

Trabajo Fin de Máster

**Máster Universitario en Psicología General
Sanitaria**

**Síntomas de estrés
postraumático y predictores en
las FFCCS y FFAA durante la
pandemia de la COVID-19 en
España**

Presentado por: D^a Susana Gracia Lanchares

Tutor/a académico/a: Dra. Helena Garrido Hernansaiz

Alcalá de Henares, Marzo de 2021

Índice

1. Introducción y justificación	3
2. Objetivos e hipótesis	4
3. Marco teórico	5
3.1. Trastorno de estrés postraumático en FFCCS y FFAA	5
3.2. Trastorno de estrés postraumático en FFCCS y FFAA ante la COVID-19	8
<i>3.2.1. Factores de riesgo para el TEPT</i>	9
<i>3.2.2. Factores protectores para el TEPT</i>	14
4. Metodología	15
4.1. Participantes	15
4.2. Diseño	16
4.3. Instrumentos	16
4.4. Metodología de investigación	19
<i>4.4.1. Procedimiento de recogida de datos</i>	19
<i>4.4.2. Procedimiento de análisis de datos</i>	21
5. Resultados	22
6. Discusión y conclusiones	31
7. Referencias	36
8. Anexos	45

Resumen

Este estudio evalúa el impacto psicológico de la crisis sanitaria de COVID-19 en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FFCCS) y en las Fuerzas Armadas (FFAA), puesto que son profesionales de primera línea de acción. Participaron 242 profesionales (211 hombres y 31 mujeres), quienes respondieron a una encuesta online en donde se evaluaron sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), *burnout*, supresión emocional, distintas variables laborales y sociodemográficas y algunas percepciones subjetivas laborales. El 33,5% mostró un impacto psicológico severo. Las FFAA presentaron menor sintomatología que el resto de grupos y el rol más asociado al TEPT fue el patrullaje. Los profesionales que convivían con alguna persona de edad avanzada o con patologías y aquellos a los que se les había realizado al menos un test de COVID-19 presentaron más sintomatología de TEPT. Por otro lado, los participantes que reportaron tener contacto con otras personas todo o casi todo el tiempo, los que percibían estar trabajando más horas de lo normal, los que habían sufrido alguna agresión, aquellos que habían tenido menos de tres semanas de vacaciones y los que habían tenido que distanciarse de familiares y amigos presentaron mayor impacto. Asimismo, el *burnout*, la supresión emocional y el miedo al contagio correlacionaron con una mayor sintomatología de TEPT. Por otro lado, el 72,31% no había recibido ningún tipo de apoyo desde su trabajo. Estos resultados pueden servir de cara a tomar las medidas necesarias para establecer intervenciones psicológicas eficaces y optimizar las condiciones personales, sociales y laborales de estos profesionales.

Palabras clave

COVID-19; Fuerzas y Cuerpos de Seguridad; Fuerzas Armadas; Trastorno de estrés postraumático; Impacto psicológico.

Abstract

This study assesses the psychological impact of the COVID-19 crisis on the Security Forces and the Armed Forces, since they are professionals on the front line of action. 242 professionals participated (211 men and 31 women), who completed an online survey that evaluated post-traumatic stress symptoms (PTSD), burnout, emotional suppression, several labor and sociodemographic variables, and some subjective labor perceptions. 33.5% showed a severe psychological impact. The armed forces presented less symptoms than the rest of the groups and the role most associated with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) was patrolling. Professionals who lived with an elderly person or with pathologies and those who had undergone at least one COVID-19 test presented more symptoms of PTSD. On the other hand, the participants who reported having contact with other people all or most of the time, those who perceived that they were working more than normal, those who had suffered an aggression, those who had had less than three weeks of vacation and those who that they had to distance themselves from family and friends had a greater impact. Likewise, burnout, emotional suppression and fear of contagion correlated with greater PTSD symptoms. On the other hand, 72.31% had not received any type of support from their workplace. These results can be useful to take the necessary measures to establish effective psychological interventions and optimize the personal, social, and working conditions of these professionals.

Key words

COVID-19; Security Forces; Armed Forces; Post-traumatic stress disorder; Psychological impact.

1. Introducción y justificación

Desde que la OMS declaró la COVID-19 como pandemia mundial el 11 de marzo del 2020, se estima que el total mundial de fallecidos alcanza ya los 2,5 millones, además de 116 millones de contagios, a fecha de 28 de febrero del 2021. En España se han producido más de 71.000 muertes y casi 3,15 millones de contagios, siendo uno de los países más afectados por la enfermedad (Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, 2021).

En marzo de 2020, se estableció en España un confinamiento domiciliario general, permitiendo las salidas solo para actividades esenciales como ir a comprar productos de primera necesidad o acudir a un hospital. Esta cuarentena excluía a profesiones esenciales como las sanitarias, medios de comunicación, personal de supermercados y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FFCCS) y Fuerzas Armadas (FFAA), que por tanto han sido los más expuestos al virus durante esos meses.

Las FFCCS y FFAA, como consecuencia de la naturaleza de su ocupación, están sometidas a múltiples situaciones estresantes y potencialmente traumáticas que implican peligros físicos y psicológicos (Rodríguez-Rey et al., 2020) y esta pandemia ha aumentado su riesgo de consecuencias psicológicas negativas (Drew y Martin, 2020), incrementando los síntomas ansiosos y depresivos, así como el miedo o las preocupaciones (Caycho-Rodríguez et al., 2020).

Este trabajo tiene por objetivo estudiar una de las posibles consecuencias en la salud mental de estos profesionales: el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Además de establecer el nivel de sintomatología en este grupo profesional, este estudio trata de relacionarlo tanto con las actividades diarias que realizan para mantener la seguridad de la ciudadanía como con otras cuestiones importantes, como las agresiones que sufren, la falta de apoyo social y psicológico y de equipos de protección, la carga de trabajo, etc.

2. Objetivos e hipótesis

Esta investigación pretende explorar los efectos de la crisis sanitaria de COVID-19 en la salud mental de los profesionales de las FFCCS y de las FFAA, puesto que son uno de los grupos de primera línea de acción durante la pandemia. En concreto, se quiere estudiar la prevalencia de síntomas de TEPT y los factores que contribuyen a explicarlos o predecirlos.

A su vez, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las diferencias de género, edad, experiencia y rol laboral que pueden influir en el desarrollo de síntomas de TEPT.
- Describir el impacto que tiene el clima familiar, laboral, social y personal de este grupo profesional en la crisis sanitaria de la COVID-19.
- Determinar si el impacto psicológico en las FFCCS y FFAA correlaciona con un menor apoyo social y psicológico, así como con el miedo al contagio de familiares y personas convivientes y con la supresión emocional.
- Conocer los niveles de *burnout* en este grupo profesional y su relación con los síntomas de TEPT.

Por otro lado, las hipótesis de la presente investigación, basadas en el marco teórico que se desarrolla a continuación, son las siguientes:

- Presentarán más síntomas de TEPT las mujeres, los profesionales con menos convivientes, aquellos con personas a su cargo y aquellos profesionales a los que se les ha realizado un test de COVID-19 y ha resultado positivo.
- La edad y la experiencia laboral se relacionarán (de manera positiva o negativa) con el desarrollo de síntomas de TEPT.
- Presentarán más síntomas de TEPT los miembros de las FFAA, aquellos con roles que implican un mayor contacto con personas como el patrullaje, aquellos que tienen más carga laboral (turnos más largos, menos vacaciones, etc.) y aquellos que han sufrido alguna agresión en su profesión desde el inicio de la pandemia.

- Presentarán más síntomas de TEPT los miembros de las FFCCS y FFAA con más preocupaciones asociadas al contagio y aspectos laborales, y aquellos con mayor percepción de gravedad acerca de la pandemia y menor percepción de reconocimiento sobre su propia labor.
- Presentarán más síntomas de TEPT los profesionales con menor apoyo social, laboral y psicológico y aquellos que se han distanciado de sus seres queridos.
- Finalmente, presentarán más síntomas de TEPT los profesionales con más *burnout* y mayor supresión emocional.

3. Marco teórico

3.1. Trastorno de estrés postraumático en FFCCS y FFAA

Las FFCCS y las FFAA constituyen uno de los grupos con mayor nivel de activación, tanto fisiológica como emocional, como consecuencia de las situaciones a las que están expuestas, como ataques terroristas, violencia, alteración del orden público, catástrofes, accidentes, etc. Además, son de los más vulnerables a la hora de desarrollar un TEPT debido a la impredecibilidad, relevancia y poca estructura de las demandas que tienen que atender (García-Castro, 2015).

Según el DSM-5 (APA, 2013), el TEPT está clasificado dentro de los *Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*. La APA (2013) establece ciertos criterios para su diagnóstico, los cuales pueden consultarse en el Anexo 1. Asimismo, los síntomas que caracterizan a este trastorno son los intrusivos (recuerdos del evento traumático, pesadillas, etc.), evitativos (pérdida de interés, distanciamiento del círculo social, evitación de pensamientos, ausencia de expresión de emociones, etc.) y de hipervigilancia e hiperactivación (insomnio, dificultad de concentración, nerviosismo e irritabilidad, etc.; Bowler et al., 2010).

A partir de varias investigaciones recogidas en un estudio de Pineda y Bonilla (2017), se estima que la prevalencia mundial de TEPT en las FFCCS y las FFAA está entre el 2% y el 59%. Este intervalo tan amplio depende del rol desempeñado y de la

cultura. Así, mientras que la prevalencia anual de TEPT se sitúa en el 3,5% en la población general estadounidense, en el resto de continentes se encuentra entre el 0,5% y el 1%, siendo en ambos casos mayor entre profesionales de las FFCCS y las FFAA, junto al personal sanitario y bomberos (Morales-Rodríguez et al., 2016). Si bien la prevalencia en este grupo profesional es menor que en ciudadanos expuestos a experiencias traumáticas, es mayor que en población general (Pineda y Bonilla, 2017).

En el caso concreto de España, se sabe que el riesgo de desarrollar TEPT en el cuerpo de policía depende de si existe riesgo de muerte, la presencia de un evento traumático anterior, la intensidad de este y los métodos de afrontamiento utilizados, así como si el evento traumático es un atentado terrorista (Portilla-Velarde y Avalos-Mendocilla, 2018). Asociado a esto último, la carga laboral y la exposición a la amenaza percibidas también correlacionan de manera significativa con el desarrollo de TEPT (Drew y Martin, 2020).

Diversas investigaciones han estudiado el impacto producido en la salud mental de las FFCCS y FFAA en diversos atentados que han marcado la historia tanto a nivel internacional, con los atentados del 11 de septiembre (11-S) en 2001 en Nueva York, como a nivel nacional, con el 11 de marzo (11-M) en 2004 en Madrid.

Con respecto al 11-S, los policías y militares atendieron a miles de víctimas bajo condiciones muy estresantes (Guimón, 2020), llevaron a cabo labores de protección perimetral, formación de morgues, búsquedas parciales y totales de los cuerpos y atención e información a los supervivientes (Bowler et al., 2012). Todo esto provocó un aumento de TEPT entre estos profesionales de diversos lugares, entre ellos en el Condado de Arlington se estimó que una tercera parte de la policía padecía este trastorno (Robbers y Jenkins, 2005, citados en Stogner et al., 2020). Otro estudio encontró que alrededor del 5% de la policía de Nueva York tenía TEPT y en torno a un 15% presentaba síntomas de TEPT, si bien no llegaba a cumplir los criterios para este diagnóstico (Stogner et al., 2020). Un tercer estudio sitúa una prevalencia total de 16,5% en los meses en torno a la catástrofe, de 2,5% a los 2-3 años y de 6,3% a los 6

años en los profesionales de las FFCCS y FFAA de Nueva York (Cone et al., 2015). Además, se encontró que solo el 40% solicitó atención psicológica (Stogner et al., 2020).

