



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Departamento de Ciencias Sociales

Doctorado en Psicología

Sistema Nacional de Posgrados SECIHTI

“Riesgos psicosociales de agentes de policía de zonas con alto índice de problemas sociales y su relación con la salud mental y la salud física autorreferida”

Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología
LGAC: Psicología de la Salud

Por

Victoria Barraza Echeverría

*Becada por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación SECIHTI
Matr. 229149, CVU 12288442, Orcid: 0000-0002-5715-2887*

Dirección de Tesis

Dra. María Nieves González Valles

Codirección

Dra. Alejandra Rodríguez Tadeo

Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Abril, 2026

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Doctorado en Psicología



“Riesgos psicosociales de agentes de policía de zonas con alto índice de problemas sociales y su relación con la salud mental y la salud física autorreferida”

Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología
 LGAC: Psicología de la Salud

Por

Victoria Barraza Echeverría

*Becada por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación SECIHTI
 Matr. 229149, CVU 12288442, Orcid: 0000-0002-5715-2887*

Dirección de Tesis

Dra. María Nieves González Valles

Codirección

Dra. Alejandra Rodríguez Tadeo

Comité de Tesis

Dr. Alberto Castro Valles

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Dra. Fabiola González Betanzos

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Dra. María Teresa Martínez Almanza

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Dra. Verónica Portillo Reyes

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Dr. Abraham Wall Medrano

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Dedicatoria

A mi hijo, quien orienta mi camino y da sentido profundo a cada esfuerzo realizado; a mi madre, origen de mi fortaleza y ejemplo de amor; y a mi hermana y sobrinos, mi pequeña gran familia, sostén silencioso y razón compartida de mis anhelos.

A ustedes dedico este trabajo porque en su presencia comprendí que el conocimiento sólo cobra verdadero valor cuando se convierte en servicio. Que investigar no es únicamente comprender, sino visibilizar, dignificar y abrir caminos para quienes han permanecido poco escuchados.

Extiendo también este agradecimiento a mi compañera de trabajo, la Mtra. Patssy de la Cruz Larios, cuya presencia constante y apoyo, manteniendo el orden de lo cotidiano, facilitando que yo pudiera concentrarme en lo esencial. Su contribución fue profundamente significativa en este proceso.

Este logro también es un compromiso: que cada hallazgo encuentre sentido en la vida de los demás. Porque todo lo que nace con propósito inevitablemente busca transformar realidades.

Agradecimiento

Este trabajo no se escribió únicamente en las páginas de una tesis. Se escribió también en noches largas de reflexión, en conversaciones familiares y en los pequeños gestos de apoyo de quienes caminaron conmigo durante estos años.

A mi hijo Emilio, que, sin saberlo, ha sido mi mayor maestro. Tu existencia me recuerda todos los días la importancia de trabajar por un mundo más humano.

A mi madre, raíz profunda de todo lo que soy. Gracias por enseñarme que el conocimiento siempre es un camino digno de recorrer.

A mi hermana y a mis sobrinos, por recordarme constantemente que la vida también está hecha de risas, de encuentros y de afectos que habitan el alma.

A mi directora de tesis, la Dra. María Nieves González Valles, y a mi codirectora, la Dra. Alejandra Rodríguez Tadeo, por su generosidad intelectual, su acompañamiento cercano, su rigor académico y su confianza durante este proceso formativo.

A la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y a cada uno de los docentes del Doctorado en Psicología, gracias por abrir espacios de formación donde el pensamiento crítico y la sensibilidad humana pueden caminar juntos.

Finalmente, agradezco profundamente a la corporación policial y a su titular por la confianza brindada para desarrollar este trabajo, así como al equipo de profesionales que, día a día, trabaja por el bienestar de quienes portan el uniforme.

El valor de este trabajo nace de ustedes.

Resumen

La región norte de México se ha caracterizado por la presencia de altos índices de problemas sociales, delitos de alto impacto y presencia del crimen organizado. Estas circunstancias provocan la aparición de riesgos psicosociales debido a la naturaleza del trabajo que llevan a cabo los y las agentes vinculados a las instituciones encargadas de la seguridad ciudadana, siendo los primeros en responder. La exposición constante a estresores tiene un efecto negativo en las dimensiones que constituyen la salud mental; simultáneamente, la salud física también se ve comprometida, manifestándose en diversas afecciones que deterioran el bienestar personal, así como el rendimiento eficiente en el trabajo, incrementando los gastos en los sistemas sanitarios. **Objetivo:** Explicar la relación entre los riesgos psicosociales derivados de la función policial y de la organización, con la salud mental y física de las/los agentes operativos de la Secretaría de Seguridad Pública Municipal de Ciudad Juárez durante el periodo agosto-diciembre de 2024. **Metodología:** Se empleó un paradigma positivista con un enfoque cuantitativo y un diseño transversal, observacional, correlacional. Muestra. A través de muestreo aleatorio simple, fueron seleccionados 458 agentes con edad promedio de 35 años ($DE= 8.8$), donde el 67% (306) son varones y el 33% (152) son mujeres. Instrumentos. Se aplicó un Inventario de Riesgos Psicosociales de elaboración propia con preguntas cerradas diseñado específicamente para población policial y validado mediante análisis factorial; el Inventario de Ansiedad BAI de Beck et al. (1988) en su versión validada por Robles et al. (2001) para México; el Inventario de Depresión (BDI-II) adaptado a población mexicana por González et al. (2015); la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5) basada en el manual de la APA DSM-5, validada en población mexicana por Durón-Figueroa et al. (2019); el Cuestionario de Salud (SF-36) de Ware et al. (1990), adaptado a población mexicana por Zúñiga et al. (1999); así como el PERMA Profile (Butler & Kern, 2016), adaptado a población mexicana por Chaves et al. (2023). Los datos fueron analizados empleando pruebas descriptivas, pruebas de fiabilidad, análisis correlacionales y comparaciones entre grupos. **Resultados.** Los resultados mostraron que los agentes de policía se encuentran expuestos de manera significativa a riesgos psicosociales derivados tanto de la función policial ($Rho=.877$, $p<.001$) como de la organización ($Rho=.488$, $p<.001$). Los análisis correlacionales evidenciaron asociaciones positivas entre los riesgos psicosociales y los indicadores de ansiedad ($Rho=.424$), depresión ($Rho=.362$) y estrés postraumático ($Rho=.313$), así como asociaciones negativas con el bienestar psicológico ($Rho= -.271$) y la percepción de salud física ($Rho= -.373$). **Conclusiones.** La investigación demuestra que los riesgos psicosociales asociados al trabajo policial se relacionan significativamente con la salud mental y física de los agentes, lo que subraya la importancia de desarrollar estrategias institucionales de prevención y atención orientadas al bienestar del personal operativo, así como de ampliar el estudio científico de la salud ocupacional en contextos policiales.

Palabras clave: Riesgos psicosociales, Salud mental, Salud física, Agentes policiacos.

Abstract

Northern Mexico has been characterized by elevated levels of social problems, high-impact crime, and the presence of organized crime. These conditions generate psychosocial risks associated with the nature of the work performed by law enforcement officers, who serve as first responders within public safety institutions. Continuous exposure to stressors negatively affects multiple dimensions of mental health; concurrently, physical health is also compromised, manifesting in various conditions that hinder individual well-being and effective job performance, while also increasing healthcare costs. **Objective:** To examine the relationship between psychosocial risks derived from police duties and organizational factors, and the mental and physical health of operational officers within the Municipal Public Safety Secretariat of Ciudad Juárez during the period from August to December 2024. **Methodology:** A positivist paradigm was adopted, employing a quantitative approach with a cross-sectional, observational, and correlational design. Sample: From a total population of 2,909 operational officers, a sample of 458 participants was selected through simple random sampling. Instruments: Data was collected using a self-developed Psychosocial Risk Inventory consisting of closed-ended items, specifically designed for the police population and validated through factor analysis. Additionally, the following standardized instruments were administered: the Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988), in its Mexican-validated version (Robles et al., 2001); the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), adapted for the Mexican population (González et al., 2015); the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), validated in the Mexican population (Durón-Figueroa et al., 2019); the Short Form Health Survey (SF-36; Ware et al., 1990), adapted for use in Mexico (Zúñiga et al., 1999); and the PERMA Profiler (Butler & Kern, 2016), adapted for the Mexican population (Chaves et al., 2023). Data were analyzed using descriptive statistics, reliability assessments, correlational analyses, and between-group comparisons. **Results:** Findings indicate that police officers are significantly exposed to psychosocial risks associated with both police duties ($Rho = .877, p < .001$) and organizational factors ($Rho = .488, p < .001$). Correlational analyses revealed significant positive associations between psychosocial risks and symptoms of anxiety ($Rho = .424$), depression ($Rho = .362$), and post-traumatic stress ($Rho = .313$). Conversely, significant negative associations were observed with psychological well-being ($Rho = -.271$) and perceived physical health ($Rho = -.373$). **Conclusions:** The findings demonstrate that psychosocial risks inherent to police work are significantly associated with both mental and physical health outcomes among officers. These results underscore the need for the development and implementation of institutional prevention and intervention strategies aimed at promoting the well-being of operational personnel, as well as the expansion of scientific research on occupational health within policing contexts.

Keywords: Psychosocial risks, Mental health, Physical health, Police officers.

Tabla de Contenido

Introducción	1
Planteamiento del Problema.....	3
Riesgos psicosociales y afectaciones en la salud mental de las/los agentes de policía.....	7
Afectaciones Familiares y Conyugales	10
Riesgos Psicosociales y Afectaciones de Salud Física de los/as Agentes de Policía.....	11
Proyectos de Atención Psicosocial y Prevención de Problemas de Salud Mental en Policías.	16
Justificación del estudio	20
Capítulo I. Riesgos Psicosociales.....	22
Riesgos Psicosociales de la Función Policial.....	22
Riesgos Psicosociales de la Organización.....	25
Respuesta Mexicana ante los Riesgos Psicosociales en el Trabajo: NOM-035-STPS-2018.....	26
Capítulo II. Afectaciones en Salud multidimensional asociada a los Riesgos Psicosociales de Agentes de Policía.....	29
Afectaciones en la Salud Mental	29
Trastornos Depresivos.....	31
Trastornos De Ansiedad	32
Trastornos relacionados con traumas y factores de Estrés.....	33
Afectaciones en la Salud Física.....	35
Enfermedades Cardiovasculares	36
Enfermedades Metabólicas	36
Alteraciones Endocrinas.....	37
Trastornos del Sueño	37
Síntomatología del Sistema Musculoesquelético	38
Enfermedades Gastrointestinales	38
Capítulo III. Fundamentos Teóricos.....	41
Modelo Biopsicosocial como Marco Integrador	41
Evolución de las Bases Biológicas del Estrés	43
Redefinición del Estrés: Modelo Transaccional.....	44
Modelos Organizacionales del Riesgo	46
Modelo de Demanda-Control.....	47
Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa.....	48
Recursos y procesos duales en el Trabajo: Demandas–Recursos Laborales	49
Recursos Personales: Autoeficacia.....	51

Moduladores Contextuales	52
Enfoque Integral de Bienestar	54
Pregunta General	59
Preguntas Específicas	59
Objetivo General	59
Objetivos específicos	60
Capítulo IV. Metodología	61
Enfoque Cuantitativo	62
Diseño del Estudio	63
Población de Estudio	63
Criterios de Inclusión	63
Criterios de Exclusión	64
Selección de la Muestra	64
Variables Operativas	64
Riesgos Psicosociales de la Función Policial	64
Riesgos Psicosociales Asociados a la Organización	65
Afectaciones de Salud Mental	66
Afectaciones de Salud Física Autorreferida	67
Instrumentos de medición y recolección de datos	68
Inventario de Riesgos Psicosociales (elaboración propia)	69
Inventario de Ansiedad BAI	70
Inventario de Depresión (BDI-II)	71
Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5)	71
Cuestionario de Salud (SF-36)	72
PERMA Profile de Butler y Kern (2016)	72
Hipótesis del estudio	73
Hipótesis 5. Existen afectaciones significativas de salud física en las/los agentes de policía.	73
Procedimiento o estrategia del ingreso a campo	73
Análisis de Datos	74
Capítulo V. Resultados	77
Datos Sociodemográficos	77
Riesgos Psicosociales Asociados a la Función Policial	81
Factor 1 Exposición	83
Factor 2 Peligro potencial	84

Riesgos Psicosociales Asociados a la Organización	84
Factores de Riesgo Psicosocial General	88
Afectaciones de Salud Mental	89
Análisis Correlacionales	91
Afectaciones de salud física autorreferida	92
Capítulo VI. Discusión	96
Riesgos Psicosociales de la Función	97
Riesgos Psicosociales de la Organización	98
Afectaciones de Salud Mental	99
Afectaciones de Salud Física	100
Relación entre riesgos psicosociales y salud	102
Capítulo VII. Conclusiones	105
Cierre y prospectiva del estudio	108
Referencias documentales	109
Anexos	119
Anexo 1. Carta de consentimiento informado	119
Anexo 2. Instrumentos de investigación	121
a) Cuestionario de Riesgos Psicosociales y Salud de Agentes de Policía	121
b) Inventario de Ansiedad (BAI)	130
c) Inventario de Depresión (BDI-II)	131
d) Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5)	133
e) PERMA Profiler	135
f) Cuestionario de Salud SF-36	136
Anexo 3 Certificación internacional en ética en investigación	138
Anexo 4 Dictamen de aprobación del Comité de Ética en la Investigación	139
Anexo 5 Permisos Institucionales	140

Índice de Tablas

Tabla 1. Labores que realizan los policías	6
Tabla 2. Antecedentes del estudio	9
Tabla 3. Hallazgos de riesgos psicosociales en la función policial	24
Tabla 4. Conceptualización de riesgos psicosociales	27
Tabla 5. Principales afectaciones mentales en policías	30
Tabla 6. Riesgos psicosociales de la función policía	65
Tabla 7. Riesgos psicosociales asociados a la organización y su operacionalización	65

Tabla 8. Afectaciones de salud mental y su operacionalización.....	67
Tabla 9. Salud física autorreferida y su operacionalización.....	68
Tabla 10. Secuencia de análisis estadísticos realizados.....	75
Tabla 11. Análisis factorial de los riesgos psicosociales asociados a la función policial.....	81
Tabla 12. Estadísticos de factores de riesgo asociados a la función policial.....	82
Tabla 13. Análisis factorial de los riesgos psicosociales asociados a la organización.....	85
Tabla 14. Estadísticos de factores de riesgo asociados a la organización.....	86
Tabla 15. Estadísticos de condiciones de salud.....	90
Tabla 16. Correlaciones entre variables de estudio.....	92
Tabla 17. Estadísticos de salud general.....	93

Índice de Figuras

Figura 1. Afectaciones de salud física de los y las agentes de policía en Mexico 2017.....	13
Figura 2. Variables de investigación.....	19
Figura 3. Distribución de la muestra por sexos.....	77
Figura 4. Estados de origen de los participantes.....	78
Figura 5. Distribución del estado civil de la muestra.....	78
Figura 6. Distribución del nivel educativo de la muestra.....	79
Figura 7. Distribución de la muestra con relación a la religión.....	79
Figura 8. Distribución con relación al puesto laboral.....	80
Figura 9. Distribución de la muestra con relación a los distritos.....	80
Figura 10. Esquema conceptual de riesgos psicosociales y salud en policías.....	103

Introducción

Desde hace varias décadas, el norte de México se ha distinguido por ser una región geográfica donde existen múltiples formas de violencia social, delictiva, familiar y de género, entre otras. En estas circunstancias, el conjunto de instituciones de seguridad pública tiene como propósito proteger los derechos de los individuos, su integridad y conservar el orden, las libertades y la paz pública; responsabilidades que recaen en los tres niveles de gobierno de las fuerzas de seguridad, cuyas tareas incluyen la investigación, persecución del delito y prevención, además de la reinserción social de los infractores (Senado de la República, 2014).

En el marco descrito, los agentes de policía fungen como representantes del control externo institucionalizado, constituyéndose como un vínculo social a través del cual se salvaguardan las normas establecidas por la colectividad (Loubet, 1994). Ello sucede a través del poder discrecional otorgado por la autoridad gubernamental, actuando conforme a derecho con determinadas formas de proceder acompañadas de un sistema de valores interiorizados y expresados al momento de ejercer su rol policíaco (Suárez, 2016).

La policía municipal tiene como funciones particulares la prevención del delito, el control vial, proximidad ciudadana, la mediación y solucionar problemas a través de la aplicación de justicia en la sociedad (Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública [SESNSP], 2020). Mantener el orden, proteger a la ciudadanía, regular la convivencia social mediante la formación de relaciones de confianza y la implementación de las leyes para proteger la paz (Rico y Salas, 1998, como se citó en Restrepo, Pérez, Alonso, Bedoya, y Giraldo, 1994). Además de realizar actividades administrativas responden a llamadas de emergencia, patrullaje, atienden actividades criminales, como: el tráfico de

estupefacientes, la delincuencia organizada, el asalto, los ataques, el secuestro, el terrorismo, entre otros (Hyemin, Valencia, Rodríguez, Preciado y Soltero, 2013).

Por tanto, son los primeros respondientes ante situaciones criminales, trabajando en contacto directo con la ciudadanía (SESNSP, 2020), actividades que realizan en la vía pública, expuestos a los cambios climáticos y ruido excesivo, en turnos de trabajo rotativos, además de cargar con equipo y accesorios tácticos, bastones, municiones, armas y chalecos antibalas que alcanzan un peso que excede los siete kilos (Hyemin et al., 2013).

