

## **EXIGENCIA Y CARGA EMOCIONAL DEL TRABAJO POLICIAL: LA INTERVENCIÓN POLICIAL ANTE CATÁSTROFES Y EMERGENCIAS MASIVAS**

Concepción de Puelles Casenave  
*Psicóloga Clínica*  
*Unidad Regional de Sanidad de la J.S.P de Madrid*

### **Resumen**

En este trabajo se presentan dos conceptos: “exigencia y carga emocional del trabajo”, relacionados con el contenido de la tarea o de los contextos y eventos en los que esta tarea se desarrolla. Conceptos que permiten abordar el estudio de las tareas y escenarios propios de la actividad profesional, caracterizados por un potencial generalizado para suscitar emociones en los trabajadores. Se parte de un enfoque de trabajo diferente, que permite profundizar en el estudio de ciertos riesgos psicosociales, sin partir de la visión del trabajador ya desbordado. Diferencia la exposición del agente policial como receptor directo del peligro o el daño, de aquella en la que el policía se expone como testigo del sufrimiento ajeno. Presenta diversas investigaciones actuales, con población policial internacional, acerca del impacto psicopatológico de la emergencia masiva, señalando algunos factores de vulnerabilidad, así como otras relativas al malestar psíquico en estas poblaciones laborales.

**PALABRAS CLAVES:** *Exigencia emocional, carga emocional de trabajo, catástrofes, emergencia masiva, estrés policial, estrés postraumático, incidentes críticos, riesgos psicosociales.*

### **Abstract**

In this work, two concepts are presented: “demands and emotional workload,” related to task content or to the contexts and events in which this task takes place. Through these concepts, we can address the study of the typical tasks and scenarios of this professional activity, characterized by a general capacity to arouse emotions in the workers. This is a different approach, which allows us to study in depth certain psychosocial risks, without necessarily starting from the view of the already overwhelmed worker. It differentiates the exposure of the police officer as a direct recipient of danger or injury from that in which the police officer becomes a witness of other people's suffering. It presents diverse current investigations with international police population of the psychopathological impact of mass emergency, indicating some vulnerability

*Correspondencia:* Concepción de Puelles Casenave. E-Mail: [concepcion.puelles@dgp.mir.es](mailto:concepcion.puelles@dgp.mir.es)

*Fecha de recepción del artículo:* 30-10-2009.

*Fecha de aceptación del artículo:* 18-12-2009.

factors, as well as factors related to psychological distress in these occupational populations.

KEYWORDS: *Emotional demands, emotional workload, disasters, mass emergency, police stress, stress disorder, critical incident, psychosocial risks.*

### Introducción

El trabajo policial es considerado, con frecuencia, una ocupación dura, con un nivel de esfuerzo, responsabilidad y exposición a acontecimientos tristes y/o crueles, potencialmente perjudiciales para los agentes.

El Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH 1993) señala que los *Agentes de policía* son la segunda ocupación con la tasa más alta de homicidio ocupacional, después de los taxistas (Tabla nº 2), y el Instituto de Ciencias y Tecnología de la Universidad de Manchester, sitúa a los policías en segunda posición en nivel de estrés profesional, detrás de los mineros (Casalnova y Di Martino, 1994, en Arrieta et. al. 2007).

Los estudiosos del estrés laboral, otorgan un importante papel a las condiciones de trabajo en la génesis del estrés. El NIOSH (1998) valora seis aspectos:

1. El diseño de los trabajos. Trabajo pesado, descansos infrecuentes, turnos y horas de trabajo largos: trabajos frenéticos y de rutina que tienen poco significado, no usan las habilidades de los trabajadores, y proveen poco sentido de control.
2. El estilo de dirección. Falta de participación por trabajadores en la toma de decisiones, falta de comunicación en la organización, y falta de política que sea favorable a la vida en familia.
3. Las relaciones interpersonales. Malos ambientes sociales y falta de apoyo o ayuda de compañeros y supervisores.
4. Los papeles de trabajo. Expectativas de trabajo mal definidas o imposibles de lograr, demasiada responsabilidad, demasiadas funciones.
5. La preocupación de la carrera. Inseguridad de trabajo y falta de oportunidad para el crecimiento personal, el fomento, o el ascenso; cambios rápidos para los cuales no están preparados.
6. Las condiciones ambientales. Condiciones desagradables y peligrosas como las áreas de trabajo atiborradas, el ruido, la contaminación del aire, o los problemas ergonómicos.

Todos estos aspectos son importantes, pero resultan insuficientes a la hora de estudiar el estrés del trabajo policial. Olvidan la importancia de las exigencias emocionales intrínsecas a la función.

El Cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ), desarrollado por el Instituto de Salud Laboral de Dinamarca, ha sido adaptado y validado a la lengua castellana (ISTAS21) y se presenta como el primer cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales que incluye dos dimensiones emocionales, denominadas: “*exigencias psicológicas emocionales*” y “*exigencias de esconder emociones*”. Dos dimensiones diferentes que “*implican, sobre todo, las exigencias inherentes al trabajo con personas (que pueden ser clientes, usuarios y los compañeros de trabajo)*” (Moncada, 2005, p.24).

Ofrece cinco ítems para medir las dos dimensiones emocionales:

- La dimensión *Exigencias emocionales*, es valorada a través de las siguientes preguntas: *¿Se produce en tu trabajo momentos o situaciones desgastadoras emocionalmente?, ¿Tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?, ¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?*
- La dimensión *Exigencias de esconder las emociones*, es valorada a través de las siguientes preguntas: *¿Tu trabajo requiere que te calles tu opinión?, ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones?* (Moncada 2005, pp.26).

El esfuerzo del Instituto de Salud Laboral de Dinamarca por valorar las exigencias emocionales como riesgo psicosocial, merece un gran reconocimiento, al igual que lo merecen los grupos de trabajo que se ocuparon de la realización de su versión en lengua castellana.

Sin embargo la dimensión “*exigencias emocionales*” del ISTAS 21, se presenta en relación con la respuesta emocional (de desgaste) del trabajador, no con las características del trabajo-tarea o con las aptitudes emocionales necesarias para su desempeño. No se entiende, por otro lado, que la “*exigencia de esconder las emociones*” no sea considerada como parte de la dimensión de “*exigencias emocionales*”, cuando es la única que señala el requerimiento por parte de la tarea de un manejo específico de la emoción.

En la misma línea, la “*VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*” (2007) se interesa por la exigencia emocional del trabajo. Valora la frecuencia con que los trabajadores tienen que tratar con personas ajenas a la empresa: clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc... Considera que “*este tipo de tarea puede implicar una carga emocional debido a la necesidad de tener que esconder las propias emociones o de compartir los problemas con otras personas*” (pp.27 del punto 9.1.3).

Respecto a la percepción subjetiva de carga de trabajo, la VI Encuesta Nacional de condiciones de Trabajo, preguntó sobre “*la frecuencia con que su trabajo es intelectualmente exigente, emocionalmente exigente y, finalmente, si considera que su trabajo es excesivo y se siente agobiado*”, reflejándose como la percepción sobre la frecuencia de exigencia emocional, era similar a la frecuencia con la que se percibía una exigencia intelectual en el trabajo (pp. 35-36 del punto 9.4).

Hay que seguir investigando, delimitando conceptos, elaborando cuestionarios específicos que permitan profundizar en las características de las exigencias emocionales del trabajo, que arrojen una información práctica que permita elaborar programas adaptados a las necesidades de cada trabajo y de cada trabajador.

Desde la psicología policial se abordan los llamados incidentes críticos, situaciones de riesgo y vulnerabilidad para el policía y su entorno (compañeros y familiares), acontecimientos que conllevan una elevada exigencia emocional para el policía.

