análisis de situaciones profesionales presentadas en busca de solución	VENTAJAS	Motivador. Análisis y síntesis. Contenido significativo
		EJEMPLOS	Inicio de discusión. Promover investigación. Verificar aprendizaje
		RECOMENDACIONES	Caso preparado. Claridad de la tarea. Reflexión final sobre lo aprendido
		PAPEL PROFESOR-ALUMNO	Profesor: redacta caso, varias alternativas, fundamento teórico. Guía y síntesis final Alumno: activo. Investiga. Discute y comprueba
Simulación y juego	Aprendizaje interactivo por una experiencia. Expresar sentimientos y nuevas ideas	VENTAJAS	Estímulo. Compartir. Es agradable. Favorece muchas habilidades
		EJEMPLOS	Contenidos vívidos (significación). Estimular participación. Resolver situaciones
		RECOMENDACIONES	Situación imaginada (no real), límites y reglas definidas
		PAPEL PROFESOR-ALUMNO	Profesor: maneja y dirige. Interroga Alumno: activo. Experimenta y reacciona

Tabla 34. Distintos métodos de enseñanza. Elaboración propia a partir de la referencia

Tradicionalmente, la enseñanza militar se ha caracterizado por ser una educación en valores (Sampedro, 2012). Los valores poseen polaridad (positivos o negativos) y jerarquía (superiores e inferiores). Se trata de creencias, que suponen la elección de determinadas opciones como deseables (López Franco y García Corona, 1994), por tanto, están relacionados con la ética y, por ende, con las competencias emocionales. La anterior ley de educación (LOGSE) se refería fundamentalmente a tres tipos de valores:

1. Sociales: solidaridad, no discriminación, valores democráticos y tolerancia.
2. Intelectuales: desarrollo del espíritu crítico, adquisición de conocimientos y destrezas.
3. Ecológicos: respeto al medioambiente.

La actual ley de educación (LOMLOE) habla de valores cívicos y éticos, entre los cuales destacan los relacionados con la dignidad y los derechos humanos, la diversidad cultural, la sostenibilidad, la justicia, la igualdad y la democracia.

Valores típicamente militares son el compañerismo, la jerarquía, la disciplina, el sacrificio y el valor, todos ellos recogidos en las reales ordenanzas. La Orden 1158/2010, de 3 de mayo de 2010, sobre Directrices Generales de los Planes de Estudios de la Formación Militar General, Específica y Técnica, señala que han de contemplarse tanto los contenidos y los procedimientos como los valores.

5. Empatía

Según el *Diccionario de la RAE*, empatía es la «identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro». Se traduce en la capacidad para experimentar las emociones de los demás comprendiendo su punto de vista e interesándose activamente por ellos. Desde el punto de vista de la psicología, resulta una variable humana de gran interés y repercusión en las relaciones sociales, laborales, incluso

en la salud de las personas (Letourneau, 1981; Coke *et al.*, 1978). El primer problema reside en la delimitación del concepto: si se refiere a *ponerse mentalmente* en el lugar de otro, o bien, si se refiere a *sentir* lo que siente el otro (enfoque cognitivo frente al enfoque afectivo). Estas dos vertientes de pensamiento han generado distintas escuelas o modelos en su estudio. Paralelamente a lo ocurrido con los modelos cognitivo y emocional en la psicología general, a partir de los años sesenta se va imponiendo progresivamente el segundo de ellos (afecto compartido o sentimiento vicario). En esta línea, se entiende como «la reacción emocional de un observador que percibe que otra persona está experimentando o va a experimentar una emoción» (Stotland, 1969). Un tercer modo (mixto) de abordar el concepto procede de una perspectiva situacional, es decir, se centra en estímulos situacionales concretos, permitiendo tener presente los dos acercamientos anteriores (cognitivo y afectivo), utilizando no solo respuestas emocionales sino también actitudes o competencias (Salovey y Mayer, 1990). Siguiendo esta visión integradora, entendemos empatía como un constructo multidimensional, denominado Modelo organizacional (Davis, 1996), que incluye unos procesos y unas respuestas (gráfico 24). Este modelo no tiene en cuenta las características de la persona hacia la que se siente la empatía (Fernández-Pinto *et al.*, 2008), pero supone un acercamiento innovador previo a la corriente popular de la inteligencia emocional de Goleman. Desde esta perspectiva, la empatía se entiende como un componente más de aquella e implica una habilidad cognitiva (obviando nuevamente la vertiente afectiva de la misma).

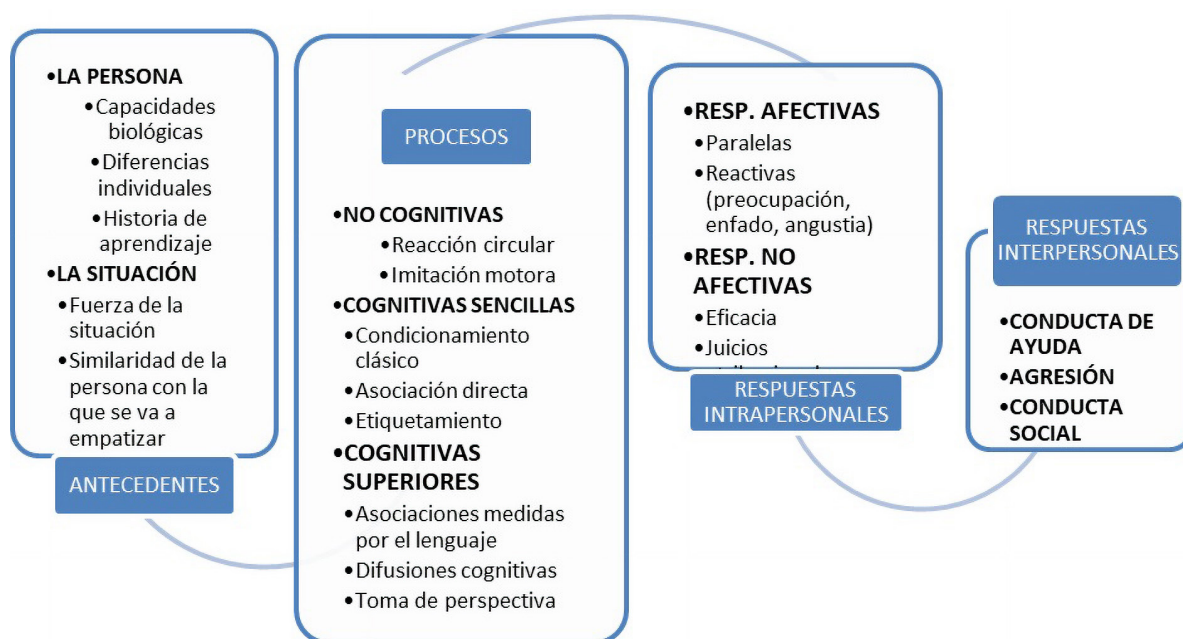


Gráfico 24. Modelo Organizacional. Elaborado a partir de Davis, 1996

Recientes estudios acerca de la ubicación neurofisiológica de las funciones relacionadas con la empatía arrojan resultados contrapuestos. A modo de conclusión, podríamos decir que existen diferentes áreas implicadas (lóbulo prefrontal, temporal, parietal inferior y estructuras límbicas), debido a que existen igualmente diferentes procesos cognitivos implicados. Del mismo modo, desde la perspectiva de la empatía cognitiva se ha popularizado el concepto de *neuronas espejo* (Rizzolatti y Singaglia, 2006). Dichas neuronas se ocupan de reconocer y comprender el significado de los actos motores (Fernández-Pinto *et al.*, 2008), incluyendo la comunicación no verbal.

Estudios relacionados con la personalidad encontraron relaciones entre empatía y otras características, tales como sociabilidad, autoestima (Hogan, 1969), neuroticismo o estrés empático (Fernández y López, 2007), nivel de activación o arousal (Moore, 1996). Respecto al género (Hoffman, 1977), las mujeres puntúan más alto en empatía en su vertiente afectiva (no cognitiva), si bien, relacionado con la expectativa de rol de género asumida. Desde una perspectiva social, existe diferente enfoque según se entienda la empatía como algo altruista, es decir, conocer y sentir la emoción en otros al objeto de ayudarles o reconfortarles; o bien, se entienda como una reacción de estrés emocional que sufre uno mismo ante la emoción de otro, en cuyo caso sería egoísta, ya que persigue principalmente reducir tal estrés.

Entre las implicaciones de la empatía, tenemos las estrictamente psicopatológicas: su deficiencia suele relacionarse con trastornos como el síndrome de Asperger, con algunos trastornos de la personalidad (esquizoide, narcisista, antisocial o límite), o con la esquizofrenia, las fobias, la ansiedad, la depresión o la obsesión. Desde el punto de vista del profesional de la salud mental, resulta igualmente interesante poseer un adecuado nivel de empatía a fin de establecer un *rapport* adecuado con el paciente.

Sin embargo, la aplicación o implicación más relevante para nuestro objetivo se encuentra asociada al liderazgo organizacional, especialmente relacionada con las habilidades sociales o interpersonales (Kellet *et al.*, 2002). Dicha capacidad se manifiesta en habilidades de comunicación y gestión eficaz del rendimiento. Los líderes empáticos son capaces de conectar mejor con los subordinados, comprendiendo su perspectiva y mejorando la comunicación con personas de otros sustratos socioculturales. También se relaciona con cuestiones de salud mental, en su acepción más amplia (como bienestar), de modo que las personas más empáticas se declaran más felices (Seligman, 2002). Existe relación entre la regulación emocional o control emocional y la empatía (Davies, *et al.* 1998). Se ha identificado la empatía como el principal motivador de la conducta prosocial de los sujetos, tanto en su componente cognitivo como afectivo (Mestre *et al.*, 2002).

Evidentemente, existe una gran variabilidad según los sujetos en relación con este rasgo; algunas personas son más emocionales que otras, sin embargo, todas ellas poseen un margen de mejora y entrenamiento, para alcanzar una empatía saludable que les proporcione herramientas de interrelación adecuadas para un mando o líder militar.

5.1. Medida de la empatía

Desde la primera escala propuesta por Dymond (1949) hasta la más reciente (TECA, 2008), se han ido ajustando las distintas subescalas, con alguna deficiencia de consistencia (tabla 35). Entre las más populares, en la actualidad tenemos el QMEE (33 ítems) y el IRI (28 ítems). Algunas de las interesantes subescalas utilizadas son *reactividad emocional* y *habilidades sociales* (EQ), así como la *comprensión emocional* (TECA). Existe, pues, un amplio abanico de posibilidades de instrumentos y herramientas psicotécnicas para medir el constructo de empatía.

En concreto, el IRI (Davis, 1980) ha sido adaptado a muestra española obteniendo una adecuada validez como instrumento (Mestre *et al.*, 2004). Se trata de un cuestionario de 28 ítems con cuatro escalas: Toma de Perspectiva (PT), Fantasía (FS), Preocupación Empática (EC) y Malestar Personal (PD), que permiten medir tanto el aspecto cognitivo como el emocional, apareciendo diferencias significativas entre varones y mujeres.

Nombre de la escala y autor		Consistencia interna ³	N.º ítems	N.º Subescalas	N	Validación ⁴
Visión cognitiva	<i>Dymond Rating Test of Insight and Empathy</i> Dymond (1949)	.82	24	2	80	TAT WAIS
Visión cognitiva	<i>Hogan Empathy Scale (EM)</i> Hogan (1969)	.94	64	3	211	MMPI Escala de personalidad
Visión afectiva	<i>Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE)</i> Mehrabian y Epstein (1972)	.84	33	8	202	Deseabilidad social, tendencia a la afiliación y agresión
Visión afectiva	<i>Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)</i> Mehrabian (1997a)	.87	30	-	-	Agresión
Visión afectiva	<i>Measure of Emotional Empathy</i> Caruso y Mayer (1998)	.88	30	6	93	QMEE
Visión integradora	<i>Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)</i> Davis (1980) y Pérez-Albéniz et al. (2003)	.70-.78 en función de la subescala	28	4	475 ⁵	QMEE EM
Visión integradora	<i>Empathy Quotient (EQ)</i> Baron-Cohen y Weelbright (2004)	.85	28	3	362	Deseabilidad social, inteligencia emocional
Visión integradora	<i>Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA)</i> López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad (2008)	.86	33	4	380	QMEE, IRI, agresión, personalidad y red social
Escala situacional	<i>Escala de Empatía e Identificación con los personajes</i> Iguartua y Páez (1998)	.89	17	7	64	Agresión e impacto

³ Valores obtenidos con el índice Alpha de Cronbach (1951)

⁴ Cuestionarios empleados para la validación de cada instrumento

⁵ El valor de la muestra es el mencionado en Davis (1980)

Tabla 35. Escalas de empatía y sus características psicométricas. Fernández-Pinto (2008)

6. Resolución de problemas

Ya se ha hecho mención a la importancia que en las FAS posee el líder como gestor de equipos y como director de personas, dado el papel fundamental que las mismas tienen en los resultados de la organización. Podemos concluir que el Ejército es experto en gestionar y dirigir personas, habida cuenta de la trascendencia que, en determinadas ocasiones, puede tener la decisión de un jefe sobre la propia vida de sus subordinados. Por ello, los

miembros de la organización esperan de su jefe un liderazgo efectivo y eficiente, una adecuada competencia profesional, cierta capacidad de iniciativa, ser escuchados y tenidos en cuenta, contar con un estímulo y apoyo, y un margen de confianza.

Entre las funciones directivas que el jefe militar ha de desempeñar se encuentran:

- a) De planificación. Fijar los fines y los medios para conseguir los objetivos. Extraer las opciones disponibles y evaluarlas en función de las circunstancias. Tomar decisiones.
- b) De organización. Decidir los puestos y sus funciones, la orgánica y las relaciones entre ellos.
- c) De dirección. Conocer las motivaciones del personal, las relaciones entre ellos (formales e informales).
- d) De control. Evaluar los resultados obtenidos. Reformular los aspectos deficitarios y adoptar cambios o modificaciones en pro de la eficacia, adaptándose al entorno.

De todo lo anterior, deducimos la importancia que adquiere la dirección de equipos de trabajo en el entorno de la organización militar y, en consecuencia, de las habilidades sociales y comunicativas del líder. Como parte consustancial de estas habilidades necesarias, aparece el conflicto.

6.1. El conflicto

El conflicto es aquella situación de disputa o divergencia en la que existe una contraposición de intereses, necesidades, objetivos, conductas o valores entre distintos individuos o grupos, los cuales perciben dichos elementos como incompatibles. El conflicto se entiende como íntimamente unido a la naturaleza y, más en concreto, a la naturaleza humana. Normalmente, lo percibimos como algo negativo y que deseamos evitar, ya que es fuente de malestar y de confrontación (etimológicamente significa chocar), asociado a menudo con la violencia, además de la tendencia natural de resistencia al cambio. Sin embargo, al tratarse de algo inevitable y frecuente («lo único constante en la vida es el cambio») deberíamos enfocarlo en positivo, con naturalidad y con adecuadas herramientas de afrontamiento: la diversidad debe entenderse como un valor, no como una deficiencia. Nuestra propia evolución como seres vivos proviene del cambio, de la variación y la adaptabilidad. A través del conflicto las sociedades pueden avanzar y mejorar (transformación social a modelos más justos), representando una oportunidad más que un hándicap.

En el ámbito que nos movemos, interesan especialmente los conflictos que surgen de las relaciones interpersonales, ya sean formales o informales, más que en el entorno de los grupos u organizaciones. No todo conflicto se resuelve de modo violento, si bien, en toda situación violenta subyace un conflicto.

Elementos a tener en cuenta en una situación de conflicto:

- a) Protagonistas. Personas o grupos que sustentan las posturas enfrentadas.
- b) Causa o motivo. Pueden ser personales (expectativas dispares, emociones), del entorno (medios materiales escasos), o de comunicación (por ejemplo, malentendidos).
- c) Interpretación. Hay conflicto cuando se percibe como tal (visión subjetiva). La causa puede ser real o irreal.
- d) Estrategia. Modo de afrontarlo: competitivo (uno gana y otro pierde, teoría de juegos de suma cero, en donde influye el poder de las partes); evitación (se pospone el afrontamiento); adaptación (una parte siempre cede a la otra); negociación (poder

similar entre las partes, se cede por igual y se comparten pérdidas y ganancias); cooperación (se basa en intereses, requiere confianza, ambas partes ganan).

6.2. La Teoría de juegos

En 1994, Harsanyi, Selten y Nash ganaron el premio Nobel de economía por su Teoría de juegos para explicar el funcionamiento entre empresas competidoras. Desde el punto de vista económico-matemático, se trata de cualquier situación interactiva en la que una o más personas comparten el control de un grupo de variables y en la que cada uno debe tomar decisiones en relación con las actividades o posiciones del conjunto. El éxito de cada individuo está determinado no solo por la acción propia sino por la del grupo. Se trata de establecer una ganancia para determinar el valor de lo realizado. Y esta se mide matemáticamente para analizar el comportamiento en las decisiones y optimizarlo. Se asume que el resultado debe ser una magnitud verificable (en dinero, gozo u honores) y el juego se resuelve cuando uno gana. Diferenciaban entre juegos competitivos (de suma igual a cero) y cooperativos (de suma distinto de cero). En los primeros, cada sujeto lucha por conseguir su propio objetivo. Para que alguien gane, otro ha de perder en la misma medida. De este tipo son las operaciones económicas o dinerarias (si yo gano x euros, alguien los ha perdido) o, por ejemplo, el ajedrez. En los juegos cooperativos puede haber una estrategia común y una consecución de objetivos también común, de modo que ambos pueden ganar. Un ejemplo clásico de este tipo es el *dilema del prisionero*, formalizado y analizado por primera vez por Tucker en 1950. Es un juego de suma no nula, bipersonal, biestratégico y simétrico:

«Dos delincuentes son detenidos y encerrados en celdas de aislamiento de forma que no pueden comunicarse entre ellos. El alguacil sospecha que han participado en el robo del banco, delito cuya pena es diez años de cárcel, pero no tiene pruebas. Sólo tiene pruebas y puede culparles de un delito menor, tenencia ilícita de armas, cuyo castigo es de dos años de cárcel. Promete a cada uno de ellos que reducirá su condena a la mitad si proporciona las pruebas para culpar al otro del robo del banco».