Derivado del tipo de actividades que realizan, los policías enfrentan circunstancias que requieren una elevada exigencia emocional al atender situaciones complicadas de índole familiar o individual como intoxicación de sustancias psicoactivas, maltrato y violencia, configurando una importante cantidad de riesgos psicosociales para los agentes de policías, que comprometen su estado de salud física y psicoemocional, generando afectaciones en sus niveles de salud mental y en la eficacia en el trabajo, lo que incrementa los costos en los sistemas de salud.

El Instituto Sindical del Trabajo, Ambiente y Salud (s.f.) ha definido como *riesgo psicosocial* al conjunto de características que resultan perjudiciales y son generadas en la organización de trabajo dadas por el exceso de actividades, dualidad de roles y escasas remuneraciones, el déficit de autoridad, la baja calidad de liderazgo, la falta de respaldo e insuficiencia de desarrollo. Por su parte, la *salud mental* hace referencia a “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022, p. 2). La *salud*

física contempla a la condición de bienestar que se alcanza cuando el organismo funciona de manera óptima, y que puede verse mermado por factores ambientales, estilo de vida y aspectos genéticos (Alemán, 2014).

Este estudio analiza los riesgos psicosociales asociados tanto a la organización como a las funciones realizadas por los oficiales de policía. Se examina cómo estos factores se relacionan a las afectaciones en la salud mental y física de los agentes que pertenecen al sistema de seguridad pública. El estudio se posiciona en el enfoque cuantitativo, permitiendo estimar correlaciones entre las distintas variables en una muestra representativa de la totalidad de las y los policías municipales de Ciudad Juárez que realizan actividades de campo. El primer capítulo contiene las teorizaciones en torno a los riesgos psicosociales que surgen como consecuencia tanto de la función policial, como de la organización, el capítulo II se centra en el desarrollo teórico de la salud multidimensional asociada a los riesgos psicosociales de policías, mientras que en el capítulo III se recuperan los enfoques teóricos que abordan la interrelación de las afectaciones de la salud mental y física y se detallan las teorías principales del estudio. En dicho marco, el capítulo IV se dedica a puntualizar la metodología del estudio y el V presenta los resultados, mientras el capítulo VI expone la discusión y por último el capítulo VII contiene las conclusiones finales.

Planteamiento del problema

Las condiciones de riesgo que representa el trabajo de las/los agentes de policía son de diversa índole. De inicio, suelen morir mayormente por motivos no naturales como accidentes o exposición a la violencia. Se ha informado que el 52% de las causas de fallecimiento de un agente de policía se atribuyen a ataques originados por el uso de la fuerza

durante su labor, en los que 9 de cada 10 pierden la vida a causa de un arma de fuego; un 36.3% fallece por accidentes; un 5.8% por suicidios; y un 5.4% por otras razones (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).

Entre 2019 y 2023, las estadísticas sobre los delitos en Ciudad Juárez mostraron cambios significativos. El índice de homicidios por cada 100,000 personas se redujo de 89.35 en 2019 a 64.85 en 2023. Por otro lado, los delitos de violación equiparada mostraron una disminución, pasando de 8.69 en 2022 a 7.66 en 2023. En cuanto a los robos, la tasa general descendió de 377.80 a 326.31 entre 2022 y 2023, con un descenso en el robo a casa habitación, que pasó de 794 casos en 2022 a 650 en 2023, resultando en una tasa de 40.81 (Plan Estratégico de Juárez, A.C., 2024). Aun cuando se registran descensos en gran parte de las modalidades de delito, los porcentajes continúan siendo elevados.

En este contexto, las/los agentes de policía realizan distintas labores. Por ejemplo, durante 2021 el Gobierno Municipal 2021-2024 (s.f.) reportó que, en la actuación policial y vinculación social se realizaron:

Tabla 1 *Labores que realizan los policías*

Operativos y arrestos	
Operativos de élite	10 900
Arrestos por homicidio	40
Arrestos por homicidio en grado de tentativa	45
Capturas por delitos como uso de armas de fuego y portación y explosivos	554
Capturas por presunto comercio de drogas ilícitas en pequeña escala	4 500
Aseguramientos	
Dosis de drogas aseguradas	29 900
Armas largas aseguradas	80
Armas cortas aseguradas	420
Cartuchos de calibres diferentes asegurados	8 500
Equipos de uso práctico operativo táctico asegurado	24
De pesos incautados	139 millones
Por comercio de drogas ilícitas en pequeña escala asegurados	59 mil dólares
Trabajo preventivo	

Consultas de personas en los sistemas de Plataforma México	143 mil
Consultas de vehículos en Plataforma México	128 mil
Detenciones derivadas de órdenes de arresto	495
Detenciones de vehículos con reporte de robo	880
Detección de vehículos con placas sobrepuestas	177
Aseguramiento de vehículos por su participación en actos ilícitos	1 100

Nota. Datos obtenidos de Gobierno Municipal 2021-2024 (s.f.)

Al mismo tiempo, en el rubro de investigación se registran datos de acciones realizadas, entre las cuales destacan las originadas por 22 operativos por denuncia anónima, 13 operativos por comercio ilegal de armas de fuego y de prevención del comercio ilegal de partes de vehículos en deshuesaderos de automóviles. En cuanto a la respuesta en torno a reportes de robo de vehículos, se recuperaron 6 de ellos; también se ejercieron 49 arrestos por faltas administrativas y 36 procesamientos por delitos de competencia local. Como resultado, en el trabajo que realizan para atender casos de violencia doméstica, pusieron a disposición de la autoridad a 3 900 detenidos, atendieron 1 200 casos de violencia familiar y 1 500 remisiones del fuero común.

Queda manifiesta la conexión entre la labor policial y el combate a la delincuencia que en la mayoría de las situaciones conllevan acciones que amenazan sus vidas. En cuanto a las condiciones de trabajo, en Ciudad Juárez, a diferencia de otras ciudades del país, se autoriza al personal operativo de la institución a portar el arma mientras está fuera de servicio, con la finalidad única de legítima defensa y protección de su propia seguridad. Este factor abona en gran medida al riesgo permanente, siendo un elemento clave que incide en su estado de alerta.

Entre las explicaciones que se han construido en torno a los efectos que la labor policial tiene en la vida de los/as agentes, se ha propuesto que el cansancio y el agotamiento

expresado se ve relacionado con la discrepancia que hay entre los conocimientos y las situaciones a las que se enfrentan y que sobrepasan sus capacidades, y, por lo tanto, las exigencias cognitivas que requiere el trabajo superan al 83.58% de los policías (Delgado, 2009).

Un estudio antecedente realizado en la policía de Brasil encontró como factores estresantes surgidos del entorno laboral las altas exigencias a las que se ven expuestos, el escaso control sobre el proceso de trabajo, falta de claridad en la rutina laboral, altas demandas, el contacto frecuente con la ciudadanía, largas jornadas de trabajo, insuficiencia de recursos materiales, falta de crecimiento profesional, baja remuneración económica, la exposición al sufrimiento ajeno y situaciones de peligro que desembocan en insatisfacción con la actividad realizada (Wernersbach, Bastos y Ramos, 2013).

Por su parte, Gallardo (2017) propuso algunos factores de riesgo relacionados al estrés que se desarrollan en el entorno laboral del policía y que los perjudican, como el número de experiencias de alto impacto para los agentes, entre las cuales se puede suscitar la identificación de un pariente; la alta probabilidad de riesgo de su integridad física; que el desenlace de las víctimas termine en un fallecimiento o que implique que las víctimas sean niños/as. Así como el ambiente laboral conflictivo, falta de apoyo de los altos mandos, y por último, la falta de recursos materiales y emocionales para desempeñar su labor. Por lo tanto, en la naturaleza riesgosa de la labor policial, la exposición a situaciones estresantes es una constante, sobre todo de índole violenta (Achim, 2018), que acarrea consecuencias negativas en distintas dimensiones de la vida diaria de los elementos de policía.

Riesgos psicosociales y afectaciones en la salud mental de las/los agentes de policía

De acuerdo con Lipp, Costa y Nunes (2017), los efectos que produce la sobrecarga física y emocional de la labor policial, así como las expectativas que tiene la comunidad sobre su quehacer, inciden en su salud e insatisfacción, provocando malestares psicológicos y estrés. Se entiende por estrés la respuesta física y psicológica a factores estresantes de origen ambiental o intrínseco, que pueden manifestarse en forma de cambios o afectaciones físicas, emocionales o de comportamiento (American Psychological Association, s.f., definición 1). López y Rubio (2014) mencionaron que la alta demanda cognitiva laboral a la que se ven expuestos los y las agentes de policía se encuentra relacionada con la aparición de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, estado psicoemocional disminuido por el poco o escaso apoyo organizacional y exposición a situaciones de baja recompensa y altas demandas, que finalmente provocan disfunción social.

En Estados Unidos las estadísticas en materia de salud del estado mental en policías han sido reportadas por la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales [NAMI en inglés], indica que 1 de cada 4 oficiales de policía manifiesta ideas de suicidio, por lo que en 2017 se registraron 140 muertes de policías por esa causa, encontrando también indicadores de pensamiento suicida y otros de riesgo como depresión, trastorno de estrés postraumático, cansancio y ansiedad (NAMI, s.f.). En 2019, las estadísticas registraron un aumento de 239 suicidios perpetrados por agentes de policía en EE. EE. UU., según reportes de la organización *Blue H.E.L.P* (citado por Synergy, 2021). En cuanto a la presencia de trastornos psicológicos, el 12% cuenta con un diagnóstico, el 26% presenta síntomas de trastornos y el 17% recibe tratamiento.

En el estado de Chihuahua, hace algunos años, el 58% de los elementos policiales reportaba afectaciones debido a sus funciones. Un 29.4% experimentaba irritabilidad, problemas de sueño, ansiedad, nerviosismo o fatiga, un 8.2% refería niveles altos de estrés y 4.2% presentó estrés crónico (INEGI, 2017). A nivel local, una evaluación del estado de salud mental de los policías llevada a cabo en 2022 permitió identificar que el 18.7% presentó un nivel de riesgo asociado a la depresión, el 21 % presentó riesgo de manejo de la ira, un 20.9% riesgo de ansiedad, y un 28.5% presencia de síntomas somáticos, mientras el 0.5% reportaba ideación suicida y el 15.6% problemas de sueño (Balcázar, O., comunicación personal, 30 de junio de 2022).

Wernersbach et al. (2013) han encontrado asociaciones entre los factores psicosociales y los problemas familiares; entre el sufrimiento y los trastornos psicológicos y el malestar psicológico, que en su conjunto provocan aislamiento, inhibición, sentimientos de miedo, agresividad y ansiedad. De acuerdo con Suárez (2016) existe una conciencia de muerte no declarada, que conlleva sentimientos de temor que no se pueden expresar, al percibir que reducen la habilidad de reacción, así como evidencian una escasa regulación emocional.

Otros hallazgos de población policial española reportaron desaliento, tristeza, nerviosismo, ausencia de dinamismo, agotamiento, fatiga y sensaciones de no ser suficientemente feliz (Delgado, 2009). El mismo estudio mencionó que el 89 % de los agentes se ven forzados a ocultar las emociones negativas que se generan ante las exigencias de atención que requiere su labor, como atender peleas, ejecutar detenciones y regular de tráfico, etc. Otros estudios han reportado afectaciones psicológicas derivadas del tipo de labor que realizan los/as agentes de policía, como sentimiento de impotencia, síntomas de miedo,

ansiedad, depresión, ira, angustia, pesadillas, melancolía y culpa (Hyemin et al., 2013). También Harrley (2012, como se citó en Lipp et al., 2017) informó acerca de la manifestación de trastornos de depresión, agresividad e incluso suicidio. Otros síntomas identificados incluyen pensamientos paranoides e irritabilidad, que derivan en comportamientos violentos dentro de su entorno (Arteaga, 2000), desgaste emocional, frustración e ideaciones suicidas (García, 2015), en un 23% en hombres y 25 % en las mujeres (Violanti, s.f., como se citó en Hyemin et al., 2013).

He, Zhao y Archbold (2002) concluyeron que, en ambos sexos, existe un vínculo entre las estrategias para enfrentar una situación y la aparición de indicadores como somatización, ansiedad y depresión relacionados con el estrés. Atienza (2021) sugiere la resistencia-resiliencia como protector de efectos negativos del trabajo en policías como la vulnerabilidad al estrés; puesto que el riesgo de padecer depresión se relaciona con una forma pasiva de afrontar situaciones. Para las mujeres agentes de policía, estos niveles de estrés aumentan derivado de su rol de madre, ya que presentan mayor nivel de exigencia al momento de cumplir todas sus funciones (Martin, 1980, como se citó en He et al., 2002). Los autores citados anteriormente indicaron algunas diferencias entre sexos, con relación a la presencia de estrés, pues cuando se trata de mujeres policía, ellas presentan niveles de somatización y depresión más altos y estadísticamente significativos en comparación con los hombres.

Tabla 2 *Antecedentes del estudio*

Autor(es) y años	Variables psicológicas asociadas
Wernersbach et al. (2013)	Factores psicosociales, problemas familiares, sufrimiento psicológico, ansiedad, agresividad, miedo, inhibición.
Suárez (2016)	Temor, conciencia de muerte, regulación emocional deficiente.
Delgado (2009)	Desaliento, tristeza, fatiga, ocultamiento emocional, agotamiento.

Hyemin et al. (2013)	Estrés laboral, ansiedad, depresión, ira, angustia, culpa.
Harrley (2012, como se citó en Lipp et al., 2017)	Depresión, agresividad, suicidio.
Arteaga (2000)	Paranoia, irritabilidad, violencia.
García (2015)	Desgaste emocional, frustración, ideación suicida.
Violanti (s.f., como se citó en Hyemin et al., 2013)	Ideación suicida, diferencias por sexo.
He, Zhao, and Archbold (2002)	Estrés laboral, afrontamiento, ansiedad, depresión, somatización.
Atienza (2021)	Resiliencia, afrontamiento, protección frente al estrés.
Martín (1980, como se citó en He et al., 2002)	Estrés laboral, rol de género, doble carga.

Nota. Tabla de elaboración propia con base en los autores citados.

Afectaciones Familiares y Conyugales

Una de las condiciones de trabajo que mencionan Lipp et al. (2017) son los riesgos de amenazas, tanto dentro y fuera del horario laboral, dada la naturaleza de la profesión, que en ocasiones se extiende a la familia. Al interior del sistema familiar, Lipp et al. (2017) mencionaron que existe un desbalance entre la convivencia familiar y la demanda laboral policial, cuya disponibilidad de tiempo requiere las 24 horas del día para la atención a emergencias y que, en el diseño de los horarios laborales, no se ha encontrado una solución para mantener una estabilidad entre lo laboral y lo familiar. Brufao (1994) indicó que una forma en que esta población lidia con el estrés, y con ello mitiga las reacciones, se da a través de comportamientos de indiferencia, actitud despreocupada, cinismo y en general un aplanamiento emocional acompañado de depresión y cansancio físico. Estas actitudes son percibidas por quienes los rodean y pueden generar un impacto negativo en las relaciones que establecen, debido a su dificultad para mostrarse accesibles.

De acuerdo con Gutiérrez-Rodríguez (citado en Loera, 2018), en México, la mitad de los agentes de policía manifiesta tener dificultades en sus relaciones de pareja; entre los motivos se encontró que los cambios de horarios laborales que viven los policías producen

inestabilidad en las parejas, debido al agotamiento y cansancio. Asimismo, bajo rendimiento sexual, y una tercera parte de los policías presentó celotipia. Maslach (1982, citado en He et al., 2002) menciona que se genera una especie de conflicto entre la labor profesional y la familia por parte de los agentes de policía derivado de los roles en casa y sus funciones en el trabajo. Por ejemplo, se deteriora la relación con los hijos y se producen conflictos de pareja significativos, de modo que esta población presenta una mayor tasa de divorcio y problemas matrimoniales, en comparación con otras profesiones (Brufao, 1994).

Por tanto, a nivel mundial, los problemas familiares en policías a menudo desembocan en divorcios; las interferencias del trabajo como horarios extensos o rotativos, estrés resultante del riesgo de que el elemento pierda la vida y dificultades económicas son algunos de los factores que lo propician (Boyce, 2006). En Estados Unidos, el segundo trabajo que genera mayor probabilidad de divorcio por sus funciones es el de policía, con más del 75% de probabilidades. Además, las estadísticas se duplican en la población de policías en comparación con el promedio de la población común nacional. Sumado a los altos índices de divorcio, también se encuentra una elevación en alcoholismo, violencia doméstica y suicidio (McCoy y Aamodt, 2010).

Riesgos Psicosociales y Afectaciones de Salud Física de los/as Agentes de Policía

El estrés provocado por la excesiva carga emocional y física derivada de la labor policial afecta la salud física de hombres y mujeres por igual, manifestando síntomas como aumento del ritmo cardíaco, presión arterial, respiración, pérdida de apetito, náuseas, trastornos digestivos, diarreas, sudoración, escalofríos, temblores musculares y problemas de sueño (Veloz y Lorenzo, 2014; Romero, Young y Salado, 2019). Para Harrley (2012, como

se citó en Lipp et al., 2017), el resultado de las condiciones laborales ocasiona enfermedades y disfunciones físicas como hipertensión arterial, obesidad, cáncer y enfermedades dermatológicas. Tales alteraciones surgen de la segregación de adrenalina que el organismo produce para sobreponerse al miedo, pero una vez que su efecto pasa, aparecen las sensaciones de temor (Suárez, 2016).

