

# ¿Por qué se necesita incorporar la Psicología a la Emergencia Extrahospitalaria? <sup>1</sup>

## Why should Psychology be included in Out of Hospital Emergencies?

### Psicología en Emergencia Extrahospitalaria

Vicente Coca Pérez

España

Enfermero de emergencias

Licenciado en Psicología por la UNED

### Palabras clave

Psicología en Emergencia Extrahospitalaria; Gabinete Psicológico; Profesionales; Voluntarios; Intervinientes.

### Keywords

Psychology in Out-of-hospital Emergency, Psychological Consultation, Professionals, Volunteers, Participants, Intervenors.

### Resumen

En España no se da la importancia que se debiera a la salud mental, por parte de los servicios de emergencia ni de los intervinientes que en ellas participan, existiendo escasa conciencia de ello. Apenas existen psicólogos actuando en el escenario de las emergencias extrahospitalarias que así lo requieran; tampoco existen gabinetes psicológicos para los profesionales o voluntarios que en ellas colaboran desconociendo por tanto, cuál es su estado de salud mental, perfil, características, necesidades y si están en condiciones de ayudar. Este estudio intenta cubrir este vacío.

### Introducción

**En España no se da la importancia que se debiera a la salud mental, por parte de los servicios de emergencia ni de los intervinientes que en ellas participan**, existiendo escasa conciencia de ello; además, **no existen o no se han encontrado estudios previos que aborden la necesidad de incorporar la psicología a la emergencia extrahospitalaria por parte de los intervinientes**; de existir una valoración se hará en el reconocimiento médico, siendo su visión eminentemente médica, no psicológica, y de forma puntual (normalmente al incorporarse al servicio), no realizándose por consiguiente, un seguimiento a lo largo del tiempo.

---

<sup>1</sup> El artículo originalmente fue publicado en la revista Cuadernos de Crisis y Emergencias, Num 18 - Vol. 2 - 2019

**Se desconoce en qué condiciones mentales se incorporan los profesionales y voluntarios a las emergencias, cuál es su evolución y cómo afecta sus actividades a las diferentes esferas de su vida** (personal, familiar, profesional, etc.), si están por ejemplo en óptimas condiciones de intervenir, tomar decisiones o reconocer sus límites. Ese **menosprecio al estado de sus condiciones mentales** no lo es tanto tras las grandes desgracias afortunadamente excepcionales, donde existe una mayor concienciación por parte de las organizaciones, sociedad, etc., quienes brindan ayuda aunque esta sea en muchas ocasiones gestuales, sino **como consecuencia de intervenir en la urgencia habitual, cotidiana y mantenida en el tiempo**. Transmitiéndose sutilmente, **varios mensajes que han acabado por crear una cultura sanitaria en el campo de las emergencias con respecto a la psicología**, que puede llegar a ser muy peligrosa por las implicaciones y riesgos que conllevan:

**1) Que la salud mental NO es importante en las emergencias extrahospitalarias**, puesto que NO hay valoraciones o son puntuales y sin seguimiento; NO existen gabinetes psicológicos para los intervinientes en los cuales realizar prevención primaria (promoción de la salud y protección específica), secundaria (diagnóstico, tratamiento precoz y limitación de la incapacidad), y terciaria (rehabilitación y reducción del daño), formación, docencia e investigación, los cuales permitirían a su vez desarrollar y potenciar la psicología en un campo tan particular por sus características, como son las emergencias extrahospitalarias.

**2) Que la ausencia de la psicología en la emergencia es lo normal, y esta situación es estructural e inamovible**, interiorizándola los profesionales y voluntarios, quienes al no saber en muchas ocasiones dónde plantear de forma accesible dudas, síntomas, emociones, pensamientos, etc. asumen que estos, o **NO** son habituales, o **NO** son importantes, pues si lo fueran, las organizaciones les brindaría ayuda en un espacio donde pudieran expresarse (gabinete psicológico), el cual **NO** existe.

**3) Que las actuaciones NO afectan a quienes intervienen en las emergencias**, favoreciendo la aparición de comportamientos fanfarrones, pactos de silencio, burnout, incomprensión, aislamiento, etc., agravando esas conductas el hecho de que **NO** haya una evaluación continua de la salud mental.

**4) Que los intervinientes deben buscar estrategias propias para afrontar las actividades desempeñadas**, con el riesgo que conlleva de que estas sean inadecuadas, afecten negativamente su vida, su estilo de vida, su salud, u origine espirales de destrucción que **provoque incluso una muerte evitable**.

Además **no existe una concepción global de las emergencias**, siendo muy habitual asociar la urgencia y su impacto emocional tan solo a ciertos profesionales (policías, médicos, bomberos...) olvidándose de muchos que también participan en ellas directamente, sean del sector público, privado o concertado (servicios de emergencias sociales, ambulancias convencionales, funerarias, servicios de limpieza urgentes, limpiezas traumáticas...), como del tercer sector y/o voluntarios (Protección civil, Cruz Roja, DyA, etc.); también de aquellos que no actuando presencialmente participan sin duda y de forma decisiva en la urgencia (con las dificultades que conlleva), ejemplo de este último son el personal de los centros coordinadores cuyo trabajo menos visible, es decisivo en el objetivo común de la resolución de las actuaciones que originaron la demanda de ayuda (sean estas de asistencia médica, seguridad ciudadana, respuesta social, etc.).

No podemos olvidar algo que siendo obvio no es infrecuente, **los intervinientes son profesionales pero también personas**, y en la urgencia extrahospitalaria se interviene en muchos escenarios (robo, incendio, pobreza, violación, accidente...) y acontecimientos que abarcan desde el nacimiento hasta la muerte, esas intervenciones nos obliga o debería hacerlo, a pensar y sentir, pues **los distintos tipos de aviso nos lanza preguntas que confrontan nuestros valores y convicciones más profundas**: el sentido de la vida, de la muerte (si la aceptamos, la rechazamos o la negamos), confianza en la humanidad, etc., **pudiendo afectar negativamente la vida personal y/o profesional** (angustia existencial, obstinación terapéutica, ...). En resumen, debemos tener presente que **existe una gran diversidad de intervinientes, actividades, contextos, situaciones, características... y cómo todas ellas se influyen mutuamente**. Por todo ello **habría que brindarles ayuda, estableciendo**:

**1. El perfil de los intervinientes**

Conociendo quiénes son y cuáles son sus necesidades.

**2. Creando gabinetes psicológicos**

Valorando cuál es la repercusión de su actividad en las diferentes esferas de su vida: pareja, familia, ocio, laboral, etc. y realizando el seguimiento.

**3. Integrando la psicología en las emergencias extrahospitalarias**

Interviniendo en aquellas situaciones en las cuales fuera necesario actuar en el escenario mismo de la emergencia, llegando incluso a apoyar a los profesionales o voluntarios que lo pudieran necesitar mediante una primera intervención y derivando si se precisa al gabinete psicológico.

## Estudio

### Metodología

Inicialmente se realizó una búsqueda de los recursos de emergencias existentes en toda España, desde recursos formales de la comunidad (páginas web de instituciones públicas, privadas, organizaciones, empresas, comunidades autónomas, etc.), hasta recursos informales, personales y simbólicos (blogs de emergencias, foros, etc.) contactando con ellos a través de las vías que facilitaban (email, buzón de sugerencias, etc); posteriormente se explicó el motivo de dirigirme a ellos, se solicitó su colaboración facilitando un enlace directo a la página web [www.e-encuesta.com](http://www.e-encuesta.com) la cual permitía acceder y cumplimentar online, anónima y gratuitamente la encuesta **“Psicología en emergencias (necesidades psicológicas de los intervinientes en emergencias extrahospitalarias) ©”**, esta realiza un análisis descriptivo y está constituida por 112 preguntas divididas en 9 áreas de exploración; un abordaje de la urgencia así enfocado será integral.

Dichas áreas son:

- 1.- Preguntas generales de clasificación.
- 2.- Relación individuo – profesión y/o voluntariado.
- 3.- Relación individuo-consigo mismo.
- 4.- Relación individuo-guardia.
- 5.- Relación individuo-organización.
- 6.- Reconocimiento psicológico.
- 7.- Psicología en las intervenciones.
- 8.- Gabinete psicológico para profesionales y/o voluntarios.

## 9.- Autovaloración psicológica.

### **Población objeto de estudio**

Todos los intervinientes en urgencias extrahospitalarias de todas las administraciones (general, autonómica y local), incluyendo también a los sectores privados, concertados y ONG de todo el territorio nacional.

### **Otros datos de interés**

La encuesta se realizó entre el 7 de mayo y el 11 de agosto de 2017; contestaron 160 personas, de las cuales 56 lo hicieron de forma parcial y 104 lo finalizaron.