La estrategia *lealtad* consiste en permanecer en silencio y no proporcionar pruebas para acusar al compañero. Llamaremos *traición* a la estrategia alternativa.

Al no conocer la decisión del otro preso, la estrategia más segura es traicionar. Si ambos traicionan, el resultado para ambos es peor que si ambos hubieran elegido la lealtad. Este resultado se conoce como *punto de equilibrio de Nash*.

Matriz de pagos (años de cárcel)			
		Preso Y	
		Lealtad	Traición
Preso X	Lealtad	2/2	10/1
	Traición	1/10	5/5

Tabla 36. Matriz de pagos

De este ejemplo se derivan algunas aplicaciones interesantes respecto a la toma de decisiones y la resolución de problemas: la información es vital (cuanta más mejor). Si los presos pudieran intercambiar información, elegirían la opción de lealtad (más ventajosa

para ambos). No recelar de la otra parte y tratar de ponerse en su lugar (empatía). Mantenerse abierto a los cambios que puedan surgir, con la mente puesta en el medio y largo plazo, más que en el corto. Perseguir la cooperación como estrategia más ventajosa.

6.3. Destrezas en la resolución de conflictos

a) Adoptar la perspectiva de ganar/ganar. Para ello, hay que partir de las necesidades no de las posibles soluciones (estrategia cooperativa), siendo consciente de las propias y de las del otro y reconociendo las diferencias individuales.

b) Cambiar la idea de conflicto por la de posibilidad/oportunidad. Se trata de una visión activa y motivadora. Diferencia entre lo que es aceptable o satisfactorio para ambas partes, y entre lo que sería perfecto para mí. La idea de perfección implica la existencia de ganador y perdedor.

c) Desarrollar la empatía. Capacidad de comprender y sentir lo que experimenta el otro. Se materializa en la escucha activa (mostrar interés, hacer preguntas, resumir, verificar, acordar).

d) Desarrollar la asertividad. Consiste en defender la postura propia, con respeto, claridad y firmeza, pero sin usar la agresividad.

f) Favorecer la cooperación por encima de la competición. Objetivos comunes, puntos de encuentro, basados en las necesidades de las partes en conflicto.

g) Manejo y control de las emociones. Estas son relevantes en la resolución, ya que actúan siempre en la interacción, aunque creamos que es un debate estrictamente racional, siempre aparece el componente emocional. Conviene conocer y utilizar las técnicas de autocontrol emocional.

h) Concretar, resumir y establecer logros a corto plazo para perseguir otros más ambiciosos, que sirven como puntos de encuentro y partida para siguientes fases.

i) Desarrollar la creatividad. Generación de alternativas y opciones que después se valorarán y analizarán.

j) Capacidad de negociación. Centrarse en las necesidades. Atacar los problemas, no a las personas. Buscar puntos en común.

k) Considerar otras opciones como la mediación o el arbitraje.

7. Comunicación

«Toda conducta es comunicación y no puede haber no comunicación» (Watzlawick, 1991).

Comunicar significa transmitir ideas y pensamientos con el objetivo de ponerlos en común con otro. Esto supone la utilización de un código de comunicación compartido. Este código es un conjunto de símbolos y signos, que puede ser verbal (oral y escrito) o no verbal (gestos, señales), siendo el lenguaje un medio más, no el único.

La teoría de la comunicación se ocupa del estudio de los actos expresivos, es decir, de los comportamientos comunicativos, en contraposición con los actos ejecutivos. La Teoría de la comunicación (Martín Serrano *et al.*, 1982) está interesada en explicar cómo el ser

vivo controla su entorno, mediante el recurso a la información, y se relaciona con otras ciencias como la física, la psicología, la biología, la economía o la sociología, entre otras. La comunicación es, a la vez, un mecanismo de dominio y de adaptación entre los seres vivos, y una forma de relacionarse.

Los principales modelos de la teoría de la comunicación son:

- a) Behaviorismo. Procede del positivismo. Le interesa la experiencia directa (estímulos y respuestas: conductismo). Actores (emisores y receptores) que se relacionan mediante canales de comunicación, por los que se transmiten unos contenidos de información (Modelo de Laswell, 1979):
 - Un sujeto estimulador (quién) que genera los estímulos buscando una clase de respuestas en el sujeto experimental.
 - Unos estímulos comunicativos (qué) que originan una conducta comunicativa.
 - Unos instrumentos (por qué canal) que hacen posible la aplicación de los estímulos comunicativos.
 - Un sujeto experimental (a quién) que recibe estos estímulos y que va a reaccionar respecto a ellos.
 - A los estímulos comunicativos corresponden siempre unas respuestas (con qué efectos).
- b) Funcionalismo. Centrado en las funciones y en los grupos (*órgano social*). Le interesa la retroalimentación y cómo el grupo social, a su vez, influye en el estímulo (*feed-back* de la información). Los efectos que produce la comunicación se denominan opinión pública o *estado de opinión* (Modelo de Wright).
- c) Estructuralismo. Procede de la teoría del conocimiento. Interesan las reglas que se aplican (Modelo de Lévi-Strauss).
- d) General de sistemas. Interesan los componentes y sus interacciones. Cada parte se relaciona con el resto del sistema, con retroalimentación continua (Modelo de Watzlawick).
- e) Análisis matemático. Procede de la teoría de la información (Modelo de Shannon-Weaver).
- f) Análisis dialéctico. Interesa la relación entre los elementos y los conflictos que generan (Modelo de Martín Serrano).

El estudio de la comunicación humana puede subdividirse en estas tres áreas:

- Sintáctica: abarca lo relativo a transmitir la información (codificación, canales, capacidad, ruido).
- Semántica: el significado es el tema principal.
- Pragmática: la comunicación afecta a la conducta. Son los efectos que provoca.

Toda comunicación tiene un contenido y un cómo se comunica. Aparte de la función propia de la comunicación de transmitir información, puede haber otras, como, por ejemplo, la de control, de motivación o de expresión emocional. El proceso habitual de comunicación se resume en el gráfico siguiente.

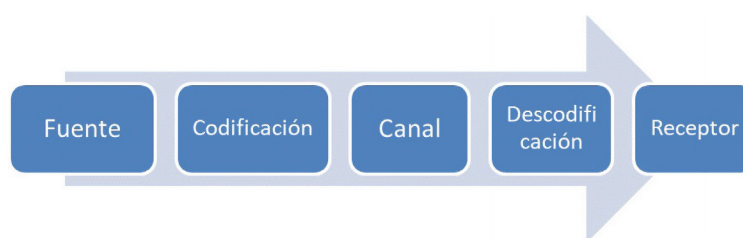


Gráfico 25. Proceso de comunicación

Según la dirección de la comunicación, hablamos de ascendente (información al mando), descendente (información a los subordinados), lateral (entre iguales) y transversal (relaciones funcionales). Atendiendo al canal de comunicación, diferenciamos entre formal (siguiendo la cadena establecida de autoridad/jerarquía) e informal (relaciones fuera de la cadena de mando). En este último tipo, cobra especial importancia el rumor (aproximadamente el 75 % de la información circulante), fruto de la ambigüedad y la desinformación y con efectos perniciosos en la organización. Según el lenguaje utilizado, podría ser verbal o no verbal.

Según el gráfico anterior, podemos encontrar dificultades (obstáculos) en el proceso de comunicación: en el canal (ruidos o interferencias, que sea eficaz o no), en el emisor y en el receptor (limitaciones, errores en la percepción, expectativas, rasgos de personalidad); o en la codificación y descodificación (que sea común y conocida por las partes, o no). Pueden ser barreras físicas, psicológicas o semánticas.

Todo acto de interrelación humana implica comunicar, en sus diferentes facetas. Ante el caso concreto de una comunicación conviene tener presente una serie de aspectos previos a la misma, así como unos consejos y técnicas para su conducción. Respecto a la planificación previa:

- Fijar objetivos. Qué pretendo comunicar. Interesa preparar los contenidos adecuadamente, estableciendo una competencia profesional adecuada.
- Analizar la audiencia (individual, grupos, aula). A quién va dirigida mi comunicación. Información previa del auditorio (nivel sociocultural, expectativas, necesidades, intereses). Podemos diferenciar la audiencia en función de dos ejes, su nivel de activación y su nivel de emoción, así tendremos auditorios centrados en las tareas o en las personas.
- Preocuparse de la estructura del acto comunicativo. Resulta apropiado distinguir entre introducción, cuerpo, y cierre o conclusiones. En la introducción se debe realizar una presentación, aclarar objetivos y sirve para captar la atención y organizar lo que sigue. En el cuerpo se informa y clarifica. Es útil seguir un guion (para seguir un orden, incluso utilizando fichas breves con tiempos aproximados de cada actividad), así como realizar resúmenes puntuales para clarificar y continuar, preguntar y aclarar. Respecto al cierre, se insiste en los resúmenes, en la motivación para la acción (poner en marcha lo comunicado) y en los pasos siguientes o futuros.
- Tener en cuenta los sistemas de representación: visual, auditivo y kinestésico.
- Preparar los medios auxiliares. Entorno, salas, ambiente, equipos, puntualidad.

Respecto a la conducción del acto comunicativo hay que contar con la presencia e influencia de las emociones, tanto del comunicador como del destinatario de la información (consultar los apartados de empatía y control emocional). Del mismo modo, en relación con la comunicación escrita (materiales, presentaciones), es preferible manejar un número limitado de conceptos o ideas básicas a transmitir, que ser demasiado extenso (cuatro o cinco ideas). Promover la implicación del auditorio de un modo activo, utilizando, siempre que sea posible, recursos emocionales (sentido del humor). El lenguaje verbal utilizado ha de adaptarse al nivel de la audiencia, sin abusar de tecnicismos innecesarios. La exposición debe ser dinámica, usando ejemplos, testimonios, referencias y comparaciones pertinentes. Igualmente, incentivar la participación (escucha activa, preguntas, paráfrasis, comunicación no verbal).

En resumen, el acto comunicativo ha de cumplir su objetivo fundamental: transmitir un mensaje de modo claro, sencillo y eficaz. Para ello, debemos recordar que la información a medida que se transmite, se deforma (cuantos más eslabones existan en la cadena de transmisión de un mensaje, más cambia el contenido, ya que cada persona interpreta de modo subjetivo y rellena los huecos que encuentra).

7.1. Comunicación no verbal

Resulta una parte fundamental en todo proceso de comunicación. Continuamente estamos emitiendo signos a nuestro entorno que contienen información, desde señales visuales hasta químicas u olfativas. Todo ello constituye comunicación (hay quien señala que hasta el 65 % del mensaje total proviene de aspectos no verbales).

La comunicación no verbal se forma por «las emisiones de signos activos o pasivos, constituyan o no comportamiento, a través de los sistemas no léxicos somáticos, objetuales y ambientales conocidos en una cultura, individualmente o en mutua coestructuración» (Poyatos, 2003). Se trata de una visión multidisciplinar, que abarca los sentidos habituales del ser humano, y otros:

- Sonido: lenguaje, paralenguaje, kinésica, movimientos sonoros, externos o internos.
- Movimiento: también los insonoros, dérmicos (tacto), presión, dolor, músculos, órganos.
- Química: olfato, temperatura, tacto o gusto.
- Térmicas: consistencia, fuerza, presión, peso, textura, color, luz.

Tipos de actos no verbales:

- Emblemas: se refieren a signos aceptados por una determinada cultura, con un significado común, por lo general, expresados a través de mano y cara. Por ejemplo, la V de victoria con el dedo índice y corazón de la mano.
- Ilustradores: gestos en concordancia con el mensaje verbal, que lo afianzan o lo enfatizan. Por ejemplo, mostrar la palma de la mano para subrayar un ofrecimiento.
- Reguladores: para dirigir u organizar las intervenciones que se producen. Por ejemplo, gestos de asentimiento o negación, o señalar con el índice para indicar el turno de palabra de alguien.
- Adaptadores: movimientos o gestos inconscientes que sirven para regular las emociones o controlar las respuestas. Por ejemplo, dar la mano (amistad), remanergarse (disposición) o tocarse la barbilla (reflexión).

Dentro de la comunicación no verbal incluimos igualmente aspectos de paralenguaje (tono, ritmo, pausas, timbre, resonancia, chasquidos, siseos, aspiraciones, silencios), alternantes (risas, bostezos), y gestuales (maneras, postura, miradas, tics, vestuario). En este último aspecto, toma importancia la cara del emisor. La cara posee rasgos permanentes (dimensiones y características físicas de sus elementos); cambiantes (por edad, por sufrimiento); dinámicos (cambiantes al ejecutar el habla); y artificiales (cosmética, gafas).

Como se deduce, todos los aspectos señalados aportan información adicional al mensaje verbal (lenguaje hablado y escrito), matizándolo, modificándolo o, incluso, cambiando absolutamente su significado. Entre las funciones del lenguaje no verbal, cabría señalar que enfatiza el lenguaje verbal (gestos que apoyan lo expresado), expresa sentimientos y emociones (gestos faciales), en ocasiones, sustituye totalmente a las palabras y, a veces, matiza su sentido, incluso lo contradice (temblores acompañando a la expresión «no estoy nervioso»), y regula la comunicación (turnos).

Respecto a la paralingüística, en el tono cabe distinguir entre ascendente, que indica duda, indecisión o interrogación; descendente, que expresa seguridad y firmeza; y mixto, que podría indicar sarcasmo o burla.

En relación con el ritmo (número de palabras por minuto), lo normal se sitúa entre 100 y 150 palabras/minuto. Por encima, sería taquilalia y, por debajo, bradilalia. El volumen regula la intensidad con la que se habla; cuando es bajo señala sumisión, tristeza o

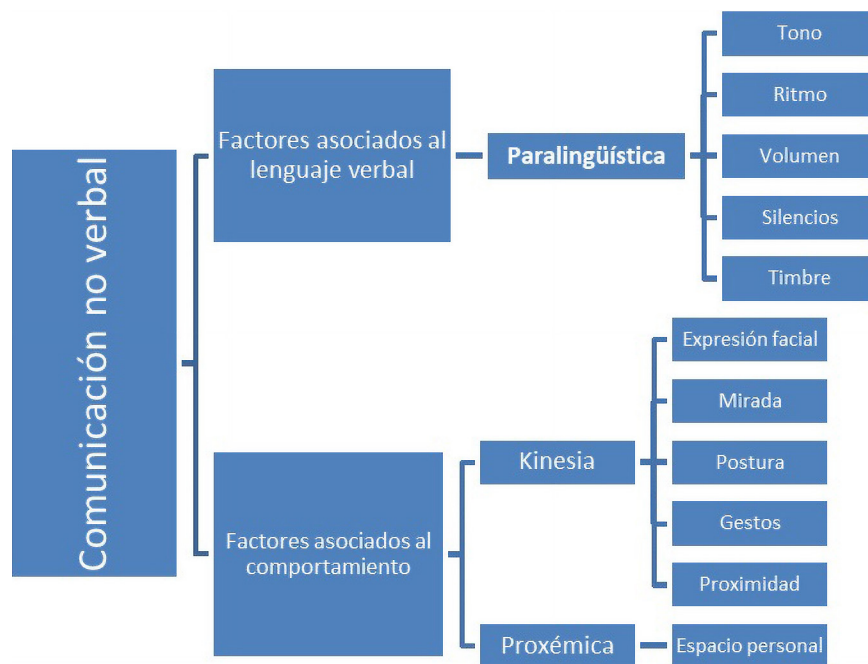


Gráfico 26. Comunicación no verbal

timidez. Los silencios se pueden interpretar como algo positivo o negativo. Estas pausas pueden servir para ceder la palabra al otro (dar pie). El timbre de voz es un rasgo característico, una señal identitaria de la persona que habla, se le reconoce por ello y puede ser bajo o alto.

Respecto a la kinesia (movimiento) podemos hablar de expresión facial (gestos de la cara, en especial ojos y boca). Ekman señala siete emociones básicas que podemos transmitir con ella: alegría, tristeza, miedo, enojo, asco, desprecio y sorpresa. Respecto a la mirada, indica interés o atención para con el interlocutor; si se mantiene en exceso muestra hostilidad, si se baja, inseguridad. La postura se refiere al modo que adopta nuestro cuerpo y refleja el estado emocional (tensión o relajación). Por ejemplo, la posición de las piernas al estar sentado (cruzadas indica una barrera). Si estamos de acuerdo con alguien, probablemente adoptaremos una postura similar, o en un grupo, tenderemos a estar más de frente con quien mayor afinidad tengamos. Los gestos poseen un componente cultural. En USA, el pulgar hacia arriba indica buen trabajo; en Grecia es un insulto. En Japón, el signo de Ok significa dinero y, en Tíbet, sacar la lengua a alguien es un saludo. En nuestra sociedad, un apretón de manos puede aportar bastante información: firmeza, duración o inclinación.