Mc. Caslin et al. (2006) estudian, con una muestra de 662 agentes de policía, los incidentes críticos descritos como los más penosos en su actuación profesional. Señalando que estos se podían agrupar en cuatro categorías<sup>1</sup>: Amenaza personal para la vida, derechos asociados a las agresiones recibidas, encuentros con víctimas de agresiones físicas o sexuales y exposición a ciudadanos muertos (cadáveres).

El trabajo policial presenta tareas y contextos, de contenido no tan dramático como el de los incidentes críticos, que también precisan ser valorados (recibir insultos, participar en dispositivos de riesgo, proteger a agresores homicidas o sexuales en sus traslados judiciales...). Situaciones con alta probabilidad de suscitar emociones, que pueden interferir en la tarea profesional o en la esfera personal del agente.

Es difícil encontrar estudios detallados sobre este tipo de exigencia del trabajo, investigaciones que analicen los requerimientos emocionales de las tareas y sus contextos. Que no se centren únicamente en la respuesta del organismo ante estas situaciones, en el probable daño para la salud que la exposición a algunos de estos eventos pudiese conllevar y que no reduzca el estudio de las emociones en el trabajo, a un problema de relaciones interpersonales (clima laboral, comunicación).

Resulta fundamental reflexionar sobre las exigencias emocionales del trabajo policial, elaborar métodos para su investigación y conocer con mayor detenimiento sus características y posibles medidas de intervención.

---

<sup>1</sup> Más una residual denominada: “Otros”.

### Marco Teórico y Aspectos Conceptuales

Los conceptos de Exigencia y Carga Emocional del Trabajo, se presentan en consonancia con los ya clásicamente utilizados en ergonomía para el estudio de los factores cognitivos de una tarea: “Exigencia y Carga Mental”.

González, et al. (2005) señalan la importancia del término: “*carga mental*”, que es definido como *el “costo cognitivo en el que se incurre al tratar de afrontar las demandas cognitivas”* de la tarea (pp. 20).

Se parte de la aceptación de que no todas las tareas profesionales conllevan las mismas exigencias cognitivas, de capacidad de procesamiento de información. Algunas tareas y profesiones requieren, en comparación a otras, un nivel más elevado de atención, concentración, memorización... y por ello son consideradas con mayor nivel de carga mental.

El concepto de carga mental, queda conceptualizado como el esfuerzo cognitivo que la consecución de la tarea precisa. Un esfuerzo que supone un equilibrio con los requerimientos de la tarea, que no excede la capacidad del trabajador. Distinguiéndose de conceptos con cierta connotación patológica como: fatiga, agotamiento, cansancio o estrés, que ya sugieren un desbordamiento de la persona.

Se resalta su *naturaleza cognitiva* y dependiente de la *interacción entre una determinada persona y la tarea específica que realiza*. Señalando que *puede comprenderse desde la evaluación de la dificultad de una tarea, siendo esperable un decremento en el rendimiento como consecuencia de un aumento de su complejidad objetiva* (González et. al. 2005, pp. 13y 18).

Con esta perspectiva ergonómica, los aspectos emocionales se entienden desde el componente motivacional que afecta en el rendimiento, mejorándolo o inhibiendo. También desde el daño emocional que un requerimiento desproporcionado ocasiona en el trabajador. Pero no se consideran las posibles demandas de carácter emocional que algunas tareas profesionales conllevan para su adecuado desempeño.

La psicología del trabajo y de las organizaciones, y aquellos que se dedican a la prevención de riesgos laborales, cuando quieren referirse a los aspectos emocionales de las tareas, suelen hablar de estrés.

El término estrés, constituye desde hace años un área de enorme interés tanto profesional como cotidiana y divulgativa. Las definiciones científicas son variadas, pueden referirse: (1) al estímulo o suceso generador, (2) a las alteraciones en la salud que producen (ansiedad, problemas digestivos, estrés postraumático...), (3) a la relación persona-entorno o (4) como sinónimo de un estado de elevada activación (“arousal”).

Sin embargo, cuando se habla de estrés en el trabajo se está señalando una respuesta desbordada del trabajador ante diferentes aspectos de su trabajo o entorno laboral.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT) (2002) recoge la definición establecida para “Estrés en el trabajo” por la Comisión Europea, que señala: *“El estrés en el trabajo es un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación”* (pp.2).

Tradicionalmente los estudios sobre estrés se han mantenido distanciados de la investigación en el campo de las emociones y en el ámbito de la psicología del trabajo y las organizaciones no es fácil integrar el estudio del estrés con los de carga mental.

Como señala la Nota Técnica de Prevención 703 (INSHT), la investigación sobre factores de riesgo psicosocial viene mostrando, en los últimos tiempos, un creciente interés por *“la exposición del trabajador a emociones y sentimientos humanos”*, en su interés por desvelar los factores relacionados al síndrome de estar quemado (*burnout*). No se pueden considerar las exigencias psicológicas *“como algo fundamentalmente cuantitativo (ritmo e intensidad de trabajo), obviando que no es lo mismo trabajar con máquinas que con, y sobretodo para, personas”* (pp. 2).

Lazarus (2006), representa un valioso esfuerzo por la integración de los modelos de estrés y de emoción, señalando que: *Bien como una dimensión simple, o con sólo unas pocas categorías funcionales, el estrés nos dice relativamente poco sobre los detalles de la lucha de la persona por adaptarse. La emoción, por contraste, incluye como mínimo 15 variedades diferentes, ampliando la riqueza de lo que puede decirse sobre los esfuerzos de adaptación de la persona* (pp. 45).

Desde la psicoterapia constructiva también se concede una poderosa fuerza a las emociones, considerándolas centrales para la experiencia humana, Mahoney (2005) señala que: *Desempeñan un papel crítico al dirigir la atención, al dar forma a las percepciones, al organizar la memoria y al estimular el compromiso activo con el aprendizaje que la vida exige inexorablemente. Cada uno siente de una forma idiosincrásica* (pp. 30).

Un mal manejo de la emoción, perjudica la actuación profesional y puede constituir la “gota” que desborde la estructura psíquica del trabajador.

Los sentimientos que se pueden generar al realizar determinados trabajos: ira, ansiedad, culpa, temor, vergüenza, tristeza o compasión, entre otros, influirán de manera significativa en la valoración que el trabajador

establezca respecto a su actuación profesional, en el conocimiento profundo de su personalidad y en su visión existencial del mundo que le rodea.

Algunos profesionales de la salud mental, se han venido mostrando interesados por abordar los aspectos emocionales que entrañan las profesiones asistenciales (médicos, psicólogos, psicoterapeutas, personal de enfermería), la intervención en desastres y catástrofes (dispositivos de emergencia y recuperación) o la actividad militar en tiempos de guerra.

Desde la formación psicoanalítica, se ha abogado por la realización de un psicoanálisis formativo. El futuro psicoanalista es psicoanalizado por uno de reconocido prestigio, facilitando la superación de sus propios conflictos y el conocimiento de sus subjetividades, con el deseo de no “proyectarlas” en sus clientes. La experiencia psicoanalítica formativa también se postula en cuanto a la preparación que supone en el manejo de las emociones que el cliente pudiese despertar en el analista.

Los grupos de Balint (1986), basados en seminarios de debate, se constituyeron para aportar una necesaria formación en psicoterapia a un grupo pequeño de médicos generales y, entre otras cuestiones, comprender *cómo dosificarse frente al paciente y cómo evitar esa frustración, incomodidad, desaliento y ansiedad que tal vez lleve consigo* -la asistencia médica- *hasta que aparezca la mejoría necesaria* (pp. 10).

Mahoney (2005) habla del “*sufrimiento vicario*”, de las “*heridas de la ayuda*” de los terapeutas. Insiste en la importancia de que estos se cuiden “*no sólo para garantizar la calidad de nuestro trabajo con los clientes. También es necesario cuidarnos porque merecemos disfrutar de nuestra vida personal*” y ofrece talleres sobre el cuidado propio del terapeuta.