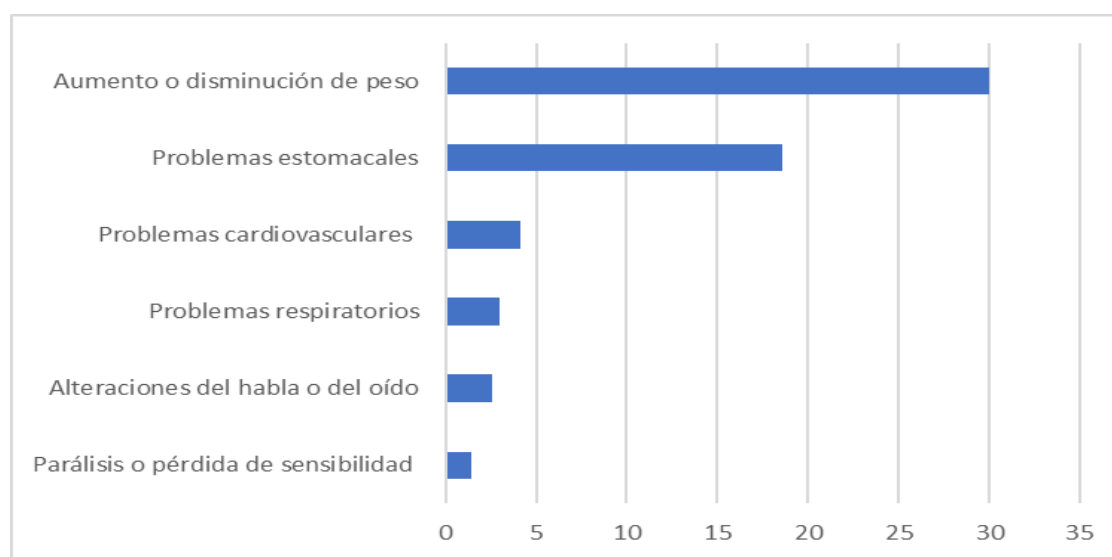
Según Da Silva, Matos, Valdivia, Cascaes y Barbosa (2013) señalaron que entre los policías brasileños se detectaron problemas de salud como sobrepeso, frecuencia cardíaca baja, colesterol elevado, dificultades visuales, además de dolores de cabeza, cuello, espalda y columna, con un 16.2 % de los casos estudiados que presentaron lesiones físicas permanentes. Asimismo, los autores mencionan que, en Minneapolis, Estados Unidos, los agentes policiales con obesidad tuvieron un mayor riesgo de sufrir dolores de espalda; en Wisconsin se encontró que un 71% de los policías presentaban sobrepeso y 27.4% hipertensión. En una comparativa entre Estados Unidos y Canadá, se destacó una elevación significativa en los problemas de sueño que presentan los policías estadounidenses.

Según datos reportados en 2017 por el INEGI, a nivel nacional el 53% de los policías se vio afectado en su salud por sus actividades laborales, el 30% tuvo cambios en su peso corporal con aumento o disminución, el 18.6% presentó problemas estomacales, el 4.1% problemas cardiovasculares, el 3.6% fracturas, el 3% problemas respiratorios, el 2.6% alteraciones del habla o del oído y el 1.4% parálisis o pérdida de la sensibilidad, esto sin contar las afectaciones en la salud emocional. Según la misma fuente, a nivel estatal, el 78.3% de los policías presentó sobrepeso u obesidad, 33% presentó aumento o disminución del peso, 20.3% problemas estomacales y 15.3% falta de apetito (INEGI, 2017). Además, otras enfermedades experimentadas por el 19.7% de los policías fueron hipertensión arterial

(9.8%), estrés crónico (4.2%), diabetes (3.8%), enfermedades pulmonares (2.5%) y enfermedades del corazón (2.1%).

En la figura 1, se observan las principales afectaciones de salud a nivel nacional por causas laborales en corporaciones policiacas con datos del INEGI (2017).

Figura 1. *Afectaciones de salud física de los y las agentes de policía en México 2017*



Nota. Gráfica de elaboración propia con datos de INEGI (2017)

En 2013, a nivel local, se registró que el 80 % de los policías mostraba problemas de sobrepeso y el 40 % padecía obesidad (Fuentes, 2013). El 29.6% de los policías municipales examinados presentó diagnósticos de diabetes y prediabetes. Entre la corporación se encontraron también problemas de enfermedades crónicas como hipertensión que tenían poca o nula atención médica (Oswaldo, 2014).

De acuerdo con una investigación realizada en Guadalajara, México (Suárez, 2016), los agentes de policía reportaron una elevada incidencia de deterioro en la salud, posibilitando la aparición de diabetes tras un suceso de alto impacto. Por otro lado, Delgado

(2009) menciona que el 47% de los oficiales de policía experimentó al menos una incapacidad durante el lapso de un año y que el 70% de los oficiales de policía con una edad menor a los 35 años presentaban una salud más deficiente, en comparación con la población común en España. Hyemin et al. (2013) concluyeron que, en México, entre las enfermedades físicas más habituales se encuentran la elevada presión arterial, falta de sueño, enfermedades cardíacas, sobrepeso, cáncer e ingesta excesiva de alcohol, tabaco y consumo de sustancias. Loera (2018) señala que la investigación llevada a cabo por Gutiérrez-Rodríguez en Guadalajara, México, revela un 50% de policías con problemas de sobrepeso y un 17% con obesidad mórbida; un 15% de los policías padece de insomnio ocasional.

De la misma forma, García (2015) resalta que, a nivel internacional, la población policial muestra una mayor incidencia de trastornos digestivos y cardíacos, además de trastornos del sueño. De acuerdo con una investigación efectuada por Violanti (s.f., como se citó en Hyemin et al., 2013), el 72% de los hombres y el 43% de las mujeres en la policía registraron altos niveles de colesterol, en comparación con la población general.

Brufao (1994) indica una clasificación de los síntomas de estrés en un estudio realizado en las Fuerzas Policiales de Australia, que incluye cuatro niveles, dependiendo de su impacto. En el nivel inicial, se observa un aumento de la tensión arterial y cambios en el metabolismo; en el nivel secundario, se percibe la sensación de irritabilidad, ansiedad, tensión y problemas para concentrarse. En el tercer nivel, se hallaron dolor de cabeza o de pecho, dificultades estomacales; finalmente, en el cuarto nivel, aparecen úlceras, problemas de adicciones como el alcoholismo o el consumo de sustancias psicoactivas y ataques al corazón.

En la investigación llevada a cabo en Brasil por Wernersbach et al. (2013) acerca del sufrimiento psicológico de los policías, se descubrió que el 60% de los policías entrevistados presentaban enfermedades óseas, dermatitis, disfunciones musculares, de visión, de audición y de habla. El 33% indicó tener un alto nivel de colesterol, el 37.1% tenía dificultades digestivas y el 37.9% tenía problemas del sistema nervioso.

La revisión de antecedentes que ha sido descrita evidencia que las afectaciones de salud física de los y las agentes de policía pueden estar relacionadas a diversos riesgos psicosociales, tales como exposición continua a la violencia, exposición sistemática a situaciones estresantes, posibilidad de accidentes, ser víctima de agresiones derivadas del uso de la fuerza, ser objeto de amenazas; se ven sometidos a una alta demanda cognitiva por la exposición al sufrimiento ajeno y situaciones de peligro y de experimentar cotidianamente determinada conciencia de muerte no dicha y, finalmente, la materialización de la muerte. Ndumwa, Njiro, Francis, Kawala, Msenga, Matola, Mhonda, Corbin, Ubuguyu y Likindikoki (2023) han resaltado la conexión entre los riesgos laborales de los policías y los trastornos por consumo excesivo de sustancias. En sus hallazgos basados en una muestra de 468 agentes varones de Tanzania, identificaron consumos altos de alcohol en el 13.3%; de tabaco en el 6.2%; sedantes con un 1.5% de prevalencia; y cannabis en el 1.1%, entre otras de menores porcentajes.

Proyectos de Atención Psicosocial y Prevención de Problemas de Salud Mental en Policías.¹

Como soluciones posibles, en otros países se han implementado estrategias enfocadas en atender la problemática descrita. En España, para mejorar los efectos adversos del estrés en los policías, García (2015) propuso dos niveles, el primero organizacional, creando órganos de previsión de riesgos laborales y asistencia psicológica, el desarrollo de instrumentos claros y adecuados para la actuación policial, el despliegue de personal necesario según la carga laboral, la promoción de un liderazgo democrático, apoyo social entre iguales y superiores, fomento del trabajo en equipo, creación de planes de carrera y planes para conciliar la vida profesional y personal. En un segundo nivel, sugirió trabajar en el plano individual con psicoeducación sobre las dificultades y riesgos de la profesión, mayor entrenamiento en habilidades tanto emocionales como profesionales para aumentar la sensación de dominio de su trabajo, y por último, la creación de métodos de detección de síntomas de estrés, como estrategias de prevención y gestión del estrés que incorporan herramientas para un estilo de vida saludable, manejo de pensamientos, escaneo físico y de adaptabilidad.

Localmente, y ante la preocupación acerca de los diferentes estresores que enfrentan los elementos de seguridad pública municipal en Ciudad Juárez, la corporación policial

¹ <https://netnoticias.mx/juarez/atienden-estres-en-policias-para-evitar-tragedias/>
<https://diario.mx/juarez/atender-estres-de-policias-es-una-prioridad-sspm-20220717-1952036.html>
<https://exodojuarez.com.mx/.../con-foro-especial-ofrece.../https://oem.com.mx/elheraldodejuarez/local/hablemos-del-suicidio-creando-redes-de-apoyo-sspm-13671828>
<https://exodojuarez.com.mx/2023/12/05/realiza-sspm-conferencias-sobre-depresion-ansiedad-y-estres-para-policias-municipales/>

implementó medidas en los últimos años para fortalecer la salud mental. Entre estas acciones, se han realizado programas mensuales de corte psicoeducativo dirigidos a los agentes de policía y familiares, que desarrollan diversas temáticas como autocuidado, estrés, depresión, ansiedad, suicidio y la búsqueda del equilibrio en la convivencia entre padres e hijos/as. Estas temáticas son abordadas en modalidad de conferencias, talleres e intervenciones grupales (El Heraldo de Juárez, 2024; El Diario de Juárez, 2023; García, 2023; Gobierno Municipal, 2024).

En abril de 2022 se elaboró un manual destinado a la intervención en temas de salud mental para los agentes de policía local, con el objetivo de brindar una atención psicológica eficaz, cuyos tres ejes centrales serían protocolos de reacción, actuación y atención según reportes del medio de comunicación Puente Libre (2022). En esa misma fecha, el Cabildo aprobó la incorporación del Artículo 93 al Reglamento del Sistema Municipal de Seguridad Pública, que trata sobre los requisitos para permanecer e ingresar a la institución policiaca. La adición de la obligatoriedad involucra un monitoreo permanente de la salud mental de los agentes de policía, planteada en la fracción XI, así como la participación en proyectos de salud mental de acuerdo con el artículo 50 fracción XVII, según reporta el medio de comunicación Circuito Frontera (2022). En el mes de mayo de 2022 se realizó una evaluación psicológica al total de los agentes policiacos locales, en donde se obtuvo un panorama general de su salud mental, indagando el desgaste emocional que pudiera desprenderse del trabajo o del ámbito personal. Los datos obtenidos en dicha evaluación serían utilizados para diseñar intervenciones psicológicas específicas para los policías, según informa Carmona (2022) en el periódico La Verdad.

En septiembre de 2022 se efectuó el Foro *Cuidándome bien para estar mejor*, cuya población captada fueron los cadetes de la Academia de Policía Municipal, con la finalidad de fomentar en la nueva generación de agentes el uso de recursos adecuados para desarrollar y mantener un estado óptimo en torno a su salud mental desde su formación inicial, según reportan medios periodísticos, este mismo foro fue presentado en 2023 y 2024 en su segunda y tercera versión (El Diario de Juárez, 2022; El Heraldo de Juárez, 2024). Paralelamente la corporación municipal realiza monitoreos periódicos del estado de salud mental con intervenciones que alcanzan a las familias tanto de agentes y cadetes en formación, como a elementos de altos mandos, en los que desarrollan habilidades en el manejo del estrés, apoyo psicológico, estrategias de autocuidado y prevención del suicidio, habilidades en el control de impulsos, manejo de la ansiedad, afrontamiento constructivo, mediación familiar y social, vínculos saludables de pareja y paternidad funcional, entre otros. Sin embargo, la salud mental de los agentes de policía municipal derivada de los riesgos psicosociales sigue siendo un área que requiere atención e intervenciones focalizadas y ello será factible al contar con resultados de estudios empíricos que den cuenta de la realidad actual.

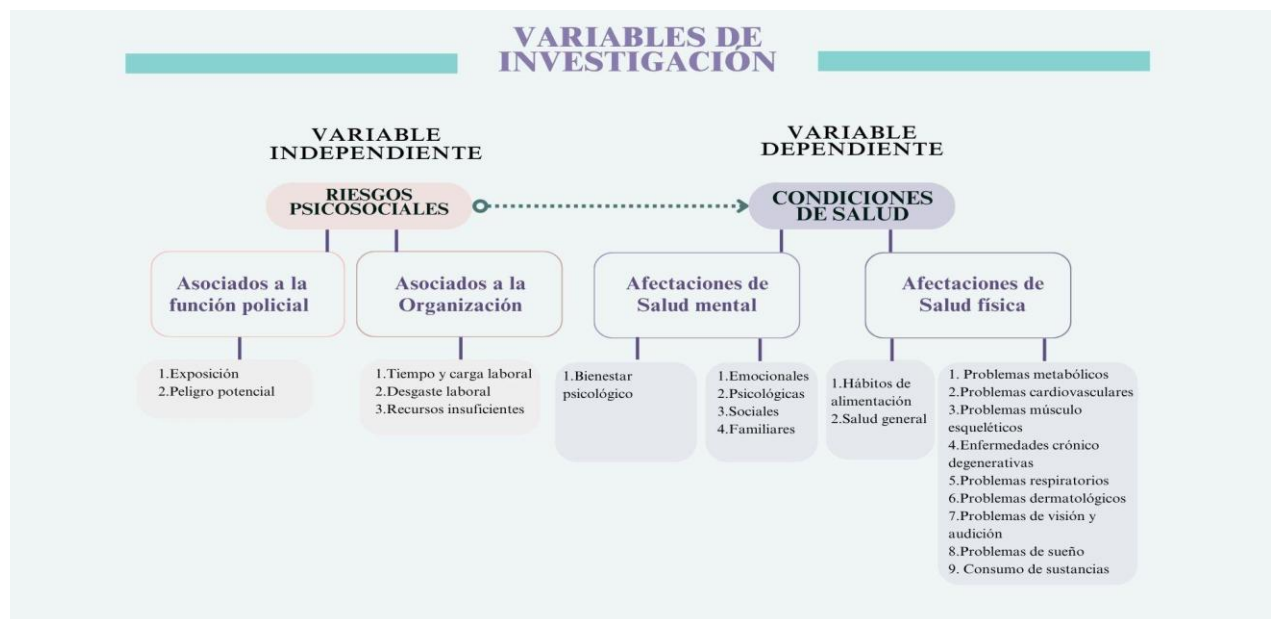
De acuerdo con los antecedentes encontrados, se infiere que los riesgos psicosociales estarían generando altos niveles de estrés, materializando diversas condiciones que ponen en peligro la salud mental de los policías. Cuando las afectaciones psicológicas alcanzan mayores niveles de gravedad, surgen trastornos como depresión, ansiedad y niveles de estrés crónico, pudiendo presentar sintomatología de estrés postraumático, incluso ideas paranoides. Diversas afectaciones sociales aparecen al mostrar conductas de aislamiento, inhibición e impenetrabilidad emocional que problematizan las interacciones sociales.

Adicionalmente, las interacciones familiares se desequilibran debido a las ocupaciones laborales y al poco tiempo dedicado a la convivencia familiar.

Queda claro que las repercusiones alcanzan a la salud física al presentarse afectaciones relacionadas con alteraciones del sueño, problemas metabólicos, cardiovasculares, respiratorios, dermatológicos, musculoesqueléticos, de visión y audición, así como enfermedades crónico-degenerativas. Con frecuencia surgen problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, alcohol y/o tabaco. En general, un deterioro de la salud puede llevar al agente de policía a presentar una incapacidad laboral.

En relación con los riesgos psicosociales, las condiciones de salud mental y las condiciones de salud física de los/as agentes de policía mencionadas anteriormente, se plantea un esquema (figura 2) de las variables de investigación. Este se divide en dos variables principales: (1) Riesgos psicosociales y (2) Estado de salud.

Figura 2. *Variables de investigación*



Nota. Figura de elaboración propia con los antecedentes identificados.

Justificación del estudio

El estudio representa una aportación a los escasos conocimientos publicados sobre las repercusiones generadas por los riesgos a los que se enfrentan los y las agentes cuyo rendimiento en el trabajo se da en un entorno de elevadas tasas de violencia social y delictiva, y que en su conjunto impactan negativamente en su vida. Bajo la intención de progresar en la creación de corporaciones más eficientes, con un mayor nivel de salud mental y física no solo de las organizaciones policíacas, sino de todos los grupos sociales, se hace necesario conocer las condiciones en las que se desempeñan y el impacto que ello tiene, para coadyuvar al aumento del nivel de salud mental de la localidad.

