

La psicología militar en la prevención de salud mental durante la pandemia por SARS-Cov-2

García-Real JM.¹, García-Silgo M.², Conejo-García M.T.³, Samper-Lucena E.⁴, Torrejón-Correa C.⁵, Cerezo-Ureta, J.⁶, Más-Esquerdo J.⁷, Laplaza-Brun A.², Ruíz-Espinosa JI.²

Sanid. mil. 2020; 76 (2): 117-124, ISSN: 1887-8571

RESUMEN

La literatura científica señala que las situaciones de emergencias y desastres tienen un impacto más elevado para la salud mental que para la salud física. No había razones para pensar que la pandemia por COVID-19 y la situación de estado de alarma fueran a impactar menos que epidemias anteriores. Por ello, la psicología militar debía aportar algunas de sus capacidades para reducir el impacto de la emergencia en la salud mental de una parte de la población. *Método:* Se realizaron búsquedas bibliográficas en PubMed, PsycINFO y EBSCOhost de cara a analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental. Además, se describen algunas de las diferentes actuaciones que ha llevado a cabo la psicología militar en todo el territorio nacional, durante la mencionada crisis sanitaria. *Resultados:* Se observa un impacto psicológico negativo del COVID-19 en países como China, Argelia, Irán, India, Italia, España, Reino Unido o Alemania. La psicología militar realizó al menos 15000 actuaciones, aunque no todas se concretaron en intervenciones psicológicas y solo unas 8000 se pudieron contabilizar formalmente. El 40% de las personas atendidas recibieron al menos una intervención psicológica (13% en formato individual y 27% en sesión grupal para intervinientes). De las actuaciones individuales contabilizadas, aproximadamente el 18% derivó en intervención psicológica. En las intervenciones individuales se observaron síntomas de salud mental negativos, así como patrones de resiliencia para gestionar el estrés. Las actuaciones se llevaron a cabo con: Trabajadores y usuarios de residencias de mayores y centros de personas vulnerables; hospitalizados y familiares de hospitalizados y fallecidos por COVID-19; militares intervinientes en la emergencia; familiares de militares; trabajadores civiles del Ministerio de Defensa; militares en situación de retiro; y viudas de militares. *Conclusiones:* Según la literatura científica, la emergencia sanitaria ha tenido un impacto negativo en la salud mental. Sin embargo, pese a los síntomas negativos, los individuos también demuestran patrones de resiliencia bien establecidos.

PALABRAS CLAVE: Psicología militar, COVID-19, prevención salud mental, primeros auxilios psicológicos, angustia moral, resiliencia, intervención en crisis y emergencias, Operación Balmis.

Military psychology in mental health prevention in Spain during the SARS-Cov-2 Pandemic

SUMMARY

Scientific community indicates that emergency and disaster situations have a higher impact on mental health than on physical health. There was no reason to believe that outbreak COVID-19 and state of alarm were going to impact less than previous epidemics. For this reason, military psychology needed to contribute with some of its capabilities to reduce the impact of the emergency on the mental health of part of the population. *Method:* Bibliographic searches in PubMed, PsycINFO and EBSCOhost were performed for analyze the impact of the COVID-19 pandemic on mental health. In addition, some of the actions that military psychology has carried out throughout the Nation are described. *Results:* A negative psychological impact of COVID-19 was observed in countries such as China, Algeria, Iran, India, Italy, Spain, United Kingdom or Germany. Military psychology carried out at least 15,000 actions, although not all of them resulted in psychological interventions and about half of them were formally accounted. Approximately 40% of the people received at least one psychological intervention (13% in individual format and 27% in group session for participants). Of the individual actions recorded, about 18% needed psychological first aid. Negative symptoms but also positive resilience patterns were observed in people. Actions were done in different contexts: Workers and users of nursing homes and centers for vulnerable people; hospitalized and hospitalized's relatives and deceased by COVID-19; military personnel as first workers; military relatives; civil workers from the Ministry of Defense; retired military personnel; and military widows. *Conclusions:* According to the scientific literature, this outbreak has had a negative impact on mental health. However, despite negative symptoms, people also presented resilience patterns.

KEY WORDS: Military psychology, COVID-19, mental health prevention, psychological first aid (PFA), moral injury, resilience, crisis and emergency intervention, Balmis Operation.

¹ Teniente Coronel Psicólogo. jefe de la Unidad de Psicología de IGESAN

² Comandante Psicólogo. Unidad de Psicología de IGESAN

³ Capitán Psicólogo. Unidad de Psicología de IGESAN

⁴ Teniente Coronel Psicólogo. Jefatura de Docencia. Escuela Militar de Sanidad de la Defensa.

⁵ Teniente Coronel Psicólogo. Junta Médico Pericial Psiquiátrica.

⁶ Teniente Coronel Psicólogo. Unidad de Psicología de IGESAN

⁷ Comandante Psicólogo. Jefe del Departamento de Psicología de la Escuela Militar de Sanidad de la Defensa.

Correspondencia: José Miguel García Real. Unidad de Psicología de IGESAN. Glorieta del Ejército 1, 28047-Madrid. jgarrea@oc.mde.es

Recibido: 22 de junio de 2020

Aceptado: 18 de agosto de 2020

doi: 10.4321/S1887-85712020000200012

INTRODUCCIÓN

El siglo XXI arranca con atentados terroristas, catástrofes naturales, accidentes masivos, desastres, guerras, crisis económica y disturbios sociales. En el año 2001, la OMS¹ estimó para estas situaciones que el 10% de las personas que experimentarían eventos traumáticos tendrían problemas de salud mental y que otro 10% los tendrían para seguir funcionando con normalidad en la vida diaria. Con los años, la literatura científica va determinando con más exactitud cuál es el impacto de los desastres y las emergencias

en la salud mental, destacando que por cada persona afectada por daño físico hay cuatro afectadas por daño psicológico².

En estas situaciones, es común que la población general experimente síntomas de ansiedad, depresión, problemas para dormir o problemas psicosomáticos. Pero desarrollar, o no, trastornos de ansiedad, depresión, estrés postraumático (TEPT) u otros, no es algo generalizado y la mayoría de las personas terminan adaptándose a la situación crítica o a la posterior³. En concreto, se ha comprobado que el factor con más poder predictivo de TEPT es el grado de exposición al riesgo –grado de lesión física, haber estado cerca de perder la vida, destrucción de la propiedad, número de fallecidos^{4,5} y no contar recursos suficientes⁶.