### **Clasificación de la muestra**

Profesionales:

#### **Sanitarios:**

Médicos, enfermeros, técnicos de emergencias, celadores, teleoperadores.

#### **No sanitarios:**

Bomberos, policía nacional, autonómica y municipal, guardia civil, centros coordinadores, 112, SAMUR-SOCIAL, UME, servicios funerarios, SELUR y empresas de limpieza traumática.

Voluntarios:

Protección Civil, Cruz Roja, otros.

## **Resultados obtenidos y discusión**

### **1. Preguntas generales de clasificación**

La muestra está compuesta por hombres (60,62%) y mujeres (39,38%), su edad media es de 40 años, la mayoría han nacido en España (96,88%), siendo Madrid la principal comunidad autónoma donde desarrollan su actividad profesional y/o voluntariado (77,99%), seguida de Cataluña (6,29%), Canarias (3,77%), Castilla-La Mancha (3,14%), Cantabria y Murcia (2,52%)..., la edad en la que iniciaron su relación con las urgencias es temprana 16-24 años (55%), con una antigüedad de 15 años (44,03%).

Respecto a la antigüedad en las organizaciones se observa un importante abandono entre los grupos etarios de 0 a 5 y de 6 a 10 años; cabe preguntar ¿existe una “crisis de los 5 años”? debiendo reflexionar sobre los siguientes aspectos: ¿Se sabe a qué se deben estos abandonos y si son por causas evitables? ¿Tiene que ver con el momento del ciclo vital en el que se encuentran? ¿Es prematuro este abandono después de tener a profesionales y/o voluntarios ya formados y con experiencia considerable? ¿Existe precariedad o inestabilidad laboral en las emergencias? ¿Se sabe cuánto cuesta formar a un profesional y/o voluntario? **¿Una organización puede permitir descapitalizarse con el tiempo en recurso humano, conocimientos, experiencias, formación...? ¿Una organización así estructurada es viable, humana y económicamente, a largo plazo? y en caso afirmativo ¿Sería pública o privada?**

La formación máxima finalizada es FP, Bachillerato, COU (40,62%), seguido del grupo de Diplomado (17,50%), Grado (9,38%), Licenciado (23,75%), Doctorado (3,75%), y Otros (5%).

Su actividad en la urgencia extrahospitalaria es principalmente como profesionales (83,12%), siendo voluntarios el 16,88% de los encuestados. Estos profesionales trabajan tanto en el sector público (85,51%) como en el privado (14,49%); existiendo diferentes tipos de contrataciones, predominando los funcionarios (60,87%) [de los cuales, funcionarios de carrera (28,26%), Interino (23,91%), y laborales (8,70%)].

Existen dos grandes grupos profesionales:

**Sanitarios** (80,43%). Este grupo está constituido por técnicos en emergencias sanitarias y celadores (44,34%), enfermeros (27,36%), médicos (21,70%), locutores, teleoperadores y telefonistas (6,60%), los cuales trabajan principalmente en UVI móvil, helicóptero y VIR (47,32%); USVB/USVA (21,43%); personal de CCU y I12 (8,04%); otros profesionales que también contestaron fueron: UAD de medicina o enfermería, SUAP, y SAR; no obteniendo muestra de profesionales sanitarios de la UME. La opción “otros” fue contestada por un 16,07 % (psicólogos, entre otros).

**No sanitarios** (19,57%). Este grupo está constituido por bomberos (21,95%), SAMUR-SOCIAL (17,07%), policía municipal (9,76%), guardia civil (2,44%), policía nacional (2,44%); no habiendo obtenido muestra de otros dispositivos que también actúan (policía autonómica, SELUR, UME, empresas de limpieza traumática, ni funeraria; cabe destacar que ha contestado un porcentaje elevado, el 46,34%, como “otros” (pilotos de helicópteros, entre otros).

Del total de la muestra NO realizan voluntariado el 63,75%; de aquellos que sí lo realizan (36,25%) lo hacen principalmente en Protección Civil (21,25%) y Cruz Roja (10,62%); la opción “otras instituciones” representan un porcentaje bajo (4,38%) ej. DyA.

## **2. Relación Individuo -Profesión y/o Voluntariado**

Eligieron su profesión y/o voluntariado de forma vocacional (88,77%), les gusta (92,81%), y también la actividad que desempeñan en ella (85,61%). Llama la atención que las opciones de respuesta “nada” o “un poco” no fue elegida; consideran que su trabajo y/o voluntariado es importante “siempre” (63,28%), sienten reconocimiento social por la actividad desempeñada (56,25%) e igualmente que se trabaja en equipo (54,68%).

Es significativo que ninguno de los encuestados definió como “mala” o “muy mala” la relación con los miembros de su equipo/unidad, sintiéndose apoyados emocionalmente por sus compañeros y donde la competitividad laboral no es un valor para los intervinientes; tampoco existen actitudes defensivas hacia las personas objeto de sus actuaciones (la opción “siempre” no fue elegida por nadie) considerando la mayoría (66,91%) que han logrado una situación satisfactoria con su profesión o voluntariado.

### Malestares

El 75´54% quisiera poder cambiar una o varias de las siguientes opciones: actividad, función, lugar, equipo, compañeros, horario, y/o turno. Este deseo de cambio se debe más a factores laborales o del voluntariado (horario, turno...) que relacionales (compañeros, equipo...). La solidez en las buenas relaciones se reflejan a lo largo de todo el estudio; sin embargo es de

destacar por la importancia que tiene, que **cuando hay mala relación entre los compañeros ésta se convierte en un asunto capital para ellos y debería serlo también para las organizaciones, pues ese malestar invade todas las esferas: tanto laboral (intervención y convivencia), como personal (estado de ánimo, pareja, familia...), las cuales se retroalimentan, lo que favorece la mala comunicación y con ella la aparición de riesgos laborales, errores, pobre calidad en el servicio prestado, burnout, absentismo o presentismo laboral, demoras en la finalización de los avisos, entre otros.**

Consideran que están bien definidas sus funciones una minoría (22,30%) y en el contexto de la emergencia extrahospitalaria es un porcentaje realmente bajo, pues deberían estarlo por protocolos y por el conocimiento de los límites profesionales o del voluntariado; al tomarse en muchas ocasiones decisiones trascendentales (seguridad y vitales), pues no se puede parar a debatir a quién compete qué funciones, y con el agravante de que el tiempo actúa en contra.

Estiman que tampoco existe una valoración adecuada de los riesgos existentes en el desempeño de sus actividades, creyendo además, que **sufren BURN-OUT en un porcentaje muy elevado (17,27%)**. Entendiendo que “siempre” deberían sentirse apoyados por los compañeros, sin embargo, se ha elegido esta opción en porcentajes bajos (23,74%). Algo similar ocurre en cuanto a la valoración global que realizan tras preguntar si se sienten a gusto en sus servicios, “siempre” fue contestado solo por el 21,58%.

### Turnos

Respecto al horario en el cual prefieren realizar su actividad, la opción de 24 horas fue elegida por casi la mitad de la muestra (48,20%), seguida por 12 horas en horario diurno (17,99%), nocturno (5,04%) y 17 horas en turnos de Mañana-Tarde (4,32%), Tarde-Noche (4,32%), y especialmente significativo el que nadie eligió el turno Noche-Mañana. La opción “otros” fue elegida por un 20,14%; es decir, uno de cada 5 encuestados no quiere ninguna de las opciones de los horarios más frecuentes existentes.

Por la repercusión en todas las esferas de su vida será importante seguir investigando otras jornadas laborales.

### Intervenciones

El número de personas que han atendido al finalizar sus servicios está en un rango de entre 5 y 9; es importante contextualizar esta respuesta, no minimizar el número y considerar aspectos tales como: áreas de intervención, orografía, dispersión de la población, tiempo de respuesta, complejidad en las intervenciones (ej: accidentes con múltiples víctimas), accesos, características de la población a la que se atiende, si existen otros recursos cercanos en caso de necesitar apoyo, etc.

### Cambios

La mitad no los realiza y cuando lo hacen es debido a situaciones personales; sin embargo, **un 7,91% lo hacen por cuestiones profesionales o del voluntariado con las implicaciones que ello conlleva (acoso sexual, laboral, sustancias...) lo cual se analiza más detalladamente en apartados posteriores.**

### Rotaciones

Les gustaría rotar, apoyado por el 67,62% tanto en la misma institución (34,53%) como en otra (33,09%); esta opción reduce malestares y favorece además, transferencia de conocimientos y experiencias, tener una visión global del funcionamiento de los distintos servicios implicados en la emergencia con sus fortalezas y debilidades, cohesionaría los servicios públicos e incluso privados y aumentaría la calidad de las intervenciones, lo cual es especialmente importante en las grandes emergencias, beneficiando al ciudadano quien es el centro del sistema.

