

# **Estrés, Ansiedad y Depresión en el Cuerpo de Bomberos Español**



**Máster universitario en Prevención de Riesgos Laborales**

**Nombre de la asignatura:** Trabajo Final de Máster

**Código:** SIS017

**Curso 2021/2022**

**Guido Bargiela Schönbrunn**

**Tutor:** Dr. Francisco Palmero Cantero

# Indice

Introducción.....	<b>4</b>
Marco teórico.....	<b>6</b>
Marco normativo de prevención de riesgos laborales aplicados a bomberos .....	<b>9</b>
Instrumento .....	<b>11</b>
Metodología.....	<b>11</b>
Procedimiento.....	<b>14</b>
Resultados.....	<b>16</b>
Discusión .....	<b>18</b>
Bibliografía .....	<b>20</b>
Anexos.....	<b>23</b>

## Resumen

El siguiente trabajo trata de indagar en las relaciones entre el estrés, la depresión y la ansiedad en el cuerpo de bomberos español. Para ello se desarrollo un cuestionario para evaluar el nivel de cada una de estas patologías, y se hizo llegar diferentes parques de bomberos del territorio nacional.

La finalidad del presente trabajo es mejorar la calidad laboral en los bomberos. Esta profesión siempre fue relacionada con un bajo nivel de control sobre el trabajo, totalmente imprevisible. Siendo una incógnita en cada intervención.

## Introducción

La profesión de bombero es inherentemente estresante. Están expuestos a un gran número de estresores traumáticos, tales como experiencias catastróficas, capaces de herir al bombero como a sus compañeros, o experiencias con víctimas o cercanas a la muerte (Beaton et al., 1998).

Las emergencias por si mismas poseen un factor estresante muy alto, las consecuencias de este estrés son determinadas por el resultado de la intervención. En cada evento crítico es fundamental la comprensión global y las posibles relaciones con algún evento previo similar para poder controlar la situación. (Goldstein, 1999). De esta manera es como las tareas de los servicios de urgencias y emergencias, son una disciplina que requiere un constante entrar y salir de situaciones estresantes, dependientes de lo que cada emergencia plantee (Tawara et al., s. f.).

Las intervenciones de los bomberos implican trabajo en equipo, son situaciones dinámicas, caracterizadas por un alto nivel de estrés y riesgo. Ambos factores, sumados al bajo nivel de control de trabajo, convierten a la extinción de incendios sea extenuante. Además, se ha demostrado que la ansiedad y los trastornos por estrés postraumático tiene una alta prevalencia en la profesión de bombero profesional (Carey et al., 2011).

Un ejemplo muy claro se encuentra entre los bomberos de Estados Unidos, la tasa de prevalencia de trastorno de estrés postraumático es de hasta el 32,4% (Tomaka et al., 2017). En cambio, la tasa de prevalencia por estrés postraumático a lo largo de la vida en la población general es del 8,3% (Kilpatrick et al., 2013).

El papel de los riesgos psicosociales, en especial el estrés, tiene un importancia muy grande debido a su asociación con patologías musculoesqueléticas un estudio publicado en 2019 por el International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, concluye en que el estrés ocupacional es un riesgo alto para los bomberos y es asociado con nivel alto de prevalencia de problemas musculoesqueléticos en el trabajo.(Soteriades et al., 2019)

Es evidente que el papel de los riesgos psicosociales en las profesiones de emergencia y rescate tiene una importancia de mucho peso. Es por ello por lo que se ha de hacer una buena gestión de estos riesgos para eliminarlos, o en su caso reducir al máximo sus consecuencias.

Dado este contexto es necesario evaluar a que niveles de riesgos psicosociales están expuestos en esta profesión. Los riesgos en los que se centrará el presente trabajo son el estrés, la ansiedad y la depresión.

Con el objetivo de identificar el nivel de estrés, ansiedad y depresión que presentan los bomberos de España.

## Marco teórico

El estrés es un proceso adaptativo básico, es la respuesta a un estímulo que depende de la cognición y del contexto. El estrés laboral generalmente se define como una relación desfavorable entre una persona y su entorno de trabajo en el que las tareas laborales superan los conocimientos, habilidades o capacidades de un individuo, lo que inhibe el comportamiento de la persona para hacer frente y desencadena muchos problemas psicológicos y físicos (Folkman, 2013). La exposición crónica a entornos laborales estresantes puede hacer que las personas duden de sus propios conocimientos, habilidades o capacidades, con muchas consecuencias adversas, incluidos síntomas de depresión y ansiedad (Dragano et al., 2008) problemas interpersonales (Bodenmann et al., 2010) y confianza general (Fang et al. 2020 ).