Por otro lado, en cuanto a los atentados del 11-M del 2004 en Madrid, la identificación y el transporte de los cuerpos de los fallecidos supusieron grandes fuentes de estrés y alteraciones emocionales en las FFCCS y FFAA, constituyendo una prevalencia de en torno al 1,2% (González-Ordi et al., 2004). Este bajo valor parece deberse al entrenamiento y experiencia en tareas similares y al mayor manejo emocional en comparación con la población general, lo que parece prevenir la cronificación del TEPT, aunque no impide su aparición (Miguel-Tobal et al., 2004).

Por otro lado, además de los atentados terroristas, otras situaciones que provocan gran impacto en la salud física y mental de los profesionales de primera línea son las pandemias y epidemias, como consecuencia del alto riesgo de contagio que suponen (Drew y Martin, 2020). Por ejemplo, la pandemia del VIH en la década de 1980 supuso una amenaza importante, afectando a sus labores diarias, tales como la atención y prestación de seguridad a los ciudadanos, y causando altos niveles de estrés (Stogner et al., 2020), además de un miedo sobrevalorado y unas preocupaciones exageradas debido a la incertidumbre y a la ausencia de información (Stogner et al., 2020), algo relacionado con el desarrollo de TEPT (Robinson et al., 1997).

Uno de los principales problemas en esta crisis era que en aquellos momentos se podía tardar años en detectar el virus si la persona era asintomática, por lo que las evaluaciones médicas no eran útiles. A nivel laboral, verse involucrados en peleas y agresiones resultaba altamente estresante, ya que no se contaba con los suficientes equipos de protección (Flavin, 1998). Esto tenía consecuencias familiares y laborales, puesto que los profesionales tenían miedo de infectar a sus seres queridos y en muchos casos las relaciones sexuales y las muestras de cariño se vieron reducidas (Papazoglou et al., 2020).

Por otro lado, la epidemia del SARS-1 (*severe acute respiratory syndrome*, es decir, síndrome agudo respiratorio severo) del 2003, que afectó sobre todo a China, Hong-Kong, Vietnam y Singapur, tuvo importantes consecuencias para los profesionales de primera línea (Calatroni, 2003), los cuales presentaban una mayor exposición, altos niveles de *burnout* y un alto riesgo de infección (Drew y Martin, 2020). Además, al igual que ocurrió con la pandemia de VIH, las FFCCS y FFAA fueron estigmatizadas y presentaron altos niveles de preocupaciones, resultado de la incertidumbre y el miedo al contagio propio o de familiares. Como consecuencia, se observó un mayor aislamiento y la aparición de síntomas tales como la culpa, la frustración o la tristeza, entre otros (Marquina-Medina y Jaramillo-Valverde, 2020). Por tanto, se observa que en ambas pandemias la amenaza fue un microorganismo invisible para el ojo humano ante el cual no existía cura, por lo que se exigía a FFCCS y FFAA una enorme profesionalidad de cara a combatirlo y proteger a la población, ignorando el prejuicio, estigma y miedo que podían sufrir en su desempeño diario y las consecuencias psicológicas que podían tener, entre ellas el TEPT (Flavin, 1998).

Stogner et al. (2020) hacen hincapié en un factor común a atentados terroristas, pandemias y epidemias: el carácter invisible del peligro que representan y su impredecibilidad. A su vez, el peligro y la amenaza pueden tener múltiples orígenes, desconociendo de dónde pueden venir en cada momento. Por ello, el conocimiento generado sobre el impacto psicológico de atentados en estos profesionales puede ser útil para abordar la actual pandemia de COVID-19.

3.2. Trastorno de estrés postraumático en FFCCS y FFAA ante la COVID-19

Actualmente, la pandemia de COVID-19 originada en diciembre del 2019 en Wuhan (China), presenta características similares a la del SARS-1 del 2003. Se trata de una enfermedad infecciosa originada por el coronavirus SARS-CoV-2 y que está dejando miles de muertes y consecuencias muy negativas en la salud de la población mundial (Ministerio de Sanidad, 2020). Toda la situación descrita es susceptible de

generar impacto psicológico, a lo cual se suman las medidas adoptadas para frenar el alcance de la pandemia. Se espera, por tanto, que el impacto psicológico provocado en los profesionales que se están haciendo cargo de esta situación sea más elevado que el de las otras crisis sanitarias comentadas (Drew y Martin, 2020) puesto que se trata de una pandemia de escala mundial. Se sabe que aquellas catástrofes que ocurren a gran escala en lugares concretos tienen un mayor impacto, afectando incluso a la salud mental de los profesionales de distintas partes del mundo, aumentando su estrés y sus preocupaciones (Robbers y Jenkins, 2005, citados en Stogner et al., 2020).

Las FFCCS y las FFAA son las encargadas de hacer cumplir las leyes de mascarillas, distanciamiento social y restricciones de movimiento perimetrales entre barrios, zonas sanitarias, provincias o comunidades. Esto hace que su exposición al contagio sea mayor que en la del resto de población y que presenten mayor presión a la hora de trabajar y más probabilidad de desarrollar un TEPT, aunque esto último depende de diversos factores de riesgo, como el género, la experiencia, el rol laboral (Laufs y Waseem, 2020), otras variables laborales (Stogner et al., 2020), las agresiones sufridas durante el ejercicio de su profesión (Carvajal, 2018) y la supresión emocional (Aurrecoechea et al., 2016).

3.2.1. Factores de riesgo para el TEPT

En cuanto a la primera de estas variables, el género, un estudio de Bowler et al. (2010) realizado en el marco de los atentados del 11-S encontró que las mujeres policías tenían más síntomas intrusivos y una mayor tendencia a las conductas evitativas. Además, las mujeres también presentaban mayor hipervigilancia e hiperactivación. Resultados similares se han encontrado en un estudio realizado en Italia durante la actual pandemia de COVID-19, donde se observó que las mujeres presentaban mayor estrés, hiperactivación, intrusión y evitación, mientras que los hombres mostraron estrategias de afrontamiento más adaptativas (Vagni et al., 2020).

Estas diferencias ya intentaron explicarse en anteriores catástrofes, comentando que el hecho de que las mujeres emplearan más estilos de afrontamiento evitativos que los hombres podía estar explicado por los distintos tratos sociales que estas reciben, siendo más propensas a la exposición a eventos estresantes (acoso, hostilidad y discriminación; Van der Meer et al., 2017) o por el rol de cuidadoras que tienden a asumir con las tareas del hogar y los hijos, presentando mayor sobrecarga (González-Sanguino et al., 2020).

Por otro lado, no se han encontrado muchas investigaciones sobre la actual pandemia en lo que respecta a la edad. No obstante, Rodríguez-Rey et al. (2020) encontraron en un estudio realizado con 83 miembros de las FFCCS y FFAA que la edad no correlacionaba con el TEPT. Respecto a estudios anteriores, se ha encontrado que los profesionales de las FFCCS y FFAA más mayores tuvieron más síntomas intrusivos y de hipervigilancia y, por tanto, mayor riesgo de TEPT (Bowler et al., 2010; Darensburg et al., 2006; Van der Meer et al., 2017).

En cuanto a la experiencia laboral, no existen resultados unánimes. Por una parte, Carmassi et al. (2020) encontraron que, a menor experiencia, mayor probabilidad de TEPT. Sin embargo, Jetelina et al. (2020) encontraron que los profesionales que tenían más de 5 años de experiencia presentaban mayor probabilidad de TEPT que aquellos que llevaban un par de años en el cuerpo, siendo los militares y los policías con más de 15 años los más predispuestos a presentar este trastorno.

Además del género, la edad y la experiencia laboral, otras variables laborales también supondrían factores de riesgo para el desarrollo de un TEPT. Queirós et al. (2020) distinguen estos factores laborales entre operativos y organizacionales. Los primeros harían referencia a aspectos específicos de la profesión, como la vigilancia, los cortos períodos de descanso y las horas de trabajo, los sucesos estresantes y las interacciones agresivas a las que se enfrentan, etc. Además de estos, Stogner et al. (2020) añaden los cambios en los roles, la incertidumbre general (ante la espera tras

realizarse un test de COVID-19, no saber cuándo finalizará la pandemia, etc.) y la económica, el aislamiento y el miedo al contagio propio y al de familiares (como ya se comentó al hablar de anteriores pandemias; Marquina-Medina y Jaramillo-Valverde, 2020), sobre todo si estos presentaban alguna patología o si tenían menores a cargo.

Con respecto al primero de estos factores, el personal que desempeña un rol que implica contacto con la ciudadanía tiene una mayor probabilidad de presentar un TEPT, por lo que el patrullaje y mantenimiento del orden en las manifestaciones que han tenido lugar durante estos meses, sin mantener la distancia social y estando en contacto con personas que no llevaban mascarilla (ej., manifestaciones negacionistas; Stogner et al., 2020) presentan mayor correlación con el TEPT frente a las labores informativas, de abastecimiento o de mando y coordinación de unidades (Carmassi et al., 2020). Además, la falta de claridad en cuanto al rol desempeñado supone uno de los principales factores estresantes (Molina-Valencia, 2020). No obstante, respecto a las FFAA, aunque estos tienen un menor contacto directo con la población, presentan mayor probabilidad de desarrollar síntomas estresantes, lo que podría deberse a la propia naturaleza de su trabajo (Jetelina et al., 2020).

Al igual que Stogner et al. (2020), Laufs y Waseem (2020) añaden el distanciamiento social y familiar a los factores operativos. Al estar expuestos de manera directa al virus durante los meses en los que el resto de la población estaba confinada domiciliariamente, la preocupación por el contagio de familiares causó una reducción del contacto físico como medida preventiva (Molina-Valencia, 2020), así como el aislamiento y distanciamiento voluntario (Drew y Martin, 2020).

Asimismo, las interacciones agresivas (Queirós et al., 2020) son uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de TEPT (Carvajal, 2018), como consecuencia de no contar con los suficientes equipos de protección, tal y como ya comentó Flavin (1998) en sus estudios sobre el VIH. Las FFCCS y FFAA se están viendo expuestas a múltiples agresiones: por ejemplo, ocho policías locales de Lleida tuvieron que ser aislados preventivamente y realizarse una prueba PCR (*Polymerase*

Chain Reaction) para la detección de la COVID-19 como consecuencia de que un hombre les escupiera (Rivera et al., 2020). Este no es un caso aislado, Hayes y Hymas (2020) reportaron que en torno a 200 policías en Reino Unido fueron escupidos, tosidos o estornudados por personas que decían estar contagiadas. Incidentes similares se han dado en Nueva Jersey (EEUU) y, según reporta Griffith (2020) estos actos fueron juzgados como amenazas terroristas. Jennings y Perez (2020) hablan de contaminación intencional, es decir, de la premeditación para contagiar a estos profesionales. Ante estos acontecimientos, se ha optado por la prestación de equipos de protección, como guantes, gafas y batas desechables, y la digitalización de aquellas labores donde es posible (Frenkel et al., 2021).

Por otro lado, los factores organizacionales hacen referencia a la propia institución a la que pertenecen, incluyendo la escasez de personal y de equipos de protección, el exceso de carga laboral, la multitud de labores administrativas, los cambios en los protocolos de actuación, etc. (Queirós et al., 2020).

Según Sasangohar et al. (2020), los operativos influyen más, sobre todo los turnos de trabajo más largos y el riesgo de estar expuestos a las situaciones traumáticas asociadas a la pandemia actual. No obstante, para Juárez-García (2020), los factores con más influencia serían una mezcla entre operativos y organizacionales.

Además de estos factores, el estudio realizado por Rodríguez-Rey et al. (2020) observó que una mayor percepción de reconocimiento social del propio trabajo de FFCCS y FFAA correlacionaba con menor sintomatología de TEPT, de la misma forma que una mayor percepción acerca de la gravedad de la pandemia correlacionaba con una mayor sintomatología de TEPT.