En relación con la proxémica (proximidad espacial), somos conscientes de que poseemos un espacio o *burbuja personal* que, al ser invadido, nos provoca malestar. Hay que tener en cuenta el grado de confianza o intimidad con el interlocutor, la cultura en la que estemos (los mediterráneos nos acercamos más que los anglosajones), incluso la edad de los participantes. Podríamos distinguir entre distancia íntima (45 cm), personal (45-120 cm), social (120-360 cm) y pública (más de 360 cm). En ocasiones, la invasión del espacio personal se realiza para intimidar al contrario y provocar sumisión.

Consejos en relación con la comunicación no verbal:

- Mantener la mirada (contacto visual). Normalmente mantiene más la mirada el receptor del mensaje. El emisor suele alternarla para pensar lo que va diciendo.
- Usar gestos adecuados. Ha de existir coherencia entre el mensaje verbal y el no verbal.

- Eliminar barreras (brazos cruzados, postura, gestos de superioridad, ademanes).
- Cuidar los aspectos paraverbales, como el tono, la articulación (claridad), volumen, repetición (uso de muletillas), la velocidad y el manejo de los silencios y las pausas.

8. Negociación

Entendemos por negociación un modo de resolver los conflictos mediante el diálogo, un método para lograr un acuerdo. De especial relevancia resultan los conflictos dentro de una organización, sean de tipo personal o profesional. Algunas de las definiciones del concepto las encontramos en: «La negociación es una forma de alcanzar los objetivos cuando estos no dependen exclusivamente de nosotros sino que, por el contrario, requieren una interacción con otros sujetos. La negociación no es un fin en sí mismo, sino un procedimiento de conseguir unos objetivos y satisfacer unos intereses» (Covey, 1999). O bien «la negociación es el proceso por el cual las partes interesadas resuelven conflictos, acuerdan líneas de conducta, buscan ventajas individuales o colectivas o procuran obtener resultados que sirvan a sus intereses mutuos» (Miranda, 2004; en Ávila y Maita, 2009).

Encontramos ejemplos de negociación en cualquier ámbito de la vida, desde cuestiones sin importancia hasta aspectos vitales. De esta variabilidad se desprende que, según las posibles implicaciones y consecuencias, conviene preparar y entrenar las habilidades en negociación. En el entorno de las Fuerzas Armadas, los procesos de negociación son importantes, no solo a nivel estratégico, fruto de la pertenencia a organismos internacionales como la OTAN, ONU o UE, donde se tratan temas como la participación en misiones internacionales (distribución de cargos, cometidos, mando y control, aspectos económicos); sino también resulta fundamental a la hora de gestionar la propia organización internamente y, por tanto, todos los cuadros de mando han de contar con ciertas nociones y pericia al respecto (CESEDEN, 2012).

Antes de proseguir, conviene aclarar terminológicamente algunos aspectos relacionados con la negociación:

- Asunto: es el tema objeto de la negociación.
- Interés: es lo que las partes pretenden de la negociación.
- Posición: es la postura que las partes definen al comienzo de la negociación y que irá variando en su devenir.
- Alternativa: opciones en caso de no conseguir el acuerdo.
- Opción: posible acuerdo o solución.
- Compromiso: expresión verbal o escrita acerca de lo acordado.

Dependiendo de la complejidad del asunto y de los intereses de las partes, el proceso de negociación se puede alargar o reducir considerablemente. Sin embargo, podemos señalar tres fases comunes a todo proceso. A saber: preparación, desarrollo y acuerdo.

La preparación se considera como un elemento fundamental en el proceso. Por ejemplo, cuanta más información obtenga de la parte contraria, mejores serán mis opciones posteriormente. Hay que tener presente el tiempo como un recurso limitado. En el desarrollo del proceso de negociación, conviene identificar claramente los intereses y las posiciones de las partes, así como su capacidad para llegar a un acuerdo.

Una clasificación de tipos de negociación (por posiciones) señala dos categorías (CESEDEN, 2012):

- 1) Integrativa: aquellas negociaciones en las que ambas partes ganan (teoría de juegos) y, por tanto, se impone la colaboración. Se busca el interés común y se respetan las posiciones y necesidades del contrario. Se caracterizan por la confianza y la reciprocidad. Se persigue el acuerdo, que sea amplio (intereses de ambas partes), eficiente (resolución justa y realizable) y duradero (no empeorar las relaciones previas).

El decálogo de las negociaciones colaborativas aconseja separar las personas del problema, centrarse en los intereses, generar gran cantidad de alternativas e insistir en criterios objetivos.

Siguiendo este decálogo del método de negociación de Fisher y Ury (2000), la separación de las personas y los problemas es el primer paso a seguir. A través de la capacidad empática del negociador, este ha de disponer de la suficiente flexibilidad para no dejarse llevar por emociones negativas respecto a la otra parte (deudas pendientes, prejuicios, antipatías). Del mismo modo, no se trata de vencer a toda costa sino de encontrar puntos comunes de interés. En segundo lugar, debemos centrarnos en los intereses, distinguiéndolos claramente de las posiciones. Los intereses son los objetivos finales de las partes y constituyen la principal motivación. No siempre las partes muestran de forma evidente sus intereses y debemos realizar un esfuerzo para identificarlos. En tercer lugar, conviene generar muchas alternativas usando la creatividad y las herramientas disponibles ya que ello nos proporcionará más posibilidades de acuerdo, aunque fuera parcial. Por último, los criterios han de ser objetivos y racionales, antes que emocionales y subjetivos.

En relación con la separación entre problemas y personas hay que señalar que a menudo las negociaciones se transforman en una lucha de egos que dificulta alcanzar un acuerdo. Según este enfoque la negociación ha de basarse en los problemas no en las personas, es decir, buscar los puntos de intersección entre las necesidades e intereses de una y otra parte. Para conseguirlo debemos conocer cuáles son esos intereses (basado en la confianza), desarrollar cierta capacidad de empatía (ponerse en el lugar del otro), reflexionar sobre el motivo por el cual la otra parte no acepta nuestra posición, y proponer soluciones condicionadas (cesiones propias sujetas a concesiones de la otra parte).

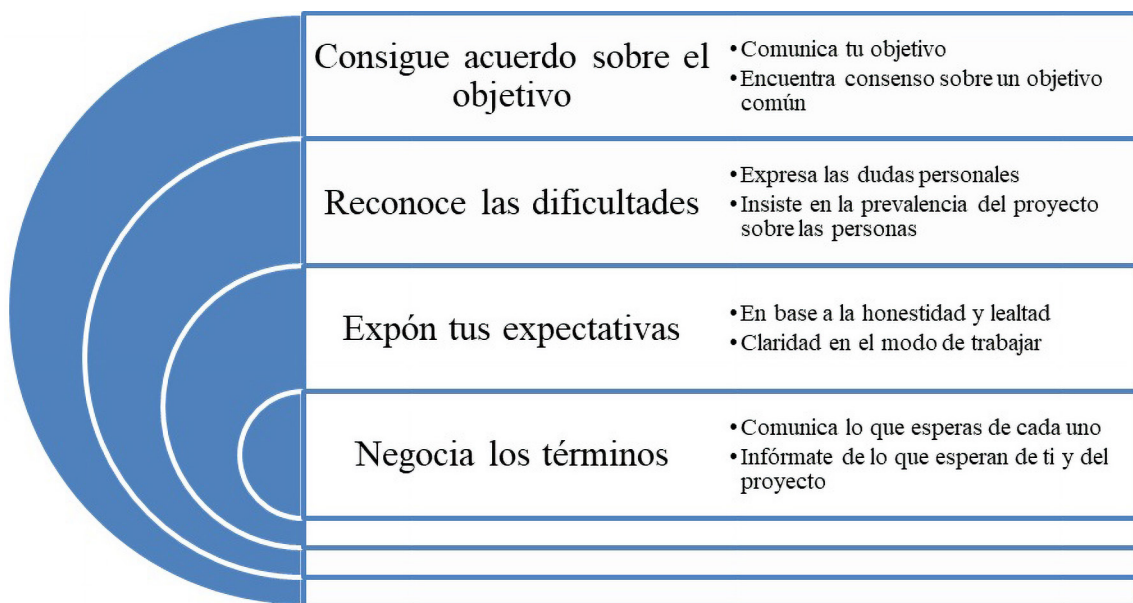


Gráfico 27. Tratar con los compañeros. Elaborado a partir del CESEDEN, 2012

Respecto a generar opciones y alternativas, hay que echar mano de la creatividad con base en una planificación previa, trabajada y elaborada (llevar preparada la postura propia y tratar de anticipar y analizar la postura ajena). Uno de los métodos más habituales consiste en un *brainstorming* o tormenta de ideas.

Por último, insistir en criterios objetivos, es decir, buscar procedimientos justos que satisfagan una solución beneficiosa para ambos. Una variante al respecto la constituyen los arbitrajes y las mediaciones. Como ejemplo de criterio objetivo, podríamos tomar el valor de mercado, el rendimiento, datos científicos o normas profesionales al uso.

- 2) Distributiva: aquellas en las que las partes buscan obtener el máximo beneficio, por tanto, se basan en la competencia. Serían juegos de suma cero (para que uno gane el otro ha de perder). Es de vital importancia el poder que ostentan las partes negociadoras. Las partes mantienen posturas encontradas y cierta desconfianza entre ellas.

Según el decálogo de las negociaciones competitivas, se debe plantear el caso de forma ventajosa, conocer el alcance y fuerza de uno mismo y de la otra parte, definir metas ambiciosas, definir su mejor alternativa, elaborar los razonamientos y definir las concesiones, estudiar los puntos fuertes y débiles y estudiar el punto de vista del contrario.

Siguiendo el decálogo propuesto, el primer punto señala el planteamiento ventajoso. Consiste en obtener una situación privilegiada desde el primer momento, es decir, llevar la negociación al terreno que más nos interese. Una técnica para conseguir este objetivo podría consistir en no mostrar demasiado interés por el asunto a tratar. Por ejemplo, «sí, ese coche está bien, pero yo tengo uno prácticamente nuevo». De este modo, obligaremos a la otra parte a ceder en la posición de partida o punto de arranque.

En una negociación competitiva es importante el concepto de poder. Cuanto mayor sea el poder de una parte, más probabilidades tendrá de conseguir su objetivo sobre la otra parte. Podemos diferenciar entre poder intrínseco, que tiene relación con los recursos y posición previa de una parte (por ejemplo, EE. UU. tiene un poder mucho mayor en una negociación en la ONU que un país del tercer mundo); y poder relativo, que guarda relación con las consecuencias negativas de no llegar a un acuerdo en un tema concreto (por ejemplo, EE. UU. tiene interés vital en obtener una concesión petrolera de otro país más pequeño, el cual puede venderla a terceros). Por tanto, en una negociación, el poder real está de parte del que menos pierde.

Respecto al conocimiento de la otra parte debemos señalar que este esfuerzo estará en consonancia con la trascendencia de la negociación. En función de ello indagaremos acerca de la organización que representa, su entorno y circunstancias, así como sobre el propio negociador, distinguiendo entre hechos y suposiciones (opiniones). Conviene aclarar los intereses, motivaciones, necesidades y circunstancias del oponente. De igual importancia resulta el conocimiento de uno mismo: de los puntos fuertes y débiles que poseemos, tanto nosotros, como negociadores, como nuestra posición e interés.

En relación con las alternativas, suponen una ventaja de inicio. Haber prefijado el punto de ruptura (línea roja que no podemos sobrepasar) marca los límites en la negociación. La ganancia será la diferencia entre la línea roja y lo conseguido en el acuerdo.

La elaboración de razonamientos supone predefinir la posición de partida así como los argumentos que puedo emplear, tanto para defender mi posición como para contraargumentar la contraria.

En consecuencia con lo establecido anteriormente, debo planificar cuáles pueden ser mis concesiones, hasta dónde puedo llegar en la negociación y en qué temas (los más ventajosos para mí). Del mismo modo, el ritmo de concesiones debe estar predefinido, ya que no es conveniente ceder todo lo posible al inicio de la negociación, sino ir progresivamente cediendo en parte y comenzar por las concesiones de menor valor. No caben las concesiones gratuitas, siempre se debe pedir y conseguir algo a cambio de la otra parte. El punto donde coincidan las posiciones de las partes será el punto de acuerdo.

Existen implicaciones muy importantes derivadas de la habilidad para negociar en la gestión cotidiana de las organizaciones, en concreto, hablamos de habilidades directivas, dado el hecho de que todas las interacciones dentro de una organización se resumen en procesos de negociación, de mayor o menor complejidad y trascendencia. Aparte de las relaciones formales en la organización (dadas por la cadena de mando preestablecida), existen otras llamadas informales o de *gestión indirecta*, en concreto, podemos hablar de relaciones entre iguales, con superiores y con subordinados. En este punto, adquiere especial importancia la llamada *cultura organizativa*, que tiene presente los valores y la filosofía compartida que impera en la organización. El Ejército es el paradigma de dicha cultura, ya que dispone de una serie de valores y creencias compartidos muy definidos y ampliamente difundidos entre sus miembros.

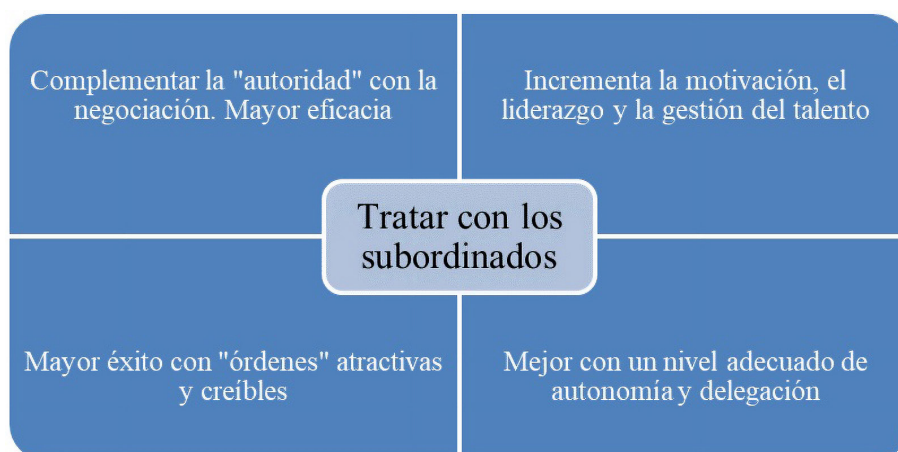


Gráfico 28. Tratar con los subordinados. Elaborado a partir del CESEDEN, 2012

8.1. Mediación

La mediación es un proceso voluntario en el que dos o más partes, involucradas en un conflicto, trabajan con un profesional imparcial (mediador) para generar sus propias soluciones y resolver sus diferencias. Es un caso particular de un proceso de negociación. La diferencia con el arbitraje reside en el carácter obligatorio de la decisión del árbitro frente al voluntario de la mediación, es decir, el mediador acerca posiciones de las partes para que estas lleguen a un acuerdo, no impone una solución a las partes. El mediador es neutral, un facilitador y no tiene conflictos de intereses con ninguna de las partes.

- 1) El proceso de mediación ha de seguir una serie de pasos:
- 2) Presentar el proceso. Explicación de los roles de cada parte, el proceso que se va a seguir, generar un ambiente seguro y confortable y la posibilidad de celebrar reuniones individuales con las partes.

- 3) Compartir información. Opción de exponer y escuchar las posturas e intereses de la otra parte. Vigilar que el tipo de lenguaje no sea ofensivo ni agresivo. Identificar intereses comunes. Resumir lo expresado y aclarar dudas.
- 4) Indagar sobre los problemas. Preguntar, recopilar información extra. Identificar los deseos y necesidades de cada parte.
- 5) Proponer alternativas. Cuantas más mejor (tormenta de ideas), que incluyan las necesidades de las partes (o al menos, parte de ellas).
- 6) Toma de decisiones. Analizar los pros y contras, asegurando una adecuada comprensión de los términos. Buscar acuerdos parciales. Centrarse en los logros (éxitos) y dejar las diferencias para más adelante. Consecución del acuerdo final y vigilancia de su cumplimiento.