Según Páez, Fernández & Beristain⁷ durante el primer año tras el evento crítico, el nivel de alteración (síntomas de ansiedad, depresión, TEPT) puede llegar al 45% en las víctimas directas de los desastres, reduciéndose el segundo año al 20%-40%. Pero el impacto en la salud mental puede diferir según la naturaleza del desastre. Por ejemplo, cuando los desastres son naturales, se estima un impacto psicológico del 17% en comparación con grupo control o con la situación anterior^{8,9}; en masacres, guerras o violencia extrema, el porcentaje se sitúa entre el 20% y el 45%, pudiéndose elevar hasta el 60% en caso de violaciones^{10,11,12}; y en desastres tecnológicos o NBQR puede oscilar entre el 2,4% y el 44,6% en función de la exposición –directa o indirecta– al riesgo NBQR y la edad¹³⁻¹⁵.

Igualmente, el impacto en la salud mental también depende de la posición que se ocupe en el desastre (población general, víctimas directas y trabajadores de rescate o intervinientes). Así, en la revisión sistemática de Neria, Nandi y Galea⁵ –que abarca casi tres décadas (1980-2007)– se estima que la prevalencia de TEPT en las víctimas directas de los desastres se halla entre el 30% y el 40%, en los trabajadores de rescate entre el 10% y el 20%, mientras que en la población general estaría entre el 5% y el 10%. En un meta-análisis posterior con 20.424 intervinientes en desastres, Berger et al.¹⁶ encontraron una prevalencia similar del 10% para esta población.

En otras epidemias de este siglo, el miedo y las preocupaciones aumentaron los niveles de ansiedad entre la población. Aquellos que fueron directamente afectados por el *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), mostraron tasas significativamente más altas de secuelas psicológicas. La morbilidad psiquiátrica acumulada entre los supervivientes de SARS se acercó al 60% tres años después del brote, mientras que la prevalencia puntual a los 30 meses fue de aproximadamente el 33% (uno de cada tres), con uno de cada cuatro reportando síntomas de TEPT y aproximadamente el 16% de trastornos depresivos¹⁷. En Hong Kong, entre los años 2003 y 2004, hubo una gran cantidad de muertes por suicidio entre las víctimas de SARS¹⁸. El personal sanitario mostraba más síntomas de TEPT, depresión y trastornos por uso de sustancias¹⁹. En concreto, en Singapur, entre el 18% y el 57% de los sanitarios sufrieron angustia emocional al inicio, durante y después del brote de SARS²⁰.

El impacto psicológico de las cuarentenas en los brotes de epidemias de este siglo ha sido analizado recientemente¹⁹ señalando que, los que estuvieron en cuarentena, en comparación con los que no, mostraban más agotamiento físico y emocional, desapego, ansiedad, irritabilidad, insomnio, confusión, baja

concentración e indecisión, deterioro en el desempeño laboral o rechazo a trabajar, angustia, depresión y TEPT. Además, experimentaron más emociones negativas de miedo, ira, tristeza y culpa y menos sentimientos positivos de felicidad y alivio.

Se hace incuestionable, por tanto, que en las emergencias y los desastres la salud mental es un área central de la salud pública^{21,22}. Por esta razón, desde finales del siglo XX y comienzos del XXI, el apoyo psicológico en crisis y emergencias es una estrategia de afrontamiento para muchas naciones²³ dirigida a fortalecer la resiliencia de la población.

RESEÑA HISTORIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EMERGENCIAS

Según García Silgo²³, a mediados del siglo XVII se empezó a prestar atención a los aspectos psicológicos en los desastres de una manera meramente descriptiva y así siguió hasta la mitad del XX, con las primeras observaciones en catástrofes realizadas propiamente por psicólogos. Durante la II Guerra Mundial, la actividad descriptiva llegó a crear nueva terminología y a fundar algunos principios básicos. Por ejemplo, nació el concepto de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)^{24,25}. Tras la Guerra, se produjo un cambio fundamental, gracias al auge de la orientación empírica del Grupo de Investigación en Desastres en los Estados Unidos y del Grupo de Doctores Noruegos en Europa. En la década de los 70, los equipos de apoyo psicológico en crisis iniciaron su actividad, debido a que varios autores detectaron la necesidad de llevar profesionales de salud mental rápidamente allí donde había ocurrido un desastre y así minimizar el daño psicológico. Esta práctica se fue generalizando y haciendo cada vez más habitual. Entre los años 70 y 80 nace, por tanto, la psicología de las emergencias.

En España, tras la transición, se promulga normativa para las situaciones de catástrofe, desgracia pública y crisis. Publicaciones que continuaron en los 90 y al empezar el nuevo siglo. Aunque la necesidad de dar atención psicológica fuera un objetivo desde la Ley 2/1985 y el Real Decreto 407/1992, no fue hasta 1997, cuando estas acciones cobraron un lugar propio y destacado. Se creó el Grupo Interinstitucional, coordinado por el equipo de psicología en catástrofes de la Dirección General de Protección Civil, implicando a las instituciones más relevantes en la materia (Policía Nacional, Guardia Civil, Cruz Roja, Ministerio de Defensa, Servicios de Emergencia, Universidades y Colegio Oficial de Psicólogos). Entre las finalidades del mencionado grupo estaba la de definir un modelo y un plan de intervención psicosocial en catástrofes común a todo el territorio español. Además, se pudo establecer cómo debían ser las intervenciones psicológicas en crisis, el perfil del psicólogo, o qué contenidos debían tener los programas de formación de los distintos profesionales intervinientes. En la actualidad, estos equipos de psicólogos cuentan con un largo recorrido en sus intervenciones, como las realizadas cada vez que ha habido en España incendios, explosiones, catástrofes naturales, atentados terroristas, accidentes masivos y, ahora, emergencias sanitarias.