El agotamiento laboral generalmente se considera una respuesta al estrés profesional crónico, como una gran carga de trabajo, relaciones interpersonales complicadas y emociones desfavorables, y se manifiesta principalmente como agotamiento emocional, cinismo y realización personal reducida (Maslach et al., 2001). El agotamiento laboral es perjudicial tanto para las personas como para el empleador, lo que genera consecuencias adversas excesivas (Khamisa et al., 2013). Una gran cantidad de estudios han demostrado que el agotamiento excesivo puede provocar una disminución de la satisfacción laboral, una mayor intención de renunciar, una mala calidad del sueño e incluso depresión y suicidio (Sasaki et al., 2020). Por lo tanto, es fundamental estudiar los factores que influyen, los factores predictivos y las medidas de intervención del desgaste laboral.

La American Psychological Association define a la ansiedad es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como aumento de la presión arterial.

Las personas con trastornos de ansiedad suelen tener preocupaciones o pensamientos intrusivos recurrentes. Pueden evitar ciertas situaciones debido a la preocupación. También pueden tener síntomas físicos como sudoración, temblores, mareos o latidos rápidos del corazón.

La sensibilidad a la ansiedad es definida como el miedo a la excitación ansiosa debido a interpretaciones erróneas de estos síntomas, que relacionados con la ansiedad tienen connotaciones negativas. Las preocupaciones cognitivas de la sensibilidad a la ansiedad se caracterizan por la percepción de que las sensaciones relacionadas con la ansiedad tienen resultados psicológicos catastróficos (Taylor et al., 2007). Recientemente, Stanley et al. encontró que sensibilidad a la ansiedad, específicamente, las preocupaciones cognitivas de la sensibilidad a la ansiedad, mediaron la relación entre los síntomas del trastorno de estrés postraumático (sensaciones relacionadas con la ansiedad) y el riesgo de suicidio entre una muestra de mujeres bombero. Las preocupaciones cognitivas de la sensibilidad a la ansiedad están implicadas en un mayor riesgo de suicidio en el contexto de otros síntomas psiquiátricos, siendo este un concepto importante para conceptualizar el riesgo de suicidio entre bomberos debido a su profesión (Stanley et al., 2018).

El trastorno de ansiedad generalizada (GAD) o TAG se define como la ansiedad y preocupación excesivas por una serie de preocupaciones (p. ej., acontecimientos mundiales, finanzas, salud, apariencia, actividades de familiares y amigos, trabajo, escuela) acompañadas de síntomas tales como inquietud, fatiga, problemas de concentración, irritabilidad, tensión muscular y sueño perturbado. Para un diagnóstico formal de GAD, la preocupación a menudo se experimenta como difícil de controlar, y los diversos síntomas que acompañan a la preocupación y la ansiedad ocurren la mayoría de los días durante un período de 6 meses o más. (*APA Dictionary of Psychology*, s. f.)

La depresión es definida por la American Psychological Association como algo más que tristeza. Las personas con depresión pueden experimentar falta de interés y placer en las actividades diarias, pérdida o ganancia de peso significativa, insomnio o sueño excesivo, falta de energía, incapacidad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

La depresión es el trastorno mental más común. Afortunadamente, la depresión es tratable. Una combinación de terapia y medicamentos antidepresivos puede ayudar a asegurar la recuperación.

La forma de depresión más comúnmente diagnosticada es el trastorno depresivo mayor. En 2017, alrededor de 17,3 millones de personas mayores de 18 años en los EE. UU. habían experimentado al menos un episodio depresivo mayor en el último año, lo que representaba el 6,7 % de todos los adultos estadounidenses. La depresión es la principal causa de discapacidad en los Estados Unidos entre las personas de 15 a 44 años (Salk et al., 2017). Uno de los síntomas debe ser un sentimiento abrumador de tristeza o una pérdida de interés y placer en la mayoría de las actividades habituales. Los otros síntomas que se asocian a la depresión mayor incluyen disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga constante, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva e inapropiada, pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida con o sin planes específicos de cometer suicidio y dificultades cognitivas, como la disminución de la capacidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones. Los síntomas deben persistir durante dos semanas o más y representar un cambio significativo con respecto al funcionamiento anterior. Sociales, laborales, educativas, u otro funcionamiento importante se ven afectados por el trastorno depresivo mayor (*NIMH » Home*, s. f.).