Referencias bibliográficas

- Ávile, F. D. y Maita, N. M. (2009). *Importancia de la negociación en el manejo de conflictos en las organizaciones*. [Monografía de Grado]. Barcelona, Universidad de Oriente.
- Brown, G. y Atkins, M. (1988). *Effective teaching in Higher Education*. Routledge, Londres.
- Bisquerra, R. y Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, pp. 61-82.
- Bunk, G. P. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y el perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1, pp. 8-14.
- CCBB. CNIIE. (2013). *Guía para la formación en centros de competencias básicas*. Madrid, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- CESEDEN. (2012). *Técnicas de Negociación*. XIII CEMFAS. Escuela Superior de las FAS.
- Coke, J., Batson, C. y McDavis, K. (1978). Empathetic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, pp. 752-766.
- Covey, S. R. (1999). *Los siete hábitos de la Gente altamente Efectiva*. México, Editorial: Paidós.
- Davies, M., Stankov, L. y Roberts, R. D. (1998). Emotional Intelligence: In Search of an Elusive Construct. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 75, n.º 4, pp. 989-1015.
- Davis, M. H. (1996). *A Social Psychological Approach*. Westview Press.
- Dilts, R. (2006). *Coaching. Herramientas para el cambio*. Barcelona, Urano.
- De la Cruz, M.ª A. (2003). *Taller sobre el proceso de aprendizaje-enseñanza de competencias*. Zaragoza, Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Zaragoza.
- Donoso, D. (2013). Selección por competencias en operaciones especiales. *Revista Inmemorial de Infantería*, n.º 67, pp. 72-77.
- Echeverría, R. (2006). *Fuenteovejuna o el secreto de los equipos de alto desempeño*. Disponible en: http://www.portaldelcoaching.com/Actualidad/Columna/docs/Fuente_Ovejuna_Rafael_Echeverria.doc
- Esteve, J. M. (2003). *La tercera Revolución Educativa. La Educación en la Sociedad del Conocimiento*. Barcelona, Paidós.
- Fernández March, A. (2006). Metodologías activas para la formación de competencias. *Educatio Siglo XXI*, 24, pp. 35-56.
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*. Vol. 24, n.º 2, pp. 284-298.
- Fernández, I. y López, B. (2007, septiembre). Cuestionario de Empatía Cognitiva y Afectiva: una medida alternativa. Ponencia presentada en el *I Congreso Internacional de Inteligencia emocional*. Málaga.

- Fisher, R., Ury, W. y Patton, B. (2000). *Obtenga el Sí. El arte de negociar sin ceder*. Barcelona, Gestión.
- García, M. (2003). Entrenamiento en competencias. *Encuentros en Psic. Social*. Vol.1 (3), pp. 27-32.
- Goleman, D., Boyatzys, R. y McKee, A. (2002). *El líder resonante crea más*. Barcelona, Plaza.
- Goleman, D. y Cherbiss, C. (2005). *Inteligencia emocional en el trabajo*. Barcelona, Kairós.
- González, J. y Wagenaar, R. (eds.) (2003). *Tuning Educational Structures in Europe*. Bilbao, Universidad de Deusto.
- Goñi Zabala, J. M. (2005). *El Espacio Europeo de Educación Superior, un reto para la universidad*. Barcelona, Octaedro / ICE. Universidad de Barcelona.
- Gorroño, I. (2008). El abordaje de las emociones en las organizaciones: luces y sombras. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 26, n.º 2, pp. 139-157.
- Hoffman, M. L. (1977). Sex differences in empathy and related behaviours. *Psychological Bulletin*, 84, pp. 712-722.
- Hogan, R. (1969). Development of an Empathy Scale. *Counseling and Clinical Psychology*, 33, 307-316.
- Kellet, J. B., Humphrey, R. H. y Sleeth, R. G. (2002). Empathy and complex task performance: two routes to leadership. *The Leadership Quarterly*, 13 (5), pp. 523-544.
- Laswell, H. D. (1979). Estructura y función de la comunicación en la sociedad. Recopilado por Miquel Moragas: *Sociología de la comunicación de masas*. Barcelona, Gili, pp. 158-171.
- Letourneau, C. (1981). Empathy and stress: How they affect parental aggression. *Social Work*, 26, pp. 383-389.
- Lévy-Leboyer, C. (1997). *Gestión de las competencias*. Barcelona, Gestión, 2000.
- López Franco, E. y García Corona, D. (1994). Aproximación al tema de los valores en la LOGSE. *Revista Complutense de la Educación*. Vol. 5 (1), pp. 121-133.
- Martín Serrano, M., Piñuel Raigada, J. L., Gracia Sanz, J. et al. (1982). Teoría de la Comunicación. Epistemología y Análisis de la referencia. Vol. VIII de *Cuadernos de comunicación*. Madrid.
- Mestre Escrivá, M. V., Samper García, P. y Frías Navarro, M. D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema*. Vol. 14, n.º 2, pp. 227-232.
- . (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*. Vol. 16, n.º 2, pp. 255-260.
- Moore, D. J. (1996). Affect intensity and the consumers' attitude toward high impact emotional advertising appeals. *Journal of Advertising*, 25 Summer, pp. 37-50.
- Perrenoud, Ph. (2000). *El arte de construir competencias*. Nova Escola. Brasil.
- Prégent, R. (1990). *La préparation d'un cours*. Éditions de l'École Polytech. Montréal.
- Repetto, E. y Pérez González, J. C. (2008). Formación en competencias socioemocionales a través de las prácticas en empresas. *Revista Europea de Formación Profesional*, n.º 40, 2007/1.
- Rizzolatti, G. y Singaglia, G. (2006). *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona, Ediciones Paidós.
- Rodríguez, T. N. (1999). Selección Efectiva de Personal Basada en Competencias. Presentado ante el XXVII Congreso Interamericano de Psicología. Caracas, Venezuela. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Selecci%C3%B3n-efectiva-de-personal-basada-en-Trujillo/df00fedba1a92f1458f8e7bab154c2bb5b58d09e>
- Saarni, C. (2000). Emotional competence. A developmental perspective. En: R. Bar-on y J.D.A. Parker (ed.). *The handbook of emotional Intelligence. Theory, development, assessment and application at home, school and in the work place*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, pp. 68-91.

- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, pp. 185-211.
- Salovey, P. y Sluyter, D. J. (1997). Emotional development and emotional intelligence. *Educational implications*. Nueva York, Basic books.
- Sampedro, R. (2012). Educación en valores en la enseñanza militar. En: Donoso (coord.). *Psicología en las Fuerzas Armadas*. Madrid, Publicaciones de la Defensa.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York, Free Press/Simon and Schuster.
- Spencer, L. M. y Spencer, S. M. (1993). *Competence at Work*. New York, John Wiley and Sons.
- Stotland, E. (1969). Exploratory investigations of empathy. En: Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*, 4, p. 272.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jakson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona, Herder.

Capítulo 16

Entrenamiento psicológico en la instrucción y adiestramiento del ejército

Teniente coronel Daniel Donoso Rodríguez

«Somos el resultado de lo que hacemos repetidamente. La excelencia entonces, no es un acto, sino un hábito». Aristóteles

1. Introducción, justificación y antecedentes

La preocupación e interés por el aspecto psicológico en la preparación de las fuerzas militares cuenta con un decidido respaldo en la comunidad internacional, siendo principal foco de atención entre las Fuerzas Armadas de países de nuestro entorno. De este modo, podemos encontrar publicaciones específicas en la Organización del Tratado del Atlántico Norte, *NATO Allied Joint Publications (AJP)*, mediante las cuales se unifica y asegura la interoperabilidad entre sus miembros con una doctrina común.

Se otorga la relevancia que le corresponde al papel jugado por la salud psicológica en operaciones, poniendo el acento en la preparación mental y la resistencia para afrontar los retos asociados, en concreto mediante un entrenamiento realista (STANAG 2565), lo más próximo posible a las situaciones reales.

Los controles preventivos sobre el estrés y sus efectos deben realizarse previamente a los desplazamientos, tratando de reducir los estresores causantes. La prevención secundaria se basa en la identificación temprana de los síntomas de estrés (AJMedP-4).

La responsabilidad sobre el estado de salud mental de los soldados desplazados corresponde a la cadena de mando, a los servicios de salud y a los propios interesados. La salud mental se basa en un entrenamiento individual y colectivo realista (AMedP-8.6). Por entrenamiento realista se entiende el desarrollo de equipos cohesionados de profesionales de las Fuerzas Armadas que pueden adaptarse y vencer en situaciones complejas, ambiguas y desafiantes (CAC, abril 2015). Al objeto de conseguir ese objetivo, algunos ejércitos (por ejemplo, UK) consideran la inclusión de actividades de aventura, que aumentan la moral (motivación y cohesión) de sus miembros; en otros casos, se usan simuladores en el adiestramiento, que incluyen imágenes, olores y sensaciones táctiles, propias de la situación simulada (gráfico 29).

Se establece el entrenamiento y la formación que deben recibir los especialistas en salud mental que proporcionan apoyo a las operaciones. Concretamente, respecto a la gestión del estrés, han de recibir formación en la identificación de los síntomas de estrés, distinguiéndolo de trastornos psicopatológicos, así como la gestión de posibles víctimas (AMedP-8.3). Aparece la necesidad de unificar los procedimientos para la evaluación de la salud mental, pre y post desplazamiento (STANAG 2235).

«El líder resiliente rápidamente puede recuperarse de los contratiempos, la conmoción, las lesiones, las adversidades y el estrés, mientras mantiene el enfoque de la misión y de la organización. Su resiliencia descansa en la voluntad, el impulso interno que lo motiva a seguir adelante, incluso cuando se siente agotado, hambriento, temeroso, con frío y mojado. La resiliencia ayuda a los líderes y a sus organizaciones a llevar hasta su conclusión las misiones difíciles» (ARMY, 2006).



Ideal Stress Model

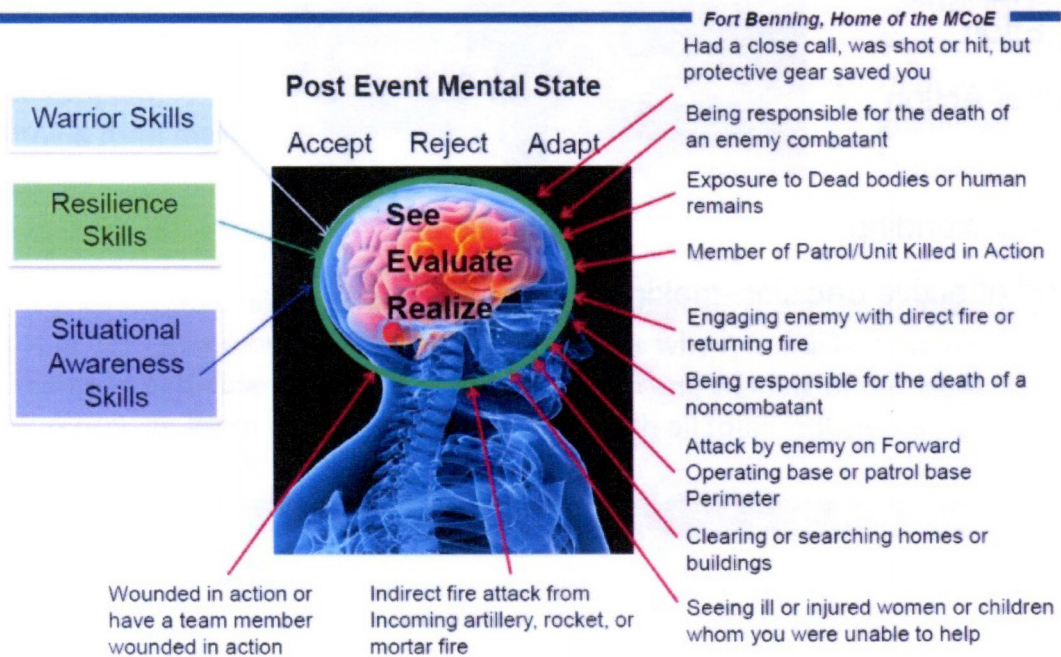


Gráfico 29. Modelo de estrés. Fort Benning (USA). Conferencia Human Dimension

Diversas publicaciones de NATO (*HFM-RTG 203 Mental Health Training* y *RTO-MP-HFM 205*) inciden en aspectos relacionados con el entrenamiento en salud mental, mediante su grupo de trabajo Medicina y Factores Humanos (HFM). El objetivo de dicho grupo consiste en desarrollar protocolos sobre salud mental y entrenamiento en resiliencia, a desarrollar durante su entrenamiento básico y a perfeccionar a lo largo de la carrera militar. Las actividades del grupo NATO HFM-203/RTG Mental Health Training se iniciaron en diciembre de 2009.

Fundamental Principles of Mental Health Training and Implementation	
Mental Health Training	Implementation
Relevant Purpose and Content Experience-based Explanatory Team-based Action Focused Developmental Comprehensive, Integrated User Acceptability Evidence-based and Validated	Appropriately Timed Quality Control Train-the-Trainer Program Exportable and Scalable Training Guidelines Refresher Training Mobile Training Teams Sustainable Program Improvement Policy Leader Supported Verifiable Claims Packaging and Multi-media Ownership

Tabla 37. Fundamental Principles of Mental Health Training and implementation (Castro y Adler, 2009)

Como se deduce de la tabla 37, las principales exigencias que ha de cumplir cualquier entrenamiento en resiliencia son: basados en la experiencia real (escenarios), en la evidencia (mediante estudios de validación) y en el grupo (liderazgo y cohesión), centrados en la acción, progresivos, integrados en la acción habitual (integrados en los planes), comprensivos (antes, durante y después del desplazamiento), y aceptados por los

sujetos (adecuada formación de los formadores). Del mismo modo, conviene partir de las fortalezas o puntos fuertes de los individuos, motivo por el cual resulta imprescindible una correcta evaluación de la situación diferencial de partida de cada grupo, basándose en un modelo de potenciación de la salud mental y no de psicopatología (consultar capítulo sobre psicología positiva). El resultado final se ha de plasmar en guías o protocolos estandarizados aplicables a distintos grupos y situaciones.

Del estudio de los seguimientos de diversos programas de entrenamiento en resiliencia se deduce que la mayoría inciden sobre estrategias de afrontamiento, como pensamiento positivo, establecimiento de objetivos, concentración, expectativas realistas, control emocional y apoyo social y de compañeros.

Las habilidades que se potencian y desarrollan principalmente en los diferentes programas de entrenamiento en salud mental son: aceptación (expectativas realistas); reestructuración cognitiva (pensamientos distorsionados o negativos, valoración posterior positiva de los sucesos); técnicas de relajación, respiración y visualización (muscular, diafragmática); establecimiento de objetivos y concentración. Respecto a los lugares en los cuales se desarrollan los programas, suele alternarse la actividad de aula con otras de campo, incluso con actividades de aventura.

«De lo que nos dimos cuenta es que necesitamos elevar el nivel de acondicionamiento mental al mismo nivel de atención que le prestamos al acondicionamiento físico, ya que estamos lidiando con las realidades de la guerra. Se puede desarrollar la capacidad de resiliencia en la aptitud mental de la misma manera que se puede desarrollar la capacidad de resiliencia con flexiones de brazos» Casey (Sewell, 2011).

Dentro del Ejército de Tierra, el jefe de Estado Mayor del Ejército (JEME) «instruye, adiestra y evalúa a las unidades para estar en condiciones» de asignarse a la estructura operativa de las FAS, usando el Sistema de Preparación del Ejército (SIPRE, IG 09/10). Este sistema se implementa en las unidades a través del SIAE (Sistema de Instrucción, Adiestramiento y Evaluación del Ejército), que elaboran y ejecutan el Plan Anual de Preparación (PAP) en su ámbito de responsabilidad. Estos planes se concretan en el Plan de Adiestramiento Operativo (PAO), siguiendo el ciclo de disponibilidad de dos años (modelo 4+2).

El JEME, mediante directiva 04/14 de mayo 2014, establece las acciones precisas para la nueva estructura de la fuerza del ET, incorporando el concepto de polivalencia sobre la base de las Brigadas Orgánicas Polivalentes (BOP) para dar una respuesta rápida y eficaz a las necesidades y compromisos del Estado. En lo que respecta al adiestramiento se deben estudiar y definir las actividades a desarrollar para evitar disfunciones en esta transición. En dicho marco se han de encuadrar las actividades de preparación psicológica de la fuerza, incardinadas en las de instrucción, adiestramiento y evaluación.

El Mando de Doctrina del Ejército (MADOC) es el órgano de dirección del Sistema de Apoyo a la Preparación (SIAPRE), que proporciona los medios adecuados y evalúa su desarrollo. Los PAP de las unidades se articulan en los mandos intermedios del Ejército mediante el Sistema de Gestión de la Instrucción (SIGINST) y el Sistema de Gestión del Adiestramiento (SIGAD). El personal de las fuerzas terrestres deberá estar preparado, tanto física como mentalmente, para operar con eficacia en el entorno operativo definido (PD1-001).

El Plan General de Apoyo a la Instrucción y Adiestramiento del JEME (PGPP, de julio 2015) establece, en su punto 6.3.4., *Criterios para el adiestramiento*, que «la actividad de I/A a nivel Sección cuyo objetivo fundamental es la preparación táctica y técnica, y mejora de las capacidades de Mando, liderazgo e iniciativa [...]». Del mismo modo, el Plan General de Enseñanza, Investigación y Doctrina (PGPE, de octubre 2013), en su

punto 4.4., *Retos del sector de Enseñanza, Investigación y Doctrina*, fija «adaptar la enseñanza de formación de oficiales y suboficiales a la formación de liderazgo», «potenciar la investigación de las necesidades de preparación para el combate de las UCO que van a desplazar a ZO», y «elaborar publicaciones militares de utilidad para el apoyo a la preparación, fundamentalmente a operaciones». La eficacia de un combatiente se explica en función de tres capacidades: forma física, preparación táctica y técnica y capacidad psicológica (recursos y capacidad de autocontrol para el afrontamiento de las situaciones de combate).