En el contexto militar español, en la década de los 90 del siglo XX, el apoyo psicológico en crisis y emergencias era una función de los psicólogos militares. Sin embargo, no tenía todavía

su asiento oficial, aspecto que cambió al comenzar el siglo XX, por ser ya demandada explícitamente a partir del Real Decreto 2394/2004, consolidándose en las Órdenes Ministeriales 66/2009 y 71/2010.

MODELO DE INTERVENCIÓN DE SALUD MENTAL EN LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19

La intervención psicológica en emergencias es, por definición, prevención secundaria en salud mental. Esta prevención actúa cuando aparecen las primeras reacciones de estrés (aunque se encuentren dentro de lo normal en la población general durante las emergencias y los desastres), creándose un espacio de expresión emocional, contención, comprensión, seguridad y búsqueda de recursos. Esto facilita la elaboración del evento traumático y el ajuste psicológico a la situación. La prevención secundaria, por tanto, se dirige a reducir la intensidad y duración de las reacciones y del malestar que de ellas se deriva. Se impide así su agravamiento y se reduce, en origen, la prevalencia futura.

El Comité Permanente entre Organismos (*Inter-Agency Standing Committee*; IASC)²⁶ estableció un conjunto de directrices acerca de cómo intervenir en la salud mental durante los desastres, situando el apoyo a la salud mental dentro de un contexto más amplio denominado apoyo psicosocial²⁷. Se crea así un sistema de servicios combinados de salud mental y de apoyo psicosocial con cuatro niveles de intervención IASC²⁶: 1. Servicios básicos y seguridad –abastecimiento alimentario, suministro energético, seguridad–; 2. Apoyo familiar y comunitario –redes informales cercanas–; 3. Apoyo no especializado –red formal, en donde se incluyen los PAP y la atención primaria en salud mental– y; 4. Servicios especializados de psicología y psiquiatría –dirigidos a personas con trastornos mentales graves, siempre que sus necesidades excedan las capacidades de la atención primaria–.

Estos cuatro niveles procuran que los individuos cuenten con los recursos fundamentales para afrontar la adversidad generada por las emergencias y se minimice, así, el impacto del desastre sobre la salud. Este modelo de intervención se deriva de la teoría transaccional del estrés²⁸⁻³⁶, según la cual el estrés (malestar, mala salud) sería el resultado de la interacción entre las demandas (estresores o riesgos) y los recursos (resiliencia) con los que cuenta el sujeto. Desde esta teoría, se destaca el papel de los mecanismos de evaluación y afrontamiento que median entre el estrés y sus consecuencias³⁷, donde la evaluación es un proceso cognitivo que actúa en dos fases. En la primera, la persona analiza los riesgos o estresores y sus posibles consecuencias y, si el resultado indica que puede haber daño o malestar, en la evaluación secundaria, pasaría a identificar con qué recursos cuenta y qué acciones puede implementar para reducir o eliminar dicha gravedad.

Aunque lo ideal para disminuir el impacto de los estresores sobre la salud sería eliminarlos o reducirlos, en muchas ocasiones esto no es posible. En la mayoría de los casos las intervenciones se dirigen, por tanto, a aumentar los recursos y las estrategias de afrontamiento de las personas, tal y como apunta la teoría transaccional del estrés. Este es, también, el enfoque que adop-

ta la teoría de la resiliencia psicológica frente a las situaciones potencialmente traumáticas³⁸⁻⁴⁸, especialmente en su orientación interactiva o transaccional⁴⁹.

Ambas teorías, transaccional del estrés y de la resiliencia, son capaces de explicar por qué, ante los mismos riesgos, no todas las personas desarrollan problemas psicológicos. Desde estos enfoques, una persona puede ser muy resiliente en un momento de su vida, pero no en otro o puede ser resiliente en un tipo de situaciones pero no en todas. Así, la resiliencia es un proceso amplio y dinámico que depende de recursos y estrategias internas y externas al sujeto.

Las intervenciones psicológicas en desastres y emergencias se centran, por tanto, en fomentar la resiliencia de las personas para afrontar la situación crítica y las consecuencias que de ella se puedan derivar. Estas intervenciones se realizan puntualmente, en una o contadas sesiones, teniendo en cuenta los principios establecidos por los PAP. Los PAP se diseñaron para promover elementos cruciales en las primeras fases de las crisis, como la percepción de seguridad, calma, eficacia propia y comunitaria, conexión y esperanza⁵⁰. Los PAP son una práctica basada en la información⁵¹, ampliamente respaldada por el consenso de expertos, menos estigmatizante que las intervenciones psiquiátricas⁵² y completamente integrada en el apoyo psicosocial en desastres y emergencias⁵³, incluida la pandemia por Covid-19⁵⁴. Hasta hace poco, los PAP no contaban con evidencias sólidas^{55,56} seguramente debido a la complejidad y dificultad para elaborar estudios controlados en desastres y emergencias. Sin embargo, en los últimos años, algunos estudios van definiendo su efectividad en la reducción del estrés agudo y el aumento de la esperanza⁵⁷ o el bienestar emocional y la severidad de los *flashbacks*⁵⁸.

La planificación de las actuaciones de los psicólogos militares durante la pandemia por Covid-19, estuvo guiada por la teoría transaccional del estrés, la teoría de la resiliencia y los PAP. Las intervenciones presenciales y telefónicas se basaron en el apoyo y acompañamiento, en todos los niveles (emocional, cognitivo, conductual y fisiológico), fomentando los objetivos de los PAP (contactar, conectar, confort, seguridad, estabilización, recopilar información, resolución de problemas y búsqueda de apoyo). En las intervenciones diferidas mediante guías psicoeducativas, se hizo hincapié en señalar y reconocer los riesgos físicos y psicosociales asociados a la emergencia (destacando el papel de la carga física, psicológica y, sobre todo, emocional; el efecto de la acumulación de estresores; el estrés por incidente crítico; o los Eventos Potencialmente Perjudiciales para la Moral –*Potentially Morally Injurious Event*–) y en la detección y potenciación de la resiliencia para hacer frente a dichos riesgos. Además, se reconoció explícitamente el impacto negativo del estigma asociado a los problemas mentales y la necesidad de buscar ayuda cuando se necesita.

