

---

# SALUD, IRA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN AGENTES DE POLICÍA

# HEALTH, ANGER AND COPING STRATEGIES IN POLICE OFFICERS

M<sup>a</sup> ISABEL CASADO MORALES  
LIZZY FRANCO

*Dpto. Psicología Básica II  
(Procesos cognitivos)*

*Facultad de Psicología*

*Universidad Complutense de Madrid*

---

e-mail: micasado@psi.ucm.es

## RESUMEN

*En el presente estudio se analiza desde el marco del modelo transaccional de Lazarus y colaboradores (1986), la relación existente entre una emoción negativa –la ira–, las estrategias de afrontamiento al estrés y la frecuencia de aparición de sintomatología física en una muestra de policías mexicanos. Los resultados obtenidos indican que si bien las estrategias de afrontamiento utilizadas más frecuentemente no parecen estar directamente relacionadas con la frecuencia de aparición de síntomas físicos, si se encuentran relaciones importantes con respecto a la emoción de ira, especialmente con la frecuencia con que experimentan reacciones de ira y con la frecuencia en que dicha emoción es expresada internamente. Asimismo, los datos apuntan que los policías presentan un buen nivel de control interno de la ira, especialmente con el uso de estrate-*

## ABSTRACT

*This paper analyzes, in a sample of Mexican police officers, the relationship of negative emotions (anger), coping strategies in stress and the frequency of physical symptomatology (transactional mode, Lazarus et. al, 1986).*

*The results show that although the most commonly used coping strategies did not seem to be directly related to the appearance of physical symptoms, when anger was involved, the frequency of the presence of anger significantly related to the frequency of internal expressions.*

*Of note was the data found concerning the high level of internal control of anger found among the police officers of this sample when coping strategies such as positive interpretation, acceptance, search for instrumental support, planification and religious beliefs were applied.*

*gias de afrontamiento tales como: reinterpretación positiva, aceptación, búsqueda de apoyo instrumental, planificación y religión, mismas que pudieran cumplir una función mediadora.*

#### **PALABRAS CLAVE**

*Estrategias de afrontamiento, ira, salud, agentes de policía*

*These strategies seem to have a mediating effect on the effects of anger*

#### **KEY WORDS**

*Coping strategies, anger, police officers, health.*

## **INTRODUCCIÓN**

En la génesis de la enfermedad confluyen diversos factores, y el estrés así como las emociones negativas tales como la ira, constituyen algunos de los factores asociados tanto a su origen como a su desarrollo.

La ira es considerada una emoción normal y adaptativa en el ser humano que surge como respuesta a la violación de la autonomía y derechos individuales, o a la frustración de metas u objetivos (Lazarus, 1991; Rozin, Lowery, Imada y Haidt, 1997). Conlleva una experiencia subjetiva como pensamientos y creencias, una activación fisiológica y neuroquímica, así como una determinada forma de expresarla o afrontarla. En cuanto a la expresión fisiológica, la ira, al igual que la ansiedad, moviliza al organismo con el fin de huir o atacar, provocando cambios que se pueden registrar a nivel fisiológico como pueden ser: el incremento en la tasa cardiaca, el aumento de la presión sanguínea, el aumento de la tensión muscular, etc. (Beck, 2003)

La ira, así como la respuesta fisiológica que origina, puede tornarse disfuncional para la persona que la experimenta cuando se ve limitada o afectada su actividad cotidiana, sus relaciones interpersonales o su salud. Mientras persista aquello que ha desencadenado la ira (aunque sea sólo la imagen o el recuerdo), el sistema biológico de la persona permanecerá activado, lo que puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades como las cardiovasculares (Consedine y Tedlie, 2007; Diamond, 1982; Herrald y Tomaka, 2002; Ranchor, Sanderman, Bouma, Buunk y van den Heuvel, 1997; Suls y Bunde, 2003; Suls, Wan y Costa; 1995).

Se ha constatado en algunas investigaciones (Beck, 2003; Consedine, Magai, Khudadjie-Gyamfi, Longefellow, Ungar, King, 2006; Consedine y Tedlie,

2007; Greenglass, 2005; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Escalona, 1994; Suinn, 2001) que elevados niveles de ira, se encuentran relacionados con altos niveles de estrés, así como de forma directa e indirecta con la salud de la persona al influir no sólo en el funcionamiento fisiológico (incremento de la respuesta cardiovascular, efectos en los niveles de colesterol o incluso desajustes en el sistema inmune), sino que también se le asocia con procesos cognitivos y conductuales, por ejemplo con la percepción que la persona tiene del dolor. Así mismo, la ira se asocia con algunas de las estrategias de afrontamiento empleadas por la persona con el fin de disminuir el estrés causado por determinadas situaciones. Sin embargo, estas estrategias no siempre resultan ser las más efectivas, y en el caso de estrategias como las pasivas o de evitación, pueden afectar de forma directa o indirecta a la salud de la persona al aumentar, por ejemplo, el consumo de sustancias nocivas para la salud (como el alcohol), o pueden incluso prolongar la experiencia de la emoción (Dorr, Brosschot, Sollers III, y Thayer, 2007; Greenglass, 2005; Sapolsky, 1996). En el caso del personal de riesgo, como lo pueden ser los agentes de policía, bomberos, y en general, el personal de emergencias, se ha observado que suelen enfrentarse a situaciones estresantes que suscitan emociones negativas tales como la ira, hecho que pudiera guardar relación con su salud física y emocional (Anshel, 2000; Maan, Bishop, Chong, Tong, Peng, Ang y Khader, 2005; Violanti y Aron, 1995).

## ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SALUD

Lazarus y Folkman (1986), definen el afrontamiento como «aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo» (p. 164).

El modelo transaccional descrito por estos autores, explica al afrontamiento como una variable mediadora entre las situaciones estresantes y el estrés que se experimenta (Cooper, Dewe, y O'Driscoll, 2001).

Existen en general dos grandes categorías de estrategias de afrontamiento (Carver, Scheier, y Weintraub, 1989; Folkman y Lazarus, 1991; Folkman, Lazarus, Gruen, y DeLongis, 1986; Lazarus y Folkman, 1986): 1) Afrontamiento dirigido al problema, cuyas estrategias están dirigidas a la modificación del ambiente con el fin de reducir o eliminar aquello que está causando estrés; 2) Afrontamiento dirigido a la emoción, en donde las estrategias están encargadas de disminuir el grado de trastorno emocional.

Es importante mencionar que no se puede considerar una estrategia concreta de afrontamiento al estrés como más o menos adaptativa de forma general sino que es necesario tener en cuenta el contexto en el que ésta se está dando, tomando en cuenta el contexto en el que se encuentre la persona, así como sus propias características, es decir, sus recursos y preferencias o estilos personales (Cooper et al., 2001; Lazarus y Folkman, 1986).

En cuanto a la relación estrategias de afrontamiento-salud, Lazarus y Folkman (1986), proponen los siguientes puntos a tomar en cuenta: 1) El afrontamiento influye en la intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés; 2) El afrontamiento a través de sustancias nocivas (alcohol, drogas, etc.), incrementan el riesgo de padecer enfermedades o incluso la muerte; y 3) Las estrategias dirigidas a la emoción como lo son la negación o evitación, impiden que la persona emplee otras estrategias que sean más adaptativas y que ayuden a manejar el problema.

## IRA, AFRONTAMIENTO Y SALUD EN LOS AGENTES DE POLICÍA

A pesar de que son escasas las investigaciones cuyo objetivo se centra en el estudio de la relación existente entre las emociones negativas, las estrategias de afrontamiento al estrés y la salud en muestras de poblaciones de riesgo como los policías, encontramos datos interesantes como los obtenidos por Maan, Bishop, Chong, Tong, Peng, y Ang, (2005), que indican que los elevados niveles de ira de los agentes de policía se relacionan directamente con elevados niveles de estrés, así como con un incremento en el empleo de pobres estrategias de afrontamiento como lo serían las estrategias de evitación. Los elevados niveles de ira también parecen estar relacionados con una mayor percepción de distrés o malestar psicológico. En contraste, al parecer un incremento en el control de la ira se relaciona con un incremento en el empleo de estrategias más activas y de reinterpretación positiva, así como con un menor uso de estrategias de evitación.

Otras investigaciones (Anshel, 2000; Maan et al., 2005), señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento como las de evitación, puede tener efectos negativos en la salud tanto física como psicológica de los agentes de policía. En este sentido se especifica que las estrategias de afrontamiento no se relacionan significativamente con la salud del personal, pero en cambio si guardan relación con ciertos factores de la personalidad. De acuerdo con un estudio llevado a cabo por Ortega, Brenner y Leather (2007), los policías que se mostraban inseguros, tendían a emplear estrategias de afrontamiento de evitación o negación, y en contra, aquellos

que eran más organizados y responsables, preferían seguir pasos para resolver los problemas usando estrategias más activas.

Se considera que el papel que juegan las estrategias de afrontamiento en su relación con la salud de los agentes de policía, dependerá como mencionábamos anteriormente, de factores como la propia fuente y tipo de estrés, el momento en el que sea empleada, y otras características de la personalidad que sirven como moderadores en el proceso estrés-afrontamiento-salud, en donde al parecer el estrés psicológico sí está relacionado con una pobre salud física (Bishop, Tong, Maan, Chong, y Peng, 2001; Maan et al., 2005; Patterson, 2003).

En este sentido, Hurrell (1995) menciona que lo que importa realmente es la percepción de control que el sujeto tenga sobre el estresor, así que cualquier estrategia de afrontamiento para ser eficaz deberá propiciar que el sujeto tenga un mejor control de la situación, y esto reducirá el estrés y por consiguiente la posibilidad de enfermar.