Específicamente, si sólo se pregunta a los sanitarios, la opción “no rotar” baja del 32,37% al 19,82%, queriendo rotar: a) principalmente en otro servicio de urgencias extrahospitalarias, b) en el mismo servicio, c) en hospitales en servicios especiales (urgencias, hemodinámica, UVI, etc.), d) en hospitales, pero en otras unidades (cuidados paliativos, medicina interna, etc.) y e) una minoría desearía hacerlo en atención primaria (incluidos los SUAP y los SAR).

### Deshumanización

Respecto a la pregunta si consideran que se está deshumanizando su profesión o voluntariado, existe una gran variabilidad en las respuestas sin una tendencia clara, reflejando probablemente el **proceso de cambio de paradigma en la forma como hasta ahora se ha entendido la urgencia y donde a mayor edad existirá más conciencia de ello** (entre otras cosas porque se ha vivido), donde actualmente se enfatiza en conocimientos científicos y técnicos en detrimento de la formación humanista, la irrupción de las nuevas tecnologías, transformaciones sociales, cambio de valores, normas, etc.

## **3. Relación individuo - consigo mismo**

### Estado de ánimo

La emoción más frecuente al finalizar sus jornadas laborales fue mayoritariamente alegría (55,47%), seguida de enfado (8,59%), tristeza (2,34%) y miedo (0,78%); la opción “otros” la marcaron un 32,81 %; habrá que profundizar más y ver si son emociones complejas y no básicas, qué nos quieren decir y la posible repercusión que pudiera tener. Por ejemplo, para que el 7,81% está deseando que llegue “siempre” la próxima guardia y el 10,16% “nunca”.

Entre guardias han tenido tiempo suficiente para descansar “siempre” tan sólo el 18,75%. Hay que tener en cuenta que muchos (41,01%) tienen otro trabajo siendo la causa principal el factor económico (27,34%) y sólo el 2,88% lo tiene para ocupar el tiempo libre.

### Soledad

Refieren no sentir soledad en su vida diaria sólo el 28,12% y el 25,78% que su vida la llena su trabajo o voluntariado. **Abordar la soledad es indispensable por los riesgos que puede tener** (observándose más en los jóvenes al vivir su actividad con más intensidad) **e instaurarse sigilosamente:**

- a) En el caso de los voluntarios, el motivo de realizar dicho voluntariado es en muchas ocasiones una forma de ocupar su tiempo libre (observando cierta soledad de base; ej. separaciones, cambio de ciudad, desempleo...), posibilitando relacionarse con otras personas y la satisfacción de realizar una labor sociosanitaria importante, con reconocimiento social y atractivo por las experiencias y los contextos en los que se realizan, diferentes a muchas otras vivencias.

- b) En el caso de los profesionales, existe además la posibilidad de adquirir muchos conocimientos y habilidades en poco tiempo, experiencias vitales y estar remunerado económicamente.

En ambos casos su labor conlleva muchas recompensas que hace que se dediquen plenamente a ella, dejando menos tiempo para la pareja, amigos, hobbies, etc., distanciándose progresivamente de ellos y abandonando otras esferas incluso vitales (sueño, alimentación, etc.), posponiendo sucesivamente su satisfacción; de ello el interviniente no tiene conciencia o no lo valora en su justa medida, surgiendo incomprensiones y reproches de unos que demandan más atención o tiempo que compartir, y otros que consideran que su actividad les hace feliz y el impedimento lo sienten como una intrusión egoísta por aquellos que se interponen a su realización; desembocando finalmente en distanciamiento o ruptura de las relaciones. Apareciendo finalmente un **círculo vicioso en donde hay más soledad y tiempo libre para dedicar a la emergencia utilizando a la vez ésta, como forma de superar la pérdida** lo cual les hace sentir bien, pero a su vez quita tiempo para satisfacer otras necesidades; **retroalimentándose causa y efecto y no alcanzando a comprender muy bien, qué es lo que está ocurriendo y por qué cada vez está más aislada.**

A esta situación no le dan la importancia que se merece las organizaciones por su desconocimiento, pudiendo contribuir además, que existe en muchos casos una mala cultura organizacional, y en donde la disponibilidad que de buena fé ofrecen algunos intervinientes siempre dispuestos a colaborar ante “necesidades del servicio” o “como favor” para salvar una mala planificación ajena a ellos, se les acaba solicitando cubrir los servicios a las mismas personas; esto se observa muy frecuentemente tanto en aquellas organizaciones que tienen una gran rotación o inestabilidad laboral (públicas y privadas) como en muchos tipos de voluntariados. Así **improvisando los servicios, algunas empresas y organizaciones ven resueltas sus necesidades, sin tener en cuenta las de los intervinientes, ni tampoco la calidad del servicio que se presta en esas condiciones (sin descansar, sin ocio...).** De esta situación se tienen que responsabilizar y dar solución.

### Tipos de familia

Actualmente se encuentran: casados (57,03%), solteros (32,81%), divorciados (7,81%), separados (0,78%) y viudos (1,56%); siendo el tipo de familia que tienen: nuclear (45,31%), unipersonal (19,53%), familia de hecho (19,53%), extensa (7,81%), monoparental (6,25%) y reconstituida (1,56%); hay que tener en cuenta el contexto socioeconómico en el que se preguntó, pudiendo ser significativamente modificada en otro más favorable. Manifiestan que su familia es una fuente importante de apoyo cuando tienen la necesidad de hablar sobre trabajo o voluntariado y que les permite conciliar su vida personal y familiar. El 55% tiene hijos.

### Parejas

Tiene pareja el 80,47% permitiendo su actividad conciliar vida personal y de pareja, esta pertenece en un 40,62% de los casos a su mismo ámbito, pudiendo existir grandes diferencias entre colectivos (más frecuente en unos que en otros); siendo más probable que perteneciendo al mismo ámbito se puedan comprender situaciones o estados de ánimo. Cuando tienen la necesidad de hablar sobre sus actividades extrahospitalarias, siente el 45,31% “siempre” el apoyo de su pareja. **Un porcentaje importante (19,53%) considera que su actividad en la emergencia afecta a su relación de pareja de forma negativa.**

### Sexualidad



También considera **el 17,97% que su actividad afecta de forma negativa su vida sexual**, manifestando que sólo se sienten satisfechos con su vida sexual “siempre” el 26,56% y reconociendo que **un 42,97% presenta disfunciones sexuales (ej. deseo sexual hipoactivo) con distinta frecuencia.**

Un 23,44% de los encuestados desde que comenzó a tener relación con la urgencia ha tenido más parejas sexuales; lo cual es lógico por la edad en la que se empieza a tener ese contacto y el momento vital en que se encuentran. Sería muy importante analizar si paradójicamente siendo personal sanitario muchos de ellos, no incurren frecuentemente en conductas de riesgo y también si en general, muchas de estas conductas sexuales son una forma inadecuada de afrontamiento (ej. soledad, estrés, etc.).

### Amistades y Hobbies

Los amigos son otro de los apoyos importantes cuando se tiene la necesidad de hablar sobre su trabajo (o voluntariado), aun perteneciendo a su mismo ámbito de forma minoritaria (38,28%). El 67,19% tiene principalmente hobbies de tipo individual y grupal (ej. lectura y baloncesto), el 20,31% hobbies individual, y el 8,59% hobbies grupal. Sólo una minoría no tiene hobbies (3,91%).

### Ejercicio físico e IMC

Finalizadas sus actividades laborales o de voluntariado, en su vida diaria, consideran que su actividad física es de tipo sedentaria (19,53%), **no realizando ejercicio físico el 46,09% de los encuestados.** Se calculó su Índice de Masa Corporal (I.M.C.= kg/m<sup>2</sup>) obteniendo que:

- **El 59,35% presenta preobesidad u obesidad:**
  - 42,96% preobesidad.
  - 11,71% obesidad tipo I (leve).
  - 2,34% obesidad tipo II (moderada).
  - 2,34% obesidad tipo III (mórbida).
- El 39,84% presenta normopeso.
- El 0,78% presenta insuficiencia ponderal.

## **4. Relación individuo - guardia**

### Necesidades Básicas

El 32,20% de la muestra refiere que se respeta su tiempo para comer y/o cenar en las guardias, existiendo grandes diferencias entre las distintas organizaciones (policías, sanitarios, etc.) y dentro de las mismas (zonas urbanas, periféricas, rurales, etc.). Hay que lograr por la importancia que tiene que se respete ese tiempo con una mejor coordinación de los dispositivos.