MÉTODO

Con el objetivo de analizar el impacto de la pandemia en la población mundial y así hacer una aproximación indirecta a la población en la que se intervino, se realizaron búsquedas bibliográficas de artículos revisados por pares, estudios controlados, revisiones, revisiones sistemáticas y meta-análisis en PubMed,

PsycINFO y EBSCOhost. Las palabras clave fueron «Coronavirus AND Mental Health». Se seleccionaron las revisiones sistemáticas, los meta-análisis y los estudios controlados.

Por otra parte, se hizo un recuento aproximado del total de actuaciones realizadas por la psicología militar y las intervenciones derivadas de ellas. Debido a las demandas asociadas a la propia situación de emergencia, el número de psicólogos implicados y las exigencias en cada contexto, no fue posible recoger todos los datos que hubieran sido deseables para su posterior análisis.

RESULTADOS

Para «Coronavirus AND Mental Health» se encontraron un total de 69 artículos en PubMed, 30 en PsycINFO y 180 en EBSCOhost. A continuación se expone una breve revisión de la relación entre coronavirus y salud mental, así como la descripción de las actuaciones efectuadas por la psicología militar.

Impacto psicológico de la pandemia por COVID-19

Los resultados muestran que la emergencia sanitaria por Covid-19 tiene un impacto negativo en la salud mental de la población general, del personal interviniente y de las víctimas del virus. En la revisión sistemática de Vindegaard y Benros⁵⁹ encuentran un alto nivel de síntomas de TEPT (96,2%) y un nivel significativamente más alto de síntomas depresivos. Los pacientes con trastornos psiquiátricos preexistentes informaron de un empeoramiento de los síntomas psiquiátricos. Los estudios de sanitarios encontraron un aumento de síntomas depresivos, ansiedad, angustia psicológica y mala calidad del sueño y los de población general revelaron un bienestar psicológico más bajo y puntuaciones más altas de ansiedad y depresión en comparación con antes de COVID-19 –sin hallar diferencias entre los síntomas de las fases iniciales del brote y de cuatro semanas después–.

Durante las primeras semanas del confinamiento, en España, el 72% de los participantes presentaban altos niveles de angustia psicológica⁶⁰, el 24,7% un impacto psicológico moderado o severo y el 48,8% deterioro de la salud mental⁶¹. En India, un 33% experimentaron un impacto negativo en su salud mental⁶² y, en China, en un estudio⁶³, el 35% de los encuestados experimentaron angustia psicológica y, en otro⁶⁴, el 28% presentaron síntomas de depresión, el 32% de ansiedad, el 29% de insomnio y el 24% de estrés agudo. Además, la prevalencia de depresión, ansiedad y combinación de depresión y ansiedad fue del 48% en la ciudad de Wuhan⁶⁵ y, en Hong Kong⁶⁶, el 25,4% de los encuestados informó que su salud mental se había deteriorado, mostrándose unas tasas de prevalencia de depresión más altas que en la normalidad (19,8% vs 10,7%), al igual que de ansiedad (14,0% vs 4,1%). En otro estudio⁶⁷, el 53,8% calificó el impacto psicológico del brote como moderado o severo, el 16,5% reportaron síntomas depresivos moderados a severos; el 28,8% informó de síntomas de ansiedad moderada a severa; y el 8,1% de niveles de estrés moderados a severos. En Argelia⁶⁸, el 50,3% presentaban ansiedad durante las primeras tres semanas de aislamiento. En concreto, el 48,2% se sentían estresados, el 46,6% de mal humor,

el 47,4% no dejaba de pensar en la epidemia y en cómo protegerse y el 87,9% tuvo dificultades para seguir las instrucciones de confinamiento. En Reino Unido⁶⁹, un estudio con personal militar ha reportado altas tasas de trastornos mentales comunes, TEPT y problemas emocionales asociados a la inadecuación de los equipos de protección. En Italia⁷⁰, se observó que el miedo al Covid-19 se relacionaba con una mayor angustia, aislamiento y soledad y, en Alemania⁷¹, más del 50% de los evaluados sufrían de ansiedad y estrés por la pandemia.

En cuanto al personal sanitario, en un meta-análisis⁷² se ha visto que, en comparación con los controles, el personal en contacto con enfermos tiene mayores niveles de estrés agudo, TEPT y angustia psicológica. En un estudio⁷³ con personal interviniente sanitario en China durante el Covid-19, se observan altas tasas de depresión (50,3%), ansiedad (44,6%) e insomnio (34,0%). Algo parecido se informa en Italia⁷⁴ acerca de los síntomas de TEPT (49,38%), depresión severa (24,73%), ansiedad (19,80%), insomnio (8,27%) y estrés percibido (21,90%). Los factores de riesgo para este personal incluyen⁷² ser más joven, tener hijos dependientes, tener un familiar infectado, cuarentenas prolongadas, falta de apoyo práctico y el estigma. La comunicación clara, tener medios de protección, descansar y contar con apoyo, tanto práctico como psicológico, se asociaron con una reducción de la morbilidad⁷².

Durante el Covid-19, algunos estudios de salud mental se han dirigido a -y han observado- más problemas de salud mental entre las mujeres^{59,60-63,67}, las personas con bajos ingresos^{60,61} y menos espacio en la vivienda⁶¹, los que perciben un impacto negativo en la economía^{61,70}, los que conviven con personas contagiadas^{59,61}, los que tienen mal estado de salud^{61,67} o síntomas de contagio⁶⁰, los mayores de 60 años^{60,63} (aunque en India fueron los jóvenes los más vulnerables)⁶², los que tienen una educación superior⁶³, los que están muy expuestos a las redes sociales⁶⁵ o a los medios de comunicación⁷⁴ y los que trabajan fuera de casa^{60,66}. Respecto al trabajo, un estudio en Irán⁷⁶ revela que los participantes que dejaron de trabajar debido a la pandemia tenían más angustia psicológica que aquellos que trabajaban desde su casa o en su lugar de trabajo.

Entre los factores protectores de salud mental más analizados, se encuentran las estrategias de afrontamiento^{61,70,75}, el compromiso social⁷⁵, estar informado sobre la pandemia y en las medidas de protección^{67,77} y practicar deporte y vivir con más de dos personas⁷⁷.