De acuerdo a diferentes investigaciones (Bishop et al., 2001; Malach-Pines y Keinan, 2007), algunas de las estrategias de afrontamiento empleadas en mayor medida o más frecuentemente por los policías son positivas y efectivas para su trabajo, además de socialmente deseables y aceptables. Entre ellas se encuentran: reinterpretación positiva, planeación, aceptación, apoyo instrumental, afrontamiento activo, humor, y hablar con otros oficiales del problema. Por otro lado las que menos frecuentemente emplean son las de negación, la desvinculación conductual y emocional, focalizar la atención en el problema y desahogo (Bishop et al., 2001). Así, los policías emplean para hacer frente a las situaciones estresantes estrategias de afrontamiento tanto dirigidas al problema como a la emoción, siendo especialmente beneficiosas las estrategias dirigidas a la emoción cuando se trata de problemas que requieran una actividad más cognitiva, así como en aquellas situaciones que no se pueden solucionar o que no pueden controlar; y las estrategias de solución de problemas cuando se requiera realizar una acción.

En la línea de los datos actuales, la presente investigación se plantea un objetivo general: conocer la posible relación existente entre las estrategias de afrontamiento, la ira y la salud en una muestra de agentes de policía pertenecientes a un municipio de México.

Los objetivos específicos se centran en la búsqueda de la posible relación entre (1) las estrategias de afrontamiento que emplean los policías con la frecuencia de aparición de síntomas físicos que presentan los policías en el último año; (2) la frecuencia de experiencia y expresión de la ira y la frecuencia de aparición de síntomas; y (3) la relación entre las estrategias de afrontamiento que emplean los policías y su respuesta de ira.

## MÉTODO

### *Muestra*

En el estudio participan 111 policías pertenecientes a un municipio de México. Los policías presentan una edad media de 31 años, oscilando entre los 20 y 55 años. La media de los años de servicio es de 5 años, y atienden un horario laboral por turnos de 24 x 24 horas. En el estudio se incluyeron tanto hombres como mujeres, siendo el porcentaje de mujeres menor que la de hombres (8% de la muestra son mujeres). De los 111 policías que componen la muestra 72 son policías rasos, 17 son policías segundos, 20 son policías terceros y 2 son suboficiales. Es importante hacer notar que muchos de los policías que conforman esta muestra provienen de diferentes municipios o poblaciones, y algunos de ellos dentro del turno de descanso refieren realizar otros trabajos o actividades, con el fin de satisfacer sus necesidades económicas. Así mismo, de acuerdo a los datos proporcionados por los policías, un 72.1% duerme menos de 7 horas. De acuerdo a los policías, las situaciones de estrés laboral a las que se enfrentan regularmente son: amenazas de muerte, falta de equipo adecuado y necesario, falta de confianza en los mismos compañeros en cuanto a su adecuada respuesta en momentos de riesgo, sueldos bajos, y la desconfianza y agresión por parte de los ciudadanos.

### *Instrumentos*

La batería de pruebas está compuesta por tres instrumentos de evaluación

1. *Inventario COPE* en su versión abreviada, (Carver, 1997; Perczeck, Carver, y Price, 2000). Las escalas que valora esta prueba y que corresponden a las diferentes estrategias de afrontamiento al estrés son: Reinterpretación positiva, afrontamiento activo, aceptación, autocrítica, autodistracción, búsqueda de apoyo emocional, búsqueda de apoyo instrumental, consumo de sustancias, desahogo de emociones, abandono de la resolución o del afrontamiento, humor, negación, planificación, y religión.
2. *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (STAXI-2)*, versión española (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, y Spielberger, 2001; Pérez-Nieto, Cano-Vindel, Miguel-Tobal, Camuñas, Sayalero y Blanco, 2001). Las escalas que evalúa son: a) Estado de ira, que se refiere a la experiencia temporal de sentimientos de enfado, acompañada de una activación fisiológica. Posee tres subescalas, el sentimiento de ira, la expresión verbal de la ira y la expresión física de la ira; b) Rasgo de ira, se refiere a la

predisposición a experimentar episodios de ira. Posee dos subescalas que son el temperamento (mide la predisposición general a experimentar y expresar enojo sin una provocación específica), y la reacción (mide la predisposición a expresar enojo a partir de una provocación específica); c) Expresión externa de la ira, mide la frecuencia en la que se expresa la ira hacia otras personas u objetos; d) Expresión interna de la ira, mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados o suprimidos; e) Control de la ira externa, se refiere al grado en que las personas hacen un esfuerzo por controlar la expresión de ira dirigida hacia personas u objetos; f) Control de ira interna, mide la frecuencia con que un individuo intenta controlar la expresión de su ira interna; g) Índice de expresión de ira, proporciona un índice general de la frecuencia con la que es expresada la ira.