Implicaciones Prácticas. Al conocer los riesgos psicosociales de la profesión, se espera que la investigación proporcione información valiosa para prevenir y abordar condiciones que amenacen la salud mental, y, por consiguiente, la salud física, dada su estrecha interrelación, así como para el diseño de futuras intervenciones en ambos ámbitos. Asimismo, ayudará a buscar mejores soluciones para la atención de la sintomatología resultante de los factores de estrés, mostrando con claridad un panorama puntual que permita tomar las decisiones adecuadas con base en las afectaciones visibles. De modo que con el conocimiento sobre el comportamiento de las variables que afectan la salud de los agentes, se puedan desarrollar modelos de intervención más eficientes.

Valor Teórico. El estudio propuesto establece un marco científico que permite desarrollar intervenciones psicológicas específicas y efectivas, dirigidas a abordar los desafíos de salud mental que enfrentan los agentes de policía de la localidad. La investigación pone a prueba teorías existentes que explican la relación entre condiciones de riesgo

psicosocial, salud mental y salud física.

Al generar información científica de una población poco estudiada, se considera que el estudio resulta relevante, y al disponer con los medios adecuados para realizarla, hace que también resulte viable. Ante el panorama descrito los antecedentes que guían el presente estudio, en los siguientes capítulos se expone la fundamentación teórica.

Capítulo I. Riesgos Psicosociales

Reconocer la multidimensionalidad del riesgo psicosocial relacionado con el estrés implica ampliar la comprensión de que el estrés y el desgaste no provienen de una sola fuente. De inicio, el trabajo policial presenta condiciones laborales singulares: exposición constante a la violencia, turnos extensos, alta demanda emocional, riesgo de muerte, falta de apoyo organizacional, desbalance entre la vida personal y laboral, entre otros. Por tanto, los riesgos psicosociales deben analizarse considerando la naturaleza específica de la labor policial. Para este estudio, los riesgos psicosociales se dividen entre los que se derivan de la función policial y los inherentes a la organización, como una forma de comprender las distintas fuentes de estrés y desgaste que enfrentan los servidores de la institución.

Se entiende por riesgo psicosocial la probabilidad de que una serie de características generadas por la organización laboral resulten perjudiciales para el trabajador (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, s.f.). Estos son sucesos, eventos, situaciones o condiciones derivadas de la organización laboral, que tienen un alto riesgo de impactar en la salud del empleado, con repercusiones considerables (Confederación de Empresarios de Málaga [CEM], 2013). Transgrediendo los derechos básicos del trabajador e impactando negativamente en su salud física y en su salud mental, lo que ha impulsado la creación de iniciativas legislativas sobre el tema (CEM, 2013).

Riesgos Psicosociales de la Función Policial

Los riesgos psicosociales y el estrés laboral están adquiriendo importancia en sectores como la administración, la ley y la concientización, con un incremento en redes de

investigación y agrupaciones profesionales que intentan elaborar intervenciones eficaces para enfrentarlos (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2016). Dentro de los riesgos psicosociales más relevantes se encuentran el estrés, el acoso laboral, el acoso sexual, la violencia, la inseguridad contractual, el agotamiento profesional, el desajuste entre el trabajo y la familia y la realización de trabajos con alta exigencia emocional (CEM, 2013).

La exposición constante a condiciones estresantes genera en el organismo un estado de agotamiento para dar solución a los problemas y amenazas a las que se enfrenta; por ende, el trabajador se encuentra expuesto a distintas afectaciones de salud; además, dentro de sus propias funciones, la violencia puede hacerse presente al no cumplir con las expectativas de quién recibe su servicio, generando reacciones agresivas de enojo e ira ante la incapacidad de obtener lo deseado. Algunas profesiones conllevan una alta carga emocional, lo que produce mayores niveles de estrés (CEM, 2013).

Pocas profesiones pueden generar en sus empleados grados de activación física y emocional tan altos como el trabajo policial, quienes se encuentran expuestos a situaciones de violencia y alteración del orden, intentos suicidas, heridos en accidentes de tráfico, entre otras situaciones (García, 2015). A medida que aumentan las exigencias laborales, los agentes de policía experimentan un mayor agotamiento emocional, además de tener índices más elevados de depresión y ansiedad, lo que evidencia un deterioro en su salud (Santa, Wörfel, Wolter, Gusy, Rotter, Stark, Kleiber y Renneberg, 2018).

Los conflictos entre el trabajo y la familia, como el desequilibrio entre las demandas del hogar y del lugar de trabajo, se ubican entre las principales fuentes de estrés. Además, los eventos que modifican la vida, como el fallecimiento de un ser querido o problemas

financieros, incrementan el riesgo para la salud. Las tareas, los roles, las necesidades físicas y las necesidades interpersonales son ejemplos de demandas laborales. Es importante destacar tres grandes categorías de necesidades: laborales y profesionales, domésticas o familiares, y aquellas creadas por uno mismo. Cuando los empleados no tienen control sobre su trabajo, tienen incertidumbre laboral o no manejan bien los conflictos, aumenta el estrés, aunque algunos conflictos pueden ser útiles si se resuelven problemas (Campbell y Henderson, 2016).

Tabla 3. *Hallazgos de riesgos psicosociales en la función policial*

Categoría	Aspectos	Referencias
Riesgos psicosociales y estrés laboral	- Importancia creciente en investigación e intervención - Principales riesgos: estrés laboral, acoso laboral y sexual, violencia, inseguridad contractual, agotamiento profesional, conflicto trabajo-familia, alta exigencia emocional - Agotamiento físico y psicológico	OIT (2016); CEM (2013)
Exposición constante a estrés	- Reacciones de enojo y agresividad - Desgaste emocional - Mayor vulnerabilidad a enfermedades - Alta activación física y emocional	CEM (2013)
Trabajo policial específico	- Situaciones críticas: violencia, alteración del orden, intentos suicidas, accidentes con heridos - Consecuencias: agotamiento emocional, depresión, ansiedad, deterioro de la salud mental - Conflictos trabajo-familia - Eventos vitales estresantes (fallecimientos, problemas económicos)	García (2015); Santa et al. (2018)
Conflictos y demandas laborales	- Categorías de necesidades: laborales/profesionales, domésticas/familiares, personales - Efectos del desequilibrio: problemas conductuales, trastornos emocionales, cambios fisiológicos y neurohormonales - Efectos del equilibrio adecuado: sensación de control, mejora de autoestima, mayor motivación y capacidad laboral	Campbell & Henderson (2016); OIT (2016)

Nota. Tabla de elaboración propia a partir de los autores citados.

Una correlación adversa entre las condiciones de trabajo y los factores personales puede provocar problemas conductuales, desórdenes emocionales y cambios bioquímicos y neuro hormonales, aumentando la probabilidad de sufrir enfermedades mentales o físicas. Por el contrario, un balance apropiado entre estos elementos fomenta una sensación de control y mejora la autoestima, lo que contribuye a una mayor motivación, capacidad laboral, satisfacción y un mejor estado de salud (OIT, 2016).

Riesgos Psicosociales de la Organización

Los riesgos psicosociales no deben considerarse como un problema del individuo, psicológico o relacionado con situaciones personales. Al evaluar los riesgos psicosociales, es necesario centrarse en las condiciones laborales en lugar de en las características personales. La causa se encuentra en la exposición a la estructura y dinámica organizacional del trabajo y a otros factores psicosociales, que pueden tener un efecto perjudicial para la salud (Superintendencia de Riesgos del Trabajo, 2022). Los riesgos de salud mental en el trabajo pueden abarcar un ritmo excesivo de trabajo, sobrecarga laboral, falta de personal, horarios prolongados o rígidos, poca autonomía sobre el diseño o la asignación de tareas, condiciones laborales inseguras o inadecuadas, falta de habilidades, una cultura institucional que tolera comportamientos negativos, escaso apoyo de los compañeros, roles laborales mal definidos, oportunidades limitadas de ascenso, remuneración insuficiente, escaso desarrollo profesional y dificultades para conciliar el trabajo con la vida personal (Organización Mundial de la Salud, 2024). La Organización Internacional del Trabajo (OIT, s.f.) identifica los riesgos psicosociales que pueden impactar a los empleados en cinco ámbitos principales: a) un nivel excesivo de demandas psicológicas, b) falta de control, influencia y crecimiento, c) poco apoyo social y liderazgo, d) compensación deficiente y e) doble jornada laboral.

Diversas investigaciones han señalado que la salud mental deficiente y la depresión están asociadas a varios factores laborales, como una carga de trabajo elevada que incluye jornadas largas y exigencias intensas, la limitada capacidad de decisión, el bajo nivel de apoyo, la desigualdad entre el esfuerzo realizado y las recompensas obtenidas, así como la inconsistencia laboral y los cambios en la estructura organizativa (OIT, 2016). Por tal motivo, las investigaciones actuales se enfocan en temas como la satisfacción laboral y su impacto en la salud, la efectividad de las organizaciones, la gestión de resultados, la diversidad cultural, la transformación tecnológica, la inseguridad laboral, el presentismo y el ausentismo. La salud mental, el bienestar de los empleados y las condiciones organizacionales que los favorecen son aspectos de gran importancia (OIT, 2016).

Respuesta Mexicana ante los Riesgos Psicosociales en el Trabajo: NOM-035-STPS-2018

En 2018, se implementó la Norma Oficial Mexicana No. 035, emitida por la STPS (Secretaría del Trabajo y Previsión Social), con el fin de identificar, prevenir y evaluar los factores de riesgo psicosocial, que impactan negativamente en los trabajadores mexicanos. Esta norma define como factor de riesgo psicosocial, cualquier elemento que cause trastornos como ansiedad, estrés, alteraciones del sueño o interfiera en el equilibrio entre el trabajo y la familia, y que se encuentren vinculados con las condiciones laborales. Lo que abarca aspectos como las funciones desempeñadas, las jornadas de trabajo, la exposición a eventos traumáticos o violentos, las condiciones laborales peligrosas o inseguras, la sobrecarga y la falta de control sobre las actividades laborales, y el liderazgo o el ambiente organizacional (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018).

Tabla 4. *Conceptualización de riesgos psicosociales*

Categoría	Aspectos	Fuente
Concepto de riesgos psicosociales	Se originan en la estructura y condiciones del trabajo, no en características personales.	Superintendencia de Riesgos del Trabajo (2022)
Factores laborales que afectan la salud mental	Sobrecarga, ritmo acelerado, poca autonomía, condiciones inseguras, mala cultura laboral y dificultades de conciliación.	OMS (2024)
	Jornadas largas, exigencias altas, bajo apoyo, inestabilidad y desequilibrio esfuerzo–recompensa.	OIT (2016)
Categorías de riesgo según la OIT	Demandas psicológicas excesivas, poco control, escaso apoyo, mala compensación y doble jornada.	OIT (s.f.)
NOM-035-STPS-2018 en México	Norma que exige identificar y prevenir factores psicosociales como estrés, ansiedad, sobrecarga y liderazgo negativo.	STPS (2018)

Nota: Cuadro de elaboración propia

En este apartado se destacó la idea fundamental sobre la división de los riesgos psicosociales: asociados a la función policial que derivan del ejercicio operativo (Exposición a violencia, exposición a situaciones estresantes, accidentes, agresiones en el desempeño laboral, amenazas, exposición al sufrimiento ajeno, conciencia de muerte, riesgo real de muerte, exposición a condiciones de clima extremo) y los asociados a la organización que provienen de la gestión interna del entorno institucional (Exceso de actividades, baja remuneración económica, largas jornadas laborales, satisfacción con la labor, apoyo organizacional, crecimiento personal, equipo de trabajo suficiente, control sobre el proceso de trabajo, pocas o nulas compensaciones, poca claridad en funciones, alta demanda

cognitiva, control sobre los días de descanso, identidad policial, extensión de rol policial en ámbito personal).

Capítulo II. Afectaciones en Salud multidimensional asociada a los Riesgos Psicosociales de Agentes de Policía

Afectaciones en la Salud Mental

En investigaciones realizadas sobre las exigencias emocionales que implica el desempeño de la labor policial, resalta la desarrollada por Martínez y De Puelles (2010), quienes utilizaron como base la teoría del estrés de Lazarus para explicar el fenómeno de la emotividad en los agentes. Para ello tomaron una muestra de 837 elementos de la policía española a quienes se les encuestó respecto a las respuestas emocionales ante situaciones que se pudieran considerar estresantes de su labor. Como resultado, se obtuvo que la exigencia emocional suscita emociones predominantes en el grupo, como la ira y la ansiedad. En la misma investigación se encontró que el 30% experimentó cansancio mental tras realizar actividades de alto riesgo; donde el evento con mayor reacción emocional es la muerte de un compañero con un 94%, cuyas consecuencias se desarrollan tanto en el entorno laboral como en el individual, en tanto las ofensas recibidas tienden a crear una reacción emocional en el 30% de ellos; este porcentaje se duplica cuando los agentes tienen que atender situaciones referentes a transgresiones contra menores de edad con un 71% de reacciones emocionales.

En Brasil, se realizó una investigación en 2012 sobre la prevalencia de trastornos mentales y de comportamiento con policías militares que se encontraban en licencia por tratamiento de salud. Los resultados revelaron una asociación entre las funciones de liderazgo desempeñadas y los trastornos mentales, ya que la dirección de grandes grupos conlleva una gran carga de responsabilidad derivada de la toma de decisiones, e impactan directamente en

la seguridad, la integridad física y la vida de sus subordinados (Polo, Guimarães y Megon, 2015).

Castro, Orjuela, Lozano, Avendaño y Vargas (2012) mencionan que el estrés asociado a estas responsabilidades tiene costos en la salud mental, así como en el ámbito social y organizacional, cuyas manifestaciones pueden ir desde afectaciones de sueño, así como también frustración, ansiedad, depresión, baja autoestima, irritabilidad, adicciones, agresividad o apatía, distanciamiento, problemas en los vínculos de pareja o con seres queridos, reducción en la producción, ausencia de colaboración entre grupos, peticiones de cambio de puestos laborales, incremento de quejas y conflictos, incapacidades, accidentes o percances.

En 2019, se estimó que el 15 % de los adultos en edad laboral padecían algún trastorno mental. Según la Organización Mundial de la Salud (2024), la depresión y la ansiedad causan la pérdida de 12,000 millones de días laborales a nivel global cada año, lo que representa una reducción en el rendimiento equivalente a 1 billón de dólares anuales. Dichos trastornos son dos de los efectos más comunes del estrés. Según investigaciones, cerca del 10% de la población en Estados Unidos padece trastornos de ánimo y ansiedad. Uno de los factores más relevantes de morbilidad y disminución de la productividad es la depresión, afectando aproximadamente al 16% de los adultos (Campbell y Henderson, 2016).

Tabla 5. *Principales afectaciones mentales en policías*

Principales afectaciones mentales en agentes de policía		
Trastornos depresivos	Trastornos de ansiedad	Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Nota. Tabla de elaboración propia basada en los apartados siguientes.

Trastornos Depresivos

Por encima de otras áreas como profesores de policía, detectives, sargentos, subtenientes o superiores, el trabajo policial en las calles tiene un mayor índice de depresión laboral (Castro et al., 2012). Una investigación evaluó a un conjunto de 177 oficiales de policía en funcionamiento en el Reino Unido acerca de los niveles de estrés, ansiedad y depresión. Los hallazgos indican que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es 6 veces más alta en esta población que en la general. Destacó la comorbilidad entre la ansiedad moderada y la depresión, presente en un tercio de los encuestados. Sin embargo, 82% de quienes presentaron depresión mayor, también mostraron ansiedad severa (Gullon y Longstaff, 2024).

Además, otro estudio de síntomas depresivos en policías identificó cuatro subgrupos: en riesgo (10%), anhedónico (21%), somático (17%) y mínimo (50%). La ingesta de alcohol se correlacionó con la depresión en el grupo en riesgo. La fatiga y la calidad del sueño fueron los principales factores en el grupo anhedónico. Se sugirió que los policías en el grupo somático recibieran apoyo para identificar síntomas físicos como cansancio y falta de apetito como señales de depresión (Kang y Lan Bang, 2023).

Trastornos de Ansiedad

La sintomatología del trastorno de ansiedad abarca un amplio espectro de manifestaciones que se pueden clasificar en síntomas físicos y psicológicos-conductuales, afectando diferentes sistemas del cuerpo. Entre los síntomas físicos se encuentran las manifestaciones vegetativas como boca seca, mareo, sudoración e inestabilidad, así como síntomas neuromusculares que incluyen parestesias, tensión muscular, dolores de cabeza y temblores. También se presentan síntomas cardiovasculares, como dolor precordial, taquicardias y palpitaciones, junto con dificultades respiratorias, digestivas y genitourinarias, que abarcan diarrea, vómitos, náuseas, trastornos sexuales y micción abundante. Respecto a los síntomas psicológicos y de comportamiento, se perciben emociones tales como sensación de agobio, temor a perder el control y a la muerte, pérdida de memoria, irritabilidad e inquietud, además de comportamientos de evitación y adicciones. De acuerdo con Ayllón y Quispe (2020), la extensa gama de síntomas refleja el grave impacto del trastorno de ansiedad en la salud física y mental, deteriorando considerablemente la calidad de vida de quienes lo experimentan.

A partir de esta sintomatología de la ansiedad, Ayllón y Quispe (2020) establecieron una correlación relevante entre el estrés en el trabajo y la manifestación de desórdenes mentales como depresión y ansiedad en las fuerzas de seguridad de Costa Rica. Según los autores, en el Reino Unido, el 9.6% de los oficiales de policía padece algún trastorno de ansiedad generalizada. Uno de los argumentos presentados por los autores es que el trabajo policial implica enfrentarse a niveles elevados de estrés y ansiedad, derivados de las situaciones adversas y violentas que experimentan, afectando su bienestar físico, psicológico, social y familiar.