Actualmente, se ha retomado el interés por la salud mental de los trabajadores intervinientes tras un desastre, atentado o catástrofe. Algunos han aplicado programas de apoyo psicológico para las llamadas ocupaciones de alto riesgo, por su actuación de primera línea: policías, bomberos, servicios de rescate y militares, no sin cierta controversia sobre el desarrollo y gestión de este proceso de ayuda (gestión del estrés en situaciones críticas) y específicamente sobre algunas de las aplicaciones llevadas a cabo como técnicas de *debriefing* psicológico.

Por otro lado, los modelos patógenos y traumáticos desarrollados para la atención de las personas expuestas a situaciones de extrema gravedad, se han trasladado al contexto laboral. Planteamientos que, en ocasiones, dificultan diferenciar a una víctima de la violencia, la enfermedad o de una catástrofe, del profesional que eligió y se formó para trabajar con el peligro, con las personas que sufren o con la muerte ajena.

Se ha favorecido cierta victimización, incluso de los profesionales. Llegando a ponerse en duda, en algún anecdótico caso, la humanidad de grandes profesionales por no manifestar abiertamente síntomas de afectación.

Hay que aceptar que no todas las tareas profesionales presentan las mismas exigencias emocionales. No suponen la intervención en los mismos escenarios, la presencia en diferentes eventos caracterizados por su potencial, generalizado, para evocar determinadas emociones en el trabajador.

Tareas que requieren, para su correcto desarrollo, una mayor fortaleza emocional, un nivel de destreza en el manejo de emociones superior al de otras actividades.

Desde este enfoque, desde el reconocimiento de que hay tareas y profesiones que presentan una mayor exigencia emocional que otras, surge la utilidad de adaptar los planteamientos ergonómicos utilizados para las exigencias mentales, al ámbito de las emociones.

Planteamientos que permitirán enriquecer el análisis de puestos de trabajo, sugerir medidas concretas que favorezcan la eficacia del trabajador, evitar riesgos para la salud o desarrollar nuevos criterios para la selección de este personal.

Desde esta perspectiva, se considera “*exigencia emocional de trabajo, a la fortaleza emocional, o destreza para manejar distintas emociones, que requiere una tarea profesional*” y, en consonancia, se determina que es “*carga emocional de trabajo el coste emocional en el que se incurre al tratar de afrontar las demandas emocionales de la tarea, contextos y eventos propios (en los que la tarea se desarrolla)*” (Puelles, 2009).

El concepto de carga emocional de trabajo, queda conceptualizado como el esfuerzo emocional que la consecución de la tarea precisa. Un esfuerzo que supone un equilibrio con los requerimientos de la tarea, que no excede la capacidad del trabajador. Distinguiéndose de aquellos otros que sugieren un desbordamiento de la persona: estrés, fatiga, burnout...en cuyos casos sería más adecuado el término de “sobrecarga”.

Algunos trabajadores, pueden no ser capaces de realizar una tarea profesional, la capacidad de manejo emocional se encuentra por debajo de la demanda de la tarea. Pero esta situación no significa que la persona padezca un trastorno o cuadro psicopatológico.

En caso de aflorar un trastorno o síntomas clínicos de carácter psíquico, en un trabajador expuesto a una tarea o evento con exigencia emocional, no se puede establecer “a priori” la consideración de “causa-efecto”. Esta consideración precisa un estudio profundo y especializado de lo acontecido.

La “exigencia emocional de trabajo”, debe distinguirse de otros aspectos emocionales relacionados con el trabajo, como serían:

- Determinados aspectos organizativos (planificación, ritmo de trabajo, exigencias de resultados).
- El clima laboral (relaciones o apoyo social de jefes y compañeros).
- Relacionados con las recompensas (control de estatus, estima, salario, perspectivas de promoción).
- Dificultades para la conciliación familiar (doble presencia).
- Patologías psíquicas de carácter común (incapacidades de carácter psíquico).
- Patologías laborales de carácter emocional como el burnout o el *mobbing*.
- Técnicas psicológicas para el control de emociones en el trabajo (trabajo emocional).

Se trata de un factor de riesgo psicosocial específico, intrínseco al contenido de la tarea y al de determinados eventos, íntimamente relacionados con la actividad que se realiza.

La utilización de esta perspectiva, con el uso de los términos propuestos (“exigencia y carga emocional de trabajo”) facilita un nuevo enfoque en el estudio de determinados puestos de trabajos, de sus tareas, escenarios y eventos propios, evitando acudir al modelo traumático, actualmente criticado por su excesiva generalización y por el efecto de “traumatización social” que conlleva (Vera et al. 2006; Rodríguez-Palancas et al. 2008; Heir et al. 2009; North et al. 2009).

Permitiendo avanzar en el conocimiento de las profesiones que, con frecuencia, intervienen en entornos de gran emotividad y a quienes se les exige, para el correcto desempeño de su labor, un manejo adecuado de las emociones evocadas por la función que realizan.

### **Exposición del agente policial: Receptor o Testigo**

A la hora de determinar la carga emocional de trabajo ante las distintas tareas, contextos o eventos policiales, resulta fundamental diferenciar entre:

- a) las experiencias laborales cuya carga emocional se determina por la exposición del policía como receptor. Siendo, en este caso, el agente el que experimenta el peligro o recibe la violencia de otros.
- b) las experiencias laborales cuya carga emocional surge de ser testigo del sufrimiento ajeno, siendo otros quienes reciben la amenaza o daño.

Entre las primeras exposiciones nos encontramos, por ejemplo, con situaciones relacionadas con la violencia ocupacional característica de la profesión (agresiones verbales y acometimientos), con las lesiones o heridas graves en acto de servicio, los atentados con explosivos o armas de fuego de grupos terroristas, así como con la participación del agente en dispositivos peligrosos o en intervenciones de riesgo (enfrentamiento armado).

Las exposiciones al dolor ajeno se presentan, entre otras, en la atención a mujeres y niños víctimas de delitos sexuales u otras agresiones, en la investigación de redes de pornografía infantil, delitos violentos, en el rescate de personas secuestrada... Situaciones donde el agente no es parte damnificada, es testigo del daño ocasionado a otras personas. Pudiendo estar expuesto de manera presencial o no presencial:

- Se expondrá al dolor ajeno, como testigo presencial: cuando la carga emocional parte de una situación vivida por el agente en el lugar y momento en el que se producen los hechos o cuando presencia, de manera directa, los daños ocasionados (levantamientos de cadáveres, suicidios, duras reyertas, intervención en escenas de malos tratos).

- Se expondrá al dolor ajeno, como testigo no-presencial: cuando la carga emocional surge al ser conocedor del dolor ajeno transmitido a través de un relato verbal, escrito o en un soporte visual -fotografías, vídeo- (toma de declaración, estudio de diligencias, investigación de pornografía infantil a través de imágenes en Internet).

### **La intervención policial en emergencia masiva: estudios sobre su impacto psicopatológico**

Uno de los escenarios profesionales con importante exigencia emocional, lo constituyen las intervenciones policiales ante una emergencia masiva por catástrofe, atentado y desastre.

Estas actuaciones policiales se desarrollan en diversas áreas: la atención directa de la víctima, la investigación del delito (atentado, incendio provocado) o los dispositivos de seguridad ciudadana.

El adecuado manejo de las emociones que estos contextos evocan, resulta fundamental para la resolución exitosa de la función policial.

Las personas víctimas de catástrofes, atentados o desastres, precisan que se comprenda su miedo, se reconozca su dolor, se les acompañe ante la incertidumbre. Les ayudará saber que la población entiende lo dramático del suceso que les ha acontecido y que se desplegarán los mecanismos sociales precisos para ayudarles. Pero además, como señala Duque (2007) “*es prioritario*

*establecer elementos de control y seguridad, intentar dominar lo caótico que pudiera ofrecer un panorama infernal que podría, fácilmente derivar en confusión”.*

Los policías pueden conmovirse con el sufrimiento de estas personas, pero deben afrontar sus emociones desplazando su expresión para momentos más íntimos (como cualquier otro profesional con experiencia, que trabaja con personas que sufren: médicos, psicoterapeutas, bomberos...).