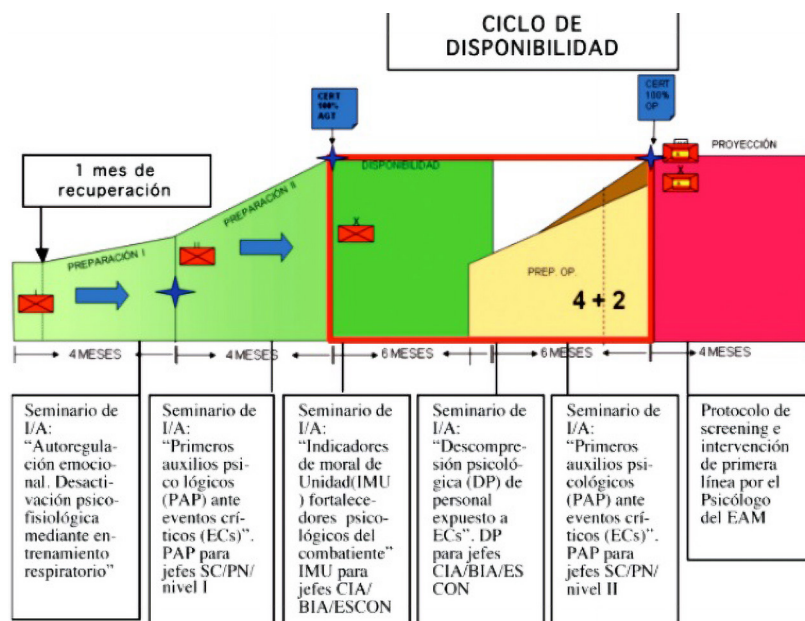


Gráfico 30. Ciclo de disponibilidad para operaciones (dos años)

«Hoy más que nunca, tal y como se demuestra en las operaciones en curso, tenemos que conseguir que todos los que participan en ellas tengan el más alto nivel tanto táctica como técnicamente, física y psicológicamente. [...] Dotar a todos los participantes de una operación de una capacidad psicológica mediante una adecuada preparación, también forma parte de la preparación en TN [...]. Se deben realizar sesiones informativas por personal especializado, observación y seguimiento de todo el personal para detectar conductas desproporcionadas al regreso de la misión [...]» (General JEME del ET Fulgencio Coll, 2010).

En el Anexo III de la Norma FT 351/14 se detallan las directrices para el desarrollo del proceso de preparación en el ámbito de la Fuerza Terrestre (FT).

El entrenamiento en condiciones más exigentes se desarrolla durante el Período de Adiestramiento Específico (PAE). Por ello, las actividades dirigidas a la prevención del posible estrés de combate y de las operaciones resultan imprescindibles en el mismo.

En el gráfico 31 se aporta un modelo comprehensivo, propuesto para la preparación psicológica (Silgo y Bardera, 2013), que incluye actividades clínicas (asistenciales), preventivas, organizacionales y operativas. El entrenamiento psicológico (BED) debe estar presente en todas las actividades reseñadas, tanto a nivel individual como de grupo, dentro del SIAE, en concreto, en los Planes Anuales de Preparación (PAP) o los Planes Operativos (PO), donde se articulará el modo de ejecución de los mismos.



Gráfico 31. Programación de la preparación psicológica (Silgo y Bardera, 2013)

Las actividades a desarrollar en este modelo propuesto se ubican en diferentes fases de la vida militar, desde el reclutamiento, pasando por la enseñanza militar (de formación y perfeccionamiento) hasta la vida en unidades (antes, durante y después de los despliegues). Cabe destacar la importancia de una adecuada evaluación del estado actual inicial en resiliencia de los individuos, a fin de conformar distintos grupos de intervención. Igualmente, la impartición de actividades formativas e informativas *ad hoc* en diferentes momentos, junto con programas de intervención específica según grupos y necesidades. Todo el proceso ha de estar en continuo seguimiento y evaluación, a fin de corregir y modular las actividades en función de los objetivos propuestos. De vital importancia resulta la necesidad de integrar las actividades de preparación psicológica dentro de los Planes de Instrucción y Adiestramiento de las Unidades (I+A).

El estrés juega un papel importante en la salud mental (*Manual de medicina preventiva*, 2007, Cap. 10), diferenciando entre factores físicos (fatiga, falta de confort), psicológicos (incertidumbre, problemas familiares) y profesionales (disciplina). En dicho manual se alude a la fatiga de combate (según intensidad, frecuencia y duración). Entre las medidas de prevención propuestas figuran la instrucción, la información y la cohesión de la unidad.

2. Programas en otros ejércitos. Revisión

La mayor parte de los ejércitos de países de nuestro entorno desarrollan programas de entrenamiento psicológico, en distinta medida y con diferentes niveles de profusión, tal y como se ha venido avanzando en el punto anterior.

El Ejército holandés desarrolla el programa *be careful with yourself* (TNO Report, 2008), específico para amenazas no militares en entorno urbano, poniendo el énfasis en el entrenamiento y las competencias necesarias para abordarlas con éxito. Entre ellas, la concienciación, las competencias emocionales, la dureza, el ajuste para el combate y el espíritu de equipo.

Non-military threat	Recommendations
Psychological threat	<ul style="list-style-type: none"> - Take into account the handling of psychological threats already at the selection process, especially psychological stress. - Enhance the knowledge and awareness of psychological threats, especially stress, during training and instruction, giving soldiers on a mission not only a better insight into their own physical, cognitive and emotional reactions, but also into those of others, which may reduce the negative effects of stress. - Stimulate commanders at all levels to place much focus on teambuilding and group formation, enabling soldiers to e.g. support each other through a buddy system in order to handle psychological stress

Tabla 38. Recomendaciones psicológicas para el entrenamiento (TNO, 2008)

Los reclutas del Ejército francés (CoFAT, 2009) parten de una serie de pruebas de inicio, entre las que se encuentran las de tipo intelectual, psicológico y de comportamiento. Desde 2002, una vez en las unidades, existe la figura del *Oficial de Entorno Humano* (OEH), especialista en el área de apoyo psicológico, en especial en la detección y gestión del estrés, con una formación específica de un mes aproximadamente. Entre sus misiones se encuentran: informar sobre el estrés, detectar situaciones de vulnerabilidad y apoyar a las familias de los militares desplegados. Se coordina con el CISPAT (Célula de Intervención y de Apoyo Psicológico del Ejército de Tierra), integrado por psicólogos clínicos del Ejército, entre otros.

Del mismo modo, el Ejército francés (FINABEL, 2011) utiliza una serie de herramientas de afrontamiento para mejorar el potencial psicológico de sus fuerzas (*TOP-Potential Optimization Techniques*), que incluyen técnicas de activación, recuperación y regulación, a impartir en diecisiete horas, complementadas con otras actividades durante los seis meses previos al desplazamiento.

Otros ejércitos europeos, como, por ejemplo, el británico, usa programas postdespliegue de descompresión en terceros lugares (FINABEL, 2011) dentro del *Proceso de Gestión de estrés postoperacional* con una duración de tres a cinco días, con actividades formales e informales. Dentro de las actividades de preparación, encontramos el concepto de *Adventurous Training* (AT) consistente en la realización de actividades de entrenamiento individual, al aire libre, con riesgo controlado, como montañismo, buceo, vela, paracaidismo, etc. Además de ser actividades populares, sirven para aumentar la moral, la preparación física, el liderazgo y el trabajo en equipo (*Conferencia Human Dimension*).

Las actividades de preparación previas al desplazamiento resultan de vital importancia, tanto para los militares como para sus familias. El Ejército polaco (FINABEL, 2011) comienza dichas actividades con la selección de los psicólogos que van a apoyar a otros militares. Estos profesionales criban al resto de personal a desplegar mediante entrevistas y cuestionarios (*before the mission*). Los cuadros de mando reciben formación sobre temas, como motivación, detección de síntomas de estrés o resolución de conflictos. A su vez, los soldados a desplegar reciben una formación de ocho horas sobre cuestiones de adaptación, estrés, situaciones de crisis y captura o problemas de separación del entorno familiar. Del mismo modo, resulta importante la atención a las familias. Para ello, en los cuarteles, antes del despliegue, se activa el Centro de ayuda a la familia, para informar y poner a disposición la atención psicológica.

Action level	Phase		
	Pre-deployment	Deployment	Post-deployment
Individual	<ul style="list-style-type: none"> - Psycho-education - (Self) monitoring - Assessment (tools, questionnaire) - Formation training (coping mechanism) in order to achieve resilience - Early detection of potential troubles 	<ul style="list-style-type: none"> - (Self) monitoring - Practice coping mechanism - Distractions, entertainment, quality of life 	<ul style="list-style-type: none"> - (Self) monitoring - Protocol for monitoring - Assessment (tools, aftercare questionnaire: mission experience, stress) - Third location decompression - Normalisation - Personnel recovery - Veteran support
Buddies, peers, team, military group	<ul style="list-style-type: none"> - TRIM² training - Peer group intervention training 	<ul style="list-style-type: none"> - TRIM intervention - Peer group intervention - Mentoring, monitoring 	<ul style="list-style-type: none"> - Group discussion - Mentoring
Family	<ul style="list-style-type: none"> - Meetings - Welfare centre - Mutual family support - Information network 	<ul style="list-style-type: none"> - Pre return psychological education - Welfare centre - Mutual family support - Information network - Crisis team 	<ul style="list-style-type: none"> - Welfare centre - Mutual family support
Key figures (commanders, chaplains)	<ul style="list-style-type: none"> - Specific training for each mission - Teambuilding (Commanders & SMT) - Morale assessment - Cohesion building 	<ul style="list-style-type: none"> - Morale assessment - Morale : belief in leadership, belief in common cause, belief in one another, belief in self - Maintain cohesion 	<ul style="list-style-type: none"> - Follow-up support (new commander) - Maintain cohesion
Health care (medical officers, social workers)	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring as part of unit (SMT) 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring as part of unit (SMT) 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring as part of unit (SMT)
Mental health care (psychiatrists, psychologists)	<ul style="list-style-type: none"> - To set up a psychosocial team - Teambuilding (SMT) 	<ul style="list-style-type: none"> - 1st intervention capability - Advisory capability - In theatre mental health professional capability - Intervention strategy (directive, TRIM), substance misuse) 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring as part of unit - Psychological intervention - PTSD treatment center
Ministry of Defense, Armed forces	<ul style="list-style-type: none"> - Policy - Research & development 	<ul style="list-style-type: none"> - Audit - Research & development 	<ul style="list-style-type: none"> - Audit - Research & develop.
² TRIM: Trauma Risk Management ³ SMT (Social Medical Team): Medical officers, social workers, psychologists, psychiatrics, chaplains ⁴ PTSD: Post Traumatic Stress Disorder			

Tabla 39. Matriz de áreas de buenas prácticas (FINABEL, 2011)

El Ejército canadiense (CAF, 2015) otorga una gran importancia al ajuste psicológico de sus miembros, mediante la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento. Tras los despliegues, realizan una semana de descompresión y un seguimiento postmisión (5,5 % de casos de estrés o depresión tras la misión en Afganistán). Uno de sus programas (STF- *Strengthening the forces*) hace hincapié en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento y resistencia (gestión del estrés, de la ira y gestión de relaciones), sin olvidar la atención a las familias (véase <https://www.cfmws.com/Pages/splash.aspx>).

Por otro lado, entre las competencias contempladas en el desarrollo del liderazgo, en el grupo de capacidades de cambio, encontramos la tolerancia al estrés y la resiliencia (*Conferencia Human Dimension*).

Dentro de este breve repaso por los programas de otros ejércitos de nuestro entorno, sin duda, el que mayor desarrollo ha adquirido es el puesto en marcha por el Ejército norteamericano.

Uno de los conceptos manejados es el de *realistic training*, consistente en el desarrollo de equipos cohesionados de profesionales militares que pueden adaptarse y tener éxito en situaciones complejas, ambiguas y desafiantes. Para conseguir este objetivo genérico, el entrenamiento ha de ser abreviado, en entorno complejos similares al real, formando equipos cohesionados y con una evaluación continuada de los resultados (CoC-*Combat Operation Center*). En esta línea, cabe reseñar el Squad Overmatch Study, en desarrollo desde 2013 en Fort Benning, que combina las nuevas tecnologías (simuladores) con actividades de gestión del estrés. Utiliza el modelo denominado SET (*Stress Exposure Training*), que incluye adiestramiento en situaciones lo más reales posibles, usando simuladores (incluso olores y tacto) y técnicas psicológicas de gestión del estrés, reevaluando *a posteriori* lo actuado y aprendido (Inside Peostri, 2014).

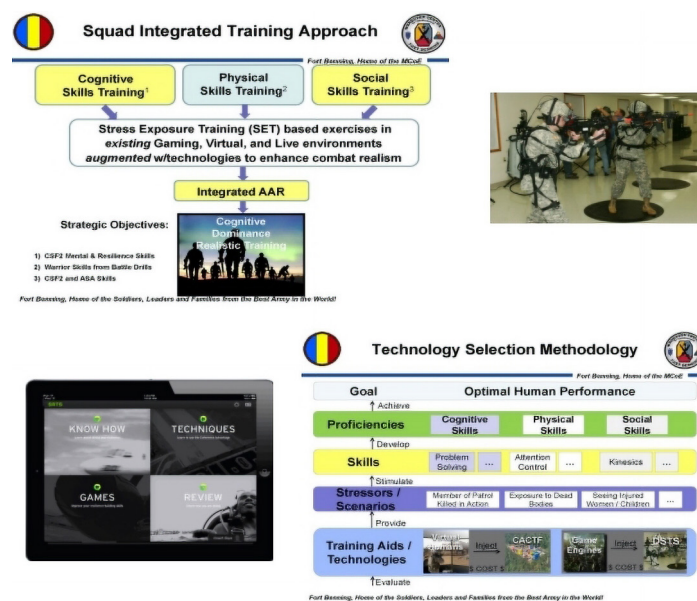


Gráfico 32. Entrenamiento y metodología del Squad Integrated Training

Mención especial merece el *Comprehensive Soldier Fitness* (CSF2), que se inició en 2006 (*Manual de campaña FM 6-22*). Este programa tiene como objetivo aumentar la resiliencia de los militares (basado en el adiestramiento y la preparación), así como la disminución de las conductas desadaptativas. Para ello, toma como base cinco áreas o pilares fundamentales (físico, emocional, social, familiar y espiritual). A nivel civil, destaca el Dr. Seligman de la Universidad de Pensilvania; y a nivel militar, los generales Casey y Cornum (Juanes-Cuartero, 2012). El programa se instrumentaliza mediante tres herramientas: *Global Assessment Tools* (GAT), *Comprehensive Resilience Modules* (CRM) y *Máster Resilience Trainer* (MRT).

El GAT consiste en un cuestionario autoaplicado (*online*) para militares y sus familias, que evita el efecto negativo del estigma y arroja un resultado inmediato. Dirige al sujeto a algún módulo formativo según las necesidades detectadas. No se trata de una herramienta diagnóstica, sino de potenciación de los puntos débiles.

El CRM se inicia tras la evaluación previa, siendo optativo. Dispone de diferentes módulos específicos, según las necesidades: De aptitud emocional (*Put It In Perspective; What Do Emotions Do; What is an Emotion; What Good Are Negative Emotions* y *What*

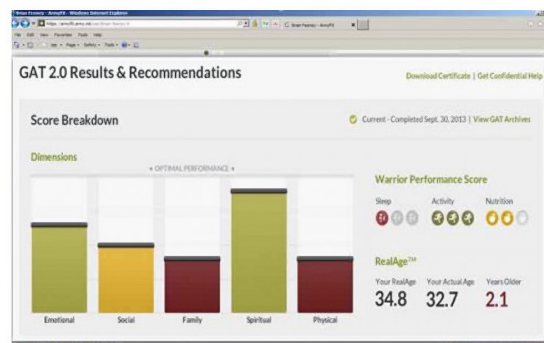


Gráfico 33. Ciclo de alistamiento y resultados GAT. Disponible en: <https://armyfit.army.mil/>

Good Are Positive Emotions); de dimensión familiar sobre habilidades de comunicación y relación (*Effective Communication, Hostile Interactions Following Arrival Home, Stranger In My Home, Trust and Insecurity* y *Who's In Charge*); de aptitud social con énfasis en la empatía y las emociones (*Active Constructive Responding, Building Resilient Teams, Team Diversity and Resilience, The Dynamics of Socially Resilient Teams* y *The Importance of Team Chemistry*); de salud espiritual, sobre autoconocimiento y autoregulación (*Hunt The Good Stuff, Making Meaning, Meditation, Rituals* y *Spiritual Support*).

Master Resilience Trainers Focus on: Sustainment

Implementing Resilience in Leadership Education and Operations

- Resilience First-Aid
- Leader Education
- Pre-Deployment
- During Deployment
- Post-Deployment

Master Resilience Trainers Focus on: Enhancement

Elevating Personal and Professional Performance through Resilience

- Goal Setting
- Energy Management
- Imagery
- Attention Control
- Confidence

Master Resilience Trainers Focus on: Preparation

Learning and Teaching Fundamental Resilience Competency

- Self-Awareness
- Self-Regulation
- Optimism
- Mental Agility
- Strengths of Character
- Connection

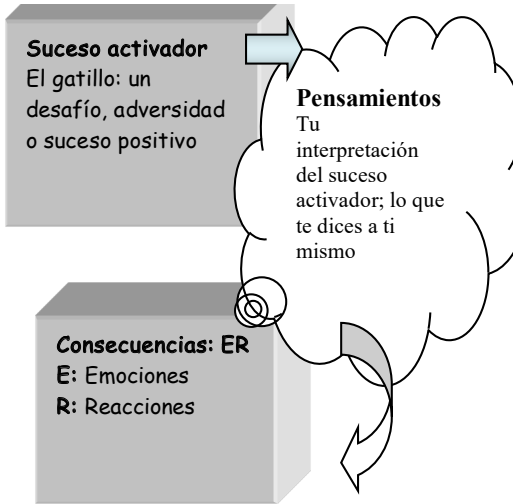
Gráfico 34. Máster Resilience Trainers, 2010

El MRT se dirige a la formación en diversas técnicas de resiliencia para los suboficiales a nivel batallón. Se compone de tres elementos: preparación (ocho días), en pequeños grupos, usando metodología participativa y práctica. Tiene cuatro módulos, en los que se desarrollan los conceptos de resiliencia, fortaleza, habilidades básicas, resolución de problemas, liderazgo y relaciones con la familia. Mantenimiento (un día), a fin de detectar síntomas problemáticos. Fortalecimiento, relacionado con la psicología del deporte, que explora temas como rendimiento y optimismo.