Asimismo, además de las variables sociodemográficas y laborales, la supresión emocional propia de la alexitimia, también parece ser un factor de riesgo de cara al desarrollo de TEPT de las FFCCS y FFAA (Aurrecoechea et al., 2016). En un estudio realizado a excombatientes de Vietnam se observó que aquellos que tenían niveles más altos de supresión emocional, presentaban más TEPT, dificultando el

afrontamiento activo y eficaz ante las situaciones estresantes (Brady et al., 2017; Casenave, 2009). Además, una mayor supresión emocional se asoció con una mayor exposición a eventos estresantes (Brady et al., 2017). La misma correlación positiva entre TEPT y supresión se encontró en un estudio realizado por Caslin et al. (2006) a 166 policías de Nueva York y en otro realizado por Badura (2003).

Por otra parte, las FFCCS y FFAA pueden dejar ver sus emociones o esconderlas, dependiendo de si se trata de emociones “positivas” o “negativas”, dando lugar a una disonancia emocional que también puede tener consecuencias muy negativas en la salud mental y en el bienestar de estos profesionales (Brotheridge y Grandey, 2002; Brotheridge y Lee, 2003, citados en Alves et al., 2017). Por ejemplo, en algunas ocasiones tienen que mostrar emociones que no concuerdan con lo que sienten, lo que supone una amenaza para su salud (Van Gelderen, 2013). Asimismo, en ocasiones tienen que esconder sus miedos o el desacuerdo que presentan con respecto a otros compañeros, así como la frustración, disconformidad o molestia ante ciertas personas y situaciones (Alves et al., 2017). No obstante, existen aún muy pocas investigaciones que hayan estudiado esta relación, por lo que no hay suficientes datos como para concluir que la supresión emocional sea un factor de riesgo del TEPT.

Esta supresión emocional se ha visto asociada a otro factor relevante, el *burnout* (Lennie et al., 2020). A pesar de que no existen muchos artículos que asocien esta variable con el TEPT, el estudio de Jaegers et al. (2019), realizado a un grupo de oficiales penitenciarios de EE.UU., encontró que el *burnout* era un predictor del TEPT, resultado también encontrado en bomberos surcoreanos (Jo et al., 2018). En el caso de FFCCS y FFAA, el estrés laboral que sufren está muy asociado a la carga de trabajo y *burnout*, es decir, la respuesta que dan los trabajadores ante los estresores que puede haber en el entorno laboral, distinguiendo entre diversos factores que influyen en ella, como el desgaste, la falta de eficacia y el cinismo (Maslach et al., 2001).

El *burnout* en este grupo es mayor que en otros profesionales, como consecuencia de los factores ya mencionados. Sin embargo, en la situación actual, este estrés se ha visto agravado por la exacerbación de los turnos de trabajo, las situaciones estresantes, la escasez de recursos y por otros factores, por lo que cabría esperar que la prevalencia de *burnout* hubiera aumentado. De hecho, una investigación realizada en España ha encontrado que el 28,9% mostraba *burnout*, el 87,8% expuso que la ausencia de equipos de protección aumentaba sus niveles de malestar y estrés, y el 90,3% no se sintió apoyado por su organización (Lázaro-Pérez et al., 2020). En Italia se encontraron los mismos niveles, pero asociados a factores como los turnos y horarios laborales, el miedo al contagio, ser mujer y presentar alguna enfermedad mental (Vagni et al., 2020).

Se puede concluir entonces que las mujeres policías y las personas que se encuentran más en contacto con la ciudadanía (entre ellas, las FFCCS y FFAA) son las que más en riesgo están. Además, los cambios de protocolos, de turnos, el patrullaje y las agresiones suponen factores de riesgo para estos profesionales. No existe unanimidad entre si la mayor experiencia laboral es un factor de riesgo o protector y, por otra parte, con respecto a la supresión emocional, existen muy pocas investigaciones que hayan estudiado la gestión emocional de las FFCCS y FFAA en situaciones estresantes, por lo que tampoco hay unanimidad sobre el papel que juega. Por último, los altos niveles de *burnout* podrían ser predictores de TEPT entre estos profesionales, aunque no existen investigaciones suficientes que avalen esta hipótesis, por lo que sería necesario realizar más estudios.

3.2.2. Factores protectores para el TEPT

Además de los factores de riesgo, el apoyo social y familiar suponen factores de protección de cara al desarrollo del TEPT. El primero de estos factores aumenta la probabilidad de emplear estrategias de afrontamiento adaptativas (Zavala y Kurtz, 2017), algo que se comprobó en la crisis del SARS-1 del 2003, en donde el apoyo

recibido generó un impacto positivo en la eficacia general de los profesionales de primera línea (Carmassi et al., 2020). No obstante, también son necesarios el apoyo familiar y laboral (Pineda y Bonilla, 2017), incluyendo el recibido por parte de los supervisores, directores y altos mandos (Thompson et al., 2005, citados en Acquadro et al., 2020), así como el de compañeros (Acquadro et al., 2020).

No solo el apoyo social, familiar y laboral son importantes, sino que el psicológico también. No obstante, se ha observado que existe mucho recelo entre estos profesionales a la hora de solicitar este tipo de ayuda. El 83% de un grupo de policías que padecían depresión, ansiedad, ideación suicida o TEPT durante la pandemia de COVID-19 no recurrió a este apoyo por la preocupación acerca de la confidencialidad de cara al resto de compañeros y las creencias acerca de que los profesionales de la salud mental no entenderían su trabajo (Jetelina et al., 2020). Edwards y Kotera (2020) añaden el estigma y los prejuicios que existen en este grupo con respecto a la relación entre salud mental y masculinidad. En otra investigación, el 26,4% decía necesitar atención psicológica durante la primera ola de COVID-19 y el 52,6% afirmaba que la necesitaría en caso de que hubiera una segunda ola. El 88,2% consideraba importante que la organización ofreciera estos servicios a todos los trabajadores que lo requirieran como consecuencia de la pandemia (Lázaro-Pérez et al., 2020). Por tanto, se puede concluir que los profesionales que necesitan apoyo psicológico son más de los que finalmente lo solicitan, como consecuencia fundamentalmente del estigma y la preocupación por la confidencialidad.

4. Metodología

4.1. Participantes

Las FFAA en España están formadas, según datos de la Unión de Guardias Civiles (2020), por un 7,27% de mujeres, frente a un 92,73% de hombres. Dentro de las FFCCS, en concreto de la Policía Nacional, considerado el cuerpo con más representación femenina, se registra alrededor de un 15% de mujeres, frente a un 85%

de hombres (Cuerpo Nacional de Policía, 2020). Esta desigualdad se vio reflejada en este trabajo, en donde se obtuvo una muestra compuesta por un total de 242 participantes, quienes fueron reclutados del 19 de noviembre al 31 de diciembre de 2020, de los cuales el 12,81% son mujeres ($n = 31$) y el 87,19% restante son hombres ($n = 211$). La edad media de los participantes es de 41,99 años ($SD = 8,77$).

Los criterios de inclusión de este estudio fueron que las personas formaran parte de las FFCCS o de las FFAA, que estuvieran viviendo en España durante el período que llevamos de pandemia, que tuvieran más de 18 años y que hubieran estado trabajando en algún momento desde que se decretó el estado de alarma en marzo.

La mayoría de los participantes residían en la Comunidad de Madrid (23,55%), Comunidad Valenciana (13,22%), Andalucía (12,80%), Castilla y León (8,68%) y Cataluña (7,85%). Asimismo, el 1,24% tiene estudios primarios, el 4,54% secundarios obligatorios, el 39,67% Bachillerato (o antiguo COU), el 19,01% ha realizado Formación Profesional, el 28,93% ha realizado una carrera universitaria y el 6,61% un Máster.

4.2. Diseño

Este trabajo se caracteriza por ser un estudio empírico con metodología cuantitativa, ex post facto retrospectivo (Montero y León, 2007). La variable central y dependiente del estudio ha sido la sintomatología de estrés postraumático, la cual se ha tratado de explicar y observar su relación con el resto de variables independientes: sociodemográficas, laborales y psicológicas. La encuesta proporcionada a los participantes se encuentra al final de este trabajo (véase Anexo 2).

4.3. Instrumentos

- Preguntas sociodemográficas: los participantes informaron sobre su género, estado civil, número de personas convivientes actualmente y durante el

confinamiento, si había menores de 16 años o personas de edad avanzada o con patologías, comunidad autónoma de residencia, nivel educativo, su edad y su experiencia laboral.

- Infección de la COVID-19: los participantes respondieron si se habían realizado o no algún test de COVID-19. En caso afirmativo, se preguntaba acerca del resultado del último test (si tenía el virus activo, si había tenido el virus en el pasado, pero ya no, o si fue un resultado negativo).
- Variables laborales: se preguntó sobre el cuerpo al que pertenecían (Policía nacional, Policía local, Policía autonómica, Guardia civil y Fuerzas armadas), el rol principal desempeñado (patrullar, control de fronteras/carreteras y otras medidas relacionadas con confinamientos perimetrales, labores informativas para la ciudadanía, desinfección de zonas, logística, abastecimiento, guardias o vigilancias de estructuras críticas, mando, dirección y coordinación de unidades, traslado de personal enfermo y manejo, traslado y custodia de fallecidos) y si había sido el mismo durante todos estos meses. También se preguntó si habían sufrido agresiones de algún tipo (ej., insultos, agresiones físicas o si les habían tosido, escupido o estornudado sin mascarilla), si habían cubierto crisis de envergadura similar previamente (en caso afirmativo, cuántas), cuánto tiempo pasaban en contacto con otras personas en su trabajo, si consideraban que habían estado trabajando más horas de lo normal y hasta qué punto estaban trabajando en equipo. A su vez, se evaluaron algunas de las principales preocupaciones (miedo al contagio propio, miedo a contagiar a seres queridos, preocupación por los cambios de protocolos y preocupación por la falta de equipos de protección), así como si habían tenido al menos 7 días consecutivos de vacaciones, cuándo había sido el último período vacacional que habían tenido durante los meses de marzo a noviembre y cuántos días abarcó.
- Percepción de gravedad: se evaluó mediante una pregunta *ad hoc* lo grave que consideraban la crisis de la COVID-19, siendo 1 nada grave y 10 muy grave.

- Percepción de reconocimiento: se evaluó mediante una pregunta *ad hoc* el grado de importancia que los participantes asociaban a su labor durante la crisis de la COVID-19, teniendo como opciones: nada o casi nada, poco, bastante y mucho.
- Impact of Event Scale Revised (IES-R; Weiss y Marmar, 1997, adaptación española de Báguena et al., 2001): evalúa la evitación, hiperactivación e intrusión asociadas al TEPT por medio de 22 ítems acerca del grado de malestar y sintomatología que genera la exposición al evento traumático en los últimos 7 días. Consta de 5 opciones de respuesta que van de 0 (nada o casi nada) a 4 (mucho) (Lería y Salgado, 2016). La puntuación total de esta escala puede indicar un estado psicológico normal (0-23), impacto leve (24-32), moderado (33-36) y severo (> 37; Wang et al., 2020). Esta escala tuvo una consistencia interna (α de Cronbach) de ,86 en el estudio de validación (Báguena et al., 2001) y de ,95 en la presente muestra.
- Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS; Maslach et al., 1996, adaptación española de Salanova et al., 2000): está destinado a conocer el *burnout* de los servicios generales, incluyendo las FFCCS y las FFAA. La escala está formada por 3 subescalas (desgaste emocional, cinismo y eficacia profesional) y consta de 15 ítems y 7 opciones de respuesta tipo Likert, siendo 0 “nunca o ninguna vez” y 6 “siempre o todos los días” (Moreno-Jiménez et al., 2001). La consistencia interna (α de Cronbach) en el estudio de validación fue de ,85 para Agotamiento, ,73 para Ineficacia y ,78 para Cinismo (Salanova et al., 2000), aunque no se reportó la fiabilidad total de la escala. En la presente muestra, las subescalas también obtuvieron buena consistencia interna (,94, ,85 y ,90, respectivamente) y la consistencia de la escala total fue de ,75.
- Emotion Regulation Questionnaire – subescala de supresión expresiva (ERQ; Gross y John, 2003, adaptación española de Cabello et al., 2013): esta subescala de 4 ítems mide el grado en que las personas regulan sus emociones suprimiéndolas. Cuenta con 7 opciones de respuesta comprendidas entre

“totalmente en desacuerdo” y “totalmente de acuerdo”. El estudio de validación presenta una consistencia interna (α de Cronbach) de ,75 para la escala de supresión emocional (Cabello et al., 2013), que fue de ,82 en la presente muestra.