El protagonismo legítimo del dolor, debe situarse en el afectado, víctimas primarias y familiares. Los policías que intervienen con ellos deben utilizar su empatía para ser eficaces, transmitirles respeto, seguridad, comprensión o afecto, pero evitando las expresiones, públicas o ante los afectados, de un dolor irrefrenable que sólo añadiría desconfianza respecto a su capacidad profesional.

Si un policía se desborda en este tipo de situaciones, debe ser sustituido y atendido psicológicamente.

Distintos trabajos internacionales reflexionan sobre el efecto psicopatológico, en los agentes policiales, de la intervención en emergencia masiva. Algunas de las catástrofes, desastres y ataques terroristas donde se han estudiado estos aspectos son:

*La Caída del avión Boeing 747, contra las viviendas del barrio Bijlmermer, Ámsterdam (1992)*

Se trató de un terrible accidente<sup>2</sup>, que supuso la muerte de aproximadamente un centenar de personas e importantes daños materiales. El fuerte viento y la lluvia convirtieron la zona en un barrizal, en el que los servicios de policía, recuperación y rescate debían intervenir.

En el barrio de Bijlmermer, residían numerosas personas de otros países, se habló de 36 nacionalidades distintas, muchos de ellos en situación irregular, lo que añadió mayor dificultad al proceso de identificación, temían contactar con las autoridades y operativos policiales por miedo a la repatriación.

Huizink, et al. (2006) realizaron un estudio de cohortes retrospectiva, acerca de las quejas de salud entre los policías (834) y los bomberos (334) que desarrollaron tareas de rescate en el desastre, relacionando sus resultados con grupos de colegas no expuestos (policías 634, bomberos 194). Los principales aspectos estudiados incluyeron: aparato digestivo, cardiovascular, musculoesquelético, sistema nervioso, vías respiratorias, piel, estrés postraumático, fatiga, salud mental y quejas generales, valores de laboratorio hematológicos, bioquímicos y análisis de orina. Los agentes de policía y

---

<sup>2</sup> Datos obtenidos de El PAIS. (07-10-92)

bomberos expuestos profesionalmente al desastre informaron de más quejas de salud física y mental, en comparación a los no expuestos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados de laboratorio.

De la misma investigación, Slottje, (2007) se detiene en la valoración específica de los síntomas de estrés postraumático. Señalando que los trabajadores expuestos, presentaron un aumento significativo de síntomas físicos, pero que no se encontró relación significativa entre la exposición y los síntomas de estrés postraumáticos que fueron hallados. Concluyen también, que los múltiples síntomas físicos encontrados en trabajadores expuestos no podrían atribuirse a los síntomas de estrés postraumático.

#### *La Catástrofe del tunel de Kaprun (2000).*

El tren Alpino, que traspasa el macizo de Kitzsteinhorn, se incendió y quedó atrapado en el túnel de Kaprun (galería de 3.330 metros). Fallecieron<sup>3</sup> 155 personas y sobrevivieron 12.

Las labores de rescate fueron duras, se trabajó tanto en el interior como en el exterior del tren. El frío en el exterior (varios grados bajo cero), el calor y los gases tóxicos en el interior, así como el significativo riesgo de precipitación de los equipos de salvamento (posibilidad de desplome del tren con una distancia de caída de unos 600 metros), fueron algunos de los condicionantes del trabajo.

Brauchle (2006) realiza un estudio sobre los trabajadores de rescate tras esta catástrofe. Después de seis semanas, el 73% del personal médico de emergencias, el 22% de los equipos de intervención en crisis y el 25% de los agentes de policía sufrieron un estado agudo de ansiedad. Pasados seis meses tras el desastre, el 63% de los trabajadores de rescate presentaban trastorno por estrés postraumático.

La duración de la misión, la pronta incorporación al dispositivo en el lugar de los hechos y la incertidumbre acerca de la ayuda ofrecida, se consideraron factores predictivos de incidencia de trastorno por estrés postraumático.

#### *Los Atentados Terroristas del 11 de Septiembre en Nueva York (2001).*

Un avión boeing 767, con 81 pasajeros y 11 tripulantes, fue secuestrado y estrellado contra la primera de las Torres Gemelas (*World Trade Center*) dejando una zona del edificio en llamas, que se derrumba 56 minutos más tarde.

---

<sup>3</sup> Datos obtenidos de El Mundo (13-11-2000)

Iniciada la intervención de los servicios de emergencia, otro avión secuestrado, con 56 pasajeros y 9 tripulantes, colisionó contra la segunda torre haciéndola que se desplomara.

Un tercer edificio, el *World Trade Center* N7, se derrumba por haber sido seriamente dañado al caer las dos Torres Gemelas.

Se calculan un total de 2.992<sup>4</sup> muertos. Entre el ataque a Nueva York (NY), el dirigido contra el Edificio del Pentágono y el vuelo a Pensilvania (incluyendo a los 19 secuestradores).

Entre las víctimas se contaron 343 bomberos, 23 policías del departamento de policía de Nueva York y 37 policías de la autoridad portuaria de NY y Nueva Jersey.

Perrin, et al. (2007) compara la prevalencia y los factores de riesgo de Trastorno por estrés postraumático a través de los diferentes profesionales que participan en las labores de rescate y recuperación en el *World Trade Center*, dos ó tres años después del ataque terrorista.

La prevalencia de Trastorno por estrés postraumático entre los trabajadores de rescate y recuperación fue de 12'6%, que van desde un 6'2% para los policías a un 21'2% para el personal voluntario.

El mayor riesgo a desarrollar un trastorno por estrés postraumático se observó entre los trabajadores de la construcción, el personal sanitario y el voluntario.

La fecha de incorporación y el prolongado periodo de tiempo que se trabajó en el *World Trade Center*, resultaron ser factores de riesgo significativo para la aparición del trastorno por estrés postraumático en todas las profesiones, excepto en policía. La prevalencia de TEPT fue significativamente superior entre los que no realizaban tareas de su trabajo habitual.

Mauer, et. al. (2007) señalaron que los síntomas de TEPT se asociaron con aquellas personas que fueron capturadas en la nube de polvo generada por el derrumbamiento de *World Trade Center*.

#### *Los Atentados Terroristas del 11 de Marzo en Madrid (2004).*

Se produjeron una serie de ataques terroristas, con diez explosiones casi simultáneas, en cuatro trenes de la red de cercanías de Madrid. Fallecieron 191<sup>5</sup> personas y resultaron heridas más de 1.700.

Pocas semanas después, fallece un funcionario del Cuerpo Nacional de Policía (GEO) en la intervención policial de Leganes, relacionada con la captura de la célula islamista.

---

<sup>4</sup> Datos de Wikipedia

<sup>5</sup> Datos Wikipedia.

Gabriel, et al. (2007) estudia la prevalencia de depresión mayor y trastornos de ansiedad, incluido el estrés postraumático, en tres muestras con diferente nivel de exposición a los ataques: 127 heridos, 485 residentes de Alcalá de Henares, y 153 policías participantes en el dispositivo de intervención (Tedax, U.I.P, y Policía Científica). Se realizó la valoración entre 5 y 12 semanas después del ataque. De los tres grupos de personas el 57'5% de los heridos, el 25'9% de los residentes de Alcalá de Henares, y el 3'9% de los policías informaron de síntomas de alguno de los trastornos psiquiátricos evaluados.

De la misma investigación, Ferrando (2006) profundiza en los resultados, 12 semanas después del ataque, en la población policial. Señalando la presencia de 1'3% TEPT (12'3% en la población de Alcalá de Henares), 1'3% de depresión (8'5% en la población de Alcalá de Henares), 0'7% Trastorno de ansiedad generalizada (8'6% en la población de Alcalá de Henares) y 0'7% de agorafobia (10'5% en la población de Alcalá de Henares).