En la tabla 40 se exponen, de un modo resumido, las habilidades que se imparten en el MRT. En concreto, se entrena acerca de cómo distinguir y separar los pensamientos, las emociones y conductas; identificar los pensamientos irracionales y los picos de tensión; potenciar las fortalezas de cada uno; la resolución eficaz de problemas; la comunicación asertiva; y el pensamiento positivo, entre otras.

PSC

Identifica tus **pensamientos** acerca de **sucesos** activadores y las **consecuencias** de esos pensamientos



Separa los **S** (sucesos activadores) de tus **P** (pensamientos) y de tus **C** (consecuencias) a fin de entender tus reacciones

Pensamientos	Emociones/reacciones
Pérdida («he perdido algo»)	Tristeza/retraimiento
Peligro («algo malo me va a pasar y no puedo controlarlo»)	Ansiedad/agitación
Abuso («me han perjudicado»)	Ira/agresión
Daño («he causado daño»)	Culpa/disculpa
Comparaciones negativas («no estoy a la altura»)	Vergüenza/ocultarse
Contribución positiva («ayudé correctamente»)	Orgullo/compartir
Aprecio de lo recibido («he recibido algo que valoro»)	Gratitud/corresponder
Futuro positivo («las cosas pueden cambiar a mejor»)	Esperanza/energía

Evitar las trampas del pensamiento

Identifica y corrige los modelos de pensamiento contraproducidos mediante las preguntas críticas.



Usa las **preguntas críticas** para identificar información:

- Ir a las conclusiones: Ve más despacio. ¿Cuál es la realidad?
- Lectura de la mente. Habla más alto: ¿me he expresado? ¿pedí información?
- Yo, yo, yo. Busca fuera: ¿cómo han influido otros o las circunstancias?
- Ellos, ellos, ellos. Mira dentro: ¿cómo he influido yo?
- Siempre, siempre, siempre. Control de agarre: ¿es modificable? ¿qué puedo yo controlar?
- Todo, todo, todo. Observa el comportamiento: ¿qué conducta concreta explica esta situación?

Detecta los picos

Identifica las creencias profundas y los valores que disparan las emociones y evalúa la certeza y utilidad de esas creencias.



Pregúntate el **QUÉ** para identificar estas creencias:

- ¿QUÉ parte de ese tema es lo que más me disgusta?
- ¿QUÉ significado tiene para mí?
- ¿QUÉ parte es la peor de ese tema?
- Si fuera cierto, ¿QUÉ es tan terrible para mí?

Una vez identificados estos picos o ideas, pregúntate: ¿me está ayudando o perjudicando?, ¿en realidad, aún valoro esa idea? ¿esa idea es exacta y real en esta situación?







Gestión de la energía

Regula tus emociones y tu nivel de energía para permitir un desempeño óptimo y un pensamiento crítico



Usa **estrategias** para regular tus emociones, para pensar con claridad y para actuar con control:

- Juegos mentales
- Respiración controlada
- Relajación muscular progresiva
- Meditación
- Imaginación positiva o visualización

<p>Solución de problemas Identifica con seguridad QUÉ causa el problema y las estrategias de solución</p> 	<p>Identifica tus ideas acerca de por qué ocurrió el problema, identifica qué otros factores intervienen usando las preguntas críticas, ponlos a prueba para asegurarte y, por último, identifica las estrategias de solución:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paso 1: ¿cuál es el problema? - Paso 2: ¿qué causa el problema? - Paso 3: ¿qué se te pasa? - Paso 4: ¿cuál es la realidad? - Paso 5: ¿qué causó el problema realmente? - Paso 6: ¿qué puedes hacer? <p>Sé imparcial: toma distancia de tus pensamientos, hazte preguntas claras, consulta con otros, comprueba los errores</p>
<p>Ponlo en perspectiva Detén el pensamiento catastrófico, reduce la ansiedad y mejora tu capacidad de resolución de problemas, identificando el resultado PEOR, MEJOR, y el MÁS PROBABLE.</p> 	<p>Identifica el resultado PEOR, MEJOR, y el MÁS PROBABLE, en ese orden. Desarrolla un plan para el resultado más probable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paso 1: haz una lista con los peores resultados posibles y pregúntate ¿y entonces qué? - Paso 2: haz una lista con los mejores resultados posibles y pregúntate ¿y entonces qué? - Paso 3: haz una lista con los resultados más probables - Paso 4: desarrolla un plan para el resultado más probable
<p>Resiliencia en tiempo real Corta las ideas contraproductivas a fin de conseguir mayor concentración sobre la tarea que tienes entre manos</p> 	<p>Enfréntate a tus pensamientos contraproductivos usando estos comienzos de frases:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eso no es del todo verdad porque... (evidencias) - Una forma más optimista de ver esto es... (optimismo) - La consecuencia más probable es... y yo puedo... (perspectiva) <p>Evita los riesgos más comunes: olvidar el meollo de la cuestión, minimizar la situación, olvidar la influencia de alguien en el problema</p>
<p>Identifica las fortalezas en ti y en los demás Identifícalas para trabajar con lo mejor de ti mismo y de los otros</p> 	<p>Identifica las mejores fortalezas de tu carácter y las maneras de usarlas para aumentar tu eficacia y mejorar tus relaciones</p> <p>Fortalezas de carácter (VIA): prudencia, trabajo en equipo, creatividad, curiosidad, justicia, perdón, gratitud, modestia, honestidad, esperanza, sentido del humor, perseverancia, pensamiento crítico, amabilidad, liderazgo, aprecio de la belleza y la excelencia, valentía, capacidad de amar, amor al conocimiento, perspectiva, autocontrol, inteligencia social, espiritualidad, entusiasmo</p>
<p>Utiliza tus fortalezas en los desafíos Identifícalas para trabajar mejor en equipo y superar los desafíos</p> 	<p>Identifica qué cosas concretas de tus fortalezas aumentan ante los desafíos y ante el éxito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paso 1: nombra la fortaleza que usas o usarás - Paso 2: ¿cómo la usaste o la usarías para afrontar el desafío? - Paso 3: recurre a las fortalezas de los miembros del equipo ante desafíos complejos.
<p>Comunicación asertiva Comunícate claramente y con respeto, especialmente durante un problema o conflicto. Usa el modelo propuesto para comunicarte de un modo seguro, claro y controlado</p> 	<p>Usa el modelo IDEAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I= Identifica y entiende el problema - D= Describe el problema de modo objetivo - E= Expresa tus preocupaciones y cómo te sientes - A= (ask) Pregunta a otros por sus puntos de vista y busca un cambio razonable - L= Lista las consecuencias

Respuesta activa y constructiva, elogios

Responde a los otros con interés constructivo, auténtico y activo a fin de crear relaciones fuertes. Elogia para incrementar el conocimiento y las oportunidades de éxito.

	Activo	Pasivo
Constructivo	Entusiasmo interés apoyo	Mínima atención pero focalizada
Destructivo	Búsqueda de la mota de polvo	Prezón: centrado en uno mismo

La **Respuesta activa y constructiva** es un interés auténtico y constructivo. Ayuda a las otras personas a saborear sus experiencias positivas y les da un sentimiento de comprensión y reconocimiento. Crea brechas de éxito usando el elogio de las estrategias, procesos o conductas que obtienen un buen resultado.

Destructivo:

- Activo: quitar importancia a los sucesos, dificultar los debates. Las personas se sienten avergonzadas, culpables o enfadadas.
- Pasivo: ignorar el suceso, no ocuparse de los temas. Las personas se sienten confundidas, culpables o decepcionadas.

Constructivo:

- Pasivo: tranquilidad, apoyo comprensivo. Las personas se sienten aminoradas, poco importantes, malentendidas, culpables.

Quédate con lo bueno

Quédate con lo bueno para contrarrestar el sesgo negativo, para crear emociones positivas, y ser consciente y analizar lo que es bueno.



Apunta tres cosas buenas cada día y escribe una reflexión para cada una de ellas:

- ¿Por qué ocurrió esa cosa buena?
- ¿Qué significado tiene para ti?
- ¿Qué puedes hacer mañana para que vuelva a ocurrir ese hecho?
- ¿De qué manera puedes contribuir tú u otros para que se repita?

Tabla 40. Habilidades en el entrenamiento. Elaboración propia (Reivich et al., 2011)

El programa CSF2 es uno de los más replicados de la historia, con una evidencia empírica contrastada. Se ha demostrado que mejora las habilidades cognitivas y sociales, reduce los problemas de conducta, ansiedad y psicopatológicos (Silgo, 2013). Entre los factores psicológicos implicados que cuentan con un mayor apoyo empírico, destacamos:

Internos	Afecto positivo	Actitud optimista. Emociones positivas. Flexibilidad
	Pensamiento positivo	Aceptación. Dar sentido a los hechos. Expectativa positiva. Flexibilidad. Reestructuración cognitiva
	Afrontamiento positivo	Aproximación activa y pragmática, orientada a la tarea. Resolución de situaciones personales e interpersonales
	Realismo	Objetividad. Expectativas realistas. Autoestima y autoconcepto
	Control	Autorregulación emocional. Reconocimiento emocional. Toma de conciencia
	Autoeficacia	Expectativa de éxito. Confianza en las propias capacidades
	Entrenamiento al estrés	Exposición progresiva y controlada a la adversidad
Externos	Apoyo familiar	Sustento material, emocional, de información de la familia y entorno
	Clima de la unidad	Liderazgo eficaz. Sentimiento de orgullo. Sustento de compañeros
	Pertenencia comunidad	Relaciones sociales. Actividades comunitarias

Tabla 41. Factores psicológicos con apoyo empírico en formación de resiliencia

3. Ejemplos de resiliencia integrada en I+A en el Ejército español

En el ámbito del ET, el Sistema de Instrucción, Adiestramiento y Evaluación (SIAE) constituye la guía para la elaboración y ejecución de los Planes de Adiestramiento (PAP), que son programas anuales en la competencia de los mandos intermedios para la preparación de la fuerza. A su vez, el SIAE se concreta y operativiza mediante el Sistema de Gestión de la Instrucción (SIGINST) y el Sistema de Gestión del Adiestramiento (SIGAD).

El Plan General de Enseñanza, Investigación y Doctrina (PGPE 2016, octubre 2015) establece en su punto 4.4.1. *Retos relacionados con la enseñanza* «Adaptar la enseñanza de formación de oficiales y suboficiales a la formación de liderazgo siempre orientada a la preparación para el combate». En su punto 4.4.2.1. *Retos relacionados con la investigación*, «potenciar la investigación a corto plazo de las necesidades de preparación para el combate de las unidades que se van a desplegar en ZO». En su punto 4.4.3. *Retos relacionados con la doctrina*, «elaborar publicaciones militares que resulten de utilidad para el apoyo a la preparación».

Por su parte, el Plan General de Preparación (PGPP 2016, octubre 2015) establece en su punto 6.3.5. *Criterios para el Adiestramiento por tipo de Ejercicio*, que «el objetivo fundamental, además de la preparación táctica y técnica, es la mejora de las capacidades de mando, liderazgo e iniciativa».

El Mando de Adiestramiento y Doctrina (MADOC), en sus distintas publicaciones doctrinales, establece aspectos de tipo psicológico que debemos tener presentes para elaborar planes específicos de endurecimiento psicológico del combatiente. En concreto, a modo de ejemplo, la PD1-301 referente al combate cuerpo a cuerpo establece en su punto 3.3.b. *Estrategias de afrontamiento* la necesidad de enseñar a identificar los síntomas del estrés, el aprendizaje de técnicas psicológicas que mejoren el control mental, así como la introducción de condiciones de estrés progresivo en los programas de instrucción. Tiene presente el aspecto emocional, psicológico y social del combatiente (autoestima, control del estrés, liderazgo, cohesión, control de impulsos).

Los aspectos físicos y técnicos del entrenamiento militar pueden perfeccionarse mediante la instrucción y la formación. Lo mismo ocurre con los aspectos psicológicos (tolerancia a la frustración, gestión del estrés, liderazgo, asertividad o empatía), siguiendo los mismos principios: aprendizaje mediante la repetición (adquisición de hábitos), en situación lo más parecida a la realidad, de un modo progresivo (de menor a mayor dificultad o exigencia) y aproximación a la situación límite (sin sobrepasarla). Esta formación puede desarrollarse por doble vía: la formación en habilidades específicas generales y la integración en actividades de I+A habituales (CGFUTER, 2012). En este último apartado, el Cuartel General de la Fuerza Terrestre (CGFUTER) propone la implantación de tres tipos de ejercicios:

- Ejercicio de endurecimiento psicológico individual (EXA-30) a desarrollar sobre un recorrido de 30 km en condiciones de dureza (falta de descanso, alimento, soledad y meteorología adversa), realización de ejercicio de tiro, prueba de decisión, recorrido al plano, tareas básicas de combate, entre otras.
- Ejercicio de Cohesión (COEX). Trabajo en equipo (nivel pelotón) durante doce horas con actividades como topografía, tiro, superación de obstáculos, prueba de esfuerzo, *briefing*, entre otras. En estas pruebas se incluirán estresores de modo progresivo y controlado.
- Ejercicio Avanzado de Liderazgo (EXALID). A nivel de jefes de sección y pelotón, en condiciones descentralizadas, bajo presión y ambiente exigente, con una duración entre siete y diez días. El objetivo consiste en entrenar la capacidad de decisión

y aumentar la cohesión grupal. Las competencias a mejorar son la influencia, la motivación, la iniciativa, el compromiso, el control y la cohesión.

Este último ejercicio se ha desarrollado en la Brigada de La Legión durante diez días (EXALID, 2011), divididos en tres fases: de instrucción (conocimientos teóricos y prácticos sobre tiro, patrullas, explosivos, medios aéreos, evacuación); de aplicación, donde se reciben órdenes de misión con dificultad progresiva. Incluye acciones de rescate y montaña; de explotación, con ejercicios de fuego real y emboscada, y concluye con un juicio crítico.

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
MAÑANA	TRANS-T1 PAT-T1 PAT-T2 PAT-T3	TRANS-T2 PAT-T4 PAT-T5	TC-T2 TC-P2 PAT-FR1	CIED-T1 PATREC-T1	CIED-T3 PATREC-T2	CI-T1 PATCOM-T1	CI-T3 PATCOM-T2	CI-P1	PATCOM-FR2	JUICIO CRÍTICO (HWU)
TARDE	PAT-P1 PAT-P2 PAT-P3 TC-T1	TRANS-T3 PAT-P4 PAT-P5 PAT-P6	EXP-T1 EXP-T2 PAT-FR2	PATREC-P1 PATREC-T5	PATREC-P2 PATREC-T3 PATREC-T4	CI-T2 PATCOM-P1	PATCOM-P2	PATCOM-FR1	PATCOM-FR2	
NOCHE	TC-PN1 PAT-T6 PAT-PN6	PAT-PN1 PAT-PN2 PAT-PN3 PAT-PN4 PAT-PN5	PAT-FRN1 PAT-FRN2	CIED-T2 PATREC-P5	PATREC-P3 PATREC-P4	PATCOM-PN1	PATCOM-PN2	PATCOM-FRN1	PATCOM-FRN2	

↔ FASE INSTRUCCIÓN
↔ FASE APLICACIÓN
↔ FASE EXPLOTACIÓN

Gráfico 35. Programa de actividades (EXALID)

La Brigada Aerotransportable (BRILAT) desarrolla desde el año 2013 los ejercicios citados previamente, en concreto, el COEX, el EXA-30 y un FTX Azor (*Guía FOPEX*, 2013), con el objetivo de afrontar con flexibilidad situaciones de estrés, aumentar la cohesión y el liderazgo. Dichas actividades se desarrollan dentro de la instrucción continua de las unidades, disponiendo de una ficha concreta para cada actividad y con una evaluación posterior a fin de obtener lecciones aprendidas para futuros ejercicios.

FICHA DE PRUEBA	
1. CÓDIGO	COEX-Común-01
2. DESCRIPCIÓN	Conducción de un <i>briefing</i>
3. IDENTIFICACIÓN	Colectiva. Común
4. LUGAR	Punto inicial del ejercicio (a designar por DIREX)
5. DURACIÓN	15 minutos
6. MEDIOS NECESARIOS	Orden tipo misión
7. BIBLIOGRAFÍA	Anexo 0 del OR4-001 («C2 de las PU de maniobra»).
	Ficha 003-012-003 «Comprobaciones previas a la misión», del MI7-012 «Tareas Individuales Comunes. Nivel III»
8. CONDICIONES DE EJECUCIÓN	El J. Pn. recibe una orden preparatoria para realizar una misión. Dispone de todo el personal y equipo orgánico. El Pn. mantiene el enlace con su J. Sc. Puede haber personal combatiente en la zona.