3. *Inventario de indicadores de malestar físico*: Instrumento creado ad hoc para evaluar la frecuencia de aparición de síntomas físicos. Se integraron en las siguientes categorías: a) molestias o problemas oculares (picor, lagrimeo, aumento del parpadeo, enrojecimiento, quemazón); b) problemas cutáneos (picor, hinchazón, erupciones, resequedad, sarpullido), c) molestias del aparato digestivo (indigestión, náuseas, llagas bucales, estreñimiento, diarrea, colitis, gastritis, úlcera, apendicitis); d) problemas respiratorios (sangrado, congestión nasal, picor); e) dolores musculares, de articulaciones y cabeza (dorsalgias, dolor en el pecho, lumbalgias, dolor en huesos y articulaciones, migraña, contracturas, cefalea); f) trastornos neurovegetativos (hipersudoración, temblores, taquicardia, cansancio, sensación de ahogo); g) trastornos del sueño (insomnio, pesadillas, sueño agitado, hipersomnia); y h) problemas psíquicos (ansiedad, irritabilidad, falta de atención, olvidos frecuentes, dificultad para concentrarse, tristeza). Se trata de un autoregistro con una escala tipo likert en la que los policías indicaban la frecuencia en la que a lo largo del último año padecieron los síntomas anteriormente mencionados.

## *Procedimiento*

Tras obtener el consentimiento del Presidente Municipal y del Director de la Policía, se aplica la batería de pruebas a todos los miembros de la policía del Municipio (124 policías). La batería de pruebas se aplicó a los policías tras su turno laboral, en el mismo destacamento donde se encuentran ubicados. La aplicación completa de la batería se realizó en dos días.

## Resultados

Para el análisis de datos se aplicó el paquete estadístico SPSS 15.

La tabla 1 muestra la frecuencia con que los policías refieren presentar las diferentes categorías de síntomas. Se puede observar que son los síntomas oculares (30.6% de los policías), digestivos (25.2%), los musculares y de articulaciones (21.6%), y los neurovegetativos (19.8%), los que padecen más frecuentemente. Se debe resaltar sin embargo que existe un mayor porcentaje de policías que refieren padecer con poca frecuencia todos los síntomas.

Tabla 1. *Porcentajes de categorías de síntomas que los policías han padecido en el último año.*

CATEGORÍAS DE SÍNTOMAS	POLICÍAS (N=111)	
	POCO FRECUENTE	MUY FRECUENTE
Síntomas oculares	69.4%	30.6%
Síntomas digestivos	74.8%	25.2%
Síntomas musculares y articulaciones	78.4%	21.6%
Síntomas neurovegetativos	80.2%	19.8%
Síntomas cutáneos	82%	18%
Síntomas psíquicos	82.9%	17.1%
Problemas de sueño	83.8%	16.2%
Síntomas respiratorios	90.1%	9.9%

Los resultados obtenidos del análisis de medias de todos los factores del STAXI-2 se pueden observar en las tablas 2 y 3. El análisis pretende comparar si aquellos policías que muestran mayores niveles en las distintas escalas de la ira (puntuaciones mayores o iguales al percentil 70), presentan una mayor manifestación de síntomas físicos en comparación con los policías que presentan menores niveles (puntuaciones inferiores o iguales al percentil 30). Las tablas muestran sólo los datos de los factores que han resultado estadísticamente significativos. En la tabla 2 se observa que las escalas de reacción y rasgo de ira, son las que muestran una diferencia significativa entre aquellos policías con altos niveles de ira y los que muestran menores niveles, para la mayoría de los síntomas físicos. Los resultados en la subescala de temperamento muestran que las personas con mayores



niveles presentan más frecuentemente síntomas psíquicos ( $p = .001$ ). En la tabla 3 se observa que el factor Expresión Externa muestra diferencias significativas para la mayoría de los síntomas físicos. Destaca la diferencia que existe entre los que puntúan más alto y más bajo en el total de los síntomas físicos ( $p = .009$ ). En el caso de la Expresión Interna se muestran diferencias significativas en los síntomas oculares ( $p = .017$ ), digestivos ( $p = .002$ ), musculares y de articulaciones ( $p = .004$ ), psíquicos ( $p = .009$ ), y en el total de síntomas ( $p = .002$ ). El control externo muestra diferencias significativas tan solo en los síntomas digestivos ( $p = .031$ ), neurovegetativos ( $p = .041$ ) y problemas de sueño ( $p = .032$ ).

Tabla 2. Comparación de medias de los síntomas físicos entre los policías con mayores y menores puntuaciones en los factores de temperamento, reacción y rasgo de ira.