En España hay un bombero profesional trabajando por cada 2.320 habitantes. Sin embargo, en otros países de la Unión Europea (UE) disponen de ratios más favorables: Bélgica 658; República Checa 1.184; Francia 1.250; Suecia 1949; y Alemania 2.369. En España se utiliza el mismo código ético-profesional y los mismos preceptos técnicos. Las plantillas de bomberos se dividen en dos: el personal de intervención, formado por bomberos, bomberos conductores, cabos, sargentos, suboficiales y otros especialistas cuya misión principal acudir a los siniestros; el personal de administración, de dirección o apoyo técnico, cuyas funciones se basan en realizar tareas de apoyo logístico y técnico pero que normalmente no participan en las intervenciones de emergencia (.Yuste González, 2016)

El número de efectivos que conforma el turno de trabajo diario o la guardia dependerá del servicio, de las circunstancias diarias y de otros factores organizativos. Todos los servicios coinciden en tener un mínimo de guardia, pero este diferente para cada SEIS, siguiendo cada uno de ellos sus propios criterios. Hay servicios en los que se asignan puestos específicos permanentes, otros establecen una rotación de puestos y algunos se organizan según el tipo de intervención que se presente. Los turnos de trabajo varían entre servicios, sin embargo, suelen coincidir para casi todos en turnos de 24 horas con varios días de descanso seguidos después. Es lo que se conoce como “1- 3” o “1-4”, se trabaja un día y se libran tres o cuatro días consecutivos, en función de acuerdos y otros factores internos. Algunos servicios apuestan por turnos de 12 horas y posteriormente realizan un descanso acumulado (Garaboa, 2020).

## Marco normativo de prevención de riesgos laborales aplicados a bomberos

El objetivo de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, es “promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo; Su carácter se considera derecho necesario mínimo indisponible, pudiendo ser desarrolladas y mejoradas sus disposiciones en los Acuerdos Reguladores de condiciones de trabajo ”.

Sin embargo, la LPRL suscita controversia sobre cómo, qué y cuándo se aplica al bombero. El artículo 3.2 dice:

La presente Ley no será de aplicación en aquellas actividades cuyas particularidades lo impidan en el ámbito de las funciones públicas: (a) Policía, seguridad y resguardo aduanero; (b) Servicios operativos de protección civil y peritaje forense en los casos de grave riesgo, catástrofe y calamidad pública; (c) Fuerzas Armadas y actividades militares.

La ley inspirará la normativa específica para regular la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores que prestan sus servicios en dichas actividades.

La aclaración viene dada en la publicación del Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado: “la exclusión únicamente se entenderá a efectos de asegurar el buen funcionamiento de los servicios indispensables para la protección de la seguridad, de la salud y el orden público en circunstancias de excepcional gravedad y magnitud, quedando en el resto de las actividades al amparo de la normativa general de prevención de riesgos laborales”.

En respuesta a esta exclusión de los cuerpos de emergencias, la Ley inspiró la creación de una normativa específica regulatoria de la seguridad y salud en el trabajo, en la Guardia Civil, Cuerpo Nacional de Policía y Fuerzas Armadas. Hay un Real Decreto específico para cuerpo, adecuándose de esta manera a la legislación vigente (Garaboa, 2020). Sin embargo, no existe una normativa específica para el cuerpo de bomberos.



Normativa aplicable:

- Real Decreto 407/1992, de 24 de abril, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil.
- Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
- Normativa y planes de autoprotección territoriales (CCAA)
- Real Decreto 513/2017, de 22 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios.
- Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, por el que se aprueba el Código Técnico de la Edificación.
- Real Decreto 2267/2004, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de seguridad contra incendios en los establecimientos industriales.

## Metodología

El presente trabajo es un estudio exploratorio, transversal y observacional. La población a estudiar son los bomberos profesionales de todo el territorio español. Para la captación de los participantes del presente estudio se elaboró un cartel (Anexo I), llamando a la participación de bomberos para un estudio para mejorar la calidad laboral en el sector.