FICHA DE PRUEBA	
9. REQUISITOS A ALCANZAR	El J. Pn. se encarga de que se prepare el armamento, transmisiones y equipo para la misión de acuerdo con la orden recibida. El Pn. está listo para iniciar el movimiento en el momento ordenado. La prueba se considerará instruida si se realizan adecuadamente el 90 % de los aspectos a evaluar de la guía de evaluación.
10. DESARROLLO	El documento será estudiado por el J. Pn., que impartirá las órdenes oportunas, siendo evaluado tanto en su forma de afrontar el problema como en la manera de impartir las órdenes y motivar a sus subordinados
11. EVALUACIÓN	Según Anexo A (<i>Guías de evaluación COEX BRILAT</i>).

Tabla 42. Ejemplo de ficha de una actividad *briefing* del COEX (BRILAT)

El EXA-30 BRILAT (ejercicio de endurecimiento individual) tiene como objetivo «endurecer física y psicológicamente a los miembros de la BRILAT, mediante la superación de una serie de pruebas de forma individual, a lo largo de un recorrido. La superación de la misma supondrá un incremento en la confianza de los soldados en sí mismos y en sus jefes», viniendo su dureza psicológica determinada por el desconocimiento de la secuencia, las condiciones especiales en que se desarrolla, la soledad y el cansancio.

El ejercicio FTX-Azor equivale al EXALID descrito con anterioridad y su objetivo consiste en practicar y perfeccionar el liderazgo a nivel sección, bajo presión y en ambiente exigente.

En los planes de instrucción de las unidades, en concreto la BRILAT (PAP BRILAT, 2014), se dispone y utiliza material de simulación (sala de simulador del *Virtual Battle Space*, VBS 2) que permitirá la instrucción de pelotón en situaciones de combate. Entre los retos y misiones establecidos para dicha brigada, encontramos «favorecer la iniciativa y liderazgo de los Jefes de Unidades tipo Pn. y Sc., así como el fortalecimiento psicológico de todo el personal del BRILAT, de acuerdo con las exigencias de las operaciones actuales», «fortalecer psicológicamente a todos los soldados de la BRILAT y el liderazgo de nuestros jefes de Sección y Pelotón mediante la realización de ejercicios *ad-hoc*».

Los retos y actividades se desarrollan mediante listas de cometidos concretos para cada nivel de compañía y para cuadros de mando y personal de tropa, poniendo énfasis sobre aspectos físicos y tácticos, pero también psicológicos (endurecimiento, liderazgo y adquisición de habilidades sociales).

Nº	Cometidos	Misión Adiestramiento						
		102	103	104	107	108	109	110
030302010201	Llevar a cabo una infiltración	X						
030302010202	Realizar una incursión	X						
030302010203	Realizar un combate de encuentro	X						
[...]								
030302010901	Fortalecer la cohesión de las pequeñas unidades tipo sección e impulsar el liderazgo de sus jefes (EXA 30)						X	
030302010902	Fortalecer la cohesión de las pequeñas unidades tipo sección e impulsar el liderazgo de sus jefes (FTX «AZOR»)						X	

Tabla 43. Lista de cometidos principales a adiestrar (LCPA). PAP BRILAT, 2014

Para concluir este apartado hay que citar la iniciativa del Ejército de Tierra (desde el año 2022) mediante su Proyecto de Mejora del Apoyo Psicológico en el ET (MAPSIET), que se articula en tres ejes: enfoque clínico y preventivo, enfoque operativo-cognitivo y enfoque de la gestión de los recursos humanos, dentro de un sistema digital y multipropósito. Una vez termine la fase de recogida de información y experimentación, le seguirá una serie de propuestas que tendrán una importante repercusión en los despliegues en operaciones, entre otras aplicaciones derivadas del mismo.

4. Modelo de actuación integral de atención y preparación psicológica en el Ejército español. Propuesta

El modelo que se propone a continuación supone una propuesta general que debe adaptarse a las peculiaridades y necesidades de cada unidad, en función del tiempo y los recursos disponibles, más que un modelo cerrado, inflexible y de estricto cumplimiento. Antes de pasar a esbozar los puntos del mismo, conviene recordar algunos requisitos previos para conseguir una eficacia adecuada.

- a) En primer lugar, insistir en que ningún modelo será útil si no da respuesta a las necesidades concretas de cada unidad y, en general, de las fuerzas implicadas. Por ello, es prioritario realizar un análisis de la situación y necesidades específicas de cada unidad y contingente.
- b) En segundo lugar, remarcar que es indispensable la implicación de los miembros de las unidades, a todos los niveles de mando. Por ello, la idea de *preparación psicológica* y sus aplicaciones debe ser asumida al más alto nivel de la organización. Del mismo modo, los mandos de unidad deben mentalizarse y asumir la utilidad de la misma, mediante normas, procedimientos e información al respecto. Lo mismo ocurre en el último escalón a nivel orgánico: los mandos intermedios que han de aplicar las medidas y procedimientos (a nivel regimiento, batallón y compañía). Además de los mandos orgánicos de todo nivel, también resultan implicados profesionales de diferentes áreas en su papel de asesores, formadores y evaluadores (por ejemplo, oficiales psicólogos, personal sanitario en general, expertos en evaluación, en organización, etc.).

Conviene hacer hincapié en el papel de los psicólogos militares en este proceso. Su actuación puede ir desde la faceta puramente clínica, de recuperación de la salud mental deteriorada, hasta la formación de otros profesionales en técnicas de control mental (toma de conciencia), pasando por el asesoramiento en aspectos de instrucción y adiestramiento. No todos los profesionales resultan adecuados para proporcionar este servicio. En primer lugar, es precisa la formación específica en las técnicas concretas. En segundo lugar, conseguir una eficacia basada en la evidencia científica. En tercer lugar, lograr una credibilidad entre el público audiencia u objetivo. Al objeto de conseguir este último requisito, el psicólogo debe ser uno más en la unidad, integrarse y comprender el modo de pensar, estar presente en las actividades, tener mayor proximidad con el mando orgánico (un tanto alejado del enfoque sanitario) (Staal, 2015).

Por otro lado, existen una serie de principios que conviene seguir en cualquier plan de entrenamiento en resiliencia, plasmado en guías operativas (Van den Berge, 2011). Debe estar:

- Basado en las necesidades detectadas de la organización.
- Basado en las fortalezas del sujeto, no en sus debilidades.

- Basado en la experiencia (por ejemplo, I+A+E). Integrado en los planes de instrucción existentes.
- Basado en el equipo (a fin de incrementar la cohesión). Aceptado por los usuarios. Apoyado por el mando orgánico.
- Basado en la práctica y el entrenamiento.
- Articulado de modo progresivo, en complejidad y extensión.
- Basado en la evidencia (validado con estudios de seguimiento).
- Formar al formador. Es preciso constituir una red de profesionales formados convenientemente.
- Concretado mediante protocolos de actuación y guías prácticas.

El entrenamiento en resiliencia debe alternar las actividades formativas o tradicionales en entorno de aula, con otras integradas en el día a día de las unidades, dentro de sus programas de Instrucción y Adiestramiento (I+A), mediante un continuo contacto de sus instructores y la corrección puntual en las actividades cotidianas del entrenamiento a nivel pelotón (Gómez y Heer, 2015). El primer paso consiste en la concienciación del mando militar. Normalmente, un mando con experiencia entiende que su formación fue la idónea y suficiente para afrontar las tareas encomendadas. Por ello, muestra reticencia a la incorporación de nuevos enfoques. Además se corre el riesgo de la desvinculación entre lo impartido a nivel de aula (dentro del programa de un curso de formación) y su aplicación práctica cotidiana. El mando militar con su contacto directo debe aprovechar cualquier tarea para darle una aplicación concreta a una técnica de resiliencia (por ejemplo, evitar las trampas de pensamiento). Mediante la corrección puntual, el mando se asegura una ejecución eficaz y segura, una interiorización de los protocolos, siendo una herramienta de estandarización. Estas correcciones se deben ampliar también a aspectos de resiliencia. Las actividades cotidianas se han de alternar con otras de aula, en las que se refresquen contenidos de resiliencia, mejor usando metodologías pedagógicas de interés, por ejemplo, grupos de discusión, trabajo en equipo, supuestos prácticos, etc.

- c) En tercer lugar, incidir en que la implementación del modelo está sujeta a una continua revisión y adaptación a la realidad de las unidades. Para ello, es precisa una toma de información continuada, procedimientos de evaluación y un ajuste de las acciones a desarrollar.
- d) En cuarto y último lugar, recordar que las actuaciones deben ser integrales, es decir, no basta con actuaciones aisladas e inconexas entre sí, sino que deben tener objetivos comunes y delimitados, definidos a corto, medio y largo plazo. A modo de ejemplo, deben articularse medidas y actuaciones en diferentes ámbitos y dependientes de distintos mandos, como intervenciones en el plano informativo/formativo (MADOC), tanto en enseñanza de formación como de perfeccionamiento; intervenciones en actividades de instrucción y adiestramiento habituales en las unidades (JEME, FUTER); actuaciones en la elaboración de protocolos y de evaluación de resultados (MAPER, JCISAT), etc. Igualmente, resulta fundamental contar con el apoyo institucional y presupuestario necesario.

El modelo propuesto contempla tres áreas de actuación, como se indica en el gráfico 36 una primera de información y formación, donde se incluyen igualmente acciones integradas en el adiestramiento habitual operativo de la unidad. Una segunda, con actividades propias de los servicios de salud mental, en especial, psicología, en la que se incluye la atención clínica para casos que entrañen psicopatología, así como el asesoramiento psicológico para mejorar y potenciar las capacidades del personal militar y sus familias. Una tercera, dedicada específicamente a la preparación psicológica en los despliegues en el exterior, con

diferenciación según las distintas fases de los mismos (antes, durante y después del despliegue).



Gráfico 36. Modelo propuesto de atención y preparación psicológica

4.1. Información-Formación-Adiestramiento

Se materializa en varias acciones concretas. Respecto a la enseñanza de formación, a impartir en las academias de cada escala, se hace necesario articular un sistema de contenidos progresivo y coherente, gradual e integral respecto a los temas de interés, materializado en diversas asignaturas y sus créditos. Estos contenidos se recogen en los respectivos Planes de Estudio (PLEST), los cuales han de coordinarse a nivel del Mando de Doctrina (MADOC).

La enseñanza de perfeccionamiento ha de incluir varias acciones: cursos de formación de expertos en resiliencia dirigido a profesionales asesores, tanto de sanidad como del cuerpo general de las armas, con un formato de postgrado y una carga de créditos equivalente a un curso de experto universitario; del mismo modo, dirigidos a los cuadros de mando orgánicos de unidad (oficiales y suboficiales), cursos de especialista en resiliencia; para el personal de tropa, cursos de auxiliar en resiliencia. La duración y carga lectiva de estos dos últimos cursos será la que corresponda a los contenidos a impartir. Con ellos se pretende formar al personal de las armas a nivel unidad, batallón y compañía en temas de resiliencia, para constituir la red básica de actuación a nivel unidad.

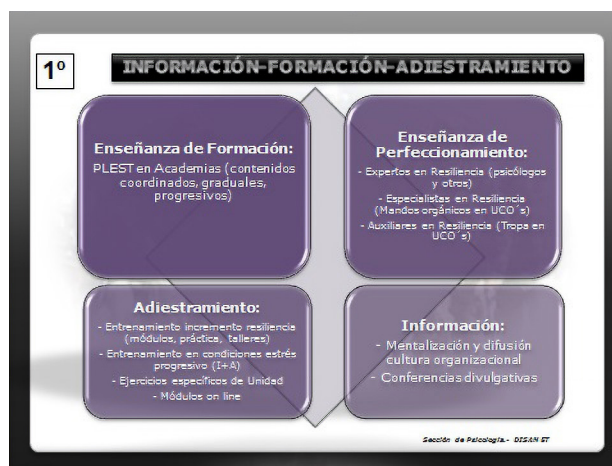


Gráfico 37. 1.ª área de actuación del modelo. Información-Formación-Adiestramiento

Las materias que deben tratarse en la formación han de contemplar, entre otros, temas de resiliencia, liderazgo, habilidades sociales, competencias emocionales, control emocional, gestión de equipos, comunicación y negociación.

Respecto al bloque relativo al adiestramiento, se han de incluir acciones informativas y formativas con un marcado carácter práctico, integradas en el adiestramiento habitual de la unidad (I+A). Por un lado, actividades tendentes a incrementar la competencia de resiliencia mediante conferencias y talleres prácticos de las habilidades contempladas. Por otro, actividades conducentes a incrementar la resistencia psicológica en actividades operativas reales, mediante la introducción de conceptos como el entrenamiento bajo condiciones de estrés progresivo. Por ejemplo, en el cometido «atravesar un obstáculo» (OR4-120; OR4-121; ME4-102), diseñar un protocolo progresivo, con acciones distractoras generadoras de estrés añadido, con dificultad creciente y en condiciones lo más parecido posible a la realidad. En estas actividades resultará muy útil el uso de simuladores. El objetivo final del adiestramiento consiste en automatizar un comportamiento, de modo que el combatiente no se bloquee ante ninguna circunstancia.

Otra de las acciones propuestas en este bloque consiste en la realización de ejercicios específicos de adiestramiento del grupo, sea a nivel unidad, batallón, compañía o sección, del modo descrito en los antecedentes tipo EXA-30, EXALID o COEX, cuyo objetivo reside en poner en práctica e incrementar la capacidad de liderazgo, la resistencia al estrés progresivo o la cohesión de grupo.

Por último, también dentro de este bloque, encontramos propuestas de información y formación materializadas mediante módulos elaborados por personal técnico de psicología, con información teórica y práctica a fin de mejorar las capacidades y habilidades del personal, en formato digital y disponible como recurso *online*. Los temas de estos módulos serían capacidades personales, de grupo o unidad, familiares, emocionales y espirituales. Insistimos en que, para asegurar la eficacia de las acciones propuestas, se ha de contar con el apoyo y el respaldo institucional correspondiente, a todos los niveles. Por ello se incluye un bloque de mentalización y divulgación de las acciones.

4.2. Atención clínica. Asesoramiento psicológico

Dentro de este bloque de actuaciones propuestas en el modelo, conviene recordar que una de las actividades transversales debe ser la concienciación y normalización del apoyo psicológico en todas sus facetas, es decir, reducir el estigma tradicionalmente

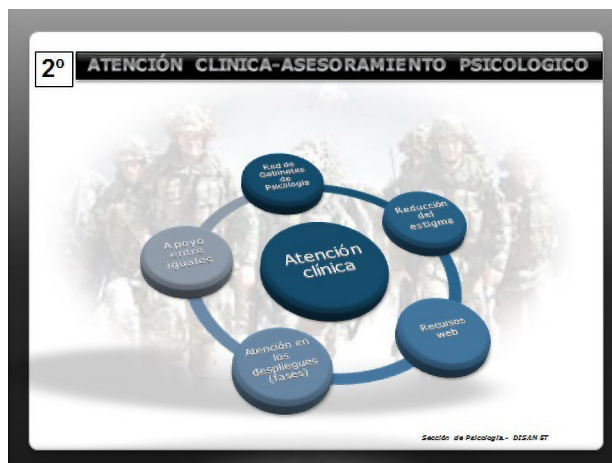


Gráfico 38. 2.ª área de actuación del modelo. Atención clínica-Asesoramiento psicológico

asociado a dicho servicio (consultar el capítulo sobre estigma). Para ello, el mando militar debe mentalizarse de que dicho apoyo puede enfocarse desde un punto de vista positivo, de crecimiento, así como facilitar el libre acceso a los profesionales de esta área.

El primer nivel de la red asistencial está constituido por el apoyo entre pares o iguales (revisar el capítulo dedicado a la red asistencial). Para conseguir dicho objetivo se debe instruir al personal en la detección precoz de síntomas asociados al estrés y otros trastornos, de modo que la autodetección sea la norma y, en segundo lugar, la alarma temprana por parte de compañeros y mandos directos. En la mayor parte de los casos, será suficiente con la atención y acompañamiento por parte de los iguales, siendo dicho soporte básico en la prevención de problemas mayores.

Respecto a la atención clínica en los despliegues, se encuentra totalmente normalizada, de modo que podemos hablar del antes, durante y después del despliegue. En este apartado, las actividades propuestas durante el antes son las que se realizan con normalidad en las unidades: atención según demanda por parte de los gabinetes de psicología, prevención de problemas de salud mental y bienestar, reconocimientos previos a los despliegues, selección de determinados grupos específicos. Lo mismo ocurre con el durante el despliegue. Conviene tener presente que en ZO el objetivo principal no es la preparación o el entrenamiento (lo cual se debe haber realizado previamente), por ello, el personal desplegado debe estar en las mejores condiciones para desarrollar su misión. Ante un problema de tipo psicológico en zona, se debe realizar una evaluación y valoración, con un informe que incluya el pronóstico correspondiente. Si del mismo se deriva que el sujeto es recuperable en un periodo de tiempo breve, se procederá en zona de operaciones a una atención clínica o asesoramiento psicológico con vistas a la pronta reincorporación del soldado a sus obligaciones. Si, por el contrario, se estima que la persona tendrá una recuperación dudosa, incompleta o demasiado larga en el tiempo, se procederá a sustituirla por otro efectivo para ese puesto táctico, atendiéndole en territorio nacional con todos los medios disponibles y en las mejores condiciones posibles.