CATEGORÍAS DE SÍNTOMAS	TEMPERAMENTO				REACCIÓN DE IRA				RASGO DE IRA			
	ALTO N= 36	BAJO N= 57			ALTO N= 54	BAJO N= 33			ALTO N= 34	BAJO N= 38		
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	T	P	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	T	P	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	T	P
S.O.					.98 (1.78)	.35 (.752)	-2.354	.021	1.35 (1.96)	.26 (.644)	-3.085	.004
S.C.					.63 (1.13)	.05 (.213)	-3.686	.001	.71 (1.31)	.03 (.162)	-2.993	.005
S.D.					.96 (1.78)	.23 (.571)	-2.838	.006	1.18 (1.94)	.13 (.343)	-3.089	.004
S.R.												
S.M.A.									.71 (1.14)	.13 (.414)	-2.773	.008
S.N.					.48 (1.02)	.07 (.258)	-2.846	.006	.65 (1.07)	.03 (.162)	-3.349	.002
PS.												
S.P.	.69 (.980)	.09 (.474)	3.467	.001	.46 (.884)	.07 (.258)	-3.107	.003	.65 (.917)	.03 (.162)	-3.892	.000
T.S.					4.63 (6.99)	1.23 (2.37)	-3.334	.001	5.76 (7.00)	.74 (1.30)	-4.120	.000

Nota: SO= síntomas oculares; SC= síntomas cutáneos; SD= síntomas digestivos; SR= síntomas respiratorios; SMA= síntomas musculares y de articulaciones; SN= síntomas neurovegetativos; PS= problemas de sueño; SP= síntomas psíquicos; TS= Total de síntomas. \*\*\* $p \leq .001$ , \*\* $p \leq .01$ , \* $p \leq .05$

Tabla 3. Comparación de medias entre los policías con mayores y menores puntuaciones en los factores de expresión interna y externa, y control externo, en relación con los síntomas físicos.

CATEGORÍAS DE SÍNTOMAS	EXPRESIÓN EXTERNA				EXPRESIÓN INTERNA				CONTROL EXTERNO			
	ALTO N= 41	BAJO N= 34			ALTO N= 46	BAJO N= 48			ALTO N= 34	BAJO N= 39		
	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	T	P	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	T	P	$\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{X}$ (S.D.)	T	P
J.O.	.98 (1.78)	.29 (.676)	-2.261	.028	1.09 (1.90)	.35 (.699)	-2.453	.017				
S.C.	.56 (1.18)	.09 (.379)	-2.412	.020								
S.D.	.83 (1.65)	.21 (.538)	-2.269	.028	1.17 (1.93)	.19 (.532)	-3.337	.002	.18 (.576)	.69 (1.32)	2.210	.031
S.R.	.22 (.571)	.03 (.171)	-2.026	.048								
S.M.A.	.63 (1.17)	.21 (.529)	-2.038	.046	.67 (1.11)	.15 (.461)	-2.974	.004				
S.N.	.49 (1.09)	.09 (.288)	-2.239	.030					.06 (.239)	.33 (.772)	2.107	.041
PS.									.06 (.239)	.31 (.655)	2.210	.032
S.P.	.46 (.977)	.12 (.409)	-2.058	.044	.54 (.982)	.13 (.393)	-2.691	.009				
T.S.	4.54 (7.33)	1.24 (2.34)	-2.719	.009	5.00 (7.37)	1.35 (2.03)	-3.235	.002				

Nota: SO= síntomas oculares; SC= síntomas cutáneos; SD= síntomas digestivos; SR= síntomas respiratorios; SMA= síntomas musculares y de articulaciones; SN= síntomas neurovegetativos; PS= problemas de sueño; SP= síntomas psíquicos; TS= Total de síntomas. \*\*\*p≤ .001, \*\*p≤.01, \*p≤ .05

Para analizar la relación entre ira, estrategias de afrontamiento y salud, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre las diferentes categorías de síntomas físicos, y los diferentes factores de las pruebas STAXI-2 y COPE. En la tabla 4 se observa que son las escalas de la ira las que correlacionan más con la frecuencia de aparición de síntomas físicos. Sólo una de las escalas del COPE, la autocrítica, correlaciona con los síntomas psíquicos evaluados ( $r = .249$ ). Se recordará que los síntomas que mide la categoría de síntomas psíquicos se relacionan con las emociones (ansiedad, ira y tristeza), más que con síntomas físicos. En el

caso del STAXI-2, la Reacción y Rasgo de Ira, son las escalas que correlacionan significativamente con casi todas las categorías de síntomas, con excepción de los respiratorios y problemas de sueño. El factor Temperamento correlaciona con los síntomas psíquicos ( $r = .404$ ), así como con los digestivos aunque en menor grado ( $r = .188$ ). La Expresión Interna por su parte también correlaciona con muchos de los síntomas, siendo las correlaciones más fuertes con los síntomas oculares ( $r = .307$ ), digestivos ( $r = .391$ ), musculares y de articulaciones ( $r = .271$ ), psíquicos ( $r = .277$ ), y en el total de los síntomas (.351). La Expresión Externa correlaciona en menor medida con los síntomas respiratorios de los policías ( $r = .228$ ). El Control Externo por otro lado correlaciona negativamente, aunque de forma débil, con los problemas de sueño ( $r = -.193$ ).