Trastornos relacionados con traumas y factores de Estrés

Un estudio con policías australianos confirma que el estrés organizacional y operacional media significativamente la relación entre el trauma y el agotamiento. El estrés organizacional tiene la mayor relación con el malestar psicológico, seguido del estrés operacional y el trauma. Además, el malestar psicológico aumenta significativamente con los años de servicio en la organización policial (Drew y Williamson, 2024). En este contexto, los hallazgos sobre los grados de estrés y malestar psicológico en los oficiales de policía refuerzan la relevancia del estudio.

Estudios recientes indican que los oficiales de policía enfrentan diferentes grados de depresión, ansiedad y tensión. En los hallazgos de una investigación se señaló que los agentes de policía presentaban grados moderados y severos de depresión, niveles de ansiedad extremadamente severos y niveles de estrés moderados. Además, otros hallazgos mostraron que las mujeres policías experimentaron niveles superiores de depresión, ansiedad y estrés, en contraste con los hombres oficiales de policía (Husain et al., 2014). A partir de estos datos, es posible reconocer algunos de los elementos que inciden en estas variaciones en los niveles de estrés tanto en hombres como en mujeres en profesiones de este tipo.

Entre estos factores, encontramos elementos vinculados a la socialización de género, los roles en el hogar y el trabajo, y las condiciones del entorno. La interacción de género y los roles de género, el simbolismo, la condición familiar e hijos, las cargas laborales, el respaldo social y la autoevaluación son manifestaciones de las consecuencias del estrés en hombres y mujeres en quienes se han observado diferencias. Adicionalmente, los elementos ambientales y demográficos laborales, tales como la equidad, el capital social, la armonía

entre la vida laboral y la vida personal, los sucesos traumáticos, la edad, la experiencia y la raza, pueden influir de manera considerable en el estrés (Husain et al., 2014).

Las valoraciones de los oficiales de policía acerca del peligro relacionado con la delincuencia pueden conducir a respuestas más coercitivas o agresivas, particularmente en zonas con altos índices de pobreza y desempleo. En estas circunstancias, es común que los policías muestren una mayor falta de respeto, siendo las conductas de los sospechosos uno de los factores clave que desencadenan estas actitudes. Los agentes con menos experiencia suelen mostrar mayor agresividad, realizando más detenciones y utilizando la fuerza con mayor frecuencia. En contraste, los policías más experimentados suelen ofrecer un trabajo de mayor calidad y son más propensos a actuar de manera institucional. La experiencia de los agentes también está vinculada a actitudes como el cinismo y la percepción de que el sistema judicial respalda el uso de la discrecionalidad en sus decisiones. Además, la formación académica de los oficiales influye en sus posturas hacia la comunidad, el uso de la fuerza y el cumplimiento de las restricciones legales, lo que repercute directamente en su comportamiento profesional (Dunham y Alpert, 2015).

Aquellos agentes que no actúan de manera institucional pueden ser influenciados también por factores individuales, como personalidad y trastornos psicológicos, relación entre el uso de la fuerza policial y los habitantes, y factores organizacionales como formación y cultura policial. La personalidad del agente es crucial, siendo comunes en ellos características como impulsividad, desconfianza, falta de empatía, inestabilidad emocional y dificultad para seguir normas. Estos agentes tienden al uso excesivo de la fuerza, abusos de poder y problemas personales que afectan su trabajo, acumulando quejas y sanciones. Su comportamiento varía desde faltas menores hasta actos graves como brutalidad o extorsión.

Además, suelen ser cínicos con el sistema judicial, lo que a veces los lleva a imponer su propia "justicia" (Miller, 2004).

Louro (2003) hace hincapié entonces en la influencia de los círculos familiares en la salud de los individuos, cuyas interacciones se ven reflejadas en los niveles de salud que se experimentan. Socialmente, según el mismo autor, es la familia la que da estructura social y biológica, mantiene el crecimiento poblacional y es la base para la producción de la salud en su núcleo, cumple funciones de formación, desarrollo de personalidad, educación, socialización e inserción, transmisión de valores, cultura, ética y espiritualidad. La familia puede generar amor, satisfacción, bienestar y apoyo, mientras que el desequilibrio familiar produce malestares, disfunciones emocionales, estrés y la aparición de enfermedades.

Afectaciones en la Salud Física

Los estudios muestran distintas afectaciones de salud física en los policías. En un análisis de investigaciones internacionales sobre indicadores del estrés, García (2015) encontró la presencia de trastornos digestivos, cardíacos y del sueño entre la población policial; por ejemplo, en España 50% de los agentes de policía experimentaron trastornos de sueño; después del estudio, se determinó que el estrés persistente tiene relación con la predicción de que surjan estas enfermedades.

En otro estudio desarrollado por Hartley, Burchfiel, Fekedulegn, Andrew y Violanti (2011) se menciona que los oficiales de policía tienen un perfil de salud cardiovascular (ECV) peor que el de otros adultos trabajadores, con niveles más altos de factores de riesgo tradicionales y no tradicionales. Las probabilidades de experimentar depresión son casi el doble (12% frente al 6.8%), y casi cuatro veces más altas de dormir menos de seis horas.

Además, un mayor porcentaje de personas son obesas (40.5% frente al 32.1%), presentan síndrome metabólico (26.7% frente al 18.7%) y tienen niveles más altos de colesterol (200.8 mg/dl frente a 193.2 mg/dl).

Enfermedades Cardiovasculares

Según una investigación longitudinal con oficiales de policía en la que se analizó el síndrome metabólico y el estrés laboral, se determinó que un elemento de riesgo para que los oficiales desarrollen enfermedades cardiovasculares es el estrés, junto con pocas horas de sueño y una mala calidad (López y López, 2018). Se identificó una correlación entre los síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT) y la aparición de enfermedades cardiovasculares en individuos expuestos a sucesos de gran repercusión. En policías estadounidenses, se observaron indicadores biológicos de las enfermedades cardiovasculares como respuesta a los síntomas del TEPT, producidos por una deficiencia para controlar el cortisol, que a su vez precipita el desgaste del organismo y la aparición de enfermedades cardiovasculares. En conjunto con una mayor actividad del eje hipotalámico-hipófisis-suprarrenal, que estimula las respuestas cardiovasculares, el nivel de conducción cutánea y la salud muscular (Violanti, Burchfiel, Dorn, Hartley y Miller, 2006).

Enfermedades Metabólicas

Datos de Carmona, Solís, Barranca, Bautista, Moraet (2020), refieren que el 95% de los oficiales de policía en Veracruz presentan problemas de obesidad, y el 65% de ellos reportó exceso de peso, el 20% obesidad de nivel I y el 10% obesidad de nivel II, siendo las mujeres en quienes se encontró una mayor proporción de obesidad con un 58%, a diferencia

de los hombres que presentaron un 42%. Las causas según los mismos autores son el estrés, poca actividad física y una inadecuada alimentación derivada de las condiciones laborales.

Alteraciones Endocrinas

Según Astrup, Dyerberg, Selleck y Stender (2008), la obesidad abdominal tiene un efecto decisivo en la aparición de enfermedades cardiovasculares y la diabetes tipo II. Durante el 2020, la diabetes se clasificó como la tercera causa de fallecimiento en la población mexicana, constituyendo el 13,9% de los decesos, siendo el COVID-19 la segunda con un 18,5% y las afecciones cardíacas la primera causa con un 20,2% (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2021). Un análisis estadístico realizado en la policía mexicana indica que el 71% de los participantes presentaron enfermedades como obesidad, diabetes, hipertensión o problemas de visión, lo cual permite observar un panorama nacional de las problemáticas de salud que los agentes presentan (Astrup et al., 2008).

Trastornos del Sueño

Reportes periodísticos han señalado la presencia de trastornos del sueño en oficiales estadounidenses, donde un 40% de los agentes presentaba trastornos como apnea o insomnio. Estos padecimientos aumentan la probabilidad de cometer algún error, sufrir accidentes laborales y provocar accidentes automovilísticos. Uno de los riesgos más frecuentes fue quedarse dormidos al volante; además, se encontró una relación entre las denuncias presentadas por los ciudadanos hacia los policías y aquellos agentes que presentaban trastornos del sueño (CNN, 2011).

Sintomatología del Sistema Musculoesquelético

La estructura del sistema esquelético incluye huesos, articulaciones, ligamentos, músculos y tendones. La afectación de una de sus partes impacta en todo el sistema, reacción que sucede con el estrés, que compromete al sistema completo (Muñoz y Paolinelli, 2005). En México, Campos (2020) señalaba un aumento de trastornos musculoesqueléticos como sinovitis, tendinopatía, tenosinovitis, bursitis, las entesopatías, síndromes como el síndrome cervical por tensión, el síndrome de dolor miofascial, el túnel radial y el túnel carpiano, las dorsopatías, ganglión del carpo, epicondilitis y fibromialgia, causados por factores externos, entre ellos el trabajo, llegando a provocar dolores crónicos incapacitantes. Las malas posturas, la carga del peso constante o trabajo repetitivo, así como los cambios ambientales como el frío, las vibraciones o impactos, son riesgos laborales que aumentan la prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos, de acuerdo con el mismo autor.

Enfermedades Gastrointestinales

Las úlceras gástricas se identifican como una enfermedad crónica muy común en los adultos en edad laboral. Las alteraciones del trastorno gastrointestinal son significativamente causadas por una combinación de patrones de personalidad como ansiedad y depresión, estrés y emociones negativas. Los trabajos que causan privación, fatiga o ansiedad mental crónica, así como una larga historia de tensión, frustración, resentimiento, alteración psicológica o conflicto emocional, pueden causar úlceras gástricas. La dispepsia no ulcerosa y la colitis también representan comorbilidades significativas entre los cambios en el humor de los trabajadores. Se ha demostrado que los trabajadores que sufren de depresión unipolar tienen

una mayor probabilidad de experimentar síntomas similares a los del síndrome del intestino irritable (Huerta, Vargas, Tienda, Delgadillo, Balleza y Flores, 2013).

En los policías existe un alto riesgo de obesidad y problemas cardiometabólicos debido al trabajo por turnos que altera sus ritmos circadianos y afecta el metabolismo. Los turnos nocturnos y las largas jornadas se asocian con un mayor índice de masa corporal y circunferencia de cintura. La carencia de alimentación nutricional alta, sumada a la importancia de la priorización del sueño entre jornadas, facilita el consumo de aperitivos perjudiciales. El descanso insuficiente, en conjunto, obstaculiza la preparación en casa de alimentos saludables que cubran la exigencia que demanda su labor (Allen, Safi y Deb, 2023).

En suma, en este capítulo se evidencia la asociación de los riesgos psicosociales y la labor policial y su impacto significativo tanto en la salud mental como física de las y los agentes. Además, se muestra con claridad cómo el estrés propio de la función policial y de la organización funge como componente desencadenante en la aparición de trastornos mentales con prevalencia superior a otras poblaciones.

También, sobresale la influencia de variables como el género, la antigüedad y el nivel de estudios en la manera de afrontamiento del estrés, manifestando mayor sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés experimentada en mujeres policías. En la dimensión física, se refleja una íntima relación entre la cronicidad del estrés y la aparición de enfermedades metabólicas, cardiovasculares, endocrinas, musculoesqueléticas, gastrointestinales y alteraciones del sueño. A lo largo del capítulo, la interrelación entre mente y cuerpo es una constante presente: el cansancio emocional impacta en el estado físico y viceversa, provocando ciclos de deterioro. También, destaca la importancia como factor protector o de

riesgo del entorno social y familiar, dependiendo del apoyo recibido y de la calidad de los vínculos presentes.

En definitiva, se establece en este capítulo que las afectaciones en la salud de las y los policías no son experiencias aisladas, sino que se configuran como resultado de una secuencia acumulativa de tensiones emocionales y organizacionales, es decir, son estructurales y propias del sistema policial. La línea base del andamiaje del contenido sostiene que el reflejo de equilibrio o desequilibrio presente en las exigencias del entorno laboral y los recursos personales que empleen las y los agentes para afrontarlas, determinan su salud.

Capítulo III. Fundamentos Teóricos

La activación sostenida del sistema nervioso autónomo y del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, provoca desequilibrios inmunitarios, cardiovasculares y hormonales. La influencia mutua entre la salud mental y la salud física deriva de procesos biológicos, psicológicos y sociales de la persona. Por lo que las afectaciones mentales, como depresión y ansiedad, activan alteraciones físicas mediante el eje referido. A su vez, las enfermedades físicas crónicas tienden a agravar los síntomas psicológicos. Esta relación de doble vía dificulta establecer si el problema es de origen físico o mental, ya que ambos se afectan entre sí, en un ciclo continuo. Desde esta perspectiva, los riesgos psicosociales representan un factor desencadenante que se traduce en la aparición de manifestaciones físicas y mentales. Y ello amplía la comprensión de la complejidad del fenómeno de la salud policial evitando reducir la experiencia de malestar a una sola dimensión, sino que contemple la interacción dinámica entre todas ellas, ofrecida desde este marco teórico.

Modelo Biopsicosocial como Marco Integrador

A través del modelo bio-psico-social Engel (1977) sostuvo que las características sociales de una persona, la psicología y el comportamiento, son cruciales para entender la salud y la enfermedad. Aunque originalmente fue propuesto en los terrenos de la psiquiatría, el modelo se extendió rápidamente a otros contextos, otorgando una perspectiva más humanista e integral para el tratamiento de padecimientos médicos (Morales, 2016).

El modelo bio-psico-social examina componentes que explican el comportamiento humano desde conductas, procesos de pensamiento y respuestas físicas del organismo.

Algunos de los factores que considera esta teoría son los aspectos provenientes de la dinámica que existe entre el individuo, su entorno físico y social de adaptación, así como la interrelación entre el nivel de bienestar respecto a su salud y la manifestación de dicho bienestar a través de conductas físicas y psicológicas del individuo (Engel, 1977). Los estudios en psicología de la salud abordan desde diversas disciplinas la relación, los procesos y características que afectan al individuo internamente: mente-cuerpo, y externamente: factores del entorno social-ambiente con el proceso salud-enfermedad desde un enfoque integral (Vinaccia y Quiceno, 2006).

La idea simplista de que el cuerpo funciona como máquina es superada desde la mirada del modelo, priorizando la integración de lo psicosocial con lo orgánico para explicar distintas realidades clínicas (Borrell, 2002).

Por lo tanto, de acuerdo con Louro (2003), la enfermedad es considerada como una consecuencia de las relaciones sociales que repercuten en el individuo, cuya personalidad, funcionamiento e integración en el grupo familiar y social afectarán el nivel de respuesta que tendrá ante la enfermedad. Otros enfoques teóricos enfatizan que las situaciones de vida producen alteraciones importantes en el funcionamiento de los sistemas corporales, órganos y tejidos, reflejando la unión entre lo biológico y lo psicosocial. Los cambios en la función del organismo, además de provocar daño tisular y síntomas perturbadores, a menudo elevan la vulnerabilidad del cuerpo ante efectos dañinos de un amplio abanico de agentes etiológicos (Rahe, Meyer, Smith, Kjaer y Holmes, 1964).

Evolución de las Bases Biológicas del Estrés

Desde sus raíces, el estudio del estrés se basa en la comprensión de cómo el cuerpo equilibra su energía y emociones frente a las adversidades.

En su obra de 1915, Cannon fue pionero al describir la relación antagónica entre los procesos de acumulación y gasto energético reflejado en las emociones que los acompañan. Este enfoque sugiere que frente a estados intensos de emociones como la ansiedad y la ira, el organismo suprime funciones relacionadas con el deseo o el placer de los alimentos, enfocando los recursos del sistema nervioso autónomo para destinarlos a la supervivencia. Cannon observó que la transición de emociones miedo-rabia son dos caras de la misma moneda. Mientras que la huida se impulsa por el miedo, cuando ese mecanismo se bloquea, la emoción se transforma en rabia defensiva activando una respuesta de lucha ante la amenaza.

Décadas más tarde, en 1956 Selye amplió esa visión definiendo el estrés como una respuesta orgánica integral frente a desafíos ambientales. Propuso que el estrés inicia una cadena de reajuste hormonal drástico que provoca la reducción de somatotropina y gonadotropinas, y la elevación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Estos reajustes hormonales ocurren como mecanismos de adaptación ante estímulos amenazantes externos o internos, es decir, cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés (físico, psicológico, cognitivo o emocional). Selye propuso que los cambios producidos inician una travesía de etapas identificables como la adaptación, surgiendo así un proceso universal constituido por un triple mecanismo denominado Síndrome General de Adaptación (SGA). Dicho síndrome se compone de etapas identificables que inician con una fase de alarma.

Caracterizada por una reacción inmediata. En ella se presentan cambios psicológicos y fisiológicos, como inquietud o ansiedad, aumento de presión arterial, frecuencia cardíaca y niveles de glucosa en sangre, movilizandó la energía que condiciona cómo el organismo hace frente al agente estresor. Cuando el estresor persiste, el organismo entra en una etapa de equilibrio defensivo denominada fase de resistencia en la que el organismo intenta reparar los daños causados en la alarma inicial adaptándose a la presencia continua del estímulo, consumiendo recursos internos para mantener la capacidad de resistencia ante el factor estresante. Cuando se supera la capacidad del organismo para compensar la etapa anterior, las reservas de energía se colapsan y los mecanismos de adaptación y resistencia fallan, se inicia la tercera etapa del SGA denominada Fase de agotamiento, produciendo una vulnerabilidad extrema a enfermedades, apareciendo efectos crónicos e irreversibles, como trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales. (Selye, 1956).