Ante un aviso impactante sólo el 14,41% tiene contemplada la necesidad de un tiempo de recuperación para descansar y/o asimilar el aviso al que han acudido; esto es muy importante en todas las edades pero especialmente significativo a medida que aumenta la edad, pues su privación repercute en la calidad asistencial, según evoluciona la jornada, el horario en el que se desarrolla, y el ritmo circadiano en el que se encuentran; lo que conlleva a una menor tolerancia a la frustración, falta de empatía, detrimento del clima laboral y/o resistencia entre otros (ej. de madrugada, la premura o no, en hacer y finalizar una RCP). Tampoco se comunica dicha necesidad al dispositivo (centro coordinador, jefe de guardia, locutor, etc.) haciéndolo

“siempre” únicamente el 8,47%, o “casi siempre” el 4,24%; al no explicitarlo surgen problemas de comunicación, suposiciones y conjeturas que generan un gran malestar, creyendo: los intervinientes, que por el tipo de aviso al que han acudido deberían dejarlos inoperativos, sin darse cuenta que el impacto es una valoración subjetiva y que no están presentes en la intervención aquellos que podrían otorgarlo, y el centro coordinador, responsables, etc., quienes consideran que si necesitan ese tiempo, será solicitado por ellos voluntariamente y en donde una demora en la finalización de las intervenciones se puede considerar una forma de escabullirse de la tarea; agravándolo el hecho de que el 65,26% reconoce no tener durante la jornada laboral una visión global del servicio, desconociendo si existen dificultades reales para poder conceder ese tiempo de descanso que necesitan y en caso de que así fuera concederlo posteriormente. Favoreciendo todo ello que **NO exista una ventilación emocional en muchos equipos tras algunas intervenciones. El riesgo está en que se instaure una cultura sanitaria en la emergencia donde primen roles en los cuales el interviniente *aparente* ser indemne al dolor y al sufrimiento, NO mostrando, NO sintiendo y NO pensando cómo se encuentran tras un aviso impactante, favoreciendo con ello actitudes de superhéroes, sirviendo éstas muchas veces de modelo de conducta para otros, al reforzarlas el propio grupo cuando se jalean.**

### Sustancias

El 41,53% de los profesionales y/o voluntarios reconoce que ha existido un inicio o incremento de una o más de las siguientes sustancias desde que comenzaron a intervenir en las emergencias extrahospitalarias, de ellos:

- 1º) Café, té, bebidas excitantes [refrescos de cola...] (35,59%).
- 2º) Fármacos (14,40%), de los cuales:
  - Benzodiacepinas (5,93%).
  - Hipnóticos (2,54%).
  - Sedantes (1,69%).
  - y “otros fármacos” P. ej. Melatonina, Propanolol. (4,24%).
- 3º) Tabaco (10,17%).
- 4º) Alcohol (3,39%).
- 5º) Cannabis (1,69%).
- 6º) Cocaína (1,69%).
- 7º) Opiáceos (0%).
- 8º) Otras drogas ilegales no mencionadas anteriormente (ej. Anfetaminas...) (1,69%);

Responder a esta pregunta puede llegar a ser difícil al implicar reconocer la existencia de un problema, siendo humano negarlo o minimizarlo, **no se debe adoptar posturas dicotómicas sino dinámicas y valorar el tipo de consumo que se realiza y el objetivo que se persigue con ello.**

Mención aparte merecen algunas consideraciones relacionadas con los fármacos, donde existe sobre todo en contextos sanitarios, facilidad para disponer de algunos de ellos (Hipnóticos, Sedantes, Opiáceos...) no habiendo control en muchas ocasiones especialmente de los administrados por vía oral. Teniendo en cuenta que un porcentaje muy elevado contestó que **NO** están prescritos dichos fármacos, habrá que determinar por qué y para qué se automedican (insomnio, estrés, etc.).

### Detección de sustancias

Por su trascendencia, desde factores de seguridad para la persona que lo utiliza, el equipo, los socorridos, su repercusión en la convivencia, etc. se deberían realizar test de detección de sustancias durante la guardia, apoyado por el 72,88% que querría que se hicieran de forma aleatoria. Es importante destacar que **un 22,03% NO querría que se hicieran, y otro 5,08% sí, pero de forma programada.** Siendo más explícitos, **se les preguntó directamente si se apoyan en sustancias para sobrellevar la guardia y un 6% respondieron de forma afirmativa.**

El problema surge cuando un componente actúa bajo los efectos de sustancias, pudiendo observarse dos situaciones:

- a) La de los miembros habituales del equipo normalmente de más edad, que no definen bien los límites del problema, el cual es profesional, terminando por mezclarlo con aspectos personales, relacionales, vivencias pasadas, de equipo, etc. siendo una situación delicada y de difícil manejo para poder llevarla a cabo por los propios compañeros, por las implicaciones que puede tener hacerlo.
- b) La de los miembros ocasionales en el equipo normalmente más jóvenes, que viven con temor exponer el problema a los responsables, considerarse personas de reciente incorporación y pensar que aquellos que tienen más antigüedad o sus compañeros habituales deberían comunicarlo a los responsables y por tanto, si no se ha buscado una solución, piensan que no se puede hacer nada, pues ya se habría hecho (además del miedo existente a que afecte sus contrataciones, etc.).

Surgen así **“pactos de silencios”**, en donde TODOS piensan que alguien debe hacer algo, pero ser uno el que lo haga se convierte finalmente en un dilema moral: hacer lo que se debe (comunicarlo) o no hacerlo (callarse “para no ser un mal compañero” ...) y actuando todos como que no existe el problema (NO se sabe, NO puede, o NO se quiere hacer nada) cuando paradójicamente suele ser un secreto a voces, incluidos los responsables, minimizando los riesgos existentes en las intervenciones que se realizan en estas circunstancias, **siendo cómplices y víctimas de esa situación sin ofrecer nadie soluciones ni apoyos profesionales reales a la persona afectada, más allá de respuestas cortoplacistas** las cuales NO solucionan el problema; por ejemplo: sugerir “tomarse unos días”, permutar el destino, o realizar cambios con una persona que desconozca la situación en la cual se va a intervenir, produciéndose posteriormente mala relación con la persona que pidió el cambio, afectando negativamente al clima laboral, etc., favoreciendo de esta manera y sin querer, una cultura sanitaria de tolerancia o resignación ante este grave problema. Para evitarlo deberíamos concienciarnos de que cuando una persona tiene problemas con sustancias, es una persona que necesita ayuda profesional. En servicios tan singulares como son los que intervienen en las emergencias extrahospitalarias, sería muy importante la existencia de gabinetes psicológicos en las organizaciones. Sin embargo **más de la mitad de los encuestados (56,78%) refieren que han trabajado con algún compañero que se encontraba bajo los efectos de sustancias**, manifestando el 52,38% que no sabe a dónde acudir en caso de que hubiera un problema mental serio por parte de un compañero.

## **5. Relación individuo - organización**

### Trato recibido

El 64,66 % no se considera bien tratado por parte de la empresa u organización. Hay dos preguntas cuyas respuestas están íntimamente relacionadas: 1º Respecto a si se han sentido presionados para realizar guardias, han contestado “nunca” el 27,59% y “a veces” el 36,21%;

y 2º si han aceptado guardias a pesar de no estar en condiciones, respondieron: “nunca” el 35,34% y “a veces” el 39,66%. Muy probablemente estas dos respuestas estén relacionadas con las situaciones de contratación (estabilidad laboral o no) y/o antigüedad en la organización; aquellos que tengan más estabilidad se sentirán menos presionados y también se les presionará menos, podrán decidir con más libertad si están en condiciones de aceptar o no una guardia, un servicio, etc. que aquellos que estén en situación más precaria o tengan menos antigüedad, donde existe el temor a no ser renovados, perpetuarse a trabajar con peores contratos o actuar con equipos conflictivos, etc. **Estas presiones son realizadas en muchas ocasiones por personas que desconocen las implicaciones de actuar así (personal de recursos humanos, aseguradoras, administrativos, telefonistas...), y cuanto mayor sea la precariedad laboral o la rotación del voluntariado y mayor sea la facilidad para incorporar a otra persona para un mismo cometido, menor será la información y formación que se le dé, entendiéndose el profesional o voluntario, simplemente como un medio para cubrir una necesidad.** Sólo el 53,45% recibió alguna formación o información al incorporarse al servicio.

### Clima laboral

En caso de necesidad consideran posible reunirse en un corto espacio de tiempo principalmente con su responsable inmediato (73,91%), mucho más que con el máximo responsable del servicio; siendo los estilos de comunicación que a su juicio prevalecen: a) en sus organizaciones: autocrático (43,10%), b) con el máximo responsable de la guardia: autocrático (46,55%), c) con el responsable inmediato: no existe una tendencia clara y d) con sus compañeros de guardia: democrático (36,21%) y participativo (54,31%). Un 12,93% manifiesta que existe un trato igualitario hacia todos los profesionales y **un 46,55% que nunca o casi nunca se tiene en cuenta su opinión por parte de la organización, no sintiéndose respaldados ante una denuncia que pudiera surgir en el ejercicio de su profesión o voluntariado;** sólo se sienten respaldados el 28,45%.