Otro trabajo con población policial interviniente en el 11-M, González (2004), señaló la presencia de un 34'3% de síntomas de ataque de ansiedad, entre los 35 policías valorados en su estudio (no se especifica el cuerpo policial de pertenencia).

#### *El Huracán Katrina (2005)*

El huracán Katrina<sup>6</sup> perteneció a la llamada: Temporada de huracanes en el Atlántico del año 2005. Se trató de un gran ciclón tropical que azotó el sur y el centro de los Estados Unidos en agosto. Produjo grandes destrozos en Florida, Bahamas, Luisiana y Mississippi, incluyendo cuantiosos daños materiales y graves inundaciones. Tocó tierra en la costa de Luisiana el 29 de agosto, convertido en un huracán de categoría 3, produciendo una gran devastación en la ciudad de Nueva Orleans y en zonas cercanas.

Se convirtió en el huracán más mortífero (1.836 personas) desde 1.928 y costoso (75.000 millones de dólares americanos) de la historia de Estados Unidos.

La prensa<sup>7</sup>, reflejó las palabras del alcalde Ray Nagin en la cadena televisiva de la CNN, señalando como “*algunos bomberos y oficiales de policía quedaron bastante traumatizados y ya tuvimos un par de suicidios*”. Al parecer los servicios locales de emergencia se vieron desbordados por el nivel de destrucción que provocó el Katrina, y se sintieron impotentes mientras la ciudad se sumía en la anarquía de saqueos, violencia y vandalismo por todas partes.

---

<sup>6</sup> Datos Wikipedia.

<sup>7</sup> El Nuevo Herald (6-09-05)

Incapaces de detener a los saqueadores, varios oficiales de policía entregaron sus credenciales. El alcalde señaló que pretendía sacar lo antes posible de la ciudad al personal más afectado por el cansancio y el estrés, y que estos “*necesitan evaluaciones físicas y psicológicas*”.

El *Center for Disease Control and Prevention* (2006), elaboró un informe sobre los miembros del departamento de policía y de bomberos de Nueva Orleans, de siete a trece semanas después del paso del huracán. Las quejas físicas más frecuentes estaban relacionadas con las vías respiratorias superiores, erupciones en la piel, las laceraciones y esguinces. Desde el punto de vista psíquico, aproximadamente un tercio de los encuestados, informaron de síntomas depresivos, de estrés postraumático o de ambos.

Las investigaciones sobre las consecuencias de la intervención policial ante tareas con elevada exigencia emocional, deben considerar los eventos y escenarios en los que los agentes se desarrollaron para el correcto desempeño de su función.

Para comprender el impacto que una intervención policial puede conllevar, es necesario conocer quién y cuántos trabajadores se expusieron al peligro, fueron agredidos o heridos, recibieron el dolor intenso de las víctimas, estuvieron en contacto con cadáveres...

No se trata, sólo, de señalar la prevalencia de síntomas o trastornos psíquicos tras la intervención en el evento, sino de valorar:

- 1) Los escenarios más exigentes.
- 2) El nivel de carga emocional requerido por cada tarea.
- 3) Las emociones básicas evocadas por las actuaciones que realizan (por ejemplo: temor, compasión, tristeza).

Estos datos nos facilitarán un conocimiento más pleno del evento, permitiendo establecer criterios comparativos entre distintas intervenciones policiales (emergencia masiva u otros requerimientos profesionales). Señalando nuevos factores de riesgo (mayor afectación del agente ante uno u otro escenario, una u otra emoción), así como indicaciones específicas para el abordaje preventivo, clínico y formativo de estos trabajadores.

### **Factores de Vulnerabilidad**

Desde la psicología policial, también se han estudiado algunos factores de vulnerabilidad, variables que ayudan a predecir la aparición de un trastorno psíquico, tras la realización de tareas con elevada exigencia emocional.

Diversos estudios han procurado comparar la influencia de los acontecimientos vitales negativos vividos por el policía en su esfera privada, con el efecto causado por los incidentes propios de la función policial.

Respecto a los aspectos personales del agente, destaca el interés por características individuales como la “alexitimia”, la autoestima, las vivencias infantiles de abandono y/o abuso, o los acontecimientos negativos vividos previamente. Características personales que dificultan el afrontamiento eficaz del incidente crítico.

Considerando variables laborales, se ha dado importancia a las primeras reacciones en el momento de la intervención, el apoyo de los superiores, la presencia en dispositivos de emergencia (momento de incorporación, duración del servicio), la experiencia profesional o la realización de un apoyo psicológico inicial tras la tarea.

Entre las investigaciones más recientes, que valoran la influencia de distintos aspectos *de la esfera personal* del agente en la constitución de la patología, se pueden destacar las siguientes:

- Prati y Pietrantonì (2009) con una muestra de 509 policías municipales italianos expuestos a incidentes críticos, encontraron dos grupos con claras diferencias respecto a los factores de riesgo y protección. Los policías resistentes presentaban, en comparación con el otro grupo de policías no resistentes, un elevado nivel de protección en autoestima y soporte social, así como un nivel de riesgo bajo tanto en la presencia de malestar peritraumático como en la percepción de peligro.

En el grupo de policías resistentes se encontraron menos reacciones de estrés traumático, a pesar de un grado similar de exposición a Incidentes Críticos.

El Grupo de no resistentes presentaba diferencias, respecto al primer grupo, en el uso de pastillas para dormir pero no en el consumo de alcohol o tabaco.

- Boscarine & Adams (2009) estudian 1.423 participantes, que habían actuado en respuesta a la catástrofe del atentado del *World Trade Center* (NY). Los datos arrojados señalan como la reciente presencia de acontecimientos vitales negativos y la autoestima, se revelaban como los mejores predictores del estado de salud futuro.

- Hatley, et al. (2007) seleccionaron 100 agentes de la policía de Búfalo al azar, con el interés de determinar si los acontecimientos negativos de la vida y los incidentes traumáticos de la función policial, guardaban relación con la depresión encontrada en los agentes. No se encontró relación entre los incidentes traumáticos de la actividad policial y la depresión encontrada. Los resultados, en la muestra, indicaron una relación significativa entre los múltiples

acontecimientos vitales negativos de la esfera privada y las elevadas puntuaciones en depresión.

- El estudio de Pole et al. (2007) con 90 cadetes de policía, señaló como los que informaron haber sufrido traumas infantiles (25), mostraban una respuesta de mayor conductancia de la piel ante cualquiera de los niveles de amenaza inducida, sugiriendo como este sufrimiento en la niñez podría conducir, a largo plazo, a alteraciones en la reactividad emocional y psicofisiológica.

- Mc Caslin, et al. (2006) examinaron la relación entre la "alexitimia" y el desarrollo del trastorno por estrés postraumático (TEPT), con una muestra transversal de 166 agentes de la policía urbana de Nueva York y otra prospectiva de 54 participantes en los dispositivos policiales tras el atentado terrorista del 11 de septiembre en el *World Trade Center*.

El análisis transversal asoció positivamente la puntuación de alexitimia con el nivel de síntomas de TEPT, también con las referencias personales expresadas de haber padecido abusos emocionales y/o abandono en su infancia. Sin embargo no se relacionó con el nivel de exposición acumulado a incidentes críticos.

El análisis prospectivo, señaló que las puntuaciones significativas en alexitimia se ofrecían como un importante factor predictivo de gravedad para los síntomas de trastorno por estrés postraumático.

Otros trabajos abordan las variables laborales, aspectos relacionados con distintas características de la intervención policial realizada, como:

- Perrin, et al. (2007) que señalan como el tiempo de incorporación al operativo de rescate y recuperación tras el atentado del 11 de Septiembre de Nueva York. Esto es, las primeras incorporaciones y la participación prolongada en el lugar de exposición, resultaron ser factores de riesgo significativo para el desarrollo de trastorno por estrés postraumático, tanto en los trabajadores intervinientes, como en el personal voluntario, dato que no se confirmó en la muestra policial, donde la prevalencia de este trastorno resultó además escasa.