Redefinición del Estrés: Modelo Transaccional

En el marco descrito, la perspectiva del fenómeno de estrés y su estudio ha evolucionado a partir de los aportes de Lazarus (2000) quien en su desarrollo teórico lo identifica como detonante tanto de respuestas cognitivas y físicas dirigidas a la mitigación de amenazas potenciales o riesgos. Bajo este esquema, el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) sustenta en principio que el estrés no es un evento externo únicamente, sino que es el producto de un proceso interpretativo. Desde ese intercambio dinámico, una persona realiza una evaluación subjetiva constante tanto de la situación o circunstancia como de los recursos y herramientas personales de las que dispone para hacerles frente.

La respuesta de estrés se presenta cuando las exigencias del entorno superan la capacidad de respuesta percibida por la persona. Provocando una serie de reacciones fisiológicas, psicológicas y de comportamiento (Camacho, Pedroza, Navarro, De la Roca y Fulgencio, 2024)

El modelo teórico basado en la interacción surge en respuesta a las limitaciones explicativas sobre el aprendizaje y la adaptación basadas en la reducción de impulsos. El paso hacia modelos cognitivos integró el sistema nervioso autónomo con los procesos de pensamiento (Lazarus y Folkman, 1984). Actualmente se entiende que las emociones no son automáticas; sino que surgen desde la lectura e interpretación que la persona realiza sobre su realidad, impregnada por sus valores personales, creencias y objetivos. Esta interpretación repercute en la activación emocional y el patrón de activación producido como resultado de la evaluación cognitiva realizada (Lazarus y Folkman, 1984).

Es importante considerar que el afrontamiento no opera de forma aislada; por el contrario, es una respuesta directa sobre la evaluación cognitiva que la persona emite ante el estrés. En este sentido, si se produce un resultado desfavorable o dañino, este no siempre es consecuencia de la estrategia de afrontamiento en sí misma. Con frecuencia, el problema proviene de una distorsión realizada durante la interpretación, al percibir una situación como terrible o incontrolable cuando, en realidad, existen distintas alternativas de acción, o bien sucede debido a una carencia real de recursos personales para la gestión efectiva de la demanda.

Esta perspectiva de corte cognitivo-fenomenológica pone el foco en la experiencia subjetiva y la intersubjetividad de la percepción. Bajo este enfoque, se admite que la

cognición no siempre es un espejo de la realidad objetiva, ya que factores intrínsecos como la personalidad, los estados emocionales y distintas variables personales pueden alterar significativamente la percepción de los eventos (Camacho et al., 2024).

Por consiguiente, al examinar el afrontamiento, resulta necesario analizar las influencias del entorno y su capacidad de modificación sobre la evaluación original, misma que repercute directamente en la generación de la respuesta emocional. Asimismo, resulta imperativo considerar las decisiones, sean estas conscientes o automáticas, que moldean la actitud y la conducta ante el evento. El gran desafío de un modelo cognitivo de la emoción radica en vincular la experiencia subjetiva y la actividad mental de la persona con su contexto y sus rasgos de personalidad (Lazarus y Folkman, 1984).

Modelos Organizacionales del Riesgo

En el contexto del trabajo, el estrés se entiende como una condición compleja que se manifiesta con respuestas conductuales, emocionales, fisiológicas. Estas reacciones derivan de condiciones adversas dentro de la estructura organizacional en su conjunto. De acuerdo con Chiang, Gómez y Sigoña (2013), este estado se ve reflejado principalmente y de forma crítica a través de una sensación de disminución de autonomía que la persona experimenta cuando los recursos propios resultan insuficientes frente a las presiones de su entorno. Para el estudio de los factores de riesgo en el trabajo, destacan dos enfoques teóricos:

1. El modelo de demanda/control (JDC) propuesto en 1990 por Karasek y Theorell, en el que se analiza la tensión laboral a partir del equilibrio entre exigencias cognitivas de la tarea y el nivel de control percibido por la persona.

2. El modelo de desequilibrio entre esfuerzo y recompensa desarrollado por Siegrist (1996), centrado en la reciprocidad entre el desempeño empleado y la compensación obtenida.

Modelo de Demanda-Control

Bajo la perspectiva de Karasek (1979, como se citó en Chiang et al., 2013), la clave para la comprensión del estrés descansa en la evaluación subjetiva que el trabajador hace acerca de la relación entre su capacidad de influencia y sus responsabilidades. Desde esa óptica, el control no es simplemente una función de jerarquía, sino que proviene de dos vertientes:

1. La oportunidad de potenciar y aplicar las habilidades personales hacia su puesto.
2. El grado de independencia y autonomía que tiene para la toma de decisiones críticas ante situaciones estratégicas.

Este modelo plantea que la capacidad que la organización tiene para integrar al trabajador en la toma de decisiones relacionadas con las demandas laborales y los objetivos se convierte en un factor protector para el capital humano (Chiang et al., 2013).

Las lesiones, los riesgos físicos y las enfermedades son generalmente consecuencia de cómo se configuran las actividades dentro de la empresa, permitiendo diferenciar entre estrés y distrés lo que ofrece una base para evaluar las respuestas individuales frente a presiones del entorno (Karasek, 1998).

El modelo de demanda y control contiene tres fundamentos hipotéticos que determinan el bienestar laboral:

1. Hipótesis de la tensión laboral: Plantea que las reacciones psicofisiológicas más graves, como la fatiga crónica, la depresión o la ansiedad se presentan cuando el trabajador tiene escaso control y autonomía frente a demandas elevadas de su labor.
2. Hipótesis del aprendizaje activo: Postula un entorno óptimo para el desarrollo profesional que se fomenta cuando las exigencias mentales son altas y se acompañan de un control sobre las tareas, produciendo la adquisición de competencias nuevas.
3. Hipótesis de apoyo social: En ella se introduce una variable externa determinante. Los contextos laborales con alta demanda y bajo control incrementan la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas que se relacionan con el estrés (Karasek, 1998).

Modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa

Un enfoque complementario lo ofrece Siegrist (1996) con el modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa, en el que se enfatiza el estrés como resultado del desequilibrio en el intercambio laboral con alto costo de vida. El modelo sostiene que un costo elevado en términos de esfuerzo, vinculado a una retribución baja, genera tensión emocional, ocasionando daños tangibles en la salud mental y física. La aproximación de este fundamento es sociológica: la asimetría en reciprocidad trasciende lo laboral, afectando roles críticos como los vínculos de pareja y de familia (Fernández, Fernández y Siegrist, 2005).

Siegrist (1996) subraya que el desbalance entre lo que el trabajador da y lo que recibe genera malestar crónico. Como punto clave, ofrece una distinción sobre los tipos de control: adaptarse a un bajo control relacionado con el estatus (carrera, reconocimiento, estabilidad) perjudica más que lidiar tan solo con el bajo control sobre las tareas. Esto resulta significativo

en entornos globales marcados por la inestabilidad ocupacional. Además, el modelo plantea dos dimensiones del esfuerzo:

1. Esfuerzo extrínseco que se desprende de las exigencias y cargas del puesto.
2. Esfuerzo intrínseco, relacionado con la motivación individual y la necesidad del trabajador de controlar las actividades de su labor.

La constante percepción de este desequilibrio activa respuestas neuroendocrinas disfuncionales. El esfuerzo invertido y la discrepancia de recompensas (estatus, satisfacción o dinero) produce una activación del eje simpático-adrenomedular y pituitario-adrenocortical. Enfatizando que según Weyers, Peter, Boggild, Jeppesen y Siegristl (2006), una constante y prolongada sobreactivación del sistema nervioso autónomo cataliza la presencia de patologías complejas tanto físicas como mentales.

Por lo tanto, el entorno laboral es un pilar para la autorregulación y la autoestima, proporcionando opciones de contribución social y de pertenencia a un grupo. No obstante, los beneficios estarán condicionados a la equidad del intercambio (Siegrist, 1996).

Recursos y procesos duales en el Trabajo: Demandas–Recursos Laborales

Además, la teoría de Demandas y Recursos Laborales (DRL) postula que las condiciones laborales deben ser segmentadas en demandas y recursos, ambos con un impacto directo en la salud, la motivación y el rendimiento laboral. Las exigencias laborales abarcan aquellos elementos que demandan un esfuerzo físico o mental sostenido, tales como la presión laboral o las interacciones de alta intensidad emocional. Cuando no se gestionan adecuadamente, pueden inducir agotamiento y comprometer la salud. Simultáneamente, los

recursos laborales representan instrumentos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales que facilitan la ejecución de las tareas, mitigan el impacto de las demandas y promueven el desarrollo personal. El respaldo social, la autonomía y la retroalimentación son elementos destacados entre estos recursos (Bakker y Demerouti, 2013).

La teoría de las demandas y recursos laborales distingue dos procesos fundamentales: el primero se manifiesta cuando las elevadas exigencias laborales agotan los recursos físicos y mentales, resultando en un estado de fatiga y complicaciones de salud. Alternativamente, el segundo proceso es el motivacional, que postula que los recursos laborales poseen un potencial motivacional que promueve el compromiso, el aprendizaje y un desempeño elevado.

Posteriormente, se amplía en el modelo un tercer proceso denominado Interacción entre demandas y recursos, el cual considera dos posibles efectos, el primero, cuando los recursos laborales sirven como amortiguadores, reduciendo el impacto negativo, el estrés y el agotamiento. El segundo explica que las demandas aumentan el efecto de los recursos laborales en la motivación y el compromiso (Bakker y Demerouti, 2007).

Por consiguiente, las intervenciones deben orientarse hacia la reducción de las demandas excesivas y el fortalecimiento de los recursos disponibles, con el objetivo de optimizar tanto el bienestar laboral como el rendimiento organizacional. (Bakker, Demerouti y Schaufeli, 2003).

Recursos Personales: Autoeficacia

Congruente con la postulación de Siegrist y la noción de que la percepción del control determina en cierta medida la salud de los individuos Bandura (1995) en torno al modelo teórico de la autoeficacia ofrece profundización al respecto; estableciendo que un factor determinante en la efectividad del individuo involucra a los procesos cognitivos donde la perspectiva de eficiencia regula/condiciona su motivación; el establecer expectativas sobre el desempeño de sí mismo en las tareas permite al individuo afrontar situaciones estresantes, pero ello genera repercusiones en su estado físico derivado de la interpretación de sus experiencias.

La percepción de autoeficacia describe fenómenos tales como la gestión del estrés, la autorregulación, la reacción ante el fracaso, los esfuerzos orientados hacia el logro y el desarrollo del interés inherente. Para llevar a cabo una evaluación exacta de la eficacia, resulta esencial realizar un análisis meticuloso del nivel, la intensidad y la percepción general de la autoeficacia percibida. Esto facilita un microanálisis entre la autopercepción y el desempeño en tareas específicas, facilitando así un microanálisis entre la autopercepción y el desempeño en tareas concretas. (Bandura, 1982).

Las percepciones acerca de la eficacia ejercen una influencia directa sobre las estructuras cognitivas, las acciones y las emociones. Un incremento en la autoeficacia optimiza el desempeño y disminuye la activación emocional. Adicionalmente, se trata de una capacidad generativa, en la que las competencias cognitivas, sociales y comportamentales se estructuran para lograr una variedad de metas. Un sólido sentido de autoeficacia, combinado

con una interpretación de la incertidumbre como un reto, promueve la adquisición de competencias y conocimientos, contribuyendo así al rendimiento óptimo (Bandura, 1982).

La teoría de la autoeficacia se enfoca en la interacción dinámica entre el pensamiento, la acción y la emoción. Cuando los individuos no logran ejercer influencia sobre los eventos que afectan sus vidas, pueden experimentar estados de apatía, ansiedad y desaliento. La teoría diferencia dos categorías de ineficacia: una fundamentada en la incertidumbre respecto a las capacidades propias y otra fundamentada en la creencia de que los esfuerzos no generarán resultados debido a factores externos. Cuando los individuos experimentan una disminución en su percepción de eficacia y no perciben resultados en sus esfuerzos personales o en los de terceros, pueden desarrollar comportamientos apáticos, deprimirse y desarrollar autodesprecio (Bandura, 1982).

Moduladores Contextuales

Investigaciones como la realizada por Husain (2019) han revelado que los individuos residentes en áreas urbanas presentan niveles más elevados de estrés y trastornos psicológicos en comparación con sus contrapartes en áreas rurales. Esta circunstancia se debe a que sus responsabilidades suelen ser más rigurosas y peligrosas, junto con una supervisión más rigurosa y las presiones incrementadas derivadas de la labor en comisarías urbanas. Además de las condiciones laborales difíciles, los policías se enfrentan a las agresiones de los ciudadanos, lo que deriva en el agotamiento emocional de los agentes de policía, que a su vez desencadena depresión y ansiedad (Santa et al., 2018) y todas las problemáticas descritas en apartados anteriores. En consecuencia, la salud mental se ve comprometida cuando los

individuos experimentan niveles elevados de estrés, en este caso, derivado de las responsabilidades laborales que desempeñan.

La evidencia científica corrobora la correlación entre la salud física y los patrones dietéticos y la calidad de los alimentos consumidos. En México, los organismos del sector salud dedicados a prevenir enfermedades relacionadas con la calidad alimenticia unen esfuerzos y elaboran guías alimentarias² con la intención de dar a conocer aquello que contribuye al bienestar nutricional. Específicamente para la población adulta se recomienda elevar el consumo de frijoles, lentejas y habas, cereales integrales, verduras y frutas, disminuir el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados como galletas, panes, embutidos, etc., acompañado de la ingesta de agua en lugar de refrescos azucarados. Además, subrayan la importancia de llevar a cabo actividad física de manera regular. Las porciones adecuadas de proteína animal, como la carne de res, por semana para hombres y mujeres, son de 3 a 4; de pollo, entre 8 y 11 porciones para hombres y 5 a 7 para mujeres; pescados y mariscos, entre 3 y 4 porciones para ambos; y 7 huevos tanto para hombres como para mujeres (SSA, INSP, GISAMAC, UNICEF, 2023).

La salud, entonces, depende del entorno social, familiar y económico en el que las personas se hallan inmersas, la calidad y el acceso a los servicios sanitarios y las condiciones psicobiológicas determinarán el nivel de salud al que puede tener acceso (Borrell, 2002).

²https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/863927/Infografia_de_Policy_Brief_y_Recomendaciones_generales_16Oct23OK.pdf.

Enfoque Integral de Bienestar

El bienestar subjetivo engloba evaluaciones cognitivas y respuestas emocionales centradas en la correlación entre los deseos y las realidades obtenidas en la vida. Dicho constructo se suele utilizar como sinónimo de bienestar psicológico donde se incluye un “sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo” (García y González, 2000, p. 587). El bienestar psicológico integra la sensación de bienestar y la eficacia operativa, lo que abarca la gestión de emociones negativas cotidianas, mientras que su exceso o prolongación excesiva compromete la capacidad de vivir de manera plena. Sentir bien engloba emociones tales como la felicidad y la confianza, mientras que operar de manera efectiva conlleva el desarrollo del propio potencial, la gestión del control, la identificación de un propósito y la formación de relaciones positivas (Huppert, 2009).

Según Castro (2009), las teorías del bienestar se clasifican en cuatro modelos principales. El primer modelo se caracteriza por las teorías universalistas o télicas, las cuales postulan que la satisfacción se obtiene a través de la consecución de objetivos concretos o la satisfacción de necesidades fundamentales. De acuerdo con estas teorías, el bienestar está condicionado por la consecución de objetivos en diversas fases de la vida, dado que las necesidades fluctúan en función del aprendizaje, el desarrollo personal y los factores emocionales. Además, las teorías de la discrepancia explican el bienestar mediante la comparación entre los logros individuales y las normas personales. La satisfacción se manifiesta cuando los logros exceden los parámetros establecidos, mientras que la insatisfacción se manifiesta cuando dichos logros no logran estos parámetros. Los modelos situacionales postulan que la acumulación de vivencias favorables propicia la satisfacción. En el marco de esta perspectiva, se distinguen dos puntos de vista: uno que postula que el

bienestar está vinculado a áreas personales fundamentales y otro que postula que la estabilidad de la personalidad ejerce una influencia significativa en el bienestar. Finalmente, las teorías de la adaptación postulan que los individuos poseen la habilidad de adaptarse y restaurar su estado de bienestar tras afrontar circunstancias estresantes. Este proceso de adaptación se fundamenta en la aplicación de competencias individuales para afrontar estímulos novedosos, a través de un mecanismo automático de habituación.

Los modelos de bienestar, tal como los citados, ofrecen esquemas teóricos para entender cómo los individuos logran la satisfacción y plenitud en sus existencias. En paralelo, la teoría de Seligman, desarrollada inicialmente en 2002, sigue una línea similar, se enfoca en tres elementos fundamentales: 1 emoción positiva como satisfacción, plenitud, orgullo, serenidad, esperanza, optimismo, fe, confianza y seguridad, 2 compromiso en estado psicológico de completo enfoque, y 3 significado que implica la utilización de fortalezas y habilidades para alcanzar un objetivo superior. A partir del 2011, se integraron a esos tres componentes relaciones positivas y logros, como conseguir objetivos definidos desde un estado óptimo, para crear el modelo PERMA [Positive emotion, Engagement, Relationships, Meaning, Accomplishments], que establece las bases para un enfoque integral del bienestar (Jayawickreme, Forgeard y Seligman, 2012).

La Teoría PERMA, también conocida como Teoría del Bienestar, fue formulada en 2011 y identifica cinco componentes esenciales del bienestar: Logro, Emoción positiva, Compromiso, Significado y Relaciones. Asegura que cada uno de estos factores es cuantificable y favorece el bienestar global de los individuos (Seligman, 2018). Seligman postuló que una teoría robusta del bienestar no solo simplifica la comprensión de sus elementos, sino que también promueve su implementación y evolución en la vida diaria.