El 55,17% estima que existe un “**techo de cristal**” atribuyéndolo principalmente a la empresa y en menor medida por razones profesionales o del voluntariado; nadie lo atribuyó a cuestión de género.

### Mobbing, Acoso Sexual y Discriminación

Considera haber **sufrido Mobbing un 19,83% y acoso sexual un 8,62%**; de estos últimos, fueron de tipo: a) insinuaciones, gestos (5,17%), b) conductas físicas, roces (1,72%), c) trato ofensivo u hostil (0,86%), d) amenazas (0,86%) y e) promesas/recompensas (0%). Se observa que cuanto más explícito es el acoso menos frecuente es al no dejar lugar a dudas en caso de denunciar. Se debe tomar conciencia de que esto ocurre también en los servicios de emergencias, no tolerar muchos comentarios, ni olvidar que no ha sido infrecuente que la víctima haya sufrido además, un proceso de revictimización optando finalmente por callar; lo cual lleva nuevamente a la existencia de la cultura de silencio.

Reconocen haber **sufrido discriminación en su trabajo o voluntariado por cuestión de sexo un 9,48%**. Aunque la mayoría no cree que haya discriminación a las personas LGTBI, sin embargo es muy importante destacar tres respuestas dadas: 1º Que un **5.17% cree que sí lo hay** en el trato con los compañeros de este colectivo. 2º Que nadie cree que haya discriminación en la atención a los pacientes LGTBI. 3º Que el 17,24% haya optado por la respuesta NS/NC.

### Ciclo vital y Jubilación

Con respecto a las necesidades que se van presentando en el ciclo vital de las personas, consideran que la organización sí las tiene en cuenta en el embarazo (62,93%) y sólo un tercio en la crianza de los hijos (33,04%) sin embargo, no lo creen en relación con la conciliación familiar (por ejemplo, el cuidado de los padres o de los hijos), ni con las necesidades propias de la edad (54,31%), ni ante la jubilación. **Apoyando claramente los encuestados (80,17%) que se prepare al personal para la jubilación. Es necesario saber en qué condiciones físicas y psicológicas se jubilan las personas que lo hacen, y antes de llegar ese momento capacitarlas y acompañarlas en este cambio vital por el riesgo que existe convertirse en algo negativo y triste,** y más tras haber realizado una actividad en la emergencia, emocionalmente intensa, mentalmente activa y expuesta a gran cantidad de estímulos.

### Formación, Comités de bioética y TIC

Consideran que la formación que le ofrece su organización es claramente deficiente, realizando ellos mismos formación, en carencias que han detectado (80,17%).

**El 97,41% apoya la realización de simulacros, así como la existencia de un Comité de Bioética en su organización (74,14%)** en el cual apoyarse; considerando que la preparación del personal o voluntario respecto al conocimiento y uso de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) es también deficiente.

Pudiendo resumir muchas de las conversaciones que existe entre los profesionales, a dos opciones: económicas y tiempo libre, manifiestan que prefieren cobrar más (63,79%) frente al librar más (36,21%); hay que tener en cuenta que se realizó la encuesta en una situación económica desfavorable.

### **6. Reconocimiento psicológico**

Partiendo del supuesto de que se realiza a los intervinientes los reconocimientos médicos según establece la ley, contestaron que NO le han valorado su estado de salud mental 75,89%, piensan que se hizo de forma inadecuada el 3,57%, no lo saben el 12,50% y únicamente el 8,04% consideran que si se le realizó y de forma adecuada. **El 99,1% apoya la realización de evaluaciones del estado psicológico del personal de urgencias, cree que debería hacerse de forma obligatoria y periódica el 75,89%, y consideran que la persona que evalúe su estado de salud mental debe estar relacionada con la urgencia extrahospitalaria.**

### **7. Psicología - en las intervenciones**

**El 85,45% manifiesta de forma positiva y contundente que deben existir psicólogos en el escenario mismo de las emergencias extrahospitalarias** (ej. RCP, donación de órganos, violación, comunicación de malas noticias, entre otros), reconocen que sus capacidades y/o conocimientos para afrontar situaciones de urgencias psicológicas / psiquiátricas no son buenas y que **les gustaría poder delegar o trabajar en equipo con psicólogos de emergencias (82,73%).**

Históricamente distintos profesionales y voluntarios (ej. ERIE) han tenido que afrontar aspectos de la salud mental en la emergencia extrahospitalaria; reconocen sus límites y una parte importante de la muestra manifiesta que por ejemplo, no conoce los primeros auxilios psicológicos (31,82%), ni la técnica del Briefing y del Debriefing (23,64%).

### Escenas temidas

Tras mostrarles a los participantes casi 40 escenarios distintos donde intervienen los diferentes dispositivos de emergencias extrahospitalarias, las principales escenas temidas son:

- Atentados, muertes súbitas de lactantes y atención a familiares y/o a amigos.
- Seguidos por los escenarios en los que hubiera que atender a compañeros y a víctimas sexuales (ej. violación, personas prostituidas).
- Los accidentes con múltiples víctimas, violencia, maltrato, muertes traumáticas, suicidio, pacientes en fase agónica y oncológicos.

Se preguntó por muchas otras escenas no mencionadas más arriba (desde reconocimiento de cuerpos u objetos, atender en lugares multitudinarios, presencia de medios de comunicación, sangre, agujas, dolor, actuar en presencia de otros dispositivos, miedo a bloquearse y no saber responder, etc.); **la importancia radica en que estas escenas temidas pueden provocar desde un ligero malestar hasta llegar incluso a paralizar a un interviniente en una actuación con los riesgos que conlleva para todos:** persona, equipo, usuario...; por ello habría que ayudarles a superarlas y a mayor probabilidad de verse implicado en dicho escenario mayor celeridad en tratarlas; siendo **necesario profundizar a qué escenarios se enfrenta cada dispositivo**, algunos de ellos comunes y otros más específicos (ej: los servicios de emergencias sociales como el SAMUR-SOCIAL acudirá a una retirada de custodia o a un desahucio más frecuentemente que otros dispositivos).

## 8. Gabinete psicológico para los profesionales y/o voluntarios

**El 95,24% considera útil la existencia de un gabinete psicológico** para las personas que trabajan o realizan voluntariado en la urgencia. Además **el 98,10% orientaría a otra persona a acudir a dicho gabinete en caso de considerar que le pudiera ser útil; y el 93,34% afirma que acudiría a dicho gabinete en caso de tener alguna duda, precisar orientación, etc.** Siendo las opciones elegidas: acudir a consulta individual y grupal (70,48%), y sólo a consulta individual (22,86%); nadie afirmó que quisiera acudir sólo a grupos. Debiendo recordar como se dijo anteriormente, que más de la mitad de los encuestados (52,38%) no sabría a dónde acudir en caso de que hubiera un problema mental serio por parte de un compañero, **considerando además el 97,14% que hay compañeros que necesitan ayuda profesional.**

## 9. Autovaloración psicológica

Se preguntó sobre la autopercepción de la salud, obteniendo los siguientes resultados:

### a) Trastornos

**El 60,58% considera que padece uno o varios de los siguientes trastornos:** del sueño 46,15%, **alimentación/digestión** 25,96%, **ritmos circadianos** 16,35%, **Sexualidad** 9,62% y **menstruación** 4,81%.

### b) Sintomatología Psicológica

De una lista de 23 síntomas psicológicos el **70,19%** refiere que desde que comenzó su actividad están presentes o ha habido un incremento importante de los mismos. Los principales fueron: alteraciones del humor, fatiga, ansiedad/angustia, tensión, enfado, ira, irritabilidad; seguido de dificultad para concentrarse, inseguridad, pensamientos negativos hacia sí mismo, pensamientos negativos hacia el futuro, pena y preocupación inespecífica.

### c) Sintomatología Física

Se presentó otra lista con 17 síntomas físicos, refiriendo igualmente el **56,73%**, que dichos síntomas están presentes o ha habido un incremento importante desde que comenzaron su actividad. Los principales fueron: agotamiento, tensión muscular, cefaleas, dolores de cabeza, síntomas gastrointestinales y palpitaciones.

**El 100% de los síntomas presentados tanto físicos como psicológicos fueron manifestados por alguno de los encuestados.** Es importante valorar lo que nos están queriendo decir, determinar su importancia, y brindar la ayuda que necesiten profesionales y voluntarios con el objetivo de que tengan una buena salud mental. **Ofrecer esta ayuda es de justicia para aquellos que acuden cuando más se les necesita y que ven cuando el resto no quieren ver.**

### Conclusiones

1.- Existe en la emergencia extrahospitalaria una **gran diversidad de personas**, edades, profesionales, tipos de contrato, actividades, experiencias, formaciones, horarios, apoyos, cargas de trabajo, estados civiles, tipos de familia, estilos de vida, climas laborales, tipos de comunicación en sus organizaciones, riesgo de acoso, discriminaciones... que hace imprescindible estudiar, por cómo repercuten en la actividad que desarrollan.