También señala que aquellas personas, trabajadores y voluntarios, que participaron realizando tareas no habituales en su trabajo, se encontraban con mayor riesgo de sufrir trastorno por estrés postraumático, posiblemente por su menor formación y experiencia en la intervención en desastres.

Muchos autores insisten en la necesidad de elaborar programas de apoyo psicológico inicial a los policías tras este tipo de intervenciones. Regel (2007) recuerda la controversia, surgidas en la última década, acerca del modelo de prestación de apoyo psicológico inicial a los trabajadores intervinientes en catástrofes. El uso del *debriefing* psicológico ha sido objeto de crítica y escrutinio, señalándose la necesidad actual de establecer una adecuada definición del término, ya que algunos lo han asociado erróneamente al asesoramiento, en vez de al contexto de los grupos de apoyo.

Verschuur et al. (2007), tras la experiencia de Ámsterdam, al estrellarse un Boeing 747 en una zona residencial, señalaron que el hecho de suministrar información a la población sobre las consecuencias para la salud de este tipo de accidentes, no conllevaba una reducción de las quejas de salud o efecto tranquilizador en la población. Advirtiendo, incluso, del peligro potencial de aumentar el impacto, en relación a determinadas características de la comunidad afectada.

- Brauchle (2006), señala que la duración de la misión, la pronta reincorporación al dispositivo en el lugar de los hechos y la reacción de incertidumbre acerca de la ayuda ofrecida, se consideraron factores predictivos de incidencia de trastorno por estrés postraumático, en los intervinientes tras la catástrofe de Kaprun.

- El modelo propuesto por Marmae et al. (2006), desarrollado en base a una muestra transversal de 715 agentes de policía, destaca cinco variables que pueden ayudar en la valoración del riesgo a desarrollar síntomas de estrés postraumático, estas son: un mayor malestar peritraumático, una mayor disociación peritraumática, más dificultades de afrontamiento, más rutina y estrés laboral o menor apoyo social.

Sin embargo Boscarine & Adams (2009) estimaron que la relación presentada entre el ataque de pánico peritraumático (PPA) y el futuro estado de salud mental, era escasa o sin significación estadística.

- En España, Baca et al. (2003) valoran a 178 funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, aquellos que habían sufrido un acontecimiento potencialmente traumático. Tras una valoración especializada se reflejó que sólo 31 cumplían con los criterios diagnósticos DSM-III-R para el trastorno por estrés postraumático (*el 0'066% de la población total del CNP, el 32'98% de los que cumplieron el criterio "A" del trastorno*).

Los investigadores señalan que la integración del policía en su comunidad y el apoyo de sus superiores jerárquicos, predecían una menor probabilidad de desarrollar cuadros de estrés postraumático. No quedando demostrado el factor de protección que teóricamente se ha otorgado a las relaciones de apoyo de familiares y compañeros de trabajo.

**Tabla 1.** Impacto Psicopatológico de la Emergencias Masivas en el agente Policial

Catástrofe-Publicación.	Año	Lugar y muestra	Tiempo transcurrido	Policías Afectados	Diagnóstico	Otros Afectados
Avión cae contra barrio residencial Bijlmermeer.  (Slotje, P. "et al." 2007)	1992	Ámsterdam. Holanda  Bomberos= 334 y 834. Policías= 634 y 194.	8'5 años		No se encontró relación significativa entre trabajadores expuestos y no expuestos y TEPT	
Kaprun.  (Brauchle, G. 2006).	2000	Austria. (250 Trabaja. de Emergencia)	6 semanas.  6 meses.	25'7%	Tras. Agudo de Ansiedad.  TEPT	7'3% médicos, 22'2% Equipo emergencia.  6'3% Total Trabajadores de Emergencia
Atentado Torres Gemelas 11 de Septiembre. (Perrín, MA. Et al. 2007)	2001	New York (USA) 3.925 policías.	2-3 años	6'2%	TEPT	21'2% voluntariado
Atentado 11 de Marzo  (Gabriel, R. Et al 2007). (Ferrando, L. 2006 ).	2004	Madrid (España): 153 (Cuerpo Nacional de Policía).	5-12 semanas.  12 semanas después suceso	3'9%.  1'3 % 1'3% 0'7% 0'7%	Síntomas Trastorno Psíquico: Depresión, TEPT, otros ansiedad.  TEPT. Depresión. T. Ans. Gen Agorafobia.	57'5% en los heridos. 25'9% en residentes de Alcalá de henares.  12'3%P. Alcalá. 8'5% P. Alcalá. 8'6% P. Alcalá. 10'5%P. Alcalá.
Atentado 11 de Marzo. (González, H. 2004)	2004	Madrid 35 Policías (No consta Cuerpo Policial)	segunda semana	34'3%	Ataques de Pánico.	
Huracán Katrina. (Centres for Disease Control and Prevention. 2006)	2005	Costa del Golfo U.S	7-13 semanas	1/3 de Policías-bombero Nueva Orleáns.	Síntomas depresivos o de TEPT	

### Malestar psicológico en poblaciones policiales

En otra línea de investigación, están los trabajos que presentan datos de prevalencia de patología psíquica en población policial, sin tener que relacionarla con la participación en un evento policial de carácter dramático, entre las más actuales, destacan:

- Costa et al. (2007) estudian una muestra de 264 policías militares de la ciudad de Natal, Brasil, para una población de 3.193. La investigación evaluó la presencia de estrés y en su caso, la fase en que se encontraba, así como su manifestación a través de síntomas físicos o psíquicos.

Se encontraron síntomas de estrés en el 47'4% de los agentes, al 3'4% les situaba en la fase de alerta, al 39'8% en la de resistencia, al 3'8% próximos al agotamiento y al 0'4 en la etapa de agotamiento. El 76% de los policías con estrés presentaron síntomas psíquicos y el 24% físicos.

- Maia et al. (2007) valoraron la presencia de trastorno por estrés postraumático en 157 policías de una Unidad de élite de Brasil. La tasa de prevalencia de TEPT pleno fue de 8'9% y del parcial de 16%. Los autores señalan que los policías con TEPT pleno presentaban 5 veces más probabilidades de estar divorciado (21'6% divorcio en TEPT, 4'3% divorcio en no TEPT), se consideraban con mala salud (el 64'3% de los TEPT, el 6% de los sin TEPT) e informaron con más frecuencia a lo largo de su vida de ideación suicida (el 35'7% con TEPT, el 5'2% sin TEPT).

- Sidorov et al. (2007) estudian la presencia de TEPT en una muestra de 64 miembros de los Cuerpos de Seguridad (*law-enforcement bodies*) de la República Chechenia. Se aprecia TEPT en el 3% de los estudiados.

- Chen et al. (2006) abordan la calidad de vida, la probable depresión y factores de riesgo relacionados, en una muestra de 832 agentes de policía de Kaohsiung, Taiwán.

En la investigación, se estimó una tasa de probable depresión de 21'6% (n=180 agentes). Los agentes que no puntuaron probable depresión, así como los de nivel educativo superior (universitario o similar) obtuvieron mejores puntuaciones en el cuestionario de calidad de vida.

Los factores que aparecieron como predictivos para la depresión encontrada fueron: los problemas familiares y el estrés laboral (relacionado con la consecución de objetivos, los compañeros y el elevado volumen de trabajo).

- Mc Nally (2006) explora la presencia de TEPT en una muestra de 520 policías del Servicio de policía Iraquí. El 44% reflejaron puntuaciones que indicaban la presencia de trastorno por estrés postraumático.

Es difícil encontrar investigaciones que arrojen datos de prevalencia de patología psíquica en población policial española.

- Muñoz (1990) presenta los resultados de una encuesta de salud diseñada y llevada a cabo en 1988, con una gran amplitud de muestra de funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía.