Intervención de la psicología militar en prevención de salud mental durante el estado de alarma

El 11 de marzo, la OMS anuncia la magnitud de la emergencia sanitaria por Covid-19 concibiéndola como pandemia. Con el objetivo de proteger la salud y seguridad de los ciudadanos, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública, el Gobierno declara el estado de alarma el 14 de marzo mediante el RD 463/2020. De conformidad con la Constitución Española (1978), la Ley Orgánica 4/1981 y la Ley Orgánica 5/2005, se garantiza, entonces, que «el personal y los centros y establecimientos sanitarios de carácter militar contribuyan a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio».

De este modo, la psicología militar formó parte de un amplio sistema de servicios combinados de salud mental y de apoyo psicosocial generados para luchar contra la pandemia a nivel nacional en la *Operación Balmis*. Casi la totalidad de estas intervenciones se han situado en el tercer nivel de la IASC²⁶ –incluidas las hospitalarias–, con la excepción de los casos que hayan requerido una atención especializada de cuarto nivel IASC²⁶.

Mediante coordinación del Mando de Operaciones (CMOPS) y de otras estructuras orgánicas, la psicología militar ha desarrollado sus cometidos durante el estado de alarma desde diferentes instalaciones, como la Unidad de Psicología de la Inspección General de Sanidad de la Defensa (IGESAN), las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Militares, el Centro de Apoyo Psicológico a los intervinientes de la Unidad Militar de Emergencias (UME), la División de Igualdad y Apoyo Social al Personal, las Secciones de Psicología de las Direcciones de Sanidad de los Ejércitos/ Armada, los Gabinetes de Psicología que dan servicio a las Unidades de los Ejércitos/Armada o Guardia Real y las Delegaciones o Subdelegaciones de Defensa. De manera excepcional y para poder abordar las demandas planteadas por el CMOPS, la IGESAN, el Hospital Central de la Defensa y la UME fueron reforzados con psicólogos militares de la estructura de los Ejércitos/ Armada (17 en total) o con Alféreces alumnos de la Escuela Militar de Sanidad (4 en total).

Las actuaciones de la psicología militar se realizaron de modo presencial, telefónico y en diferido –mediante guías de protección psicológica y cartelería–. Se dirigieron de forma diferenciada a dos grupos de personas, población civil y personal interviniente (militares en labores activas en la pandemia). En población civil, las intervenciones fueron en los siguientes ámbitos: Residencias de mayores y centros de personas vulnerables; hospitalizados con Covid-19 y familiares de hospitalizados o fallecidos en los Hospitales Militares; personal civil del Ministerio de Defensa; militares retirados; viudas de militares; y otras personas en situación de vulnerabilidad vinculadas al MINISDEF (heridos en acto de servicio, militares con discapacidad, familiares de militares fallecidos durante esta crisis sanitaria). En población militar las actuaciones se centraron en: Oficiales de sanidad; personal en labores de desinfección y traslado de fallecidos; personal en labores de gestión, logística, transporte, abastecimiento; y resto de personal. Se elaboraron, además, recomendaciones específicas para mandos y subordinados.

En ambas poblaciones las intervenciones se dirigieron a amortiguar el impacto negativo sobre la salud mental de los riesgos físicos y psicosociales asociados al trabajo y a la propia emergencia NBQR –en el caso de los intervinientes– y asociados a la propia emergencia NBQR –en el caso de la población civil y militares no activados en la Operación Balmis–.

El apoyo psicológico en las residencias de mayores y centros de personas vulnerables comenzó el 25 de marzo y tuvo lugar en dos fases diferenciadas. En la primera, psicólogos militares llamaban por teléfono ofreciendo apoyo psicológico. A su vez, se facilitaba un teléfono de atención psicológica 24 horas/7 días. En total se actuó en 2.576 residencias/centros a lo largo de toda la operación (Ver gráfico 1), de las que se derivaron 164 intervenciones psicológicas (6,4%, Ver gráficos 1 y 2). En una segunda fase, la atención psicológica se daba en respuesta a la llamada recibida en el teléfono habilitado 24/7. Hasta el 21 de junio se

recibieron 157 llamadas (6,1%; Ver gráfico 2), realizándose la intervención psicológica oportuna.

El mayor número de llamadas emitidas se registra entre los días 6 y 9 de abril con 567, donde el máximo número se hizo el día 6 con 181 (7%) (Gráfico 1). El mayor número de intervenciones en las llamadas emitidas se realizaron los días 6 y 7 de abril con 16 (10%) y 20 (13%) respectivamente y de intervenciones por llamadas recibidas se produjo el día 3 de abril con 13 (8%) (Gráfico 2), coincidiendo con el pico de fallecidos por día a nivel nacional. El número total de intervenciones psicológicas efectuadas en residencias fueron 321 (164 + 157), lo que supone un 12,5% del total de las 2.576 actuaciones (Gráfico 2). De las 2576 llamadas realizadas, el mayor número se hizo en Madrid (18,6%), Comunidad Valenciana (16,8%), Castilla y León (14,8%) y Andalucía (14,2%) (Ver gráfico 3).

Los síntomas más frecuentes en las primeras semanas del estado de alarma guardaban relación con angustia moral (tal y como predijo Greenberg et al. en el mes de marzo)⁷⁸, estrés agudo, incredulidad, incertidumbre, inseguridad, crispación, problemas para dormir. En la tercera, cuarta y quinta semana lo más habitual fue la carga física, fatiga psicológica, fatiga emocional, inseguridad, angustia moral, desesperanza y problemas para dormir. A partir de la sexta semana, hubo manifestaciones de ataque de pánico sin agorafobia, hipocondría, duelo, depresión, problemas laborales, TEPT y TEPT secundario. De este modo, en las cinco primeras semanas las intervenciones tuvieron un carácter más prototípico de las emergencias, en línea con los PAP, mientras que, en las semanas posteriores, las intervenciones se centraron en acompañar, calmar, buscar soluciones y recomendar acudir a un especialista.