## Instrumento

El Modelo demanda-control, Karasek R. A. (1979); Karasek & Theorell (1990); Johnson & Johansson (1991), postula que las principales fuentes de estrés se encuentran en dos características básicas del trabajo: (1) las demandas laborales y (2) el control que se tiene sobre las mismas. La dimensión demandas hace referencia a cuanto se trabaja (la imposición de plazos, carga mental, conflictos, etc). En la dimensión control sobre la tarea hace referencia a la determinación o la autonomía que tiene el trabajador a la hora de tomar decisiones, contando con la posibilidad de elegir cómo hacer el trabajo y el nivel de influencia sobre éste; el control sobre las capacidades determina la posibilidad de nuevos aprendizajes, el desarrollo de habilidades, así como la creatividad en el mismo. El modelo de Demanda-Control-Apoyo fue propuesto por Johnson and Hall (1988), integrando la dimensión del apoyo social. Un apoyo social bajo constituye un factor de riesgo independiente, además de tener la capacidad de modificar el efecto de la alta tensión, que aumentaría en situación de bajo apoyo social. El apoyo social tiene dos componentes; las relaciones sociales en términos cuantitativos y el grado de apoyo.

Para evaluarlo se incluyó en el cuestionario el Test de Demanda/Control/Apoyo de Karasek de 26 ítems (Anexo II). El cual propone la relación de los factores de demandas/control en un diagrama con cuatro cuadrantes el cual se puede construir utilizando las puntuaciones medias de estos dos factores, generando cuatro tipos de trabajos, ocupaciones o profesiones: trabajos activos, trabajos pasivos, trabajos de alta tensión y trabajos de poca tensión.

Así es cómo se valorará las situaciones psicosociales a las que estaban expuestas los sujetos siguiendo el modelo demanda-control – apoyo social propuesto por Karasek, Theorell y Johnson (1990). Que incluyen las dimensiones de demandas psicológicas del trabajo, control sobre el trabajo y apoyo Social, tanto procedente de los compañeros de trabajo como de los superiores, y que actúa como un elemento moderador de la relación entre demandas y control sobre el propio trabajo.

También se incluirá el cuestionario de trastorno de ansiedad generalizada, GAD-7 (Anexo III): es un cuestionario de ansiedad de autoinforme de siete elementos diseñado para evaluar el estado de salud del paciente durante las 2 semanas anteriores. Los ítems indagan sobre el grado en que el paciente ha estado molesto por sentirse nervioso, ansioso o al límite, no poder parar o controlar la preocupación, preocuparse demasiado por diferentes cosas, tener problemas para relajarse, estar tan inquieto que le cuesta trabajo quedarse quieto, enojarse o irritarse con facilidad y sentir miedo como si algo pudiera pasar (Williams, 2014).

Se otorgan puntuaciones de 0, 1,2 o 3 por experimentar síntomas 'ninguno en absoluto', 'varios días', 'más de la mitad de los días' y 'casi todos los días', respectivamente. Luego, las puntuaciones se suman y se presentan de 0 a 21. Las puntuaciones de 5, 10 y 15 representan puntos de corte para la ansiedad leve, moderada y severa, respectivamente. Cuando se realiza la detección de un trastorno de ansiedad, el punto de corte recomendado para la derivación para una evaluación adicional es 10 o más (Williams, 2014).

Utilizando la puntuación umbral de 10, el GAD-7 tiene una sensibilidad del 89 % y una especificidad del 82 % para el trastorno de ansiedad generalizada. También es moderadamente bueno en la detección de otros trastornos de ansiedad: trastorno de pánico (sensibilidad 74 %, especificidad 81 %), trastorno de ansiedad social (sensibilidad 72 %, especificidad 80 %) y trastorno de estrés postraumático (sensibilidad 66 %, especificidad 81 %)(Kroenke et al., 2007).

También se Incluye El Cuestionario de Salud del Paciente-4, PHQ-4 (Anexo IV) desarrollado y validado por Kroenke, Spitzer, Williams y Löwe, (2009) para abordar el hecho de que la ansiedad y la depresión son dos de las enfermedades más prevalentes entre la población general. Debido a que estos dos trastornos del estado de ánimo con frecuencia son comórbidos y la naturaleza de estos trastornos del estado de ánimo puede dificultar el llenado de cuestionarios largos si los pacientes sufren fatiga o pérdida de concentración(Kroenke et al., 2009).