- Apoyo social y psicológico recibido: se preguntó a los participantes si habían tenido que distanciarse de sus seres queridos durante el confinamiento por miedo a contagiarles. También se les preguntó si les ofrecían desde su puesto de trabajo alguna ayuda para poder hacer frente a la crisis, con las siguientes opciones de respuesta: No; Sí, ayuda psicológica; Sí, conciliación (ej.: flexibilizar horarios); Sí, incentivo económico; Otro. También se les preguntó si habían acudido a psicoterapia individual durante la pandemia (ofreciendo como alternativas: No; Sí, pero ya estaba en tratamiento antes de la crisis; Sí, he recibido atención psicológica a raíz de la crisis del coronavirus).

4.4. Metodología de investigación

Para la revisión de la literatura de este estudio se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: Google Scholar, PsycINFO, Pubmed, Dialnet y Medline.

Los términos usados fueron “COVID”, “TEPT” y “salud mental”, combinadas con “policías” y “militares”, puesto que son las Fuerzas que componen la muestra de esta investigación. Además, se buscaron estos términos en inglés, francés e italiano, revisando artículos escritos en estos idiomas, puesto que a día de hoy sigue existiendo poca literatura acerca de este tema en las FFCCS y FFAA.

A partir de esto, en este trabajo se han empleado un total de 66 unidades de literatura, incluyendo artículos científicos, tesis doctorales, documentos institucionales, capítulos de libros, manuales diagnósticos y noticias de periódicos.

4.4.1. Procedimiento de recogida de datos

El estudio se realizó por medio de un servicio online de encuestas, denominado LimeSurvey. Los participantes veían una primera pantalla donde se mostraba la hoja

de información y prestaban su consentimiento informado, el cual aseguraba el anonimato y la voluntariedad de la realización de la misma (véase Anexo 3). La difusión del estudio se realizó mediante un correo electrónico profesional y por medio de las redes sociales (WhatsApp, Instagram, Facebook, LinkedIn, Twitter y Telegram).

A través de las redes sociales (sobre todo Twitter e Instagram), se realizó una búsqueda de cuentas oficiales de inspectores, uniones de policías y militares, portavoces de diversas unidades, etc., y se envió un mensaje a más de 500 cuentas explicando la finalidad de la investigación y adjuntando el enlace al cuestionario. Entre estas cuentas se encontraban perfiles personales de miembros de la Policía, de la Guardia Civil y del Ejército y cuentas oficiales como la de la Guardia Civil, las de diversas policías locales (Orihuela, Colmenar Viejo, Móstoles, Gandía, Cangas del Narcea...), la de la Policía Nacional, la del Ejército de Tierra, etc. Muchas de ellas no dieron respuesta y por tanto se desconoce si dieron difusión al estudio o no, si bien la Policía de Orihuela y Gandía sí manifestaron su apoyo en dicha difusión.

Además, se contactó con el portavoz del sindicato de los Mossos d'Esquadra, quien difundió el estudio entre diversos cuerpos de policía. Asimismo, se contactó con la Unidad Militar de Emergencias, quien manifestó su apoyo al estudio. Se contactó también con el Presidente de "Una Policía Para El Siglo XXI", así como con el Presidente de la asociación "Unión de Militares de Tropa - UMT", con el Portavoz de la Unión Federal de Policía (UFP) y con el Portavoz del Sindicato Unificado de Policía (SUP) en el País Vasco, quienes compartieron el estudio con compañeros de profesión y le dieron difusión por medio de diversos grupos de Telegram.

Finalmente, se contactó con un Policía Local de Córdoba que había realizado un estudio sobre esta misma temática, quien dio difusión a la encuesta a compañeros de plantilla, a la Asociación nacional de Agentes Tutores, a la Delegación International Police Association (IPA) de Córdoba, a la Policía Local de Mojácar y a usuarios de un grupo no oficial de Facebook de la Policía Local de Córdoba.

4.4.2. Procedimiento de análisis de datos

Se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas y laborales, así como de la variable central, sintomatología de TEPT.

Posteriormente, para estudiar la relación existente entre esta última variable y las variables sociodemográficas, laborales, la infección por COVID-19 y el apoyo social y psicológico recibido, se realizaron análisis de varianza (ANOVAs) (para variables nominales de 3 o más opciones) y pruebas *t* de Student (para variables dicotómicas) cuando los grupos a comparar tenían más de 30 participantes (estas pruebas son robustas ante violaciones de la normalidad a partir de esa cantidad de casos). Cuando la prueba ANOVA fue significativa, se realizaron pruebas post-hoc para dilucidar entre qué grupos se daban estas diferencias (empleando Games-Howell, puesto que en ningún caso existía homocedasticidad). En los casos de análisis con subgrupos con menos de 30 participantes, se procedió a comprobar la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, dando como resultado en todos los casos ausencia de esta, por lo que se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (análoga a *t* de Student) cuando había dos grupos a comparar y la *H* de Kruskal Wallis (análoga al ANOVA) cuando había tres o más grupos, utilizando en caso de resultado significativo la prueba U de Mann-Whitney para realizar las comparaciones entre los distintos grupos (Pardo y San Martín, 2010).

Asimismo, se computaron correlaciones de Pearson para estudiar la asociación entre la sintomatología de TEPT, la edad, la experiencia, el *burnout* y la supresión emocional. Por otro lado, se realizó una correlación de Spearman para las variables asociadas a las preocupaciones y para la percepción de gravedad y de reconocimiento, dado que se trata de variables ordinales. Por último, se realizó una regresión lineal múltiple escalonada, puesto que hace compatibles los principios de parsimonia y de máximo ajuste, con la sintomatología de TEPT como criterio y todas aquellas variables que resultaron significativas en los análisis previos como predictoras. Este análisis se realizó tras comprobar los 5 supuestos asociados

(normalidad, homocedasticidad, independencia, linealidad y no colinealidad). Los 5 supuestos se cumplieron, puesto que se asumía una distribución normal de los residuales, la variación de los residuos fue uniforme, el estadístico de Durbin-Watson tomó un valor de 2,10, la nube de puntos calculada en el gráfico de dispersión seguía una línea horizontal y en todos los casos el nivel de tolerancia fue mayor de ,10 y el factor de inflación de la varianza (FIV) se aproximó al valor de 1 (Pardo y San Martín, 2010).

5. Resultados

La puntuación media en sintomatología de TEPT fue de 27,89 ($SD = 17,67$), con un valor mínimo de ,00 y máximo de 76,00. Siguiendo los criterios anteriormente mencionados, un total de 81 (33,5%) participantes informaron de un impacto psicológico severo, 13 (5,4%) de un impacto moderado, 33 (13,6%) de un impacto leve y 115 (47,5%) participantes informaron un impacto psicológico mínimo.

La Tabla 1 refleja las características sociodemográficas de la muestra, las medias en sintomatología de TEPT y las pruebas para explorar la relación existente entre ellas. Cabe destacar que el 76,44% de los participantes estaban casados o conviviendo en pareja, el 88,43% convivía con alguien y del 82,64% de aquellos que se habían realizado algún test de COVID-19, el 71,49% del total de participantes del estudio dio negativo. No hubo diferencias significativas en función del género, el estado civil, el número actual de convivientes, el número de convivientes durante el confinamiento, el número de hijos menores de 16 años, los resultados obtenidos en el test de COVID-19, la edad y la experiencia laboral (en todos los casos $p > ,05$).

Sin embargo, sí hubo diferencias entre los profesionales que vivían con personas de edad avanzada o con patologías, quienes mostraron más sintomatología de TEPT ($M = 35,78$) que los que no ($M = 26,85$; $p = ,01$) y entre las FFCCS y FFAA a las que se les había realizado un test de COVID-19 ($M = 28,97$) y a las que no ($M = 22,76$; $p = ,02$).

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra, media en IES-R y la asociación entre ambas

	<i>n</i> (%)	<i>M</i> IES-R (<i>SD</i>)	<i>t</i> / <i>H</i> (gl)	<i>p</i>
Género				
Hombre	211 (87,19%)	27,71 (17,58)	,42 (240)	,67
Mujer	31 (12,81%)	29,12 (18,53)		
Estado civil				
Soltero/a	46 (19,01%)	26,43 (16,11)	,52 (2)	,77
Casado/a o conviviendo en pareja	185 (76,44%)	28,37 (18,00)		
Divorciado/a	11 (4,55%)	25,90 (19,43)		
Hijos < 16 años				
Ninguno	115 (47,52%)	27,09 (16,82)	4,1 (3)	,25
Uno	59 (24,38%)	25,66 (18,39)		
Dos	59 (24,38%)	30,76 (18,31)		
Tres o más	9 (3,72%)	33,88 (18,52)		
Edad avanzada o patologías				
Sí	28 (11,57%)	35,78 (16,76)	2119	,01
No	214 (88,43%)	26,85 (17,56)		
Convivientes				
Uno	28 (11,57)	25,71 (18,66)	3,26 (4)	,52
Dos	63 (26,03%)	29,46 (18,78)		
Tres	61 (25,20%)	24,95 (15,86)		
Cuatro	75 (31%)	29,82 (17,27)		
Cinco o más	15 (6,20%)	20,19 (5,21)		
Conv. confinamiento				
Solo/a	32 (13,22%)	27,75 (19,27)	2,57 (4)	,63
Con pareja	55 (22,73%)	28,78 (18,38)		
Con pareja e hijos	129 (53,31%)	27,59 (17,50)		
Con compañeros/as piso	10 (4,13%)	20,30 (11,10)		
Otro	16 (6,61%)	32,25 (16,84)		
Test COVID-19				
Sí	200 (82,64%)	28,97 (18,04)	2,36 (68,63)	,02

No	42 (17,36%)	22,76 (14,94)		
Resultados test				
COVID-19				
Virus activo	12 (4,96%)	38,00 (16,92)	3,34 (2)	,19
Virus en el pasado	15 (6,20%)	27,00 (15,68)		
Negativo	173 (71,49%)	28,51 (18,22)		
	<i>M</i>	Mínimo	Máximo	<i>r</i> <i>p</i>
Edad	41,99	21	62	- ,04 ,56
Experiencia laboral	17,95	1	40	- ,03 ,66

La Tabla 2 muestra las características laborales de la muestra, los niveles de síntomas de TEPT en los diferentes subgrupos y las pruebas de diferencias de medias. A raíz de los datos obtenidos, se observa que el rol más habitual fue el patrullaje (53,72%). El 78,93% dijo haber estado en contacto con otras personas todo o casi todo el tiempo y el 42,56% haber trabajado bastante tiempo en equipo. Además, cabe destacar que menos de la mitad (36,78%) no tenía experiencia en crisis previas y un 24,79% había sufrido alguna agresión estando de servicio durante la pandemia.

En lo referido al cuerpo, la Policía Local mostró mayor sintomatología de TEPT ($M = 31,64$) que las Fuerzas Armadas ($M = 21,73$; $p < ,001$). Respecto al rol principal desempeñado, los participantes que patrullaron mostraron más síntomas de TEPT ($M = 30,59$) que otros tres roles: logística ($M = 13,33$, $p = ,002$), control de fronteras/carreteras y otras medidas relacionadas con confinamientos perimetrales ($M = 21,52$, $p = ,01$) y mando, dirección y coordinación de unidades ($M = 24,72$, $p = ,03$). Además, mostraron mayor sintomatología de TEPT los profesionales encargados de la desinfección de zonas ($M = 34,10$, $p = ,03$) y guardias y vigilancias de estructuras críticas ($M = 28,64$, $p = ,02$) en comparación con los encargados de logística ($M = 13,33$).