2.- Existe un **amplísimo respaldo a la creación de gabinetes psicológicos para los profesionales y voluntarios** que intervienen en la emergencia extrahospitalaria, los cuales utilizarían y recomendarían; unido a la existencia de una gran cantidad y variedad de síntomas psicológicos, físicos y sociales, y que se desconoce el estado en que se encuentran actualmente, hace ineludible la implementación de dichos gabinetes.

3.- Existe una **demanda por parte de los mismos intervinientes de poder trabajar con psicólogos de emergencias en el mismo escenario**, actuando conjuntamente en aquellas situaciones que así lo requieran, y agradecerían poder delegar en ellos.

### Why should Psychology be included in Out of Hospital Emergencies?

#### Abstract

In Spain, mental health is not given the importance it is due, neither by the emergency services nor by the participants who are involved in it, there being little awareness of it. There are few psychologists working at the scene of out-of-hospital emergencies where it may be required; there is also no psychological consultation for professionals or volunteers who help out in said emergencies, their mental health, profile, characteristics, needs and even their capability to help being therefore unknown. This study aims to fill this void.

#### Key words

Psychology in Out-of-hospital Emergency; Psychological Consultation; Professionals; Volunteers; Participants; Intervenors.

#### Extended Abstract

**In Spain, mental health is not given the importance it is due, neither by the emergency services nor by the participants who are involved in them, there being little awareness of it.** There are few psychologists working at the scene of out-of-hospital emergencies where it may be required;

It is not known in what mental condition professionals and volunteers are employed, what their progress is and how their activities affect the different spheres of their life (personal, family, professional, etc.); if for example, they are in optimal conditions to intervene, to make decisions or to recognize their limits **as a consequence of intervening in the usual, daily, prolonged emergencies over time.**

These factors have ended up creating a healthcare culture in the field of emergencies with respect to psychology, which can be very dangerous due to the implications and risks involved and have led to a subtle transmission of various messages that suggest:

- 1) **That mental health is NOT important in out-of-hospital emergencies.**
- 2) **That the absence of Psychology in emergencies is normal, and this situation is structural and immutable, with both professionals and volunteers having internalized it.**
- 3) **That the interventions do NOT affect those who act in emergencies.**
- 4) **That the intervenors must find their own coping strategies to face the activities being carried out,** with the risks that this entails in the case that they be inadequate.

Furthermore, **there is no agreed concept of emergency,** as only in certain professions is it usual to associate the emergency with its emotional impact.

For all the above mentioned, **aid should be provided** by:

1. **Establishing the profile of the intervenors**

Understanding who they are and what their needs are.

2. **Creating a psychological consultation process**

Evaluating what the repercussions of their activities are on the different aspects of their lives, be these:

Significant other, family, leisure, work, etc., to then be followed up.

3. **Integrating Psychology in out-of-hospital emergencies**

Intervening in those situations in which it may be necessary at the very scene of the emergency, even to the point of providing support to professionals or volunteers that might need it by means of a first intervention, to then be followed up by psychological consultations should it be deemed necessary.

## **Results and discussion**

### **1. General classification questions**



The sample is made up of men (60.62%) and women (39.38%), of an average age of 40; most were born in Spain (96.88%), Madrid being the main autonomous community where they carry out their professional activity and / or volunteer (77.99%). Their activity in out-of-hospital emergencies is mainly as professionals (83.12%), with 16.88% of respondents volunteering. These professionals work in both the public sector (85.51%) and the private sector (14.49%); there are different types of contracts, with officials predominating (60.87%).

There are two large professional groups:

**Healthcare** (80.43%). This group consists of health emergency technicians and caretakers (44.34%), nurses (27.36%), doctors (21.70%); helpline advisers and telephone operators (6.60%), who work mainly in mobile intensive care units (*UVI*), helicopter and rapid response vehicles (*VIR*) (47.32%), Basic / advanced life support units (*USVB / USVA*) (21.43%), and emergency coordination centre staff (*CCU*) and emergency line services (*112*) (8.04%).

**Non healthcare.** (19.57%). This group is made up of firefighters (21.95%), emergencies organisation SAMUR-SOCIAL (17.07%), members of different police forces, that are *policía municipal* (9.76%), *guardia civil* (2.44%), *policía nacional* (2.44%). Samples were not obtained for other entities that are also involved, such as *policía autonómica* (autonomous Valencian police), SELUR (Madrid trauma clean up service), UME (Military Emergency Unit), and other biohazard remediation companies or funeral homes.

Of the total sample, 63.75% do not volunteer; of those who do, 36.25% do so mainly in the Civil Defence 21.25% and the Red Cross 10.62%.

## 2. Individual – Profession and / or Volunteering Relationship

They chose their profession and / or volunteering in a vocational way (88.77%), they like it (92.81%), and they like the activity they perform in it (85.61%). They consider that their work and / or volunteering is "always" important (63.28%), they feel social recognition for the activity performed (56.25%) and also that they work as a team (54.68%), the majority considering (66,91%) to have achieved a satisfactory situation in their profession or volunteering.

The solidity of good relationships is reflected throughout the study; However, it is important to emphasize that **when there is a bad relationship between colleagues, it becomes a primary issue for them, as it should be for the organizations, since said malaise invades all spheres: both the work sphere (intervention and coexistence), as well as the personal (state of mind, significant other, family ...), which then enter into a feedback loop.**

A minority consider that their functions are well defined (22.30%). Those who estimate that there is not an adequate assessment of the existing risks in the performance of their activities, believing furthermore that they suffer from BURN-OUT, are of a very high percentage (17.27%).

Half do not make changes, and when they do it is due to personal situations; However, 7.91% do so because of professional or volunteer issues with the implications that this entails (sexual or work harassment, substance abuse...).

### 3. Individual - Self Relationship

The most frequent emotion at the end of their working days was mainly joy (55.47%). Of guards, those who have had enough time to rest "always" were only 18.75%, bearing in mind that many (41.01%) have another job. Only 28.12% report not feeling lonely in their daily life. **Tackling loneliness is essential because of the risks it can present and the surreptitious way in which it takes hold.**

Currently married are (57.03%), single (32.81%), divorced (7.81%), separated (0.78%) and widowed (1.56%); The type of family they have being: nuclear (45.31%), unipersonal (19.53%), de facto family (19.53%), extended (7.81%), single-parent (6.25%) and reconstituted (1.56%); They state that their family is an important source of support when they need to talk about work or volunteering and that it allows them to reconcile their personal and family life. 55% have children.

80.47% have a partner, their activity allowing to reconcile personal and conjugal life; said partner belonging in 40.62% of the cases to the same field of work. **A significant percentage (19.53%) consider that their activity affects their relationship negatively.**

17.97% also consider that their activity negatively affects their sexual life, with only 26.56% stating feeling satisfied with their sexual life, and **42.97% admit sexual dysfunctions (ex. hypoactive sexual desire) with varying frequency.**

After finishing their work or volunteering activities, in their daily lives, 19.53%, consider that their physical activity is sedentary, **with 46.09% of the respondents not doing any physical exercise. 59.35% are overweight or obese.**

### 4. Individual – Shift Relationship

32.20% of the sample states that their time to eat and / or dine during their shift is respected; there are great differences between the different organizations (police, health, etc.) and within them (urban, peripheral, rural, etc.).

A severe cause for alarm is that only 14.41% have acknowledged the need to set aside a time for recovering, in order to rest and / or assimilate the emergency they have attended; nor is this need communicated to the main body (coordinating centre, shift supervisor, call centre operator, etc.) only 8.47% doing it "always", or 4.24% "almost always"; 65.26% admit not having a global vision of the service during the working day. All of which leads to there being **NO emotional outlet in many teams after some interventions. The risk lies in the establishment of an emergency service health culture which favours those who seem to be immune to pain and suffering.**

The idea that **substance detection tests should be performed during shifts** is supported by 72.88%. It is important to note that 22.03% would NOT want them to be carried out, and another 5.08% would, but on a scheduled basis. More than half of the respondents (56.78%) report that they have worked with a partner who was under the effects of substances.

### 5. Individual – Organization Relationship

64.66% do not consider themselves well treated by the company or organization and **46.55% never or almost never have their opinion taken into account, not feeling supported in the face of a possible complaint;** only 28.45% feel supported.