Adicionalmente, investigaciones psicométricas han evidenciado una correlación significativa entre estos componentes y el bienestar global, evidenciando una correlación latente de 0.98 entre el perfilador PERMA y el bienestar subjetivo. Esto respalda la premisa de que la optimización de cada uno de los componentes de PERMA puede mejorar de manera significativa la calidad de vida y el bienestar holístico de los individuos (Seligman, 2018).

La salud mental puede ser conceptualizada como un rango que abarca desde un estado de pleno bienestar hasta un estado de deterioro considerable. El deterioro se distingue por una ausencia emocional y un estancamiento que conducen a la percepción de la existencia como desprovista de propósito o sentido. Dentro de este marco, estos estados de salud mental pueden ser clasificados como específicos, caracterizados por un conjunto de síntomas que impactan de forma distintiva el funcionamiento cognitivo y social, particularmente cuando se mantienen durante un periodo extenso (Keyes, 2002).

Esta condición de salud mental se manifiesta en el bienestar subjetivo, entendido como la manera en que los individuos interpretan y valoran su existencia en términos de emociones, funcionamiento psicológico y social. El bienestar emocional engloba la manifestación de emociones positivas y un sentimiento de satisfacción con la vida, junto con la ausencia de emociones negativas (Keyes, 2002).

Desde una perspectiva social, el bienestar se caracteriza también por cinco dimensiones fundamentales: coherencia social, realización, integración, aceptación y contribución social. Estos componentes comprenden la manera en que un individuo se vincula con la sociedad, su percepción de afiliación y propósito, así como su percepción de contribución y aceptación en el contexto social. En su totalidad, estas dimensiones del

bienestar emocional y social facilitan una comprensión más profunda del estado general de la salud mental y su impacto en la vida de los individuos (Keyes, 2002).

En 2015, Khaw y Kern llevaron a cabo una investigación del modelo PERMA en el contexto malayo, cuyos resultados mostraron puntuaciones bajas en comparación con el contexto estadounidense. Los autores destacan elementos culturales como la religión y la espiritualidad, las relaciones sociales y la familia, que tienden a definir el bienestar y el sentido de vida en la cultura malaya. Autores como Lima, Peña, Cedillo y Cabrera (2017) han optado por adaptar PERMA a su contexto. Los hallazgos de la división de los ítems guardan similitudes con los de Khaw y Kern (2015), lo que subraya la influencia cultural en el constructo de bienestar y su carácter multidimensional. En su estudio, Jimenez (2022) se enfoca en elucidar el contexto del desarrollo de la psicología positiva en México. Este estudio propone una adaptación de PERMA para la población mexicana.

En otras palabras, el bienestar subjetivo se refiere al proceso mediante el cual los individuos evalúan su propio bienestar, incorporando juicios acerca de su satisfacción con la vida, así como las emociones positivas y negativas que experimentan en el ámbito laboral, las relaciones y la salud interpersonales. Las teorías cognitivas relativas al bienestar enfatizan el impacto de procesos cognitivos, tales como la atención, la interpretación y la memoria, en la percepción del bienestar. De acuerdo con el modelo de bienestar, los individuos con un elevado bienestar subjetivo tienden a centrarse en estímulos y memorias positivas, y a interpretar los sucesos de forma optimista (Diener y Ryan, 2009). A pesar de que el ambiente temprano ejerce una influencia significativa en el bienestar, las actitudes y acciones individuales ejercen un impacto más significativo. La implementación de intervenciones que

promuevan actitudes positivas tiene el potencial de mejorar el bienestar global y disminuir las afecciones mentales a largo plazo (Huppert, 2009).

Este capítulo trazó un andamiaje teórico que avanzando desde un marco integrador biopsicosocial- Engel y desarrollos afines, sitúan el proceso salud-enfermedad en la interacción entre lo biológico, lo psicológico y lo social hacia las vías fisiológicas del estrés descritas por Cannon y Selye (Sistema Nervioso Autónomo SNA/ Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal HHA y Síndrome General de Adaptación SGA) como soporte para comprender la traducción orgánica de los estresores; posteriormente se abordó el procesamiento cognitivo y el afrontamiento según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman, que explica cómo la evaluación primaria/secundaria media entre demandas y respuestas; en seguida se precisaron las condiciones organizacionales de riesgo con los modelos de Demanda-Control (Karasek) y Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Siegrist); se incorporó el marco Demandas-Recursos Laborales (Bakker y Demerouti) para distinguir el proceso de deterioro, el motivacional y el papel amortiguador de los recursos; se integró la autoeficacia (Bandura) como recurso personal clave en la valoración y regulación emocional/fisiológica; y finalmente se incluyen las teorías de bienestar integral (Seligman).

Evidentemente, se requiere comprender y explicar el origen, las causas y las consecuencias de las afectaciones de salud mental y física, con datos específicos que faciliten la comprensión del fenómeno en la población de elementos policiacos, debido a que sus características poblacionales no son comunes. Para tal fin, se establecen las preguntas de investigación que guían el análisis:

Pregunta General

¿Cuál es la relación entre los riesgos psicosociales derivados de la organización y de la función policial y la salud mental y física de las/los agentes operativos de la Secretaría de Seguridad Pública Municipal de Ciudad Juárez durante el periodo agosto-diciembre de 2024?

Preguntas Específicas

1. ¿Cuáles riesgos psicosociales derivados de la función policial se presentan en las/los agentes operativos de la corporación?
2. ¿Cuáles riesgos psicosociales de origen organizacional se identifican en las/los agentes de policía con funciones operativas en Ciudad Juárez?
3. ¿Qué tipo de afectaciones de salud mental sin diagnóstico clínico formal, reportan las/los agentes de policía con funciones operativas?
4. ¿Qué afectaciones de salud física autorreferida sin estudios clínicos de por medio, manifiestan las/los agentes operativos durante el mismo periodo de estudio?
5. ¿Qué relación existe entre los riesgos psicosociales identificados y las afectaciones de salud mental y física autorreferida en las/los agentes de policía?

Objetivo General

Explicar la relación entre los riesgos psicosociales derivados de la función policial y de la organización y la salud mental y física de las/los agentes operativos de la Secretaría de Seguridad Pública Municipal de Ciudad Juárez durante el periodo agosto-diciembre de 2024.

Objetivos específicos

1. Describir los riesgos psicosociales asociados a la función policial en las/los agentes operativos de la corporación.
2. Describir los riesgos psicosociales de origen organizacional presentes en las/los agentes de policía con funciones operativas en Ciudad Juárez.
3. Describir las afectaciones de salud mental autorreferidas por las/los agentes de policía con funciones operativas, sin mediar diagnóstico clínico formal.
4. Describir las afectaciones de salud física autorreferida reportadas por las/los agentes operativos durante el periodo de estudio.
5. Establecer la relación entre los riesgos psicosociales identificados y las afectaciones de salud mental y física autorreferida en las/los agentes de policía.

Para alcanzar los objetivos establecidos, el capítulo siguiente presenta la metodología adoptada.

Capítulo IV. Metodología

En psicología, uno de los objetivos de la ciencia es establecer leyes generales y precisas para mejorar la comprensión del comportamiento humano en la medida de lo posible. Con el fin de cumplir este propósito, se aplica el método científico, un proceso de investigación concebido para proporcionar interpretaciones objetivas, sistemáticas y rigurosas de los fenómenos (Núñez, 2011). Para tal fin, los estudios se enmarcan en determinados supuestos paradigmáticos.

Un paradigma es un conjunto de conceptos que incluye prácticas, teorías o comunidades científicas y que sirve como base para la ciencia, siendo reconocido por el colectivo científico durante un período de tiempo (Kuhn, 2004). Este conjunto de conceptos establece un ideal o modelo a seguir durante la investigación; define las normas que se establecen para considerar una investigación científicamente aceptable en un contexto histórico y geográfico específico (Kuhn, 2004).

El estudio se realizó sobre los fundamentos del **paradigma positivista**. Desde una perspectiva positivista, este enfoque se orienta hacia la implementación de metodologías cuantitativas con el objetivo de descubrir leyes generales que promuevan la predicción y el control de fenómenos, fundamentándose en la suposición de que la observación y la experimentación sistemática facilitan la comprensión de una realidad objetiva y estable (Romo y Castañeda, 2024). Este principio sostiene que la regulación de la interacción entre el fenómeno en estudio y el investigador es fundamental para evitar que pueda influir en el avance del estudio. Este paradigma se fundamenta en métodos estadísticos descriptivos e inferenciales (Ramos, 2015) y se alinea con el enfoque cuantitativo.

Enfoque Cuantitativo

Auguste Comte y Émile Durkheim, los progenitores de la investigación cuantitativa, constituyen los precursores de la investigación cuantitativa, un campo vinculado al positivismo. Esta metodología se caracteriza por la recolección y análisis de datos con el propósito de responder interrogantes y corroborar hipótesis, utilizando la estadística para identificar patrones de comportamiento observables en una población específica. Fundamentado en una estructura lógica y deductiva, predominando en los campos de las ciencias exactas y sanitarias (Vega, Ávila, Vega, Camacho, Becerril y Leo, 2014)

Desde el enfoque metodológico cuantitativo, se implementa una serie de procedimientos verificables, sistemáticos y estructurados, dirigidos a identificar las causas predictoras de la problemática (Yucra y Bernedo, 2020). El establecimiento de hipótesis de comprobación permite el análisis deductivo, las cuales se establecen como explicaciones tentativas del fenómeno y a su vez busca la corroboración de dichas explicaciones (Picón, Fernández, Magro, e Inciarte, 2005). Este enfoque metodológico ha sido adoptado en una diversidad de disciplinas científicas, incluyendo las sociales. La investigación se ha fundamentado en análisis deductivos e inductivos de la realidad examinada, buscando la neutralidad del enfoque científico a través de la identificación y evaluación meticulosas de las variables, con el objetivo de asegurar la validez y confiabilidad de la investigación a través de una metodología sistemática y lineal (De Franco y Vera, 2020).

El paradigma positivista constituye la base del presente estudio, cuyo enfoque ontológico sostiene que la realidad es objetiva y cuantificable. Esta perspectiva posibilita el

examen del problema desde un enfoque observacional, previniendo de este modo una separación entre el observador y el objeto de estudio.

Diseño del Estudio

El diseño de estudio en investigación se caracteriza como un esquema sistemático que facilita al investigador la recolección de datos esenciales para la resolución del problema de investigación (Núñez, 2011). El diseño se define como un plan de acción articulado con objetivos fundamentales para la obtención de información o datos pertinentes a las problemáticas planteadas. La labor implica establecer técnicas y protocolos que fomenten la recolección de datos y la planificación del estudio (Fontes, García, Garriga, Pérez y Sarriá, 2001). A través de un enfoque transversal, observacional y correlacional, el presente estudio promueve la generación de conocimientos acerca de dos o más variables en un momento específico sin su manipulación (Batthyány y Cabrera).

Población de Estudio

El conjunto poblacional analizado comprendió un total de 2 909 agentes de la policía pertenecientes a la Secretaría de Seguridad Pública Municipal, entidad responsable de la instauración y preservación del orden y la tranquilidad pública en Ciudad Juárez, México, durante el periodo comprendido entre agosto y diciembre de 2024.

Criterios de Inclusión

- Que realizaran funciones operativas en campo durante el periodo definido.
- Que se encontraran entre los 20 y 60 años.
- Que contaran con una escolaridad mínima de preparatoria.

- Que otorgaran su conformidad para participar firmando el documento de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Que las/los agentes se encontraran de vacaciones, incapacitados o suspendidos.
- Que estuvieran en su día de descanso.

Selección de la Muestra

El procedimiento de selección se realizó a partir de una muestra aleatoria que garantizó una inclusión objetiva de los participantes. Se determinó el tamaño de la muestra con base en la población total, con un nivel de confianza del 98% y un margen del 5% (Kantowitz, Roediger y Elmes, 2001). El total de policías en campo que conformaron la muestra fue de 458.

Variables Operativas

Riesgos Psicosociales de la Función Policial

Definición conceptual: Los riesgos psicosociales de la función policial se entienden como las situaciones potencialmente dañinas inherentes a la actividad laboral a las que se encuentra expuesto la/el agente de policía.

Operacionalización: Esta se evaluó mediante la frecuencia de exposición a experiencias con los indicadores descritos en la tabla 6.

Tabla 6. *Riesgos psicosociales de la función policial y su operacionalización*

Indicadores	Estrategias de recolección
Exposición a violencia, exposición a situaciones estresantes, accidentes, agresiones en el desempeño laboral, amenazas, exposición al sufrimiento ajeno, conciencia de muerte, riesgo real de muerte, exposición a condiciones de clima extremo	Cuestionario. Sección B, preguntas de la 13 a 22

Nota. Tabla de elaboración propia basada en los indicadores identificados y su operacionalización.

Interpretación: Se establecieron tres niveles de riesgo psicosocial de la función; bajo, medio y alto, con base en los cuartiles (25, 50 y 75). Los cuales permitieron definir los puntos de corte que delimitan la clasificación de análisis. Los valores iguales o inferiores al cuartil 25 se consideraron nivel bajo, los valores comprendidos entre 25 y 75 corresponden al nivel medio y los valores iguales y superiores al cuartil 75 se interpretaron como nivel alto.

Riesgos Psicosociales Asociados a la Organización

Definición conceptual: Se alude al conjunto de condiciones inherentes al entorno institucional que pueden provocar alteraciones en la salud mental y física de las/los oficiales de policía.

Operacionalización: En el presente estudio, se evaluaron los riesgos psicosociales de la organización a través de los indicadores de percepción sobre frecuencia/presencia contenidos en la tabla 7.

Tabla 7. *Riesgos psicosociales asociados a la organización y su operacionalización*

Indicadores	Estrategias de recolección
Exceso de actividades, baja remuneración económica, largas jornadas laborales, satisfacción con la labor, apoyo organizacional, crecimiento personal, equipo de trabajo suficiente, control sobre el proceso de trabajo, pocas o nulas compensaciones, poca claridad en funciones, alta demanda cognitiva, control sobre los días de descanso, identidad policial, extensión de rol policial en ámbito personal	Cuestionario. Sección C, preguntas de la 23 a 39

Nota. Tabla de elaboración propia basada en los indicadores identificados y su operacionalización.

Interpretación: Se determinaron tres niveles de riesgo psicosocial de la organización; bajo, medio y alto, con base en los cuartiles (25, 50 y 75). Los cuales permitieron definir los puntos de corte que delimitan la clasificación de análisis. Los valores iguales o inferiores al cuartil 25 se consideraron de nivel bajo, los valores comprendidos entre 25 y 75 correspondieron al nivel medio y los valores iguales y superiores al cuartil 75 se interpretaron como de nivel alto.

Afectaciones de Salud Mental

Definición conceptual: Alude al conjunto de alteraciones emocionales, cognitivas y sociales que emergen como respuesta prolongada al estrés laboral, la exposición a riesgos psicosociales y circunstancias potencialmente traumáticas que experimenta el/la agente policial.

Operacionalización: Las afectaciones de salud mental fueron evaluadas mediante psicométricos auto informados y preguntas del Inventario de creación propia que cuantifican la severidad de los síntomas de la tabla 8.

Interpretación: Se determinó que un oficial de policía presentó afectaciones de salud mental cuando sus calificaciones sobrepasaron el umbral clínico o estadístico establecido. Las medias facilitaron la identificación de la tendencia general en la incidencia de afectación de la salud mental. Los porcentajes y frecuencias elevados en síntomas documentados indican una mayor prevalencia emocional. Las calificaciones elevadas en BDI-II, BAI y PCL-5 señalan un aumento de las afectaciones de depresión, ansiedad y estrés postraumático, mientras que las puntuaciones bajas en PERMA señalan una disminución en el bienestar y

desgaste emocional. Se interpretaron valores que exceden el punto medio de frecuencia como una afectación moderada o severa.

Tabla 8. *Afectaciones de salud mental y su operacionalización*

Indicadores	Estrategias de recolección
Afectaciones emocionales: desaliento, tristeza, infelicidad, irritabilidad, agresividad, impulsividad, encubrimiento de emociones negativas, desgaste emocional y frustración.	Cuestionario Sección D, preguntas de la 40 a 47
Afectaciones psicológicas: Ansiedad, depresión, angustia y nerviosismo, estrés crónico, síntomas de estrés postraumático, ideas paranoides, pensamiento suicida	Inventario de Ansiedad (BAI). Cuestionario Sección F, p. 105-125. Inventario de Depresión (BDI-II). Cuestionario Sección G, p.126-146. Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5). Cuestionario Sección H, p.147-166.
Funcionamiento social: aislamiento e inhibición, impenetrabilidad emocional, indiferencia y cinismo	Cuestionario. Sección D. Preguntas 48 a 51.
Funcionamiento familiar: cantidad de hijos/as, duración de las relaciones de pareja, problemas conyugales, celos, amenazas, conflictividad familiar.	Cuestionario. Sección A, preguntas 10 a 12. Sección D, preguntas 52 a 57.
Recursos protectores: Bienestar psicológico	PERMA Profiler. Sección I, preguntas de la 167 a 189.

Nota. Tabla de elaboración propia basada en los indicadores identificados y su operacionalización.

Afectaciones de Salud Física Autorreferida

Definición conceptual: Son las alteraciones fisiológicas a nivel orgánico que el individuo manifiesta y se originan como resultado de la exposición prolongada al estrés y a los riesgos psicosociales inherentes al ambiente laboral, comprometiendo la habilidad del sujeto para llevar a cabo sus tareas.