Asimismo, los participantes que reportaron tener contacto todo o casi todo el tiempo ($M = 29,54$, $p = ,01$) mostraron más sintomatología de TEPT que aquellos que

indicaron tener contacto a menudo con otras personas ($M = 21,77$; $p = ,01$). Por otro lado, las personas que percibían estar trabajando más horas de lo que correspondía ($M = 30,72$) y aquellas que habían sufrido al menos una agresión ($M = 36,55$) presentaban más sintomatología que aquellas que no tenían dicha percepción de sobreesfuerzo ($M = 25,61$; $p = ,02$) y que aquellas que no habían sufrido ninguna agresión ($M = 25,04$; $p < ,001$). Por otro lado, no hubo diferencias en función de si durante todos los meses de pandemia el rol había sido el mismo o no, la experiencia en crisis previas y el número de ellas, la percepción de trabajo en equipo o los tipos de agresiones sufridas ($p > ,05$ en todos los casos).

Tabla 2

Características laborales de la muestra, media en IES-R y diferencias de medias entre grupos

	<i>n</i> (%)	<i>M</i> IES-R (SD)	<i>t</i> / <i>H</i> (gl)	<i>p</i>
Cuerpo				
Policía nacional	57 (23,6%)	28,09 (16,40)	14,27 (4)	,01
Policía local	56 (23,14%)	31,64 (15,22)		
Policía autonómica	14 (5,79%)	31,93 (17,21)		
Guardia civil	56 (23,14%)	29,43 (19,77)		
Fuerzas armadas	59 (24,38%)	21,73 (17,98)		
Rol				
Patrullar	130 (53,72%)	30,59 (15,78)	18,56 (8)	,02
Control de fronteras	23 (9,50%)	21,52 (19,60)		
Labores informativas	13 (5,37%)	25,30 (18,89)		
Desinfección zonas	10 (4,13%)	34,10 (24,88)		
Logística	9 (3,72%)	13,33 (12,25)		
Abastecimiento	5 (2,06%)	27,00 (16,50)		
Guardias/vigilancias	14 (5,79%)	28,64 (17,05)		
Mando, dirección, etc.	37 (15,29%)	24,72 (19,74)		
Traslado de enfermos	1 (,41%)	37,00 (-)		
Mismo rol				
Sí	193 (79,75%)	28,79 (17,35)	1,57 (240)	,12
No	49 (20,25%)	24,37 (18,65)		

Contacto personas				
Nunca o casi nunca	2 (.83%)	33,00 (32,52)		
Rara vez	4 (1,65%)	25,00 (23,42)	9,73 (4)	,05
Algunas veces	6 (2,48%)	15,50 (11,13)		
A menudo	39 (16,12%)	21,77 (15,81)		
Todo o casi todo el tiempo	191 (78,93%)	29,54 (17,68)		
Crisis previas				
Sí	89 (36,78%)	27,00 (19,02)	,60 (240)	,55
No	153 (63,22%)	28,41 (16,87)		
Nº de crisis anteriores				
Una	32 (13,22%)	24,69 (16,44)		
Dos	26 (10,74%)	25,50 (21,67)	5,2 (3)	,16
Tres	8 (3,31%)	19,86 (12,98)		
Cuatro o más	23 (9,50%)	34,39 (19,83)		
Más horas de trabajo				
Sí	108 (44,63%)	30,72 (18,02)	2,26 (240)	,02
No	134 (55,37%)	25,61 (17,11)		
Trabajo en equipo				
Nada o casi nada	9 (3,72%)	38,77 (21,38)		
Poco	49 (20,25%)	27,10 (17,66)	4,45 (3)	,22
Bastante	103 (42,56%)	26,15 (17,36)		
Mucho	81 (33,47%)	29,37 (17,43)		
Agresión (cualquiera)				
Sí	60 (24,79%)	36,55 (17,36)	4,55 (240)	< ,001
No	182 (75,21%)	25,04 (16,86)		
Tipo de agresión ^a				
Escupir, toser, estornudar	20 (8,26%)	38,70 (15,34)	,33 (58)	,51
Verbal	40 (16,53%)	36,37 (16,68)	,04 (58)	,91
Física	40 (16,53%)	35,95 (16,66)	,15 (58)	,71
Otra	17 (7,02%)	42,11 (19,81)	1,86 (58)	,12

Nota. ^a Para cada tipo de agresión se ha comparado al grupo de participantes que la ha recibido con el grupo de participantes que no ha recibido dicho tipo, pero sí cualquier otro.

La Tabla 3 muestra las percepciones de gravedad ante la pandemia y del propio reconocimiento acerca del ejercicio laboral, así como las preocupaciones sobre la situación actual, tanto a nivel de contagio como a nivel profesional. Respecto a las

preocupaciones, el miedo a contagiar a seres queridos ($M = 3,67$) presentaba una mayor prevalencia, seguida por la preocupación por los cambios de protocolos ($M = 3,36$) y por la falta de equipos de protección ($M = 3,34$). Aunque las cuatro preocupaciones mostraban una asociación significativa con la sintomatología de TEPT, fue el miedo al contagio propio ($\rho = ,45, p < ,001$) la que mostraba una mayor relación con el TEPT, seguida por la preocupación por la falta de equipos de protección ($\rho = ,35, p < ,001$).

En lo referido a las percepciones, es la de gravedad la que presenta mayor relación con el TEPT ($\rho = ,29; p < ,001$), frente a la percepción del reconocimiento sobre el propio trabajo desempeñado ($\rho = ,14; p = ,03$).

Tabla 3

Correlaciones de Spearman entre sintomatología y percepciones subjetivas

	M (SD)	ρ
Preocupaciones (1-4)		
Miedo al contagio propio	2,87 (.8)	,45***
Miedo a contagiar a seres queridos	3,67 (.57)	,29***
Preocupación por los cambios de protocolos	3,36 (.77)	,20**
Preocupación por la falta de equipos de protección	3,34 (.81)	,35***
Percepciones subjetivas		
Gravedad (1-10)	8,03 (1,66)	,29***
Reconocimiento (1-4)	3,17 (.86)	,14*

Nota. * $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

En la Tabla 4 se pueden observar las puntuaciones obtenidas en las variables asociadas al descanso y su relación con la sintomatología postraumática. El 90,91% afirmaba haber tenido al menos 7 días de descanso consecutivos desde el inicio de la pandemia. El 28,51% de estas personas tuvo entre 2 y 3 semanas de vacaciones, siendo el mes de agosto en el que más profesionales descansaron (31,40%).

No se encuentran diferencias en función de si habían disfrutado o no de, al menos, 7 días de descanso desde que comenzó la pandemia ($p > ,05$). Sin embargo, sí se observa que aquellas personas que tuvieron su último período de vacaciones en Junio ($M = 38,87$) mostraban mayor sintomatología de TEPT que aquellas que las tuvieron en Julio ($M = 23,61$, $p = ,03$) o Agosto ($M = 25,98$, $p = ,04$). Por último, los participantes que tuvieron entre 1 y 2 semanas de vacaciones ($M = 33,76$) mostraron mayor sintomatología que los que tuvieron más de 3 semanas ($M = 22,22$, $p = ,001$).

Tabla 4

Variables de descanso y su relación con síntomas de TEPT

	<i>n (%)</i>	<i>M IES-R (SD)</i>	<i>U/H/F (gl)</i>	<i>p</i>
7 días de descanso				
Sí	220 (90,91%)	27,20 (16,96)	1978	,16
No	22 (9,09%)	34,72 (23,02)		
Vacaciones (último mes)				
Marzo	1 (,41%)	-		
Abril	2 (,83%)	36,00 (32,52)		
Mayo	-	-		
Junio	8 (3,31%)	38,87 (17,46)	6,18 (7)	,52
Julio	39 (16,12%)	23,61 (13,83)		
Agosto	76 (31,40%)	25,98 (15,74)		
Septiembre	27 (11,16%)	29,92 (20,64)		
Octubre	30 (12,40%)	27,27 (16,64)		
Noviembre	37 (15,29%)	28,29 (18,72)		
Número de días consecutivos				
Una semana	59 (24,38%)	24,39 (17,92)	5,23 (3;216)	,002
Entre una y dos semanas	33 (13,64%)	33,76 (15,25)		
Entre dos y tres semanas	69 (28,51%)	27,21 (17,22)		
Más de tres semanas	59 (24,38%)	22,22 (15,96)		

La Tabla 5 muestra los datos obtenidos en lo referido al apoyo social y al apoyo psicológico. Cabe destacar que el 88,84% se distanció en algún momento de sus

seres queridos como medida preventiva y el 72,31% dijo no haber recibido ninguna ayuda desde su puesto de trabajo.

Las personas que se distanciaron de sus familiares y amigos por miedo a contagiarles ($M = 28,90$) presentaron mayor sintomatología de TEPT que aquellas que no se distanciaron ($M = 19,85$; $p = ,01$). Por otro lado, no hubo diferencias entre quienes habían realizado psicoterapia individual y los que no, ni entre a los que se les había ofrecido algún tipo de ayuda desde su puesto de trabajo y a los que no ($p > ,05$). Tampoco hubo diferencias respecto al tipo de ayuda específica ofrecida en el trabajo, a excepción de la ayuda psicológica, donde se observó que las personas a las que sí se les ofreció este tipo de ayuda desde su puesto de trabajo ($M = 17,33$) mostraron menor sintomatología de TEPT que aquellas personas a las que no se les ofreció ($M = 28,89$; $p = ,004$).

Tabla 5

Apoyo social y psicológico y su relación con sintomatología de TEPT

	<i>n (%)</i>	<i>M IES-R (SD)</i>	<i>t / H (gl)</i>	<i>p</i>
Distanciamiento				
Sí	215 (88,84%)	28,90 (17,83)	2009	,01
No	27 (11,16%)	19,85 (14,20)		
Apoyo trabajo				
Sí	67 (27,69%)	24,32 (17,63)	1,952 (240)	,05
No	175 (72,31%)	29,25 (17,54)		
Tipo de ayuda derivada del trabajo				
Ayuda psicológica	21 (8,68%)	17,33 (15,26)	2,91 (240)	,004
Conciliación	48 (19,83%)	25,43 (18,11)	1,08 (240)	,28
Incentivo económico	1 (,41%)	12,00 (-)	,84 (240)	,37
Otro	11 (4,54%)	24,00 (13,16)	,37 (240)	,46
Psicoterapia individual				
No	236 (97,52%)	27,70 (17,71)	1,8 (2)	,41
Sí, pero ya lo estaba de antes	3 (1,24%)	31,00 (21,16)		
Sí, a raíz de la COVID-19	3 (1,24%)	39,66 (9,86)		

En la Tabla 6 se muestran las correlaciones de Pearson de síntomas de TEPT con *burnout* y supresión emocional. En ambos casos las correlaciones fueron significativas. La variable *burnout* tuvo una correlación directa con el TEPT más fuerte que la supresión emocional.

Tabla 6

Correlaciones de Pearson entre sintomatología y burnout y supresión emocional

	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>
Burnout	46,56 (11,04)	,53***
Supresión emocional	14,77 (5,41)	,22***

Nota. *** $p < ,001$

Por último, con el fin de ver de qué manera las variables que han resultado significativas en los anteriores análisis explican la sintomatología de TEPT al considerarse en conjunto, se llevó a cabo una regresión lineal múltiple escalonada o por pasos, cuyos resultados figuran en la Tabla 7. El modelo mostró un buen ajuste ($p < ,05$), explicando un 41% de la variabilidad de la sintomatología de TEPT.

Los resultados indican que las variables de *burnout*, miedo al contagio propio, ser miembro de las FFAA, haberse realizado un test de COVID-19, haber sufrido una agresión, convivir con personas de edad avanzada o con patologías y la percepción de gravedad sobre la pandemia, predicen significativamente el nivel de sintomatología de TEPT.

Los mayores niveles de *burnout* y el mayor miedo al contagio propio, el convivir con personas de edad avanzada o con patologías y el tener una mayor percepción de gravedad acerca de la pandemia de COVID-19, implican una mayor sintomatología de TEPT. Por otro lado, ser miembro de las FFAA, no haber sufrido ninguna agresión durante el ejercicio de la profesión durante estos meses de crisis sanitaria y no haberse realizado un test de COVID-19 se relacionaron con menor sintomatología de TEPT.