Las intervenciones realizadas por la sección de psicología de la UME se realizaron en siete contextos diferenciados: 1. Apoyo psicológico y seguimiento telefónico al personal de la UME (civiles y militares) y a sus familiares, haciéndose en total de 472 llamadas y atendiendo a 181 personas; 2. Sesiones grupales a intervinientes (46 pre-intervención, 49 post-intervención y 79 con programa Recupera), en total fueron 174 sesiones, incluyendo a 2.118 intervinientes repartidos en 103 grupos; 3. Asistencia de manera presencial a 35 casos; 4. Participación en 39 despliegues de desinfección en residencias y centros; 5. Difusión de mensajes de concienciación mediante cartelería; 6. Sesiones formativas a jefes de equipo; 7. Apoyo específico en determinados puestos de trabajo. El total de actuaciones de la UME fue de 750 aproximadamente. Con ellas, se atendieron a 2.118 militares en programas de prevención para intervinientes rutinarios y a 216 militares o civiles en programas tipo PAP.

Los psicólogos clínicos militares de los Hospitales Militares atendieron a personal sanitario interviniente, hospitalizados con Covid-19 y familiares de hospitalizados y fallecidos. El total de intervenciones, realizadas junto con psicólogos clínicos civiles y psiquiatras militares se puede ver en Presa et al. (2020)⁷⁹.

Los psicólogos militares de los Ejércitos/ Armada o Guardia Real realizaron sus intervenciones en el ámbito del cometido de sus funciones, de cara a proteger el impacto de la salud mental en los militares que estuvieran interviniendo directamente en la contención de la pandemia, que pudieran estar contagiados o enfermos, o en sus familiares. Por otra parte, psicólogos militares de Órgano Central dieron apoyo a militares retirados o viudas de

militares. No se disponen datos concretos de estas actuaciones, por lo que se han estimado para poder ofrecer una cantidad total del conjunto de actuaciones e intervenciones realizadas por la psicología militar española en el estado de alarma.

De manera estimada, se puede decir que la psicología militar realizó al menos 15.000 actuaciones pero no todas se concretaron en intervenciones psicológicas y cerca de la mitad no se pudieron contabilizar formalmente. De las que se registraron, se sabe que alrededor de 3.200 (40% de 8.000) personas recibieron algún tipo de intervención psicológica. Unas 1.050 (13%) la recibieron de forma individualizada y otras 2.120 (27%) de forma grupal como parte de su entrenamiento habitual por ser intervinientes. Por tanto, hubo aproximadamente 4.830 (60%) personas que no requirieron ninguna intervención. Para calcular el porcentaje de personas atendidas de manera individual en formato tipo PAP hay que eliminar a los intervinientes, lo que hace un total de 5.880 personas (en su mayoría población civil), de las que 1.040 (18%) requirieron apoyo psicológico y 4.840 (82%) no. Las guías y la cartelería de concienciación no se han contabilizado como actuaciones.

CONCLUSIONES

La literatura científica viene mostrando que los desastres y emergencias tienen un impacto negativo en la salud mental de la población general, de los intervinientes y de las víctimas directas -mismo resultado que ya se ha observado en la emergencia por Covid-19-. Por ello, era esencial preservar la salud mental de las personas y desarrollar intervenciones psicológicas que pudieran amortiguar el impacto psicológico generado por el virus y por las medidas adoptadas para su contención. La psicología militar, por tanto, ha formado parte de un amplio sistema de servicios combinados de salud mental y de apoyo psicosocial generados para la pandemia a nivel nacional. Del total de actuaciones individuales realizadas, aproximadamente el 82% no requirió intervención y el 18% si lo requirió. La mayoría de estas intervenciones se han situado en el tercer nivel de la IASC²⁶, en las que se observaron síntomas de mala salud mental pero también patrones de resiliencia bien establecidos. Estos datos sugieren que la población atendida tiene mecanismos para soportar las peores situaciones, tal y como ha demostrado la teoría de la resiliencia³⁸⁻³⁹ o estudios recientes que señalan que las estrategias de afrontamiento^{61,70,75} o el compromiso social⁷⁵ disminuyen el impacto de la epidemia por Covid-19 en la salud mental.

Según la literatura científica, el impacto psicológico de esta emergencia afecta de diferente manera a las personas dependiendo de: El género (mujer); la edad (mayores de 60); el nivel de estudios (estudios superiores); el grupo de pertenencia (población general, interviniente y víctima directa); si hubo exposición a ambientes con Covid-19; si se tuvo la percepción de riesgo a morir uno o un familiar; si presenta secuelas por Covid-19; no disponer de medios de protección; si hay problemas económicos; si no se tiene trabajo; si tenía que trabajar fuera de casa; no disponer de equipos de protección; no contar con suficiente espacio en la vivienda; si se percibe un impacto negativo en la economía; convivir con personas contagiadas; tener mala salud; estar muy expuesto a redes sociales o a medios de comunicación. Mientras que, entre los factores de resiliencia se encuentran las estrategias

de afrontamiento, practicar deporte, el compromiso social, vivir con más de dos personas, estar informado sobre la pandemia y las medidas de protección.

Se observan muchos estudios de tipo descriptivo o predictivo que relacionan la mala salud mental con variables sociodemográficas, pero muy pocos que incluyan variables de resiliencia psicosocial y ninguno de salud mental positiva, bienestar, satisfacción o crecimiento postraumático. Por otra parte, llama la atención que, siendo la variable género (mujer) tan evidenciada en la literatura científica, no se haya profundizado en el origen de esta peor salud mental de las mujeres, frente a los hombres, en las emergencias.

De cara a futuras emergencias, sería necesario contar con un registro de actuaciones e intervenciones realizadas por todos los psicólogos militares ya que, al no tenerlo, miles de estas actuaciones e intervenciones no se han contabilizando ni se han podido, por tanto, analizar. Este conocimiento beneficiaría a los componentes de la especialidad fundamental de psicología, a la sanidad militar, al conjunto de las Fuerzas Armadas, a la psicología civil y al interés general. Así mismo, se plantea diseñar una recogida de datos para próximas actuaciones e intervenciones, de cara a analizar el impacto de las emergencias en la salud mental de la población atendida, así como de las intervenciones realizadas. Se destaca la necesidad de incluir factores de género y resiliencia en próximos estudios, así como de realizar estudios controlados sobre la eficacia de los PAP.