Tabla 4. *Correlaciones de Pearson entre las emociones negativas, las estrategias de afrontamiento y la presencia de síntomas físicos*

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS	STAXI-2								COPE
	TEMP.	REACC.	R.	E. EXT.	E. INT.	C. EXT.	C. INT.	IEI	A. CR.
S.O.		.407**	.370**		.307**				
S.C.		.345**	.321**		.216*				
S.D.	.188*	.406**	.373**		.391**				
S.R.				.228*	.189*				
S.M.A.		.288**	.273**		.271**			.209*	
S.N.		.296**	.261**						
PS.						-.193*			
S.P.	.404**	.325**	.423**		.277**			.201*	.249**
T.S.	.224*	.418**	.399**		.351**				

Nota: Temp.= Temperamento; Reacc.= Reacción; R= Rasgo de Ira; E.Ext.= Expresión externa de ira; E.Int.= Expresión interna de ira; C. Ext.= Control externo de ira; C. Int.= Control interno de ira; IEI= Índice de expresión de ira; A.Cr.= Autocrítica; SO= síntomas oculares; SC= síntomas cutáneos; SD= síntomas digestivos; SR= síntomas respiratorios; SMA= síntomas musculares y de articulaciones; SN= síntomas neurovegetativos; PS= problemas de sueño; SP= síntomas psíquicos; TS= Total de síntomas. \*\*\* $p \leq .001$ , \*\* $p \leq .01$ , \* $p \leq .05$

Para el análisis entre las estrategias de afrontamiento y la ira se empleó igualmente el coeficiente de correlación de Pearson. Éste último análisis se muestra en la tabla 5 donde se observa que existen correlaciones significativas entre las escalas del STAXI-2 y las estrategias de afrontamiento evaluadas, siendo el

Temperamento y el Control Interno las que muestran un mayor número de correlaciones. En el caso del Control Interno se puede observar que las estrategias con las que correlaciona son positivas, en el sentido de que al parecer son estrategias que posibilitan a la persona afrontar con eficacia la ira, así como las situaciones adversas. La Reacción por su parte correlaciona altamente con el Afrontamiento Activo ( $r=.249$ ), y con el Desahogo ( $r=.266$ ). El Rasgo de ira correlaciona altamente con el Afrontamiento Activo ( $r=.257$ ), la Autocrítica ( $r=.355$ ), y con el Desahogo ( $r=.302$ ). La Expresión Externa correlaciona altamente con el Desahogo ( $r=.384$ ), y por su parte la Expresión Interna correlaciona altamente con la Auto-crítica ( $r=.254$ ). En el caso del Control Externo éste correlaciona con la Reinterpretación Positiva ( $r=.349$ ), y con el Afrontamiento Activo ( $r=.289$ ). Finalmente el Índice de Expresión de Ira correlaciona negativamente con la Reinterpretación Positiva ( $r=-.266$ ), y con la Búsqueda de Apoyo Instrumental ( $r=-.258$ ).

Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre las estrategias de afrontamiento y la ira

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTOS	STAXI-2							
	TEMP.	REACC.	R.	E. EXT.	E. INT.	C. EXT.	C. INT.	IEI
R.Positiva		.196*	.219*	.287*	.240*	.349**	.413**	-.266**
Acep. .	258**		.218*			.221*	.259**	
Afr.Activo.		.249**	.257**		.222*	.289**	.276*	-.198*
A.Cr. .	392**	.235*	.355**	.238*	.254**			
A.Dis.						.242*		
B.A.E..	294**							
B.A.I .	264**					.198*	.326**	-.258**
C.S. .	225*							
Desahogo	.241*	.266**	.302**	.384**			.226*	
Ab.Resol.	.203*							
Humor	.197*							
Neg. .	264**							
Plan			.199*	.203*	.195*		.292**	
Religión	.247**					.215*	.298**	-.222*

Nota: Temp.= Temperamento; Reacc.= Reacción; R= Rasgo de Ira; E.Ext.= Expresión externa de ira; E.Int.= Expresión interna de ira; C. Ext.= Control externo de ira; C. Int.= Control interno de ira; IEI= Índice de expresión de ira. \*\*\* $p \leq .001$ , \*\* $p \leq .01$ , \* $p \leq .05$

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La investigación que se presenta pretende un acercamiento a la identificación de la relación existente entre las estrategias de afrontamiento, la ira y la frecuencia de aparición de síntomas físicos en una muestra de policías pertenecientes a un municipio de México.

Para entender los resultados que se obtienen es importante tomar en cuenta las características específicas de la muestra, es decir, son policías que además de enfrentarse a situaciones estresantes similares a las de otros policías (falta de recursos materiales, problemas con los compañeros de trabajo, etc.), presentan inadecuados hábitos de sueño y alimenticios que afectan su salud, así como una jornada laboral intensa que pudiera favorecer la aparición de síntomas físicos tales como problemas de sueño, molestias oculares, problemas digestivos, entre otros. La privación de horas de sueño puede movilizar al sistema inmunológico de un modo similar a como ocurre con la presencia de agentes patógenos, deprimiendo algunas otras de sus respuestas, y aumentando con ello el riesgo de padecer enfermedades (Brannon y Feist, 2000).