Por último, en el después del despliegue, se recomienda realizar un seguimiento de contenido psicológico del personal replegado, atendiendo a diferentes grupos según las condiciones experimentadas en el despliegue:

- Grupo A. Será el mayoritario y corresponde al personal que ha desarrollado su misión sin incidencias de relevancia. El seguimiento consistirá en un cuestionario de sondeo postmisión (a los tres meses del repliegue) sobre síntomas y riesgos psicosociales, así como atención clínica a demanda.
- Grupo B. Aquellos sujetos que recibieron atención psicológica en ZO, así como aquellos que debieron ser repatriados por tal motivo. Este grupo (minoritario) recibirá un seguimiento más exhaustivo por parte de los gabinetes de psicología de las unidades en territorio nacional, así como por parte del ROLE 4 (hospital de referencia), si fuese preciso.
- Grupo C. Aquellos sujetos que se han visto inmersos en situaciones críticas durante el despliegue, aunque no hayan manifestado *in situ*, ni en el momento, sintomatología alguna. Por situaciones críticas entendemos aquellas de grave amenaza para la vida e integridad, tanto propia como de los próximos, acciones de combate, con bajas o heridos propios o del enemigo, accidentes o incidentes graves, IED, ataques o emboscadas. La atención a este grupo consistirá en una mezcla de atención/vigilancia por parte de los mandos naturales (orgánicos) de la unidad, junto con actividades individuales y de grupo dirigidas por terapeutas y profesionales de la salud mental.

Otra de las propuestas relacionadas con este bloque de atención psicológica viene de la mano de las modernas tecnologías: la creación y mantenimiento de un recurso web (atención e información psicológica *online*). Mediante una página específica de atención psicosocial a los militares y sus familiares, accesible desde la red, con los filtros de seguridad (usuarios y contraseña) pertinentes, que incluya información actualizada sobre los despliegues, consejos y módulos de información sobre diferentes temas relacionados con la salud mental como por ejemplo, familias, estrés, emergencias, atención clínica y recursos, comunicación (revisar otros capítulos). Además, debe incluir atención personalizada a todos los usuarios que lo demanden (peticiones de información o de atención) mediante un buzón. Igualmente, actividades formativas relacionadas, evaluación de la resiliencia *online* y acceso a la información pertinente. Para ello, resulta imprescindible contar con personal especializado ocupado en el mantenimiento y atención de dicha página web.

4.3. Atención a los despliegues

Las actuaciones propuestas en esta área se organizan atendiendo al momento temporal en que se producen: antes, durante y después del despliegue.

- Antes. Todas las acciones preventivas, de entrenamiento y preparación de la fuerza deben realizarse en esta fase. El ET organiza sus despliegues atendiendo a un ciclo de proyección por unidades que abarca un periodo de tiempo de dos años, de modo que una unidad no repetirá despliegue en ese periodo. Este ciclo se inicia con el repliegue de la última misión, los periodos de permiso y la vuelta a la normalidad en la unidad: periodo de recuperación y preparación, siendo el inicio del segundo año el comienzo del ciclo de disponibilidad, donde se intensifica la preparación hasta culminar en el 4+2 (seis meses previos al despliegue), cuando se extrema la instrucción y preparación y se coordina a nivel del grupo o agrupación táctica desplegable.
Durante este ciclo extenso de dos años se han de desarrollar las actividades formativas e informativas correspondientes (según el bloque 1.º descrito anteriormente y dentro de la enseñanza de perfeccionamiento y actividades de I+A). Durante el periodo de 4+2 han de formarse y entrenarse habilidades específicas de contenido psicológico tendentes a incrementar la resistencia, mediante la impartición de talleres teórico-prácticos de contenidos revisados en otros capítulos de este manual, así como protocolos de actuación *ad hoc*. Se adjunta anexo con una propuesta de calendario concreta (ANEXO I).
Igualmente, durante esta fase se debe ofertar a las familias reuniones, actividades diversas, conferencias informativas, talleres prácticos con temas de interés y aplicación sobre el despliegue próximo y sus consecuencias.
- Durante. Las acciones a desarrollar durante el despliegue no sufren grandes modificaciones en las propuestas de este modelo, defendiendo la continuidad con lo realizado en la actualidad: principalmente atención clínica y asesoramiento psicológico, evaluación e informes periciales, incluyendo pronóstico tentativo con recomendación al mando de acciones a considerar, colaboración con otras unidades/secciones desplegadas en temas comunes (CIMIC, PIO, PSYOPS, PLMM), asesoramiento al mando en temas propios de la especialidad, conferencias y talleres prácticos de diversos temas.



Gráfico 39. 3.ª área de actuación del modelo. Atención a los despliegues

- Después. Esta subfase se inicia con una preparación para el repliegue. Al igual que es precisa una preparación para incorporarse a zona de operaciones, es necesaria otra para volver a la rutina del hogar. Una vez replegada la unidad, se propone realizar actividades de seguimiento, diferenciando por grupos según las circunstancias y avatares vividos durante el despliegue, como ya se ha descrito anteriormente. Dicho seguimiento se alargará lo necesario por parte de los servicios sanitarios de ROLE 4. Del mismo modo resulta imprescindible un seguimiento de lo actuado y su eficacia, en modo de investigación y evaluación a fin de mantener en continua revisión el proceso e introducir las mejoras que lo optimicen.

Para concluir este apartado de propuestas de actuación dentro del modelo de incremento de la resistencia psicológica o resiliencia dirigido al personal militar y sus familias, cabe recordar la importancia de los siguientes aspectos relacionados:

- Generar un marco normativo suficiente que ampare la puesta en marcha de estas acciones.
- Generar una red de profesionales y especialistas suficientemente formados, motivados, implicados y reconocidos por el mando para ejecutar las acciones pertinentes (cuadros de mando orgánicos, oficiales sanitarios y psicólogos).
- Elaborar una serie de protocolos de actuación concretos para las diferentes acciones, que unifiquen y estandaricen las actuaciones en distintas unidades y momentos.
- Contar con los recursos materiales adecuados (instalaciones, materiales, simuladores).

Anexo I. Propuesta de calendario de la fase 4+2 de preparación psicológica

Leyenda de actividades del gráfico 40:

a) Comunes a tropa y cuadros de mando (fondo gris):

1. Familias. Tipo conferencia. Duración una sesión. Contenido: reacciones esperables y normales de separación. Ansiedad de anticipación. Reasignación de roles en la familia. Reacciones de los hijos. Medidas preventivas. Trámites a realizar con anterioridad al despliegue.
 - 1.1. Familias. Tipo conferencia. Duración una sesión. Contenido: el mismo que el anterior con asistencia de los familiares. Opcional según disponibilidad.

	Mes 6	Mes 5	Mes 4	Mes 3	Mes 2	Mes 1	
Aplicación de pruebas		Expectativas ☉	Expectativas (D)	Familias ☉	Familias ☉	Selección/clasificación del contingente Programa Seg. Vial Expectativas y estrés ☉	
		Estrés ☉	Cadena asistencial ☉	Primeros aux. psicol. (D)	Intervención emergencias ☉		
		Control del estrés (T)					
		Moral ☉	Moral (T)	Suicidio ☉			
		I+A ☉	I+A (T)				
		Fondo gris: Para todo el personal Fondo amarillo: CUMA's ☉: Conferencia			Fondo blanco: Familias Fondo rojo: Tropa (D): Dinámica de grupo		Of. Psi. que despliega

Gráfico 40. Contenidos y acciones propuestas en el modelo durante el 4+2

2. Expectativas. Tipo conferencia. Duración una sesión. Contenido: exponer las expectativas más frecuentes entre los combatientes. Explicar las realidades del combate. Contrastar las expectativas con la realidad.
 - 2.1. Expectativas. Tipo dinámica de grupo. Duración una sesión. Contenido: a nivel pelotón, puesta en común de las experiencias previas de expertos, preferiblemente personal entre los iguales de la propia compañía, moderado por el psicólogo o el jefe inmediato a nivel pelotón.
3. Estrés. Tipo Conferencia. Duración una sesión. Contenido: explicación del estrés, sus síntomas y manifestaciones. Detección temprana. Medidas preventivas.
4. Control de estrés. Tipo Taller. Duración cinco sesiones. Contenido: explicación y práctica de las técnicas de control emocional. Relajación muscular progresiva, visualización, control cognitivo y autohipnosis. En grupos de unas veinticinco personas, dirigidas por el psicólogo o monitor formado, en un lugar con las condiciones adecuadas.
 - b) Exclusivas para tropa (fondo rojo):
 5. Cadena asistencial. Tipo conferencia. Duración una sesión. Contenido: niveles de atención. Autoayuda, apoyo entre iguales, apoyo de los mandos naturales, asistencia especializada (sanidad). Factores higiénicos (sueño, alimentación, ocio).
 - c) Exclusivas para cuadros de mando (nivel batallón, compañía, sección y pelotón) (fondo amarillo):
 6. Intervención en emergencias. Tipo Conferencia. Duración una sesión. Contenido: principios psicológicos de actuación en caso de situaciones de muerte, atentados, heridos, ataques. Qué hacer y qué no hacer. Comunicación de malas noticias.
 7. Primeros auxilios psicológicos. Tipo dinámica de grupo. Duración una sesión. Contenido: dirigido a cuadros de mando nivel sección y pelotón. Explicación de las técnicas de *debriefing*, *cool-down*. Exposición de los principios de escucha activa y empatía. Dirigido por el psicólogo o monitor formado. Simulacros prácticos. *Role playing* de casos reales. Población audiencia cuadros de mando nivel sección y pelotón.

8. Moral de Unidad. Tipo Conferencia. Duración una sesión. Contenido: explicación del papel de la moral de unidad sobre la resiliencia. Exposición de los factores que componen la moral de unidad (cohesión, confianza en el mando, en los medios, en uno mismo, legitimidad de la acción).
 - 8.1. Moral de Unidad. Tipo taller práctico. Duración una sesión. Contenido: explicación de las medidas potenciadoras de la moral de unidad: liderazgo, ejemplo, comunicación, justicia y equidad, adiestramiento. Casos prácticos. Dirigido a cuadros de mando nivel compañía, sección y pelotón.
9. Adiestramiento e instrucción. Tipo Conferencia. Duración una sesión. Contenido: principios del aprendizaje. Entrenamiento en condiciones de estrés progresivo. Atención selectiva. Control de distractores. Automatización de las respuestas.
 - 9.1 Adiestramiento e instrucción. Tipo taller. Duración una sesión. Contenido: supuestos prácticos a desarrollar en condiciones concretas del PIA de cada compañía. Desarrollo del principio «a mayor dureza del entrenamiento, más fácil la misión». Dirigido a cuadros de mando nivel compañía, sección y pelotón.
10. Riesgo de suicidio. Tipo Conferencia. Duración una sesión. Contenido: explicación de los factores de riesgo de conductas suicidas y de sus señales de alarma. Detección temprana.

Horas totales: tropa, diez sesiones; cuadros de mando, quince sesiones.

1ª JORNADA		2ª JORNADA		3ª JORNADA		4ª JORNADA (PRÁCTICA)	
HORA		HORA		HORA		HORA	
9:00-9:15	PRESENTACIÓN	9:00-9:50	PIA. Entrenamiento en estrés progresivo	9:00-9:40	Estrés en operaciones	09:00-10:00	Lecciones aprendidas en atención a familias
9:15-10:05	A disposición de MAPER/CESET	9:50-10:20	Cadena logística sanitaria y asistencial	9:40-10:20	Normativa. Seguimientos, procedimientos e informes	10:00-11:00	Lecciones aprendidas en atención a emergencias
10:05-10:45	Plan PSIOPER	10:20-11:10	Psicología en emergencias	10:20-11:00	Memorias fin de misión	11:00-11:30	DESCANSO
10:45-11:15	DESCANSO	11:10-11:40	DESCANSO	10:30-11:00	DESCANSO	11:30-12:30	Lecciones aprendidas en control de estrés
11:15-12:05	Pruebas psicotécnicas	11:40-12:10	Psicología M. Operativa. Moral	11:00-11:50	Regreso. Descompresión post misión	12:30-13:30	Lecciones aprendidas en la preparación
12:05-13:00	Familias	12:10-12:40	Prevención del suicidio	11:50-12:50	Control de estrés	13:30-13:45	DESPEDIDA
13:00-13:55	Expectativas. Realidades del combate y del despliegue	12:40-13:55	Puesta en práctica I. Fichas Madoc	12:50-13:55	Puesta en práctica II. Trabajos sobre estrés progresivo y resiliencia		

Gráfico 41. Contenidos formativos de Jornadas de Actualización, dirigidos a profesionales de la psicología

Referencias bibliográficas

- AJMedP-4. (2011). *Medical force health protection doctrine*. Mayo.
- AMedP-8.3. (2013). *Training requirements for health care personnel in international missions*. Junio
- AMedP-8.6. (2015). *Forward mental healthcare*. Mayo.

- ARMY, Department. O.T. (2006). *Army Leadership*. Washington, s.n.
- CAF. (2015). *Caring for our own*. Disponible en: <http://www.forces.gc.ca/en/about-reports-pubs/index.page>
- Castro, C. A. y Adler, A. B. (2009). Military Mental Health Training: Building Resilience. En: Friedman, H.S. *Encyclopedia of mental health*. Univ. California, Riverside. Elsevier, 2016.
- CGFUTER. (2012). *Guía de fortalecimiento psicológico y liderazgo*.
- CoFAT (2009). N.º 550/AI/CDE/CDE 0934. Francia.
- Directiva 04/14 JEME. *Transición de la estructura de Fuerza del Ejército de Tierra*.
- EXALID. (2011). *Ejercicio Avanzado de Liderazgo*. Handbook. MADOC.
- FINABEL. (2011). *ETG.2.R Management of psychological effects linked with armed commitments: responsibilities for the chain of command*.
- Gómez, D. H. y Heer, S. S. (2015). Operational Resilience in the Infantry Rifle Platoon. *Military Review*. May-June.
- Guía FOPEX. (2013). *Ejercicios de fortalecimiento psicológico y liderazgo*. BRILAT.
- Juanes-Cuartero, A. P. (2012). Comprehensive fitness soldier. En busca del soldado resiliente. *Documento opinión*, 42/2012. Instituto Español de Estudios Estratégicos.
- Gregory, R. (2014). Squad Overmatch Study Looks To Build Resilience on the Battlefield. *Inside Peostri*.
- IGESAN. (2007). *Manual de Medicina Preventiva en operaciones*. Secretaría General Técnica.
- PAP BRILAT. (2014). *Programa de adiestramiento y preparación BILAT San Quintín 1/3*.
- PD1-301. (2010). *Combate cuerpo a cuerpo e intervención no letal*. MADOC.
- Reivich, K. J., Seligman, E. P. y McBride, S. (2011). Máster Resilience Training in the U.S. Army. *American Psychologist*. Vol. 66, n.º 1, pp. 25-34.
- RTO-MP-HFM 205. (2011). *Implementation Principles for Mental Health Training. Comparative Analysis of NATO Resilience Training Programs*. NATO Study of Mental Health Training in Army Recruits. MAJ Carlo Van den Berge.
- Sewell, G. F. (2011). How emotional intelligence can make a difference. *Military review*, 91 (2), pp. 79-83.
- Silgo, M. (2013). Revisión de programas de resiliencia basados en la evidencia en los ejércitos. *Sanidad Militar* 69 (3), pp. 182-194.
- Silgo, M. y Bardera, P. (2013). Programación de la preparación psicológica. *Revista Ejército*, n.º 863. Marzo.
- Staal, M. (2015). *Improving Military Psychologists. Credibility with Combat Units*.
- STANAG 2235. (2013). *Pre and post-deployment health assessments*. Diciembre.
- STANAG 2565 MEOSTD (edition 1). (2011). *A psychological guide for leaders across the deployment cycle*. Marzo.
- TNO. (2008). DV 2008 A028. *TNO Defence, Security and Safety*.
- Van den Berge, C. (2011). *Implementation Principles for Mental Health Training*. HFM-RTG 203 «Mental Health Training».

El asesoramiento y la asistencia en las operaciones militares antes, durante y después de los despliegues está entre los cometidos de la psicología militar..

El apoyo psicológico en operaciones presenta dos abordajes: el correctivo, que trata un problema ya manifiesto, y el preventivo, que intenta evitar su aparición. Este libro se centra principalmente en el segundo.

La preparación militar presenta tres ejes fundamentales: la preparación física, la técnica y la psicológica. La última contribuye a incrementar la resistencia mental del soldado, el bienestar psicosocial, así como a reducir la probabilidad de aparición de problemas.

Con este objetivo y siguiendo el enfoque de la psicología positiva, este libro aborda temas como el estigma asociado a los problemas mentales, la cadena asistencial, las expectativas y realidades de los despliegues y del combate, el estrés, la conducta suicida, las intervenciones en situaciones de emergencia y catástrofe, el papel de las familias, el liderazgo y la gestión eficaz del tiempo y la importancia de los aspectos emocionales. Propone también un modelo de entrenamiento psicológico en las Fuerzas Armadas.

Los diferentes temas son abordados por profesionales de la psicología militar con amplia formación y experiencia.