Tabla 7*Regresión lineal múltiple para la variable de síntomas de TEPT*

VARIABLES INCLUIDAS	R^2	R^2 corregida	$F (p)$	β	t	p
Paso 7	,43	,41	22,83 (< ,001)			
Burnout				,48	8,01	< ,001
Miedo al contagio propio				,30	5,13	< ,001
Cuerpo (FFAA)				-,22	-4,04	< ,001
Test COVID-19				-,16	-3,00	,003
Agresión				-,14	-2,57	,01
Edad avanzada o patologías				,12	2,25	,03
Percepción de gravedad				,12	2,14	,03

6. Discusión y conclusiones

A raíz de los datos recopilados durante todo el estudio, puede afirmarse que la pandemia de COVID-19 ha tenido importantes consecuencias en la salud mental de las FFCCS y FFAA, obteniéndose en casi el 40% de los participantes un impacto psicológico moderado o severo.

A diferencia de lo que cabría esperar, no se han encontrado diferencias en lo que respecta al género, algo que puede deberse al bajo volumen de participantes ($N = 242$) o a la poca homogeneidad en cuanto al número de hombres ($n = 211$) y mujeres ($n = 31$), por lo que, aunque los datos previos parecen indicar que las mujeres presentan mayor sintomatología de TEPT (González-Sanguino et al., 2020; Vagni et al., 2020), serían necesarias más investigaciones para poder realizar dicha afirmación. Por otro lado, la edad y la experiencia laboral tampoco mostraron diferencias. Como consecuencia de la baja unanimidad en las investigaciones anteriores (Bowler et al.,

2010; Carmassi et al., 2020; Darensburg et al., 2006; Jetelina et al., 2020; Rodríguez et al., 2020; Van der Meer et al., 2017), sería necesario realizar estudios longitudinales.

Las diferencias encontradas entre los que se han realizado un test de COVID-19 y los que no, independientemente de su resultado, podría deberse a la incertidumbre mencionada por Stogner et al. (2020), quienes exponían que suponía un factor de riesgo operativo. Esta podría estar asociada con el tiempo de espera de los resultados, sin saber si se está contagiado o no. No obstante, sería necesario realizar más investigaciones para poder obtener una explicación a estos resultados.

Por otro lado, en lo que se refiere al cuerpo, se ha observado que son las FFAA quienes presentan menor sintomatología de TEPT, a diferencia de lo expuesto por Jetelina et al. (2020). Este resultado podría deberse a que, puesto que el rol más asociado al TEPT es el patrullaje, tal y como se mostraba en anteriores investigaciones (Carmassi et al., 2020; Stogner et al., 2020) y en el estudio actual, y dado que este rol es propio de las FFCCS, entre las FFAA puede haberse dado un menor contacto con la ciudadanía, encargándose de otras labores (abastecimiento, logística, mando y dirección, etc.).

En lo que se refiere al trabajo durante un mayor número de horas y los pocos días de descanso desde que se inició la pandemia, se podría afirmar que suponen factores de riesgo de cara al desarrollo de TEPT (Queirós et al., 2020). Los participantes que percibían estar trabajando más horas de lo normal (44,63%) y los que han tenido menos de 3 semanas de vacaciones (66,53%) presentaron mayor sintomatología. Por tanto, el descanso de las FFCCS y FFAA ante esta situación tan estresante que se está viviendo a nivel mundial podría ser un factor fundamental para poder prevenir el impacto psicológico que tiene la crisis en estos profesionales.

Por otro lado, uno de los resultados más significativos ha sido el asociado con haber sufrido o no una agresión, tal y como se esperaba a raíz de estudios anteriores (Carvajal, 2018; Queirós et al., 2020). En el presente estudio, una cuarta parte de la

muestra había sufrido alguna agresión durante el ejercicio de su profesión desde el comienzo de la pandemia, relacionándose con mayor sintomatología de TEPT.

Asimismo, la preocupación por el propio contagio y el de los seres queridos, así como por los cambios de protocolos y por la falta de equipos de protección parecen ser factores de riesgo en el desarrollo de TEPT. Los dos primeros compondrían los factores operativos, mientras que los dos segundos serían de tipo organizacional (Queirós et al., 2020). Por tanto, parece que, tal y como decía Juárez-García (2020), los factores más relevantes serían una mezcla entre operativos y organizacionales.

Según los datos obtenidos, convivir con personas de edad avanzada o con patologías, así como la falta de apoyo tanto social como laboral parecen ser factores de riesgo para el TEPT, puesto que aquellos profesionales que no han recibido estos tipos de ayuda presentan mayor sintomatología, tal y como cabría esperar según los resultados encontrados por Acquadro et al. (2020), Jetelina et al. (2020), Edwards y Kotera (2020) y Lázaro-Pérez et al. (2020). Asimismo, solo 6 personas han realizado psicoterapia individual, por lo que sería necesario realizar estudios longitudinales que pudieran confirmar su relación con el TEPT. Asimismo, el reseñable que solo el 2,48% haya recibido este tipo de ayuda, algo que podría deberse a lo que ya comentaban Jetelina et al. (2020) y Edwards y Kotera (2020) en sus estudios, el miedo acerca de la confidencialidad, las creencias acerca de que los psicoterapeutas no entenderían su profesión y el estigma que existe en este grupo poblacional con respecto a la salud mental y la masculinidad.

Asimismo, en lo que respecta a la supresión emocional, en diversos estudios se comentaba que esta parecía ser un factor de riesgo para el TEPT (Badura, 2003; Brady et al., 2017; Caslin et al., 2006), algo que los datos de este estudio apoyan.

Por otro lado, en el presente estudio se ha observado una correlación positiva entre el *burnout* y el TEPT, no obstante, tal y como se planteaba al principio del trabajo, no se han encontrado suficientes estudios que corroboren que el *burnout* es un factor de riesgo de TEPT (Jaegers et al., 2019; Jo et al., 2018).

La limitación principal de este estudio está en su carácter transversal y no experimental, lo cual no ha permitido estudiar causalidades, por lo que sería necesario superar este problema con futuros estudios. Esto afecta sobre todo a las variables de *burnout* y supresión emocional, puesto que las investigaciones previas (Badura, 2003; Brady et al., 2017; Casenave, 2009; Caslin et al., 2006; Jaegers et al., 2019; Jo et al., 2018) no tienen claro el papel que juegan en relación al TEPT, por lo que es fundamental realizar estudios longitudinales que ayuden a aclarar la función que cumplen. No obstante, estas variables, al igual que el bajo apoyo social, familiar y laboral, los cortos períodos de descanso, convivir con personas de edad avanzada, haber sufrido alguna agresión, tener la percepción de extrema gravedad de la pandemia, así como de bajo reconocimiento del propio trabajo, realizar patrullajes, ser miembro de las FFCCS, tener miedo al contagio y realizarse algún test de COVID-19, podrían ser indicadores de presencia de TEPT (aunque no necesariamente las causas de este) por lo que sería importante que los profesionales pudieran tenerlos en consideración de cara a detectar un posible impacto psicológico en otros compañeros o subordinados. Además, sería recomendable fomentar el apoyo psicológico desde estos puestos de trabajo para poder prevenir severos impactos en la salud mental.

Otra de las limitaciones fundamentales de este estudio es que muchos subgrupos cuentan con pocos participantes, siendo el caso más notable el de la psicoterapia individual. Esto impide tomar de manera contundente los resultados obtenidos, por lo que se necesitarían más estudios que evaluaran estas variables.

También cabe destacar como limitación de este trabajo que hubo dos opciones de rol, el “traslado de personal enfermo” y “manejo, traslado y custodia de fallecidos”, que se incluyeron más tarde en el cuestionario tras la recomendación de un miembro de la Unidad Militar de Emergencias. La primera de estas opciones solo fue elegida por un participante, mientras que la segunda, no la eligió ninguno. La inclusión de estos roles desde el principio hubiera sido necesaria, ya que las FFAA eran en su

mayoría las encargadas de tales labores, lo cual sería necesario tener en cuenta en futuras investigaciones de cara a esclarecer el impacto de los diferentes tipos de roles.

En conclusión, el impacto psicológico que la COVID-19 está teniendo en los profesionales de las FFCCS y las FFAA es alto, ocasionando consecuencias muy negativas para la salud de estos profesionales. Ante la incertidumbre que existe sobre la actual pandemia y el conocimiento acerca de los factores de riesgo para la salud mental de estos trabajadores se deberían de empezar a adoptar medidas que garanticen una atención eficaz y que contribuyan a la prevención de malestar psicológico de cara a posibles futuras crisis o situaciones estresantes a las que se puedan ver expuestos estos profesionales.

7. Referencias

- Acquadro, M. D., Zito, M., y Colombo, L. (2020). Secondary traumatic stress in Italian police officers: the role of job demands and job resources. *Frontiers in psychology*, 11, 1435. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01435>
- Alves, J. S. C., Bendassolli, P. F., y Gondim, S. M. G. (2017). Trabalho emocional e burnout: um estudo com policiais militares. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 459-472. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4505>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición)*. Editorial Médica Panamericana. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Aurrecoechea, V. R. G., Rodríguez-Kuri, S. E., Alcaráz, A. J. C., y Fernández-Cáceres, C. (2016). Alexitimia y consumo de drogas en hombres y mujeres en tratamiento. *Revista Internacional de investigación en adicciones*, 2(2), 13-21. <https://doi.org/10.28931/riiad.2016.2.03>
- Badura, A. S. (2003). Theoretical and empirical exploration of the similarities between emotional numbing in posttraumatic stress disorder and alexithymia. *Anxiety Disorders*, 17, 349-360. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(02\)00201-3](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(02)00201-3)
- Báguena, M., Villarroya, E., Beleña, A., Amelia, D., Roldán, C., Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 581-604. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7061433>
- Bowler, R. M., Han, H., Gocheva, V., Nakagawa, S., Alper, H., DiGrande, L., y Cone, J. E. (2010). Gender differences in probable posttraumatic stress disorder among police responders to the 2001 World Trade Center terrorist attack. *American journal of industrial medicine*, 53(12), 1186-1196. <https://doi.org/10.1002/ajim.20876>

- Bowler, R., Harris, M., Li, J., Gocheva, V., Stellman, S., Wilson, K., Alper, H., Schwarzer, R., y Cone, J. (2012). Longitudinal mental health impact among police responders to the 9/11 terrorist attack. *American Journal Industrial Medicine*, 55(4), 297-312. <https://doi.org/10.1002/ajim.22000>
- Brady, R. E., Bujarski, S. J., Feldner, M. T., y Pyne, J. M. (2017). Examining the effects of alexithymia on the relation between posttraumatic stress disorder and over-reporting. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/tra0000155>
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., y Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234–240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Calatroni, M. I. (2003). SARS: Síndrome Respiratorio Agudo Severo o Enfermedad de Urbani. *Revista de la Facultad de Medicina*, 26(2), 89-93. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692003000200003
- Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C. A., Bui, E., y Dell'Osso, L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 292, 113312. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>
- Carvajal, C. (2018). Posttraumatic stress disorder as a diagnostic entity—clinical perspectives. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(3), 161-168. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/ccarvajal>
- Casenave, C. P. (2009). Exigencia y carga emocional del trabajo policial: la intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9(1), 171-196. <https://masterforense.com/pdf/2009/2009art8.pdf>
- Caslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S. R., Liberman, A., Weiss, D. S., Fagan, J., y Marmar, C. R. (2006). Alexithymia and PTSD symptoms in urban police officers:

- Cross-sectional and prospective findings. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(3), 361-373. <https://doi.org/10.1002/jts.20133>.
- Caycho-Rodríguez, T., Carbajal-León, C., Vilca, L. W., Heredia-Mongrut, J., y Gallegos, M. (2020). COVID-19 y salud mental en policías peruanos: resultados preliminares. *Acta Médica Peruana*, 37(3), 396-398. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.373.1503>
- Cone, J. E., Li, J., Kornblith, E., Gocheva, V., Stellman, S. D., Shaikh, A., Schwarzer, R., Rosemarie, M., y Bowler, R. M. (2015). Chronic probable PTSD in police responders in the world trade center health registry ten to eleven years after 9/11. *American Journal of Industrial Medicine*, 58(5), 483-493. <https://doi.org/10.1002/ajim.22446>
- Cuerpo Nacional de Policía (24 de noviembre de 2020). *Más igualdad y más denuncias, claves de la Policía Nacional para luchar contra la violencia de género*. https://www.policia.es/prensa/20191124_1.html
- Darensburg, T., Andrew, M. E., Hartley, T. A., Burchfiel, C. M., Fekedulegn, D., y Violanti, J. M. (2006). Gender and age differences in posttraumatic stress disorder and depression among Buffalo police officers. *Traumatology*, 12, 220-228. <https://doi.org/10.1177/1534765606296271>
- Drew, J. M., y Martin, S. (2020). Mental health and well-being of police in a health pandemic: Critical issues for police leaders in a post-COVID-19 environment. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 5(2), 31-36. <https://doi.org/10.35502/jcswb.133>
- Edwards, A. M., y Kotera, Y. (2020). Mental health in the UK Police Force: a qualitative investigation into the stigma with mental illness. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Publicación online avanzada. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00214-x>

- Flavin, J. (1998). Police and HIV/AIDS: The risk, the reality, the response. *American Journal of Criminal Justice*, 23(1), 33-58. <https://doi.org/10.1007/BF02887283>
- Frenkel, M. O., Giessing, L., Egger-Lampl, S., Hutter, V., Oudejans, R. R., Kleygrewe, L., Jaspaert, E., y Plessner, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on European police officers: Stress, demands, and coping resources. *Journal of criminal justice*, 72, 101756. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2020.101756>
- García-Castro, T. (2015). El estrés policial. *Seguridad y Salud en el Trabajo*, 84, 15-26. [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:wVviJaTHKEAJ:scholar.google.com/+Garc%C3%ADa+Castro,+T.+\(2015\).+El+estr%C3%A9s+policial.%C2%A0Seguridad+y+Salud+en+el+Trabajo,+N%C2%BA84,%C2%A015.&hl=es&as_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:wVviJaTHKEAJ:scholar.google.com/+Garc%C3%ADa+Castro,+T.+(2015).+El+estr%C3%A9s+policial.%C2%A0Seguridad+y+Salud+en+el+Trabajo,+N%C2%BA84,%C2%A015.&hl=es&as_sdt=0,5)
- González-Ordi, H., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., y Iruarrizaga, I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 207-217. <https://psycnet.apa.org/record/2005-07190-005>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. A., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., y Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Griffith, J. (2020). *Man spit on officers, claimed to have COVID-19 during domestic incident arrest, police say*. NBC News. <https://www.nbcnews.com/news/us-news/man-spit-officersclaimed-have-covid-19-during-domestic-incident-n1184356>
- Gross, J.J., y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

- Guimón, P. (2020). *Aniversario del 11-S: Estados Unidos recuerda una tragedia desde el centro de otra*. El País. <https://elpais.com/internacional/2020-09-11/aniversario-del-11-s-estados-unidos-recuerda-una-tragedia-desde-el-centro-de-otra.html>
- Hayes, G., y Hymas, C. (2020). *At least 30 officers a day are being spat or coughed at, as a police leader demands jail for “weaponising” coronavirus*. The Telegraph. <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/04/24/least-30-officers-day-spat-coughed-police-leader-demands-jail/>
- Jaegers, L. A., Matthieu, M. M., Vaughn, M. G., Werth, P., Katz, I. M., y Ahmad, S. O. (2019). Posttraumatic stress disorder and job burnout among jail officers. *Journal of occupational and environmental medicine*, 61(6), 505-510. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001600>
- Jennings, W. G., y Perez, N. M. (2020). The Immediate Impact of COVID-19 on Law Enforcement in the United States. *American Journal of Criminal Justice*, 45, 690-701. <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09536-2>
- Jetelina, K. K., Molsberry, R. J., Gonzalez, J. R., Beauchamp, A. M., y Hall, T. (2020). Prevalence of mental illness and mental health care use among police officers. *JAMA network open*, 3(10), e2019658. <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19658>
- Jo, I., Lee, S., Sung, G., Kim, M., Lee, S., Park, J., y Lee, K. (2018). Relationship between burnout and PTSD symptoms in firefighters: the moderating effects of a sense of calling to firefighting. *International archives of occupational and environmental health*, 91(1), 117-123. <https://doi.org/10.1007/s00420-017-1263-6>
- Juárez-García, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*, 52(4), 432-439. <https://doi.org/10.18273/revsal>
- Laufs, J., y Waseem, Z. (2020). Policing in pandemics: A systematic review and best practices for police response to COVID-19. *International journal of disaster risk reduction*, 51, 101812. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101812>

- Lázaro-Pérez, C., Martínez-López, J. Á., y Gómez-Galán, J. (2020). COVID-19 Pandemic and Death Anxiety in Security Forces in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7760. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217760>
- Lennie, S. J., Sarah, E. C., y Sutton, A. (2020). Robocop-The depersonalisation of police officers and their emotions: A diary study of emotional labor and burnout in front line British police officers. *International Journal of Law, Crime and Justice*, 61, 100365. <https://doi.org/10.1016/j.ijlcrj.2019.100365>
- Lería, D. F., y Salgado, R. J. (2016). Estrés post-traumático y estrés subjetivo en estudiantes universitarios tras aluvión de barro. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 129-141. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459551383003>
- Marquina-Medina, R., y Jaramillo-Valverde, L. (2020). El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población. *Scielo Preprints*. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/452/560/567>
- Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (3rd ed.). Consulting Psychologists Press. https://www.researchgate.net/profile/Christina_Maslach/publication/277816643_The_Maslach_Burnout_Inventory_Manual/links/5574dbd708aeb6d8c01946d7.pdf
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González-Ordí, H. G., y Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y salud*, 15(3), 293-304. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617834004>
- Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. (2021). Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200417_ITCoronavirus.pdf

- Molina-Valencia, N. (2020). *Psicología en contextos de COVID-19, desafíos poscuarentena en Colombia*. Ascofapsi. <https://www.researchgate.net/publication/342847262> Psicología en contextos de COVID-19 desafíos poscuarentena en Colombia
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of clinical and Health psychology*, 7(3), 847-862. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770318>
- Morales-Rodríguez, P. P., Medina-Amor, J. L., Gutiérrez-Ortega, C., Abejaro-de Castro, L. F., Hijazo-Vicente, L. F., y Losantos-Pascual, R. J. (2016). Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española. *Sanidad Militar*, 72(2), 116-124. <http://scielo.isciii.es/pdf/sm/v72n2/informes1.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., y Escobar Redonda, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y estrés*, 7(1), 69-78. <http://www.integraorg.com/wp-content/docs/La%20Evaluacion%20del%20Burnout%20Profesional.pdf>
- Papazoglou, K., Blumberg, D. M., Schlosser, M. D., y Collins, P. I. (2020). Policing during COVID-19: Another day, another crisis. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 5(2), 39-41. <https://doi.org/10.35502/jcswb.130>
- Pardo, A., y San Martín, R. (2010). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II* (2a ed.). Síntesis.
- Pineda, J. L. P., y Bonilla, C, M. (2017). *Trastorno de estrés postraumático en personal de las Fuerzas Militares y Policías, revisión sistemática* (Tesis doctoral). Universidad del Rosario. <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13504>
- Portilla-Velarde, K. M. P., y Avalos-Mendocilla, E. D. A. (2018). Trastorno de estrés postraumático desde un caso clínico. *Revista Médica de Trujillo*, 13(1). 35-40. <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/1754>

- Queirós, C., Passos, F., Bártolo, A., Faria, S., Fonseca, S. M., Marques, A. J., Silva, C. F., y Pereira, A. (2020). Job stress, burnout and coping in police officers: relationships and psychometric properties of the Organizational Police Stress Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6718. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186718>
- Rivera, P. (2020, 25 de julio). Ocho policías aislados tras ser escupidos por un detenido que dio positivo en coronavirus. El Español. https://cronicaglobal.elespanol.com/vida/ocho-policias-aislados-escupidos-detenido-positivo-coronavirus_361398_102.html
- Robinson, H. M., Sigman, M. R., y Wilson, J. P. (1997). Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. *Psychological Reports*, 81(3), 835-845. <https://doi.org/10.2466/pr0.1997.81.3.835>
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., y Bueno-Guerra, N. (2020). Working in the Times of COVID-19. Psychological Impact of the Pandemic in Frontline Workers in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8149. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218149>
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens Gumbau, S., Silla, P., y Grau Gumbau, R. M. (2000). Desde el burnout al engagement: ¿una nueva perspectiva? *Journal of work and organizational psychology*, 16(2), 117-134. <https://journals.copmadrid.org/jwop/art/7c590f01490190db0ed02a5070e20f01>
- Sasangohar, F., Jones, S. L., Masud, F. N., Vahidy, F. S., y Kash, B. A. (2020). Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: lessons learned from a high-volume intensive care unit. *Anesthesia and analgesia*, 131(1), 106-111. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004866>
- Stogner, J., Miller, B. L., y McLean, K. (2020). Police stress, mental health, and resiliency during the COVID-19 pandemic. *American journal of criminal justice*, 45(4), 718-730. <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09548-y>

- Unión de Guardias Civiles (20 de julio de 2020). *Las mujeres en la Guardia Civil: 5 datos curiosos en la historia*. <https://www.uniongc.org/las-mujeres-en-la-guardia-civil-5-datos-curiosos-en-la-historia/>
- Vagni, M., Giostra, V., Maiorano, T., Santaniello, G., y Pajardi, D. (2020). Personal Accomplishment and Hardiness in Reducing Emergency Stress and Burnout among COVID-19 Emergency Workers. *Sustainability*, 12(21), 9071. <https://doi.org/10.3390/su12219071>
- Van der Meer, C. A., Bakker, A., Smit, A. S., van Buschbach, S., den Dekker, M., Westerveld, G. J., Hutter, R. C., Gersons, B. P., y Olf, M. (2017). Gender and age differences in trauma and PTSD among Dutch treatment-seeking police officers. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(2), 87-92. <http://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000562>
- Van Gelderen, B. R. (2013). *At the heart of policing* (Tesis doctoral). Erasmus University Rotterdam. <http://repub.eur.nl/pub/40298>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Weiss, D.S. y Marmar, Ch. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En J. P. Wilson y T. M. Keane, Eds., *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). The Guilford Press. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-70990-1_10
- Zavala, E., y Kurtz, D. L. (2017). Applying differential coercion and social support theory to intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 37 (8), 877-892. <https://doi.org/10.1177/0886260517731314>

8. Anexos

Anexo 1. Criterios diagnósticos del Trastorno de estrés postraumático.

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s).
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.
 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s).
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s).
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s).
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica (p. 271).

Anexo 2. Evaluación realizada a las FFCCS y FFAA.

Variables sociodemográficas.

Género:

- Mujer
- Hombre
- Otro
- Prefiero no decirlo

Edad: (texto de respuesta corta)

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a o conviviendo en pareja
- Divorciado/a
- Viudo/a

¿Cuántos hijos menores de 16 años o personas dependientes tienes a tu cargo?:

- Ninguno
- Uno
- Dos
- Tres o más

¿Convives con una persona de edad avanzada o con patologías previas?

- Sí
- No

¿Cuántas personas conviven contigo (incluyéndote a ti)?

- Una (vivo solo/a)
- Dos
- Tres
- Cuatro
- Cinco o más

Durante el confinamiento de marzo a mayo, ¿cómo vivías?