Hay que destacar que, pese a que cuatro de cada cinco personas no requirieron apoyo psicológico, prácticamente todas las personas atendidas agradecieron, muy afectuosamente, el esfuerzo que el personal de las Fuerzas Armadas estaba realizando para apoyar a la población, lo cual les generaba, en sí mismo, una sensación reconfortante y una mayor percepción de seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope. Geneva: Switzerland, 2001.
2. Everly GS Jr, Barnett DJ, Sperry NL, Links JM. The use of psychological first aid (PFA) training among nurses to enhance population resiliency. *Int J Emerg Ment Health*. 2010;12(1):21-31.
3. Reissman, D. B., Klomp, R. W., Kent, A. T., & Pfefferbaum, B. Exploring psychological resilience in the face of terrorism. *Psychiatric Annals*. 2004; 34(8), 626-632.
4. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*. 2005; 27:78-91
5. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med*. 2008; 38(4):467-80.
6. Neria Y, Gross R, Olfson M, Gameroff MJ, Wickramaratne P, Das A, Pilowsky D, Feder A, Blanco C, Marshall RD, Lantigua R, Shea S, Weissman MM. Posttraumatic stress disorder in primary care one year after the 9/11 attacks. *General Hospital Psychiatry*. 2006; 28:213-222.
7. Páez, D., Fernández, I. & Beristain, C. Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. In C. SanJuan (Ed.), *Catástrofes y ayuda en emergencia: Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento*. Barcelona: Icaria. 2001. pp. 85-148.
8. Bravo, M., Rubio, S.M., Canino, G., Woodbury, M. y Rivera, J.C. The psychological sequel of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated. *American Journal of Community Psychology*. 1990; 18, 661- 680.
9. Rubonis, A.V. y Bickman, L. Psychological impairment in the wake of disaster: the disaster- psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*. 1991. 109; 384-399.

10. Davidson, J.T. y Foa, E. A. Diagnostic Issues in Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100, 346-355.
11. Echeburúa, E. Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide, 1992.
12. Janoff-Bulman, R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press, 1992.
13. Havenaar JM, Rumyantzeva GM, van den Brink W, Poelijoe NW, van den Bout J, van Engeland H, Koeter MW. Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *American Journal of Psychiatry*. 1997; 154: 1605-1607.
14. Godeau E, Vignes C, Navarro F, Iachan R, Ross J, Pasquier C, Guinard A. Effects of a large-scale industrial disaster on rates of symptoms consistent with posttraumatic stress disorders among schoolchildren in Toulouse. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2005; 159: 579-584.
15. Palinkas LA, Petterson JS, Russell J, Downs MA. Community patterns of psychiatric disorders after the Exxon Valdez oil spill. *American Journal of Psychiatry*. 1993; 150: 1517-1523.
16. Berger W, Coutinho ES, Figueira I, et al. Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(6):1001-1011. doi:10.1007/s00127-011-0408-2
17. Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL: Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009, 31:318-326. 10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001
18. Cheung YT, Chau PH, Yip PS: A revisit on older adults suicides and severe acute respiratory syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008, 23:1231-1238. 10.1002/gps.2056
19. Samantha K Brooks, Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, Gideon James Rubin. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020; 395(10227):912-920.
20. Phua DH, Tang HK, Tham KY: Coping responses of emergency physicians and nurses to the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak. *Acad Emerg Med*. 2005, 12:322-328. 10.1197/j.aem.2004.11.015
21. Burkle FM. Lessons learnt and future expectations of complex emergencies. *BMJ* 1999; 322: 1-5.
22. Davidson JR, McFarlane AC. The extent and impact of mental health problems after disaster. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 2:9-14.
23. García Silgo, M. El apoyo psicológico en catástrofes, crisis y emergencias. *Sanid. mil*. 2014; 70 (3), 142-143.
24. Blain D, Hoch P, Ryan VG. A course in psychological first aid and prevention: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1945; 101:629 - 34
25. Tyhurst JS. Individual reactions to community disaster. The natural history of psychiatric phenomena. *Am J Psychiatry* 1951; 107:764 - 9; PMID: 14819372.
26. Inter-Agency Standing Committee (2007). Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. https://www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_guidelines_spanish.pdf?ua=1
27. Takahashi, S., Takagi, Y., Fukuo, Y., Arai, T., Watari, M., & Tachikawa, H. Acute Mental Health Needs Duration during Major Disasters: A Phenomenological Experience of Disaster Psychiatric Assistance Teams (DPATs) in Japan. *International journal of environmental research and public health*. 2020; 17(5), 1530. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051530>
28. Lazarus, R S. *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill. 1966.
29. Lazarus, R S. Psychological stress and coping in adaptation and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1974; 5:321-333.
30. Lazarus, R S. Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1990; 1: 3-13.
31. Lazarus, R S. *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press, 1991.
32. Lazarus, R S. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*. 1993;55: 234-247.
33. Lazarus, R S and Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
34. Lazarus, R S and Folkman, S. Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M H Appley and R Trumbull (Eds). *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives*. New York: Plenum, 1986: 63-80.
35. Lazarus, R S and Launier, R. Stress-related transactions between person and environment. In L A Pervin and M Lewis (Eds). *Perspectives in Interactional Psychology*. New York: Plenum, 1978: 287-327.
36. Folkman, S and Lazarus, R S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 1980;21: 219-239.
37. Osca Segovia, A. Estrés laboral y prevención de riesgos psicosociales. En Palaci Descals, FJ, Osca Segovia, A, Moriano León, JA, Lisbona Bañuelos, A. (Eds): *Nuevas perspectivas en psicología de las organizaciones*. Madrid: Sanz y Torres, 2016: 301-350.
38. Bonanno, G. A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist*, 2004; 59(1): 20-8. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
39. Fergus, S. & Zimmerman, M. Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 2005; 26: 399-419. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>
40. Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. The Study of Stress and Competence in Children : A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development*, 1984; 55(1): 97-111. <http://dx.doi.org/10.2307/1129837>
41. Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1982; 42: 168-177. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
42. Maddi, S. R. The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 2002; 54(3): 175-185. <http://dx.doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.175>
43. Maddi, S.R. Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 2006; 1(3): 160- 168. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760600619609>
44. Maddi, S. R., & Khoshiba, D. M. Hardiness and Mental Health. *Journal of Personality Assessment*, 1994; 63(2): 265-274. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa6302_6
45. Masten, A. S. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 2001; 56(3): 227- 238. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
46. Masten, A. S. Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 2011; 23(2): 493-506. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579411000198>
47. Masten, A. S., & Tellegen, A. Resilience in developmental psychopathology: contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 2012; 24(2): 345-61. <http://dx.doi.org/10.1017/S095457941200003X>
48. Zimmerman, M. A. Resiliency Theory: A Strengths-Based Approach to Research and Practice for Adolescent Health. *Health Education Behaviour*, 2014; 40(5): 381-383. <http://dx.doi.org/10.1177/1090198113493782>
49. Rutter, M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2006; 1094: 1-12. <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1376.002>
50. Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., Friedman, M., Gersons, B.P., de Jong, J.T., Layne, C.M., et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry* 2007; 70: 283-315.
51. Uhernik, J. A., & Husson, M. A. Psychological first aid: An evidence informed approach for acute disaster behavioral health response. In G. R. Walz, J. C. Bleuer, & R. K. Yep (Eds.), *Compelling counseling interventions: VISTAS 2009*. Alexandria, VA: American Counseling Association. 2009: 271-280.
52. Gold, J. A. Covid-19: Adverse mental health outcomes for healthcare workers. *Bmj*, 2020; 369. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1815>
53. Shultz, JM & Forbes, F (2014). *Psychological First Aid, Disaster Health*, 2014; 2(1): 3-12, DOI:10.4161/dish.26006
54. Minihan E, Gavin B, Kelly BD, McNicholas F. Covid-19, Mental Health and Psychological First Aid [published online ahead of print, 2020 May 14]. *Ir J Psychol Med*. 2020;1-12. doi:10.1017/ipm.2020.41
55. Fox JH, Burkle FM Jr., Bass J, Pia FA, Epstein JL, Markenson D. The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Med Public Health Prep* 2012; 6:247- 52; PMID:23077267; <http://dx.doi.org/10.1001/dmp.2012.39>
56. Dieltjens T, Moonens I, Van Praet K, De Buck E, Vandekerckhove P. A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to