La muestra entrevistada (1.792 funcionarios policiales) representaba el 84% del total de la población universo, no se pudo entrevistar a los funcionarios de las estructuras centrales, ni a los de las regiones policiales 11ª y 12ª (Baleares y Canarias).

Entre los datos arrojados, destaca que el 82% de los entrevistados consideraron que en el último año su salud había sido buena o muy buena. En las dos semanas anteriores a la entrevista el 15% manifestó haber tenido “*tensión nerviosa*” y el 13% “*dificultades para dormir*”. Como padecimiento crónico, el 17% reconocía padecer “*problemas de nervios*”.

Señaló que en la medida en que aumentaba el nivel educativo descendía el porcentaje de personas que referían problemas de nervios.

Como prueba de screenig psicopatológico, se utilizó el Cuestionario de Salud General de Goldberg (G.H.Q) que arrojó un 22'18%<sup>8</sup> de probable malestar psíquico entre los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, con importantes diferencias entre Regiones policiales (entre las más saludables, destacó Zaragoza con un 6'3%). Cifras similares a las presentadas en distintos estudios de población general de esa época, una vez ajustados por edad y sexo, y que arrojaban de un 16 a un 20% de malestar psíquico.

Respecto a la percepción de riesgo a contraer enfermedades por su trabajo, más de la mitad de los policías situaron a “*la depresión*” entre las tres enfermedades consideradas de mayor riesgo.

Tras el estudio de los resultados de la encuesta de salud del CNP de 1988, “*la entonces Dirección General de la Policía, inicia un importante esfuerzo para la reestructuración de sus servicios médicos, tanto renovando su estructura y normativa, como promoviendo una adecuada consideración administrativa y cualificación de su personal*”. Puelles (2008).

Esfuerzo que incide positivamente en la atención a los funcionarios con padecimientos físicos o psíquicos, modificando el panorama sanitario del CNP de forma favorable y combatiendo los resultados negativos que la encuesta hubiese podido reflejar.

En la actualidad los datos sobre prevalencia psíquica en Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del estado se valoran a través de las cifras de bajas de carácter psíquico. Cifras que suelen presentarse en congresos de Salud laboral y memorias de trabajo.

Sánchez (2007) presenta una investigación sobre el absentismo de carácter psíquico en el CNP, que abarca el estudio de estas bajas desde el año

---

<sup>8</sup> Obtenido a través de la media de los porcentajes presentados por Región Policial.

1998 al 2006. El índice medio de bajas resultante (I.M.B= número de bajas por cada 100 funcionarios en un periodo de tiempo) fue de 11'88, con importantes diferencias según la Región Policial (entre las de menor absentismo destacan la J.S.P de Madrid con un I.M.B de 6'84 y los Servicios Centrales con un 3'93)

El estudio de las bajas es fundamental, pero no resulta suficiente a la hora de planificar actuaciones psicosanitarias. Las bajas no hablan de los trabajadores que a pesar de su malestar psíquico menor se mantienen en activo, e incorporan a algunos que utilizan este procedimiento como un recurso para resolver otros problemas de carácter personal o laboral, pero no patológico.

**Tabla 2. Malestar Psíquico en Población Policial**

Población	Muestra	Resultados	Autor, año
Policías de Kaohsiung, (Taiwán).	832	21'6% Probable Depresión.	Chen, HC. et al. (2006)
Policías de Natal (Brasil)	264	47'4% Síntomas de Estrés. Etapas: 3'4% Alerta, 39'8% Resistencia, 3'8% próximo agotamiento, 0'4% agotamiento	Costa, M. et al. (2007)
Unidad de policía de élite (Brasil).	157	8'9% TEPT pleno. 16% TEPT parcial.	Maia, DB. et al. (2007).
Servicio de Policía. (Iran).	520	44% TEPT	Mc Nally, VJ (2006)
Law-enforcement bodies. (República Chechenia).	64	3% TEPT	Sidorov, PI. et al. (2007).
Funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía. (España)	1.792	22'18% <sup>9</sup> Probable Malestar Psíquico (G.H.Q).	Muñoz, PE. (1990)
Funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía. (España)	178 (Todos refieren vivencia laboral "traumática")	35'39% Solamente cumplen el criterio "A", de TEPT <sup>10</sup> . 17'41% Cumple todos los criterios DSM III-R de TEPT	Baca, E. et al" (2003)
Cuerpo Nacional Policía (España).	- 6.155 bajas (desde 1998 a 2006)	I.M.B= 11'88. J.S.P Madrid=6'84.	Sánchez, R. (2007)

<sup>9</sup> Obtenido a través de la media de los datos presentados en el gráfico: "Positivos en GHQ – Por región policial).

<sup>10</sup> Obtenido a través de los datos ofrecidos en el sentido de: Muestra Total= 178, Cumplen criterio A=94, Cumplen total criterio=31.

### Conclusiones

El presente trabajo aporta una definición, práctica y necesaria, de los conceptos de exigencia y carga emocional del trabajo, de gran utilidad en el estudio de las demandas emocionales de algunas tareas profesionales.

Se pone de manifiesto la necesidad de profundizar en el conocimiento de las exigencias emocionales del trabajo policial, evitando establecerse rígidamente en la perspectiva negativa de los modelos patógenos.

Los estudios presentados reflejan, respecto a otras poblaciones laborales, un escaso impacto psicopatológico de las emergencias masivas en los agentes policiales. Sin embargo, dotar a los policías de estrategias de manejo emocional ante las tareas con elevada exigencia, incidirá en una mayor optimización de su actuación profesional, así como en la saludable asimilación de estas experiencias.

### Referencias

- Arrieta, P. J & Leturia, F. J (2007). *Prevención de Riesgos Psicosociales en el sector socio-sanitario*. Donosita. Erein.
- Baca, E. Cabanas, M L. (2003). *Las Víctimas de la violencia*. Estudios psicopatológicos. Madrid. Triacastela.
- Balint, M. (1986). *El medico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires. Libros Básicos.
- Boscarine, J.A. Adams, R.E. (2009). Peritraumatic Panic Attacks and Health Outcomes Two Years after Psychological Trauma: Implications for Intervention and Research. *Psychiatry Research*; 167 (1-2): 139-150.
- Brauchle, G (2006). Incidente-and reactio-related predictors of de acute and posttraumatic stress disorder in disaster workers. *Psychosomatic Medicine and Psychotherapy*; 52(1):52-62.
- Centres for Disease Control and Prevention (CDC). (2006). Health hazard evaluation of police officers and firefighters alter Hurricane Katrina-New Orleans, Louisiana, October 17-28 and November 30-December 5, 2005. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report. Apr. 28*; 55(16):456-8.
- Chen, HC. Chou, FH. Chen, MC. Su, SF. Wang, SY. Feng, WW. Chen, PC. Lai, JY. Chao, S S. Yang, SL. Tsai, TC. Tsai, KY. Lin, KS. Lee, CY. Wu, HC. (2006). A survey of quality of life and depression for police officers in Kaohsiung, Taiwan. *Qualiti of Life Research. Jun*; (5):925-32.
- Costa, M. Júnior, HA. Oliveira, J. Maia, E. (2007). Stress: diagnosis of military police personnel in a Brazilian city. *Revista Panamericana de Salud Pública. Apr*; 21 (4): 217-22.
- Duque, F. Mallo, M<sup>a</sup>. Álvarez, M. (2007). *Superando el Trauma. La vida Tras el 11-M*. Barcelona. La Liebre de Marzo, S.L.