El PHQ-4 es un cuestionario de cuatro respuestas en una escala tipo Likert de cuatro puntos. Su propósito es permitir una medición breve y precisa de los síntomas/signos centrales de depresión y ansiedad al combinar la medida de dos elementos (PHQ-2), que consiste en criterios centrales para la depresión, así como una medida de dos elementos para la ansiedad. (GAD-2), los cuales han demostrado de forma independiente que son buenas herramientas breves de detección. La puntuación total de PHQ-4 complementa las puntuaciones de las subescalas como una medida general de la carga de síntomas, así como del deterioro funcional

y la discapacidad. Una puntuación elevada de PHQ-4 no es diagnóstica, sino que es un indicador de más investigaciones para establecer la presencia o ausencia de un trastorno clínico que justifique el tratamiento. (Löwe et al., 2010)

Investigaciones anteriores han establecido que una puntuación de 3 o más en la subescala de Depresión representa un punto de corte razonable para identificar posibles casos de depresión. Una puntuación de 3 o más es positiva y debe ser evaluada más a fondo por PHQ-9 o se debe hacer una derivación de salud mental. Asimismo, una puntuación de 3 o más en la subescala de Ansiedad representa un punto de corte razonable. Una puntuación de 3 o más es positiva y debe ser evaluada más a fondo por GAD-7 o se debe hacer una referencia de salud mental. (Arroll et al., 2010)

Las puntuaciones elevadas pueden ser positivas para trastornos como, entre otros, bipolar I, bipolar II, ciclotimia, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo o trastornos de la personalidad. También se debe informar a los pacientes que un resultado de detección negativo no significa que la enfermedad no esté presente, sino que la probabilidad de enfermedad es baja. (Kroenke et al., 2009)

## Procedimiento

Para la difusión del estudio y sus objetivos se realizó un cartel (Anexo 1) llamando a la participación a bomberos para mejorar la calidad laboral en nuestro país. Este cartel se colgó en los parques de bomberos de Castellón, Nules y Oropesa. También se pidió la difusión del cartel por diferentes redes sociales especializadas en bomberos. El primer mes no hubo una participación importante, por lo que se procedió a contactar vía correo electrónico, explicando el objetivo en qué consistía el proyecto, a diferentes parques de bomberos de la geografía de De esta forma se consiguió una participación más importante.

En el cartel informativo hay un código QR, que redirecciona a un cuestionario de Google Forms: Este cuestionario está formado en una primera parte por una sección en la que se piden datos demográficos: Edad, estado civil, nivel educativo, antigüedad en el cuerpo de bomberos y provincia. Seguidamente del Test de Demanda/Control/Apoyo de Karasek de 26 ítems. El cuestionario continúa con los siete ítems del GAD-7 y del PHQ 4 se incluyeron sus dos últimos ítems ya que los dos primeros están presentes en el GAD-7.

El link al cuestionario estuvo habilitado desde el 3 de mayo de 2022, hasta el 28 de julio de 2022. Se obtuvieron un total de 90 respuestas en ese periodo de tiempo.

## Análisis estadístico

Los datos se importaron al paquete estadístico SPSS que se utilizó para realizar análisis estadísticos. Diferencias en las medias de las variables continuas y categóricas fueron evaluado mediante el t-test. Se asume normalidad en la distribución de los datos, por lo que en la tabla 2 se representa el resultado de aplicar el test estadístico T-test.

Los cálculos detrás de los valores t comparan las medias de las muestras con la hipótesis nula e incorporan el tamaño de la muestra y la variabilidad en los datos. Un valor t de 0 indica que los resultados de la muestra son exactamente iguales a la hipótesis nula.

# Resultados

**Descriptive Statistics**

	K CONT		K EXIG		APO JER		APO COMP		APO TOTAL		GAD7		PH4	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Valid	51	39	51	39	51	39	51	39	51	39	51	39	51	39
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	76.392	76.718	19.745	21.205	12.765	11.615	13.745	12.513	26.510	24.128	3.078	4.051	1.451	1.974
Std. Deviation	8.010	7.101	2.690	3.450	2.268	2.871	1.885	2.163	3.585	4.001	2.125	3.069	1.189	1.564
Minimum	52.000	54.000	15.000	13.000	7.000	4.000	10.000	7.000	19.000	15.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Maximum	94.000	88.000	28.000	30.000	16.000	16.000	16.000	16.000	32.000	32.000	8.000	15.000	5.000	6.000

Tabla 1

En la tabla 1 se comparan los resultados de los solteros (1) frente a los casados (2). El grupo de los solteros representan un total de 51 individuos y casados 39. Las variables Control (K CONT), Exigencias (K EXIG), Apoyo Jerárquico (APO JER), Apoyo Compañeros (APO COMP), Apoyo Total (APO TOTAL) son el total de los apartados control, exigencias, apoyo jerárquico, apoyo de compañeros y apoyo total del Test de Karasek; GAD7 y PH4 representan el total de estos test.