- develop guidelines. PLoS One. 2014;9(12):e114714. doi:10.1371/journal.pone.0114714
57. Despeaux KE, Lating JM, Everly GS Jr, Sherman MF, Kirkhart MW. A Randomized Controlled Trial Assessing the Efficacy of Group Psychological First Aid. *J Nerv Ment Dis*. 2019;207(8):626-632. doi:10.1097/NMD.0000000000001029
 58. Figeroa RA, Cortés F, Marín H, Bronfman N, Miller C, Sullivan J, Gillibrand R, Calderón L. Psychological first aid for adults affected by unintentional trauma in the emergency room: A multicentric, randomized clinical trial. 2016 (Manuscript in preparation).
 59. Vindegaard, N., & Eriksen Benros, M. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 2020, S0889-1591(20)30954-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
 60. Gómez-Salgado, J., Andrés-Villas, M., Domínguez-Salas, S., Díaz-Milanes, D., & Ruiz-Frutos, C. Related health factors of psychological distress during the COVID-19 pandemic in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(11); 3947. doi:<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17113947>
 61. Parrado-Gonzalez, A, Leon-Jariego, JC. COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española, *Revista española de salud pública*, 2020; 94.
 62. Varshney, M., Parel, J. T., Raizada, N., & Sarin, S. K. Initial psychological impact of COVID-19 and its correlates in Indian community: An online (FEEL-COVID) survey. *PLoS One*, 2020; 15(5). doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0233874>
 63. Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 2020; 33(2) doi:<http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
 64. Shi L, Lu Z, Que J, et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e2014053. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.14053
 65. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 2020; 15(4): e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
 66. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3740. doi:10.3390/ijerph17103740
 67. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. doi:10.3390/ijerph17051729
 68. Madani A, Boutebal SE, Bryant CR. The Psychological Impact of Confinement Linked to the Coronavirus Epidemic COVID-19 in Algeria. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3604. doi:10.3390/ijerph17103604
 69. Simms A, Fear NT, Greenberg N. The impact of having inadequate safety equipment on mental health. *Occup Med (Lond)*. 2020;70(4):278-281. doi:10.1093/occmed/kqaa101
 70. Cerami C, Santi GC, Galandra C, et al. Covid-19 Outbreak In Italy: Are We Ready for the Psychosocial and the Economic Crisis? Baseline Findings From the PsyCovid Study. *Front Psychiatry*. 2020;11:556. doi:10.3389/fpsy.2020.00556
 71. Petzold, MB, Bendau, A, Plag, J, et al. Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain Behav*. 2020; 00:e01745. <https://doi.org/10.1002/brb3.1745>
 72. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *J Clin Nurs*. 2020;29(15-16):2742-2750. doi:10.1111/jocn.15307
 73. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3:e203976.32202646
 74. Rossi R, Soccì V, Pacitti F, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*. 2020;3(5):e2010185. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
 75. Guo J, Feng XL, Wang XH, van IJzendoorn MH. Coping with COVID-19: Exposure to COVID-19 and Negative Impact on Livelihood Predict Elevated Mental Health Problems in Chinese Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):3857. doi:10.3390/ijerph17113857
 76. Jahanshahi AA, Dinani MM, Madavani AN, Li J, Zhang SX. The distress of Iranian adults during the Covid-19 pandemic - More distressed than the Chinese and with different predictors. *Brain Behav Immun*. 2020;87:124-125. doi:10.1016/j.bbi.2020.04.081
 77. Becerra-García, JA, Giménez Ballesta, G, Sánchez-Gutiérrez, T, Barbeito Resa, S, Calvo Calvo, A., Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Revista Española de Salud Pública* 2020;94(1): e1-e11
 78. Williamson V, Murphy D, Greenberg N. COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers [published online ahead of print, 2020 Apr 2]. *Occup Med (Lond)*. 2020;kqaa052. doi:10.1093/occmed/kqaa052
 79. Presa García, ME., et al. (2020). El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Sanidad Militar*; 76(2).

Normativa citada

- Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio.
- Ley Orgánica 5/2005, de 17 de noviembre, de la Defensa Nacional.
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.