- Ferrando, L. Gabriel, R. (2006). Consecuencias psicopatológicas de los atentados del 11M en el Cuerpo Nacional de Policía: Resultados de un estudio transversal doce semanas después del suceso. *Ciencia Policial. Mayo*; 76: 65-82.
- Gabriel, R. Ferrando, L. Cortón, ES. Mingote, C. García-Camba, E. Liria, AF. Galea, S. (2007). Psychopathological consequences alter a terrorist attack: an epidemiological study among victim, the general population, and police officers. *European Psychiatry. Sep*; 22 (6): 339-46.
- González, H. Miguel-Tobal, J. Cano, A. 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.*
- González, JL. Moreno, B. Garrosa, E. (2005). *Carga Mental y Fatiga Laboral: Teoría y evaluación.* Madrid. Pirámide.
- Hartley, TA. Violanti, JM. Fekedulegn, D. Andrew, ME. Burchfiel, CM. (2007). Associations between major life events, traumatic incident, and depresión amog Buffalo police officers. *International Journal of Emergency Mental Health. Winter*; 9 (1): 25-35.
- Heir, T. Piatigorsky, A. Weisaeth, L. (2009). Longitudinal changes in recalled perceived life threat after a natural disaster. *British Journal of psychiatry. 194 (6): 510-514.*
- Huizink, AC. Slottje, P. Witteveen, AB. Bijlsma, JA. Twisk, JW. Smidt, N. Bramsen, I. Van Mechelen, W. Van der Ploeg, HM. Bouter LM. Smid, T. (2006). Long term Elath complaints following the Amsterdam Air Disaster in police officers and Fire-fighters. *Occupational and Environmental Medicine. Oct*; 63 (10): 647-8.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2002) *Trabajemos contra el estrés.* INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2007) *Nota Técnica de Prevención (NTP 703): El método COPSQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales.* Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. España.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2007) *VI Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo*". INSHT. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España.
- Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. NIOSH (1993). *La Prevención de homicidio en el lugar de trabajo.* Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. DHHS (NIOSH). 93-109. [www.cdc.gov/spanish/niosh](http://www.cdc.gov/spanish/niosh).
- Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. NIOSH (1998). *El Estrés en el Trabajo.* DHHS. 99-101. (NIOSH En Español/jobstres.html).
- Lazarus, RS. (2006). *Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud.* Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Mahoney, M J. (2005). *Psicoterapia constructiva: Una guía práctica.* Barcelona. Paidós.
- Maia, DB. Marmar, CR. Metzler, T. Lóbreaga, A. Berger, W. Mendlowicz, MV. Coutinho, ES. Figueira, I. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite

- unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders*. Jan; 97(1-3):241-5.
- Marmar, CR. Mc Caslin, SE. Metzler, TJ. Best, S. Weiss, DS. Fagan, J. Liberman, A. Pole, N. Otte, C. Yehuda, R. Mohr, D. Neylan, T. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences*. Jul; 1071:1-8.
- Mauer, M.P. Cummings, KR. Carlson, G.A (2007) Health Effects in New York state Personnel Who Responded to the World Trade Center Disaster. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 49 (11): 1197-1205.
- Mc Caslin, SE. Rogers, CE. Metzler, TJ. Best, RS. Weiss, DS. Fagan, JA. Liberman, A. Marmar, CR. (2006). The impact of personal threat on police officers responses to critical incident stressors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Aug; 194 (8): 591-7.
- Mc Caslin, SE. Metzler, TJ. Best, SR. Liberman, A. Weiss, DS. Fagan, J. Marmar, CR. (2006). Alexithymia and PTSD symptoms in urban police officers: cross-sectional and prospective findings. *Journal of Traumatic Stress*. Jun; 19 (3): 361-73.
- Mc Nally, VJ. (2006). The impact of posttraumatic stress on Iraqi police. *International Journal of Emergency Mental Health*. Fall; 8(4):275-81.
- Miller, L. (2006). Officer-involved shooting: reaction patterns, response protocols, and psychological intervention strategies. *International Journal of Emergency Mental Health*. Fall; 8 (4): 239-54.
- Miller, L. (2007). Line-of-duty death: psychological treatment of traumatic bereavement in law enforcement. *International Journal of Emergency Mental Health*. Winter; 9 (1): 13-23.
- Mitchell, JT. Levenson, RL Jr. (2006). Some thoughts on providing effective mental health critical care for police departments alter Line-or- Duty Deaths. *International Journal of Emergency Mental Health*. Winter; 8 (1): 1-4.
- Moncada, S. Llorens, C. Navarro, A. Kristensen, T. S. (2005). ISTAS 21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). *Archivo de Prevención de Riesgos Laborales*; 8 (1): 18-29.
- Muñoz, P E. (1990). Encuesta Sobre Salud. *Policía Española*. Febrero; 64 (67-73).
- North, C. Suris, M. davis, M. Smith, R.P (2009). Toward Validation of the diagnosis of posttraumatic stress disorder. *American Journal of psychiatry*. 166 (1): 34-41.
- Perrin, MA. Di Grande, L. Wheeler, K. Thorpe, L. Farfel, M. Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry*. Sep; 164 (9): 1385-94.
- Pole, N. Neylan, TC. Otte, C. Metzler, TJ. Best, SR. Henn-Haase, C. Marmar, CR. (2007). Associations between childhood trauma and emotion-modulated psychophysiological responses to startling rouds: a study of police cadets. *Journal of Abnormal Psychology*. May; 116 (2): 352-61.

- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2009). Risk and Resilience Factors among Italian Municipal Police Officers Exposed to Critical Incidents. *Journal of Police Criminal Psychology*.
- Puelles, C. (2008). El psicólogo en el Cuerpo Nacional de Policía (CNP). *Manual Docente de Psicología Clínica, Legal y Forense*. Coor. Graña, J. L. Peña, M. E. Andreu, J. M. Madrid. Universidad Complutense de Madrid (1): 197-210.
- Puelles, C. (2009). *Exigencia Emocional del Trabajo Policial*. IV Jornada de Salud Mental en el Cuerpo Nacional de Policía. Mayo. Zaragoza.
- Regel, S. (2007). Post-trauma support in the workplace: the current status and practice of critical incident stress management (CISM) and psychological debriefing (PD) within organizations in the UK. *Occupational Medicine (London)*. Sep; 57 (6): 411-6.
- Rodriguez-Palancas, A. Losantos, R. Gámez, A Marcos, E. Medina, J.L. Pérez-Iñigo, J.L. Muñoz, I. Suárez, R. Iglesias, C. Llaquet, L. (2008). Sobredimensionamiento del diagnóstico de TEPT. *Interpsiquis*. 1:1-3
- Sánchez, R. (2007). *Absentismo de causa psíquica en el C. N. P (1998-2006)*. III Jornada de Salud Mental en el C.N.P. Barcelona.
- Sidorov, Pl. Slozhenikin, AP. Ksenofontov, AM. Belikov, I I. Novikova, IA. (2007). Special features of mental and somatic status of the employees of law-enforcement bodies of the Chechen Republic. *Voенno-Meditsinskii Zhurnal (Russian)*. Jun; 328 (6):62-66, 96.
- Slottje, P. Witteveen, AB. Twisk, JW. Smidt, N. Huizink, AC. Mechelen, WV. Smid, T. (2007). Post-disaster physical symptoms of firefighters and police officers: Role of types of exposure and posttraumatic stress symptoms. *British Journal Health Psychology*. Apr 5.
- Vera, B. Carbelo, B. Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo* (27): 40-49.
- Verschuur, M. Spinhoven, P. van Emmerik, A. Rosendaal, F. (2007). Making a bad thing worse: effects of communication of results of an epidemiological study after an aviation disaster. *Social Science & Medicine*. Oct; 1430-41.

### Agradecimientos

Quiero agradecer a muchas de las personas que trabajan en el Cuerpo Nacional de Policía, su ayuda cotidiana en mi trabajo. Especialmente a aquellos/as policías que me permiten acompañarles en sus momentos más duros, gracias por su confianza.

A Elena Puertas e Isabel Vera, gracias por facilitar mi integración en el dispositivo de atención psicológica del 11 de Marzo de 2004, así como por incorporarme al Grupo Interinstitucional de Psicología de Catástrofes de Protección Civil.