55.17% consider that there is a "**glass ceiling**" attributed mainly to the company and to a lesser extent to reasons related to the profession or volunteering; nobody attributed it to a gender issue.

19.83% consider to have **suffered Mobbing and 8.62% sexual harassment. 9.48% recognize having suffered discrimination in their work or volunteering for matters related to sex.** Most do not believe that there is discrimination against LGTBI people, although **5.17% believe that there is discrimination in the way this group are treated by their peers.**

With regard to the needs that are presented in people's life cycles, 62.93% believe that the organization considers their needs during pregnancy and only 33.04% say it does when it comes to raising children; However, most do not believe this to be the case for family conciliation (for example, caring for parents or children), neither with the needs of age (54.31%), nor before retirement. **Clearly supporting the respondents (80.17%) that the staff should be prepared for retirement, it is necessary to know in what physical and psychological conditions are those who retire.**

They consider that the training offered by their organization is clearly deficient, performing training themselves in gaps they have detected (80.17%).

**They support the performance of simulations (97.41%), as well as the existence of a Bioethics Committee in their organization (74.14%)** which would serve as a means of support for them.

## 6. Psychological recognition

75.89%, answered that they have NOT had their mental health status assessed. 3.57% said it was done inadequately, 12.50% do not know, with only 8.04% considering that it was indeed assessed, and in an adequate manner. **99.1% support the evaluation of the psychological state of emergency personnel, 75.89% believe that it should be carried out compulsorily and periodically, and consider that the person assessing their mental health status should be related to the out-of-hospital emergencies.**

## 7. Psychology in interventions

**85.45% state positively and conclusively that there must be psychologists at the scene of out-of-hospital emergencies.** They recognize that their abilities and / or knowledge to deal with situations of psychological / psychiatric emergencies are not good and 82.73% would like to be able to delegate or work as a team with emergency psychologists.

After showing the participants almost 40 different scenarios where the different out-of-hospital emergency devices intervene, the **most feared scenarios are:**

- Terrorist attacks, sudden infant death and care for relatives and / or friends.
- Followed by scenarios in which it would be necessary to attend to work colleagues and sexual victims (e.g. rape or prostituted persons).
- Accidents with multiple victims, violence, mistreatment, traumatic death, suicide, terminally ill patients and cancer sufferers.

**What is important is that these dreaded scenarios can cause anything from a slight discomfort, to paralysing the participant during an intervention with the risks that entails for everyone.**

## 8. Psychological consultations for professionals and/or volunteers

**95.24%** consider it useful to have psychological consultations for people who work or volunteer, and **98.10%** would recommend another person attend it if they considered it useful; moreover, **93, 34%** state that they would attend if they had any questions, needed guidance, etc.; also to be considered is that **97.14%** stated that they know of colleagues who need professional help.

## 9. Psychological self-assessment

**60.58%** consider that they suffer from one or more of the following disorders: sleep 46.15%, food / digestion 25.96%, circadian rhythms 16.35%, Sexuality 9.62% and menstruation 4.81%.

From a list of 23 psychological symptoms, **70.19%** say that they have been present since they began their activity or they have become significantly worse.

Another list with 17 physical symptoms was presented, with **56.73%** also referring that these symptoms are present or there has been a significant increase since they began their activity.

100% of the symptoms presented, both physical and psychological, were manifested by some of the respondents.

## Conclusions

1.- There is a **great diversity of factors**, including a **great diversity of people**, ages, professionals, types of contract, activities, experiences, training, schedules, civil statuses, types of family, risks of harassment, discrimination, etc., which makes it essential to study by how they affect the activity they develop.

2.- There is **very widespread support for the creation of psychological consultation schemes for professionals and volunteers** who intervene in out-of-hospital emergencies, which they would use and recommend; there is also the existence of a large number and variety of psychological, physical and social symptoms, and given that the status of the symptoms is currently unknown, the implementation of such schemes is inevitable.

3.- There is a **demand that the intervening parties be able to work with emergency psychologists at the very scene of the emergency**, acting jointly in those situations that require it, and they would appreciate being able to delegate to them.

## Bibliografía

American Psychiatric Association – APA (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, 5ª ed.). Madrid, España. Editorial Médica Panamericana (original publicado en 2013).

Chinchilla, A., Correas, J., Quintero, F.J., y Vega, M., (2004). Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona, España. Editorial MASSON, S.A.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1996). Manual de psiquiatría de urgencias. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana.

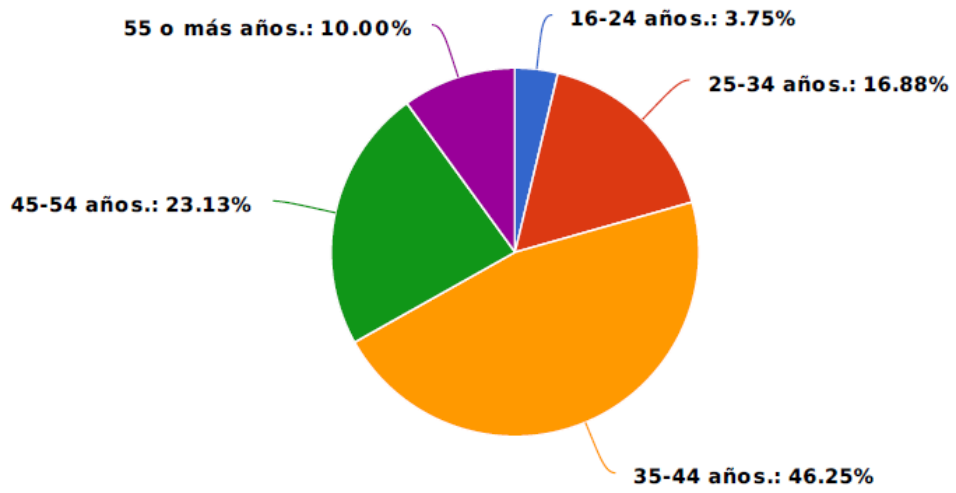
Pesqueira, E.E. (2001). Protocolo de campo para el coordinador sanitario de accidentes de múltiples víctimas. *Emergencias* (Sant Vicenç dels Horts). 13 (5), 310-318.

Lillo, A., Muñoz, F.A., Parada, E., Puerta, A., Ramos, M., Pereira, M. (2004). Intervención psicológica tras los atentados del 11 de Marzo en Madrid. *Clínica y salud*. 15, 7-88

**Agradecimientos** a: Bohdan Kysil, M<sup>a</sup> Carmen Fernández Gallego, Sergey Zlobin, Susana Pascual, Sarah Brik Spinelli y Luz Mary Ortiz Vera; sin su ayuda no hubiera sido posible éste artículo.

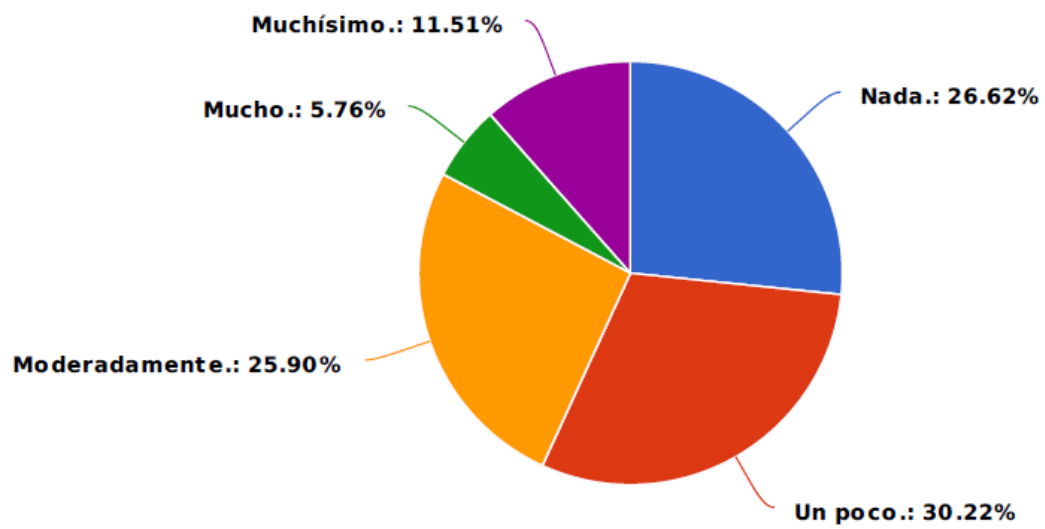
## **1. Preguntas generales de clasificación (Pág. 4)**

### **Edad**





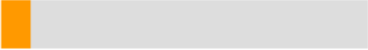
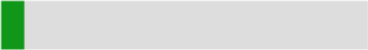

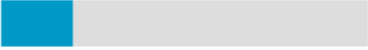
## 2. Relación Individuo – Profesión y/o Voluntariado (Pág. 6)