Una vez que se ha determinado un valor t, es posible encontrar un valor p asociado utilizando para ello una tabla de valores de distribución t de Student. Si el valor p calculado es menor al límite elegido por significancia estadística entonces la hipótesis nula se rechaza en favor de la hipótesis alternativa. Por ello la comparación entre los grupos 1 y 2 de las variables K CONT, GAD 7 y PH4 no son estadísticamente significativas.

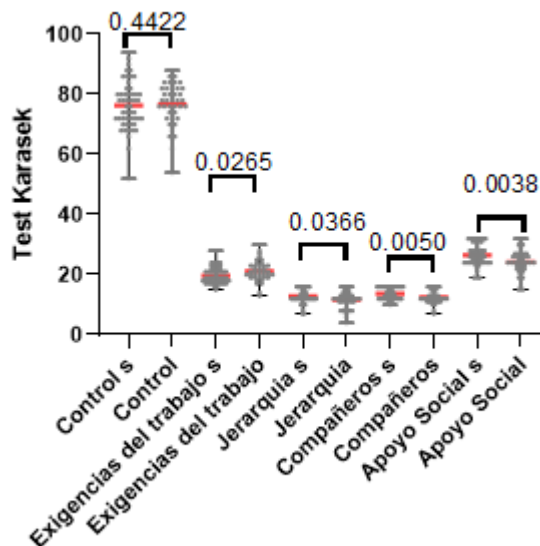


Gráfico 1

### Independent Samples T-Test

	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
K CONT	-0.201	88	0.841
K EXIG	-2.257	88	0.027*
APO JER	2.122	88	0.037*
APO COMP	2.882	88	0.005*
APO TOTAL	2.969	88	0.004*
GAD7	-1.776	88	0.079
PH4	-1.805	88	0.075

*Note.* Student's t-test

\*Significativo

*Tabla 1*

## Discusión

Las exigencias percibidas en su trabajo, por el grupo de bomberos casados es significativamente mayor que las percibidas por el grupo de bomberos solteros Sin embargo un estudio realizado por Díaz et al (2005) en el que se analiza si existen diferencias significativas entre los docentes de una universidad nacional en relación al burnout, en virtud del estado civil, no hallan diferencias significativas entre ambos grupos.

Paulo Jorge B. Gaspar, (2014) en su Memoria presentada para optar al grado de Doctor en su investigación con el tema: Estudio del Síndrome de Burnout en los Bomberos Voluntarios Portugueses, por la Universidad de León. Los resultados reflejaron que la proporción de bomberos con Burnout clínicamente significativo es reducida, registrándose apenas un 4,68% de casos en la muestra analizada. El autor concluye que el aumento de los niveles de Burnout se ven favorecidos por las exigencias del trabajo, el agotamiento y la despersonalización.

Moran y Colless (2007) realizaron un estudio con bomberos australianos para evaluar la percepción de estrés en el trabajo. Los bomberos calificaron a sus puestos de trabajo como más estresante que otras ocupaciones, y el estrés psicológico es más alto en el trabajo de otras posibles fuentes u ocupaciones. Los factores de estrés más indicados fueron asociados con la exposición a los incidentes traumáticos, como accidentes graves o el sufrimiento de los demás. Los que tenían experiencia previa con el estrés eran más propensos a manejar el riesgo actual y futuro, además de favorecer un enfoque formal de la organización

El apoyo percibido en el entorno laboral tanto el jerárquico como el percibido desde los compañeros es significativamente mayor en el grupo de solteros.

En cambio, en la variable de Control del Test de Karasek no hubo diferencias entre los dos grupos, ambos obtuvieron una media por encima de 76 en un ítem el cual el máximo es 96. Ambos grupos perciben un alto control sobre su trabajo. Posiblemente explicado por la motivación y la preparación a sus espaldas.

La motivación para ejercer dicha carrera está enfocada en: servicio a la comunidad, cualidades como: el altruismo y la empatía, ambas buscan resolver una necesidad, o bien satisfacer una expectativa; de tal manera, que tanto como el que presta el servicio como quien lo recibe puedan sentirse satisfechos y agradados. Por ello, ser un bombero no sólo se necesita tener entusiasmo en servir a los demás, sino también la voluntad y la perseverancia para prepararse profesionalmente.