- Solo/a
- Con mi pareja
- Con mi pareja a e hijos
- Con compañeros de piso
- Otro

¿En qué comunidad autónoma española has residido de manera más habitual durante los últimos 14 días):

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Baleares
- Canarias
- Cantabria
- Castilla-La Mancha
- Castilla y León
- Cataluña
- Comunidad Valenciana

- Extremadura
- Galicia
- Madrid
- Murcia
- Navarra
- País Vasco
- La Rioja
- Ciudad Autónoma de Ceuta
- Ciudad Autónoma de Melilla

Nivel de estudios:

- Estudios primarios
- Estudios secundarios obligatorios
- Bachillerato (o antiguo COU)
- Formación profesional
- Carrera universitaria (grado, diplomatura o licenciatura)
- Máster
- Doctorado

Variables laborales.

¿A qué cuerpo perteneces?:

- Policía nacional
- Policía local
- Policía autonómica
- Guardia civil
- Fuerzas armadas

¿Cuál es tu rol principal?:

- Patrullar
- Control de fronteras/carreteras y otras medidas relacionadas con confinamientos perimetrales
- Labores informativas para la ciudadanía
- Desinfección de zonas
- Logística (Ej: preparar camiones...)
- Abastecimiento
- Guardias o vigilancias de estructuras críticas
- Mando, dirección y coordinación de unidades
- Traslado de personal enfermo
- Manejo, traslado y custodia de fallecidos

¿Has desempeñado este mismo rol desde marzo hasta ahora?

- Sí, he desempeñado siempre el mismo
- No, mi rol principal ha cambiado

En tu trabajo durante la pandemia, ¿cuánto tiempo estás en contacto con personas (compañeros, ciudadanos...) en tu trabajo?

- Nunca o casi nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- A menudo
- Todo o casi todo el tiempo

¿Cuántos años de experiencia tienes en tu profesión?: (texto de respuesta corta)

¿Has cubierto crisis previas de envergadura similar a la actual? (Ej: ébola, atentados 11M/17^a, VIH, SARS-1 del 2003, estado de alarma por huelga de controladores aéreos...): SÍ/NO

- **Si has respondido que sí:** ¿Cuántas crisis has cubierto previamente?

¿Sientes que estás trabajando más horas de lo normal? SÍ/NO

¿Hasta qué punto crees que, durante tu trabajo en esta crisis, estás trabajando en equipo?

- Nada o casi nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

¿Has sufrido algún tipo de agresión durante la cuarentena o en estos meses durante el ejercicio de tu profesión? SI/NO.

- **Si ha contestado que sí:**
 - Me han escupido, tosido o estornudado sin mascarilla
 - Me han insultado
 - Me has agredido físicamente (empujones, golpes, etc.)
 - Otro

A continuación, detallamos una serie de preocupaciones que creemos que pueden estar vinculadas con el ejercicio de tu profesión en el momento de crisis actual.

- Me preocupa contagiarme de coronavirus en el trabajo. (nada o casi nada/ poco/ bastante/ mucho).
- Me preocupa contagiar de coronavirus a mis seres queridos. (nada o casi nada/ poco/ bastante/ mucho).
- Me preocupa recibir instrucciones o protocolos que cambien constantemente. (nada o casi nada/ poco/ bastante/ mucho).
- Me preocupa no tener suficiente material de protección. (nada o casi nada/ poco/ bastante/ mucho).

Descanso.

¿Has tenido vacaciones o al menos 7 días de descanso consecutivos desde que comenzó la pandemia en Marzo? SI/NO. **En caso afirmativo:**

- ¿En qué momento fue tu último período de vacaciones? Si ese período abarca dos meses diferentes, señala el mes en el que empezaste. Marzo/ Abril/ Mayo/ Junio/ Julio/ Agosto/ Septiembre/ Octubre/Noviembre.
- ¿Cuántos días de descanso tuviste? Una semana/ Entre una y dos semanas/ Entre dos y tres semanas/ Más de tres semanas.

Impacto psicológico - Impact of Event Scale-Revised (IES-R).

Debajo encontrarás una lista de síntomas que algunas personas experimentan a veces después de sucesos estresantes. Por favor, lee cada uno e indica cuánto te ha

afectado cada uno de ellos **en los últimos 7 días** ¿Cuánto malestar has experimentado por estas dificultades?

0 = Nada o casi nada	1 = Un poco	2 = Moderadamente	3 = Bastante	4 = Mucho
----------------------	-------------	-------------------	--------------	-----------

1. Cualquier cosa me ha evocado sentimientos sobre la crisis del coronavirus.
2. He tenido problemas para mantener el sueño.
3. Otras situaciones me han hecho pensar continuamente en la crisis del coronavirus.
4. Me he sentido irritable y enfadado.
5. He intentado no alterarme cuando he pensado en la crisis del coronavirus o algo me lo ha recordado.
6. He pensado en la crisis del coronavirus cuando no quería hacerlo.
7. He sentido como si no estuviera ocurriendo o la situación no fuese real.
8. He intentado mantenerme lejos de cualquier cosa que me recuerde la crisis del coronavirus.
9. Me han venido a la mente imágenes sobre la crisis del coronavirus.
10. He estado nervioso/a y me sobresalto y asusto fácilmente.
11. He intentado no pensar en la crisis del coronavirus.
12. He sido consciente de que tengo muchas emociones sobre lo que está pasando, pero aún no me he enfrentado a ellas.
13. Mis sentimientos sobre lo que está pasando han estado como adormecidos o bloqueados.
14. He sentido que actuaba o me sentía de forma extraña.
15. He tenido problemas para conciliar el sueño.
16. Me han invadido oleadas de fuertes sentimientos sobre lo que está sucediendo.
17. He intentado apartarlo de mi mente.
18. He tenido problemas de concentración.
19. Pensar en lo que está pasando me ha provocado reacciones físicas como sudores, problemas de respiración, náuseas o fuertes latidos de corazón.
20. He tenido sueños relacionados con la crisis del coronavirus.
21. Me he sentido vigilante o en guardia.
22. He intentado no hablar de la situación del coronavirus.

MASLACH BURNOUT INVENTORY - GENERAL SURVEY (MBI-GS)

Lee cuidadosamente cada enunciado y marca los casilleros correspondientes a la frecuencia de tus sentimientos acerca de tu trabajo. Las opciones que puedes marcar son:

0 = Nunca/ninguna vez	1 = casi nunca/pocas veces al año	2 = algunas veces/una vez al mes o menos	3 = regularmente/pocas veces al mes	4 = bastantes veces/una vez por semana	5 = casi siempre/pocas veces por semana	6 = siempre/todos los días
-----------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	--	---	----------------------------

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Me siento acabado al final de la jornada.
3. Me siento fatigado al levantarme por la mañana y tener que enfrentarme a otro día de trabajo.

4. Trabajar todo el día realmente es estresante para mí.
5. Soy capaz de resolver eficazmente los problemas que surgen en mi trabajo.
6. Me siento quemado “agotado” por mi trabajo.
7. Siento que estoy haciendo una buena contribución a la actividad de mi centro laboral.
8. Desde que empecé en este puesto, he ido perdiendo interés en mi trabajo.
9. He ido perdiendo el entusiasmo en mi trabajo.
10. En mi opinión, soy muy bueno haciendo mi trabajo.
11. Me siento realizado cuando logro algo en mi trabajo.
12. He realizado muchas cosas que valen la pena en mi trabajo.
13. Me he vuelto más cínico y pesimista en mi trabajo.
14. Dudo de la importancia de mi trabajo.
15. En mi trabajo estoy seguro de que soy eficaz haciendo las cosas.

Percepción de gravedad. De 1 a 10 (siendo 1 nada grave y 10 muy grave)

- ¿Cómo de grave crees que es la situación actual de emergencia sanitaria del COVID-19 actualmente?

Percepción de reconocimiento: Nada o casi nada / Poco / Bastante / Mucho

- Creo que el trabajo que estoy desempeñando es importante durante la actual crisis sanitaria.

ERQ (Supresión emocional).

Indica el grado de acuerdo o desacuerdo que presentas ante cada una de las siguientes cuestiones, siendo:

Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
-----------------------------	---------------	------------------------	--------------------------------	---------------------	------------	--------------------------

1. Trato de ocultar mis sentimientos.
2. Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas.
3. Controlo mis emociones no expresándolas.
4. Cuando estoy sintiendo emociones negativas, me aseguro de lo expresarlas.

Infección por covid.

¿Te han realizado algún test de coronavirus?

- Sí
- No

En caso afirmativo, sale la siguiente pregunta:

¿Cuál ha sido el resultado? (si te han hecho más de un test, responde pensando en el último que te hayan hecho)

- Que tenía el virus activo
- Que había tenido el virus en el pasado, pero ya no

- Negativo (ningún test me ha dado un resultado positivo)

Apoyo social.

A lo largo de la pandemia, ¿has tenido que distanciarte de tus familiares y amigos por miedo a contagiarles? SI/NO

¿Te ofrecen desde tu puesto de trabajo alguna ayuda específica para que puedas afrontar esta situación de la mejor manera posible? (respuesta múltiple).

- No
- Sí, ayuda psicológica
- Sí, conciliación (Ej: flexibilizar horarios)
- Sí, incentivo económico
- Otro

Psicoterapia individual.

¿Has recibido atención psicológica durante la actual crisis del coronavirus?

- No
- Sí, pero ya estaba en tratamiento antes de la crisis
- Sí, he recibido atención psicológica a raíz de la crisis del coronavirus

En caso de responder sí, he recibido atención psicológica a raíz de la crisis del coronavirus:

¿Qué tipo de apoyo fue? (respuesta múltiple).

- Terapia psicológica por lo privado (lo pago yo o mi seguro de salud privado)
- Terapia psicológica del sistema público de salud
- Terapia psicológica del cuerpo al que pertenezco
- Otro: atención gratuita de asociaciones, etc.

Nuevo contacto:

¿Podríamos contactarte de nuevo para saber cómo está evolucionando todo?

Tus respuestas nos van a ayudar mucho a comprender mejor la situación de las FFCCS y FFAA ante esta pandemia y poder elaborar recomendaciones, protocolos, etc. Nos gustaría poder contactarte en unos meses para preguntarte cómo sigues viviendo esta situación y qué impacto tiene en tu vida. Es completamente opcional.

Si quieres deja tu email a continuación. Si no, déjalo en blanco y pulsa el botón de "Enviar" más abajo.

Anexo 3. Consentimiento informado.

Nos gustaría invitarle a participar en esta investigación desarrollada por un equipo de investigadoras del Centro Universitario Cardenal Cisneros y la Universidad Pontificia Comillas. El estudio tiene el objetivo de estudiar el impacto psicológico y en la vida diaria que la actual crisis del coronavirus está teniendo en los profesionales de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de las Fuerzas Armadas en España. La participación es completamente voluntaria y consiste en rellenar vía online una serie de cuestionarios. Puede rechazar participar o abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee y no hay ningún tipo de consecuencia derivada de ello. Participar en este estudio no conlleva riesgos ni beneficios.

Todo el proceso de la investigación se realizará garantizando el anonimato de los participantes, y la voluntariedad de la participación. Los datos serán tratados de acuerdo con el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. Los datos recogidos solo estarán accesibles para las investigadoras del estudio.

Para participar, es requisito residir en España y tener al menos 18 años. Si lo desea, podemos volver a contactarle dentro de unos meses, para realizar una segunda valoración de la situación; de lo contrario, es suficiente con que responda el cuestionario una única vez. Si necesita cualquier tipo de aclaración, puede contactar con las investigadoras de este estudio

- Susana Gracia Lanchares: susana.gracia@alu.cucc.es
- Helena Garrido Hernansaiz: helena.garrido@cardenalcisneros.es
- Rocío Rodríguez Rey: rocio.r.rey@comillas.edu
- Nereida Bueno Guerra: nbguerra@comillas.edu

Al marcar "Siguiendo" usted declara:

1. Que he leído y entendido toda la información en relación a la participación en el citado proyecto.
2. He tenido la oportunidad de preguntar sobre dicha información.
3. Se me ha asegurado que los datos son completamente anónimos y que se mantendrá la confidencialidad.
4. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y soy consciente que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo sin tener que dar explicación alguna.
5. Que soy mayor de 18 años y resido en España.