**Burn Out**



### 3. Relación Individuo – Consigo mismo (Pág. 8)

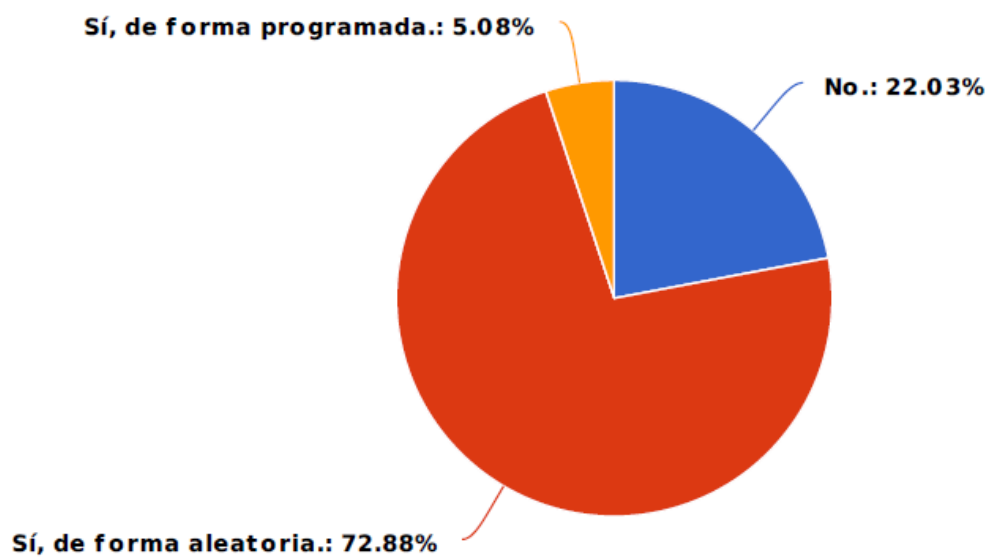
Tipo de familia

Unipersonal (una sola persona).	19.53%	
Nuclear (Padre + madre + hijos).	45.31%	
Extensa (donde convive varias generaciones y consanguíneos: abuelos, tíos...).	7.81%	
Monoparental (uno sólo de los padres y sus hijos).	6.25%	
Reconstituida (Agregados de dos o más familias, ...).	1.56%	
Familia de hecho (la pareja convive sin ningún enlace legal).	19.53%	

#### 4. Relación Individuo – Guardia (Pág. 10)

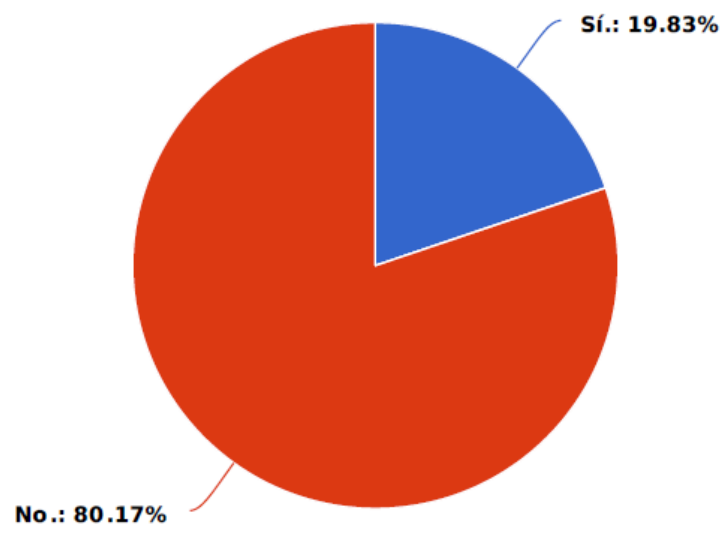
##### Test de detección de sustancias





## 5. Relación Individuo – Organización (Pág. 12)

### a) Mobbing

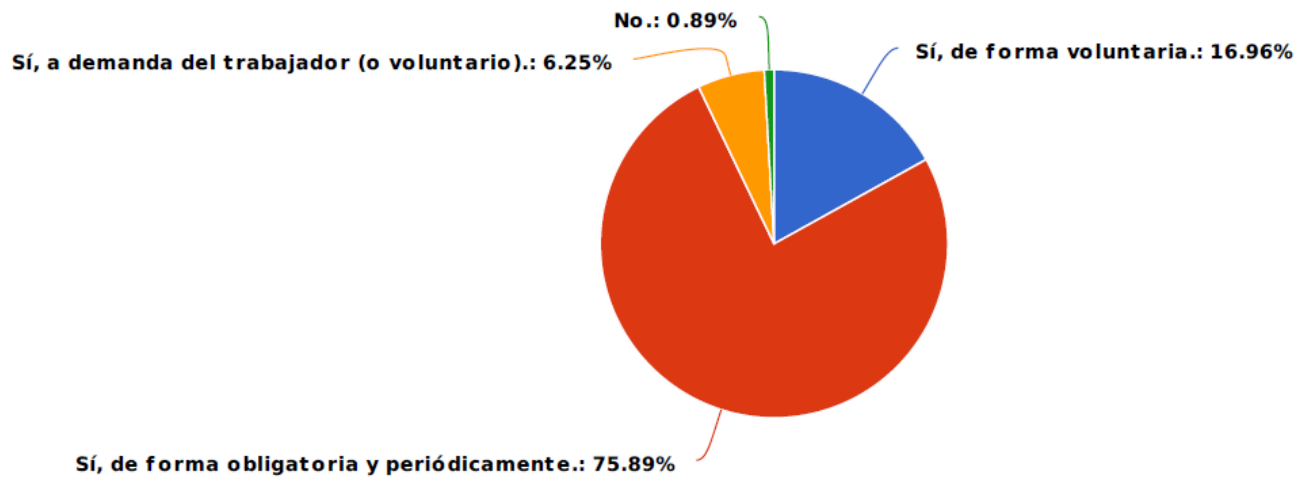


**b) Acoso sexual (Pág. 12)**



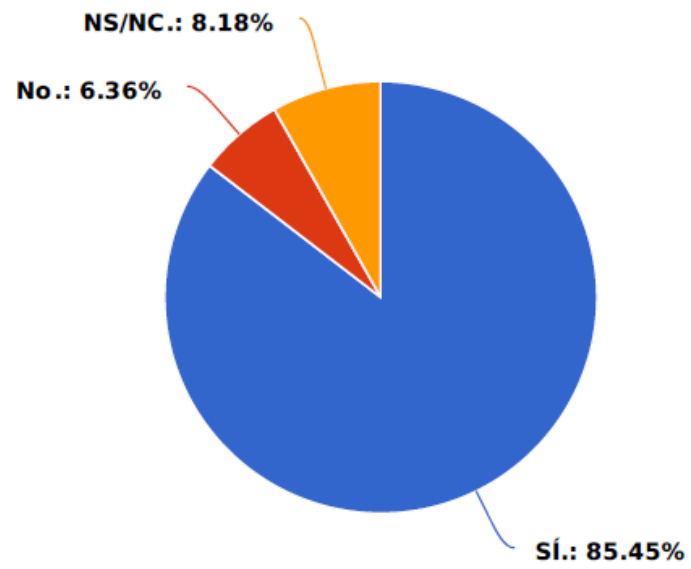
**6.- Reconocimiento psicológico (Pág. 13)**

## Evaluación del estado psicológico



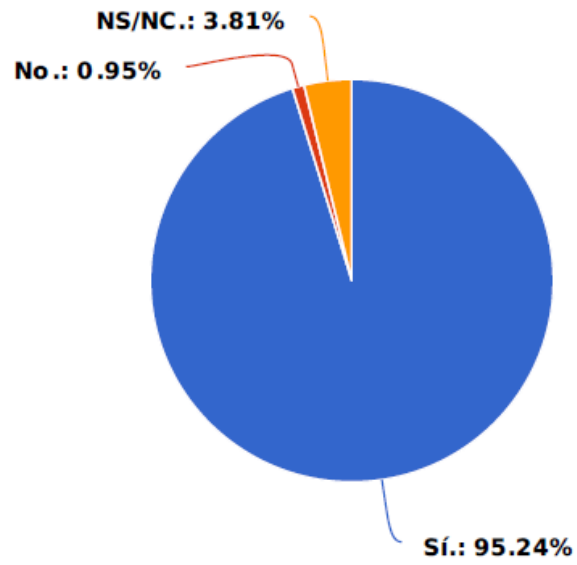
### 7. Psicología en las intervenciones (Pág. 13)

## Psicología en el escenario de intervención



### 8. Gabinete psicológico para profesionales y/o voluntarios (Pág. 14)

## Gabinete psicológico



### 9. Autovaloración psicológica (Pág. 14)

#### Trastornos