Pollet, et al. (2016). en un artículo en la Revista de psicología con el tema: Personalidad resistente y estrés en los bomberos: vínculos entre las dificultades psicosociales presentes en la actividad y la salud psicológica; Concluye que este artículo trata de explorar las condiciones y la manera en que los bomberos hacen frente a los distintos tipos de estrés en su práctica profesional. Los resultados ponen de manifiesto que los bomberos tienen puntuaciones elevadas en la escala de Hardiness; el desgaste generado por la intervención en misiones que no dependen a priori del dominio bombero, no se explica solamente en términos de mala distribución del trabajo o colaboración deficiente, sino también en términos vocacionales, identitarios y humanos, lo cual pone de manifiesto igualmente la necesidad de una lectura más en detalle de corte psicosocial. En general, no es tanto la actividad en sí misma lo que se considera como estresante, sino la organización y las condiciones de esta actividad, y más específicamente la reconfiguración progresiva del trabajo.

## BIBLIOGRAFIA

APA Dictionary of Psychology. (s. f.). Recuperado 29 de junio de 2022, de <https://dictionary.apa.org/>

Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., Falloon, K., & Hatcher, S. (2010). Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Annals of Family Medicine*, 8(4), 348-353. <https://doi.org/10.1370/afm.1139>

Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K., & Corneil, W. (1998). Exposure to duty-related incident stressors in urban firefighters and paramedics. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 821-828. <https://doi.org/10.1023/A:1024461920456>

Bodenmann, G., Atkins, D. C., Schär, M., & Poffet, V. (2010). The association between daily stress and sexual activity. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 24(3), 271-279. <https://doi.org/10.1037/a0019365>

Carey, M. G., Al-Zaiti, S. S., Dean, G. E., Sessanna, L., & Finnell, D. S. (2011). Sleep Problems, Depression, Substance Use, Social Bonding, and Quality of Life in Professional Firefighters. *Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine*, 53(8), 928-933. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318225898f>

Díaz, C. R. P., B, M. S. B., Tovar, J. A., Pisco, M. C. A., & R, R. E. H. (2005). El síndrome del «quemado» por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de investigación en psicología*, 8(2), 87-112.

Dragano, N., He, Y., Moebus, S., Jöckel, K.-H., Erbel, R., Siegrist, J., & Heinz Nixdorf Recall Study. (2008). Two models of job stress and depressive symptoms. Results from a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 72-78. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0267-z>

Folkman, S. (2013). Stress, Coping, and Hope. En B. I. Carr & J. STEEL (Eds.), *Psychological Aspects of Cancer* (pp. 119-127). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2\\_8](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4866-2_8)

Goldstein, J. (1999). Emergence as a Construct: History and Issues. *Emergence*, 1(1), 49-72. [https://doi.org/10.1207/s15327000em0101\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327000em0101_4)

Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2214-2240. <https://doi.org/10.3390/ijerph10062214>

Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Milanak M. E., Miller M. W., Keyes K. M., & Friedman M. J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317-325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>

Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

NIMH » Home. (s. f.). Recuperado 27 de septiembre de 2022, de <https://www.nimh.nih.gov/>

Sasaki, N., Imamura, K., Thuy, T. T. T., Watanabe, K., Huong, N. T., Kuribayashi, K., Sakuraya, A., Thu, B. M., Quynh, N. T., Kien, N. T., Nga, N. T., Giang, N. T. H., Tien, T. Q., Minas, H., Zhang, M., Tsutsumi, A., & Kawakami, N. (2020). Validation of the Job Content Questionnaire among hospital nurses in Vietnam. *Journal of Occupational Health*, 62(1), e12086. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12086>

Soteriades, E. S., Psalta, L., Leka, S., & Spanoudis, G. (2019). Occupational stress and musculoskeletal symptoms in firefighters. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 32(3), 341-352. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01268>

Stanley, I. H., Smith, L. J., Boffa, J. W., Tran, J. K., Schmidt, N. B., Joiner, T. E., & Vujanovic, A. A. (2018). Anxiety sensitivity and suicide risk among firefighters: A test of the depression-distress amplification model. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.03.014>

Tawara, N. A. Z., Puclla, V. F. B., Kajatt, F. A., Huamani, N. Z. H., & Cárdenas, Y. L. C. (s. f.). VÍCTOR MARCIAL ZAMORA MESÍA MINISTRO DE SALUD. 44.