En los resultados se observa que los síntomas que más frecuentemente padecen los policías se relacionan con problemas oculares, digestivos, musculares y de articulaciones, cutáneos y neurovegetativos. En el caso de síntomas como el cansancio, se entiende que lo presenten frecuentemente debido a los turnos laborales de 24 x 24, y porque muchos de ellos también trabajan en su día de descanso con el fin de obtener mayores ingresos. En cuanto a la relación existente entre la reacción de ira que presentan los policías y la presencia de síntomas físicos, se observa que los policías con elevadas puntuaciones en algunas de las escalas de esta prueba (sobre todo los relacionados con la experiencia de ira y la expresión interna de la ira), presentan problemas oculares, cutáneos, digestivos, musculares y de articulaciones, neurovegetativos, psicológicos y en el total de los síntomas. Estos coinciden con la mayoría de los síntomas que los policías presentan con mayor frecuencia a lo largo del año.

Por otro lado en cuanto a la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y la frecuencia de aparición de síntomas físicos, no se encontraron relaciones significativas. Folkman et al. (1986) tampoco encontró relaciones significativas, y en el caso de Day y Livingstone (2001), ellos mencionan que aunque no exista una relación entre estrategias positivas y la salud, si la hay con las estrategias negativas. En esta investigación los datos apuntan que sólo existe correlación significativa entre la estrategia negativa de autocrítica y la aparición de síntomas psicológicos.

Al parecer las estrategias de afrontamiento negativas pudieran afectar de forma indirecta la salud de los policías. Se recordará que de acuerdo a Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento afecta de forma indirecta la salud.

Es posible que el efecto de las estrategias de afrontamiento dependa de otros factores como la propia fuente de estrés, su frecuencia, la evaluación que haga la persona de él y otras características de la personalidad.

Como mencionan Bishop et al. (2001), Maan et al. (2005), y Patterson (2003), el distrés psicológico guarda una mayor relación con la salud de la persona, y siendo más específicos, al parecer es la ira la que guarda una mayor relación con la manifestación de síntomas físicos, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos, aquellas personas que presentan elevadas puntuaciones en los factores del STAXI-2 reportan una mayor aparición de síntomas físicos en comparación con aquellos que presentan menores puntuaciones.

Resalta la alta relación que existe entre el control interno y externo con la estrategia de reinterpretación positiva, que es además una de las estrategias que más frecuentemente emplean los policías de esta investigación. En el caso del control interno se observa además que se relaciona con estrategias como la aceptación, la búsqueda de apoyo instrumental, la planificación y la religión, que también son positivas. Por otro lado se observa que existe una correlación negativa entre la estrategia de reinterpretación positiva y el índice de expresión de la ira.

El control interno es una de las escalas que obtuvo en general la más alta puntuación en las pruebas aplicadas. Cabe la posibilidad de que las estrategias que están empleando los policías (sobre todo la reinterpretación positiva), cumplan un papel o una función de amortiguador o moderador frente a los efectos de las situaciones adversas, y con ello facilitan el control interno de la ira, sin embargo se trata de un punto a profundizar en futuros estudios que permitan determinar si la hipótesis planteada es verdadera.

Así mismo, llama la atención la alta relación entre la reacción, el rasgo de ira y la expresión externa con la estrategia de desahogo. Se recordará que el desahogo se refiere a la comunicación catártica del estado emocional como forma de eliminación de la tensión emocional que provoca una determinada situación, por lo que es posible que favorezca la expresión externa de las emociones tales como la ira. En el caso del rasgo de ira, se suma la fuerte relación que existe entre esta y la estrategia de afrontamiento de autocrítica, que pudiera incrementar el distrés percibido por la persona, favoreciendo el que se sientan tratados injustamente por los demás y frustrados. Una vez más, se trata de una hipótesis a comprobar en futuras investigaciones.

A manera de conclusión, el análisis realizado de los datos permite establecer los siguientes observaciones. Las estrategias de afrontamiento parecen no estar relacionadas directamente con la frecuencia de aparición de síntomas físicos del personal evaluado, sin embargo es la ira la que guarda una mayor relación con la frecuencia de aparición de los síntomas. La escala de control interno correlaciona con estrategias como la aceptación, la reinterpretación positiva, la planificación y la religión, que pudieran cumplir una función mediadora en el proceso estrés-salud. Cabe mencionar que sería necesario realizar un análisis longitudinal que permita profundizar en las relaciones entre los distintos factores del proceso estrés-ira-afrontamiento-salud, sobre todo el papel de la ira, ya que es la emoción en donde se observa una mayor relación con la frecuencia de manifestación de síntomas físicos. Finalmente resaltar, que a tenor de los datos obtenidos, presentar un mejor control de las emociones, en este caso la ira, se relaciona con el empleo de estrategias de afrontamiento más adecuadas y adaptativas, lo que por un lado permitirá lidiar con el estrés de forma más racional y planificada (a la medida de lo posible), creando un mejor ambiente laboral. Estos resultados podrían emplearse para justificar el desarrollo de programas de entrenamiento para los agentes de policía en estrategias de control de la ira.

## REFERENCIAS

- Anshel, M. H. (2000). A conceptual model and implications for coping stressful events in police work. *Criminal Justice and Behavior*, 27(3), 375-400.
- Beck, A. (2003). *Prisioneros del odio*. Barcelona: Paidós.
- Bishop, G., Tong, E., Maan, S., Chong, H., y Peng, A. (2001). The relationship between coping and personality among police officers in Singapore. *Journal of Research in Personality*, 35, 353-374.
- Brannon, L., y Feist, J. (2000). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Carver, S. C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine* 4(1), 92-100.
- Consedine, N., y Tedlie, J. (2007). The role of discrete emotions in health outcomes: a critical review. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 59-75.
- Consedine, N., Magai, C., Khudadjie-Gyamfi, E. K., Longefellow, J. K., Ungar, T. M., y King, A. R. (2006). Stress versus discrete negative emotions in the prediction of physical complaints: does predictive utility vary across ethnic groups?. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12(3), 541-557.

- Cooper, C. L., Dewe, P. J., y O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress: a review and critique of theory, research and applications*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Day, A., y Livingstone, H. (2001). Chronic and acute stressors among military personnel: Do coping styles buffer negative impact on health? *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 348-360.
- Diamond, E. L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary disease. *Psychological Bulletin*, 92, 410-433.
- Dorr, N., Brosschot, J. F., Sollers III, J. J., Thayer, J. F. (2007). Damned if you do, damned if you don't: The differential effect of expression and inhibition of anger on cardiovascular recovery in black and white males. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 125-134.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Herrald, M. M., y Tomaka, J. (2002). Patterns of emotion-specific appraisal, coping, and cardiovascular reactivity during an ongoing emotional episode. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 434-450.
- Hurrell, J. (1995). Police work, occupational stress and individual coping. *Journal of Occupational Behavior*, 16(27-28), 27-28.
- Greenglass, E. (2005). The expression and management of anger and hostility: Psychological implications. In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and emotion: Anxiety, anger and curiosity* (pp. 127-140). New York: Routledge.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Maan, S., Bishop, G., Chong, H., Tong, E., Peng, A., y Ang, J. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modeling the relationships. *Psychology and Health*, 20(4), 467-495.
- Malach-Pines, A., y Keinan, G. (2007). Stress and burnout in israeli police officers during a palestinian uprising (Intifada). *International Journal of Stress Management*, 14(2), 160-174.



- Miguel-Tobal, J.J. Cano-Vindel, A., Casado, M. I., y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10(2), 199-216.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A., y Spielberger, C. D. (2001). *Manual del inventario de expresión de ira estado-rasgo* Madrid: TEA.
- Ortega, A., Brenner, S. O., y Leather, P. (2007). Occupational stress, coping and personality in the police: an SEM study. *International Journal of Police Science and Management*, 9(1), 36-50.
- Patterson, G. (2003). Examining the effects of coping an social support on work and life stress among police officers. *Journal of Criminal Justice*, 31, 215-226.
- Perczeck, R., Carver, S. C., y Price, A. A. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in spanish translation and evidence of convergence with english versions. *Journal of Personality Assessment*, 74(1), 63-87.
- Pérez-Nieto, M. A., Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., Camuñas, N., Sayalero, M. T., y Blanco, J. M. (2001). La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3), 247-257.
- Ranchor, A., Sanderman, R., Bouma, J., Buun, B., y van den Heuvel, W. (1997). An exploration of the relation between hostility and disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 223-240.
- Rozin, P., Lowery, L, Imada, S., y Haidt, J. (1997). The CAD triad hypothesis: A mapping between three moral emotions (contempt, anger, disgust) and three moral code (community, autonomy, divinity). *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 574-586.
- Sapolsky, R. M. (1995). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Madrid: Alianza Editorial.
- Suinn, R. (2001). The terrible twos-anger and anxiety: Hazardous to your health. *American Psychologist*, 56(1), 27-36.
- Suls, J. y Bunde, J. (2005). Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease. The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260-300.
- Suls, J., Wan, C.K., y Costa, P. T. (1995). Relationship of trait anger to resting blood pressure: A meta-analysis. *Health Psychology*, 14(5), 444-456.
- Violanti, J., y Aron, F. (1995). Police stressors: Variations in perception among police personnel. *Journal of Criminal Justice*, 23(3), 287-294.