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>

Tomaka, J., Magoc, D., Morales-Monks, S. M., & Reyes, A. C. (2017). Posttraumatic Stress Symptoms and Alcohol-Related Outcomes Among Municipal Firefighters. *Journal of Traumatic Stress*, 30(4), 416-424. <https://doi.org/10.1002/jts.22203>

Williams, N. (2014). The GAD-7 questionnaire. *Occupational Medicine*, 64(3), 224. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt161>

Yuste González, J. (2016). Los servicios públicos de extinción de incendios y salvamento: De la épica a la lógica = Utility of firefighting and rescue: the epic of the logic. <https://doi.org/10.18002/10612/5956>

# Anexos

## Anexo I



**ESTUDIO PARA  
MEJORAR LA  
CALIDAD  
LABORAL EN  
NUESTRO  
PAIS**

SE SOLICITA LA PARTICIPACIÓN  
VOLUNTARIA Y ANÓNIMA DE  
BOMBEROS PARA LA REALIZACIÓN  
DE UNA ENCUESTA.

ESCANEA EL CÓDIGO PARA  
ACCEDER AL CUESTIONARIO



Realizado por: Guido Bargiela Schönbrunn  
Tutorizado por: Francisco Palmero Cantero  
Para la obtención del Máster en Prevención  
de Riesgos Laborales

**UJI UNIVERSITAT  
JAUME I**

Activar Wi

## Anexo II

### CUESTIONARIO KARASEK

**INSTRUCCIONES** – Los puntos que siguen corresponden a su trabajo y a su entorno laboral. Ud. debe marcar una sola de las casillas en cada ítem.

Las posibles categorías respuesta de cada uno de los ítems son:

totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), de acuerdo (3) y totalmente de acuerdo (4).

		1	2	3	4
1	Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas				
2	Mi trabajo necesita un nivel elevado de cualificación				
3	En mi trabajo debo ser creativo				
4	Mi trabajo consiste en hacer cosas variadas				
5	Tengo libertad de decidir cómo hacer mi trabajo				
6	Mi trabajo me permite tomar decisiones de forma autónoma				
7	En el trabajo tengo la oportunidad de hacer cosas diferentes				
8	Tengo influencia sobre cómo ocurren las cosas en mi trabajo				
9	En el trabajo tengo la posibilidad de desarrollar mis habilidades personales				
10	Mi trabajo exige hacerlo rápidamente				
11	Mi trabajo exige un gran esfuerzo mental				
12	En mi trabajo se me pide hacer una cantidad excesiva				
13	No dispongo de suficiente tiempo para hacer mi trabajo				
14	Recibo pedidos/demandas contradictorios/as de los demás				
15	Mi trabajo me obliga a concentrarme durante largos periodos de tiempo				
16	Mi tarea es interrumpida a menudo y debo finalizarla más tarde				
17	Mi trabajo no es nada dinámico				
18	A menudo me retraso en mi trabajo porque debo esperar al trabajo de los demás				
19	Mi jefe se preocupa por el bienestar de los trabajadores que están bajo su supervisión				
20	Mi jefe presta atención a lo que digo				
21	Mi jefe facilita la realización del trabajo				
22	Mi jefe consigue que la gente trabaje unida				
23	Las personas con las que trabajo están cualificadas para las tareas que realizan				
24	Las personas con las que trabajo se interesan por mí				
25	Las personas con las que trabajo son amistosas				
26	Las personas con las que trabajo facilitan la realización del trabajo				

Anexo III

**CUESTIONARIO BREVE DE EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD  
GENERALIZADA (GAD-7)**

(Spitzer, Kroenke, Williams, y Löwe, 2006)

En los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han supuesto una molestia los siguientes problemas? (Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)

0 = No, en absoluto; 1 = Algunos días; 2 = Más de la mitad de los días; 3 = Casi todos los días.

1. Sentirse nervioso/a, angustiado/a o muy tenso/a	0	1	2	3
2. Ser incapaz de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cuestiones	0	1	2	3
4. Tener problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que le resulta difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad	0	1	2	3
7. Sentir miedo de que algo terrible pueda ocurrir	0	1	2	3

Anexo VI

<b>PHQ-4</b>				
<b>En las <u>últimas dos semanas</u>, ¿con qué frecuencia a usted le ha molestado alguno de los siguientes problemas?</b>				
<i>(Use "✓" para indicar su respuesta)</i>				
	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o al límite.	0	1	2	3
2. Ser incapaz de controlar o dejar de preocuparse.	0	1	2	3
3. Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
4. Sentirse decaído(a), deprimido(a), o sin esperanza.	0	1	2	3