Operacionalización: Las afectaciones de salud física se evaluaron mediante autoinformes de registro de frecuencia/presencia de los indicadores enlistados en la tabla 9.

Tabla 9. *Salud física autorreferida y su operacionalización*

Indicadores	Estrategias de recolección
-Alteraciones del sueño: insomnio, pesadillas	Cuestionario. Sección E, preguntas 58 a 104.
-Problemas metabólicos: Cambios en el peso corporal (aumento o disminución) / Obesidad / Obesidad mórbida / Problemas estomacales / Falta de apetito / Percepción de calidad de hábitos alimenticios.	
- Problemas cardiovasculares: Hipertensión arterial / Frecuencia cardíaca baja / Niveles elevados de colesterol / Ataques cardíacos.	
- Enfermedades crónico-degenerativas: diabetes / cáncer.	
-Problemas músculo esqueléticos: cansancio y agotamiento físico / Dolores (cabeza, cuello, espalda, columna y rodillas) / Lesiones físicas por el peso del equipo de cargo / Daños físicos / Percepción de calidad de hábitos de actividad y ejercicio físico.	
-Problemas respiratorios	Cuestionario de Salud SF-36, Sección J, p. 190 a 225.
-Problemas dermatológicos	
-Problemas de audición y visión	
Condiciones de salud general	Cuestionario. Sección K, p. 226 a 240.
Hábitos alimenticios	

Nota. Tabla de elaboración propia basada en los indicadores identificados y su operacionalización.

Interpretación: Las afectaciones de salud física se establecieron a través de la utilización de medias, frecuencias y porcentajes. Los puntajes bajos en el SF-36 señalaron una mayor percepción de afectación física. Los porcentajes y frecuencias elevados de hábitos alimenticios, síntomas y patologías documentados evidenciaron la prevalencia en la población policial.

Instrumentos de medición y recolección de datos

Con el objetivo de adquirir datos válidos y fiables para la evaluación de las variables investigadas (Riesgos psicosociales, afectaciones de salud mental, afectaciones de salud física), se optó por cinco instrumentos estandarizados y se desarrolló un instrumento de creación propia respaldado por evidencia empírica y fundamentos teóricos sólidos. La incorporación de estos instrumentos facilita un enfoque multidimensional de la realidad de

los agentes de policía con funciones operativas en la Secretaría de Seguridad Pública Municipal de Ciudad Juárez.

Inventario de Riesgos Psicosociales (elaboración propia)

Como resultado de la falta de mediciones precisas para la población policial, se desarrolló un inventario propio de riesgos psicosociales, destinado a examinar las condiciones derivadas tanto de la organización como de la función policial, fundamentado en modelos teóricos reconocidos.

Se elaboró una primera versión del inventario y para su validación se realizó un análisis factorial donde el factor de riesgo derivado de la función obtuvo una consistencia interna de $\alpha = .811$ y $\Omega = .817$; asimismo, el factor de riesgo derivado de la organización obtuvo un coeficiente de confiabilidad de $\alpha = .715$ y $\Omega = .726$. En esta fase, el instrumento diseñado se encuentra en proceso de publicación.

El inventario incluyó 119 preguntas cerradas distribuidas en cuatro secciones correspondientes a los antecedentes empíricos descritos en la formulación del problema y en la fundamentación teórica, asegurando con ello la validez teórica:

Sección A. *Datos sociodemográficos*: Recopilados en la *sección 1*, integrada por 9 preguntas: edad, sexo, estado civil, distrito, antigüedad, puesto actual, lugar de nacimiento, religión y nivel de estudios.

Secciones B y C. Riesgos psicosociales: recolectados en 27 preguntas, distribuidas en dos apartados: a) Riesgos psicosociales asociados a la función con 10 preguntas y b) Riesgos psicosociales asociados a la organización con 17 preguntas.

Sección D. *Afectaciones de salud mental* con 21 preguntas. Se subdivide en tres apartados: a) Afectaciones emocionales con 8 preguntas, b) Afectaciones sociales con 4 preguntas y c) Afectaciones familiares con 9 preguntas.

Sección E. *Afectaciones de salud física autorreferidas*. Compuesta de 62 preguntas ubicadas en dos apartados; a) Condiciones de salud, que incluyen: 1. Alteraciones de sueño con 2 preguntas, 2. Problemas metabólicos con 9 preguntas, 3. Problemas cardiovasculares con 5 preguntas, 4. Enfermedades crónico-degenerativas con 2 preguntas, 5. Problemas musculoesqueléticos con 9 preguntas, 6. Problemas respiratorios con 5 preguntas, 7. Problemas dermatológicos con 5 preguntas, 8. Problemas de visión y audición con 2 preguntas, 9. Consumo de sustancias con 8 preguntas.

Sección K. *Hábitos alimenticios* con 15 preguntas.

También se incluyó el uso de las siguientes escalas estandarizadas con el propósito de identificar las condiciones de salud mental y física:

Inventario de Ansiedad BAI

Construido por Beck et al. (1988) en su versión validada por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) para México. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) constituye un instrumento autoaplicado que cuantifica los síntomas de ansiedad, particularmente su intensidad. Desarrollado en 1988 por Aaron T. Beck, Norman Gary y Robert A. Steer, este instrumento se segmenta en dos dimensiones (síntomas somáticos y subjetivos) y cuatro factores (síntomas subjetivos, neurofisiológicos, autonómicos y pánicos). Incorpora 21 ítems evaluados en una escala de cuatro puntos, donde 0 significa "poco o nada" y 3 "severamente".

La puntuación total puede oscilar entre 0 y 63 puntos, siguiendo las siguientes escalas: 0-5 mínimo; 6-15 leve; 16-30 moderado; y 31-63 grave. Todos los reactivos del BAI mostraron consistencia, y el instrumento demostró una alta confiabilidad con un alfa de Cronbach de .83 (Robles et al., 2001).

Inventario de Depresión (BDI-II)

Creado inicialmente por Beck, Steer, y Brown (1996), y adaptado a población mexicana por González, Reséndiz y Reyes (2015). En su segunda versión, el Inventario de Depresión de Beck incorpora 21 elementos que se clasifican en una escala de 4 puntos, con un rango de 0 a 3. El puntaje total puede fluctuar entre 0 y 63 puntos, con los siguientes niveles de corte: 0-13 para depresión mínima; 14-19 para depresión leve; 20-28 para depresión moderada; y 29-63 para depresión grave. La prueba se validó utilizando dos muestras distintas: estudiantes de medicina y una muestra comunitaria, resultando en una alta consistencia interna elevada de .92 y .87, respectivamente (González et al., 2015).

Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5)

Basada en el manual de la APA DSM-5, validada en población mexicana por Durón, Cárdenas, Castro y Rosa (2019). Se trata de una escala adaptada a los criterios del trastorno por estrés postraumático (TEPT) empleada en el ámbito clínico. Incluye 20 ítems clasificados en una escala Likert que oscila entre 0 a 4, donde 0 representa nada y 4 representa extremadamente. Una puntuación superior a 33 indica la presencia de TEPT. Los hallazgos indicaron una consistencia interna de .97 y correlaciones positivas. La validez convergente fue de 58 a 88, después de analizar las correlaciones con las escalas globales y subescalas de trauma para determinar la validez convergente (Durón et al., 2019).

Cuestionario de Salud (SF-36)

De Ware et al. (1990) adaptado a población mexicana por Zuñiga, Carrillo, Fos y Gandek (1999). Es un instrumento autoaplicado que evalúa la calidad de vida en adultos mediante 36 preguntas. Incluye ocho escalas de salud: función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud en general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Los hallazgos se representan en una escala de 0 a 100 donde las puntuaciones cercanas a 0 señalan una peor salud y las calificaciones cercanas a 100 indican una mejor salud. Además, examina los cambios en la percepción de salud respecto al año anterior. Su confiabilidad interna, medida por el coeficiente de Cronbach, varía entre .56 y .84, siendo .70 para la mayoría de las escalas, excepto la de rol emocional (.56) (Zúñiga et al., 1999).

PERMA Profile de Butler y Kern (2016)

Adaptado a la población mexicana por Chaves, et al. (2023). La prueba PERMA está compuesta por 23 reactivos, los cuales se evalúan en una escala de 10 puntos, con valores entre 0 y 10. Estos reactivos están contenidos en cinco pilares del bienestar PERMA: Emoción positiva, Compromiso, Relaciones, Sentido, Logro y salud. Las puntuaciones se calculan según Butler y Kern (2016) mediante la media de los ítems de cada factor: la emoción positiva es igual a la media de (P1, P2, P3). El compromiso es igual a la media de E1, E2 y E3. Relaciones: R es el promedio (R1, R2, R3); el significado es el promedio (M1, M2, M3); el logro es el promedio (A1, A2, A3). El bienestar general PERMA es el promedio de (P1, P2, P3, E1, E2, E3, R1, R2, R3, M1, M2, M3, A1, A2, A3, hap). Los sentimientos negativos son N = media (N1, N2, N3); la salud es H = media (H1, H2, H3) y la soledad es

(Lon). Los resultados se expresan en una escala del 0 al 10, donde las puntuaciones cercanas a 0 indican menor bienestar y las puntuaciones cercanas a 10. La escala total obtuvo una confiabilidad de .90.

Hipótesis del estudio

Hipótesis 1. Existe una relación significativa entre la exposición a riesgos psicosociales y el deterioro de la salud mental y física de las/los agentes de policía.

Hipótesis 2. Los datos sociodemográficos se asocian con los riesgos psicosociales.

Hipótesis 3. Los riesgos psicosociales asociados a la función impactan en mayor medida que los de la organización.

Hipótesis 4. Existen afectaciones significativas de salud mental en las/los agentes de policía.

Hipótesis 5. Existen afectaciones significativas de salud física en las/los agentes de policía.

Procedimiento o estrategia del ingreso a campo

Esta investigación fue aprobada por el Comité Académico del programa educativo, posteriormente, se sometió ante el Comité de Ética Institucional de la UACJ obteniendo los dictámenes correspondientes. Al resultar favorable, el estudio de investigación fue presentado ante la corporación policiaca para solicitar las autorizaciones para la realización del trabajo de campo y el acceso a los participantes.

Una vez identificados los posibles participantes, se procedió a realizar la selección aleatoria, donde aquellos/as que resultaron elegidos/as, fueron invitados a la explicación detallada del proyecto y del tipo de instrumentos utilizados.

La aplicación del instrumento de recolección de datos se realizó en la Academia Municipal de Policías Benito Juárez; el proceso de aplicación tuvo una duración de un día y se realizó en una sola exhibición, en grupos de 50 agentes con un tiempo de respuesta por persona de 50 minutos aproximadamente. Las respuestas del cuestionario fueron autorreferidas, es decir, no se utilizaron estudios clínicos o de laboratorio, sino aquellas que reportó el/la participante.

En cuanto al horario, en consideración a los elementos, se tuvo una mayor flexibilidad para que se presentaran al ejercicio de recolección de datos de acuerdo con su jornada laboral.

Los aspectos éticos y de confidencialidad para la participación, se garantizaron a través de una carta de consentimiento informado, donde se explicó el objetivo del estudio, el uso de la información proporcionada por los participantes, la confidencialidad, el anonimato, la privacidad y la participación voluntaria. Para la protección de los datos, la información se resguardó en bases propias cuyos mecanismos aseguraron que solo las personas involucradas tuvieron acceso a datos sensibles y confidenciales.

Análisis de datos

Se utilizó el software estadístico para las Ciencias Sociales [SPSS], versión 25. Se realizó la sumatoria de los ítems de cada instrumento para obtener la puntuación total de las escalas. Luego, se determinó la distribución normativa de cada puntuación mediante la

prueba de Kolmogorov-Smirnov al considerar una muestra mayor a 50 participantes, enfatizando el valor p menor a .05 como una distribución no normal.

Se recodificaron las puntuaciones totales de cada instrumento en categorías ordinales establecidas por los autores originales para identificar los porcentajes y frecuencias de afectación.

Se realizaron análisis descriptivos, de normalidad, de fiabilidad, correlacionales y comparativos de grupos a través del programa SPSS, además del análisis de relaciones estructurales se utilizó el programa AMOS para determinar la magnitud de la relación entre las variables independientes sobre las variables dependientes. Los análisis realizados se describen en la siguiente tabla:

Tabla 10. *Secuencia de análisis estadísticos realizados*

Objetivo del estudio	Tipo de análisis	Técnica estadística	Propósito
Preparar la base de datos	Depuración y codificación	Recodificación, creación de índices	Estandarizar variables y preparar análisis
Identificar características de la muestra	Análisis descriptivos	Media, mediana, DE, frecuencias, porcentajes	Describir perfil sociodemográfico y variables
Evaluar distribución de datos	Pruebas de normalidad	Kolmogorov-Smirnov	Determinar uso de pruebas paramétricas/no paramétricas
Verificar adecuación para análisis factorial	Pruebas de adecuación muestral	KMO y Bartlett	Confirmar viabilidad del análisis factorial
Identificar estructura de constructos	Análisis factorial exploratorio (AFE)	Componentes principales + rotación Varimax	Determinar dimensiones latentes
Evaluar consistencia interna	Análisis de fiabilidad	Alfa de Cronbach, Omega de McDonald	Validar confiabilidad de escalas

Clasificar niveles de riesgo y salud	Análisis de categorización	Cuartiles y puntos de corte	Generar niveles (bajo, medio, alto)
Comparar grupos sociodemográficos	Pruebas de diferencias	Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Chi-cuadrado	Identificar diferencias entre grupos
Analizar asociaciones entre variables	Correlaciones bivariadas	Rho de Spearman	Determinar fuerza y dirección de relaciones
Modelar relaciones estructurales	Modelos de ecuaciones estructurales (SEM)	AMOS	Evaluar relaciones entre variables latentes

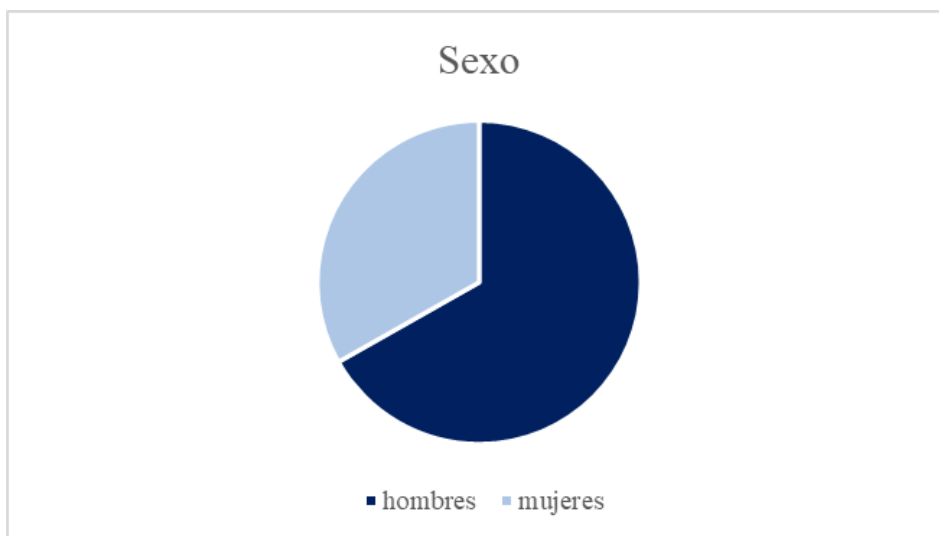
Nota. Ruta de pruebas estadísticas realizadas en la investigación.

Capítulo V. Resultados

Datos Sociodemográficos

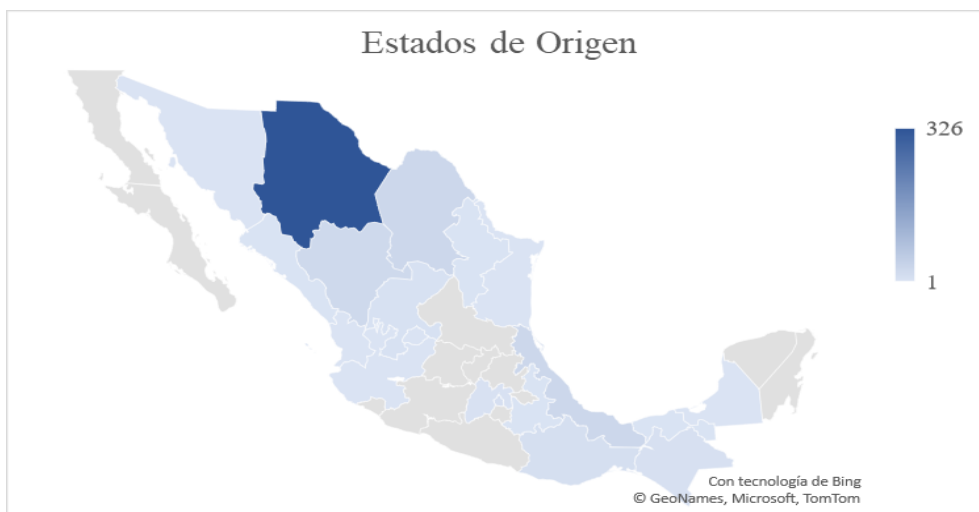
En la investigación participaron 458 policías de la Secretaría de Seguridad Pública Municipal de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Del total (Figura 3), el 67% (306) correspondió a hombres y el 33% (152) a mujeres. La edad promedio de los elementos fue de 35 años (DE= 8.9), y el rango de edad osciló entre los 20 y los 62 años. El 71% (326) es originario de Chihuahua, 6% (28) proviene de Coahuila y otros tantos de Veracruz (28), 5% (24) de Durango, 2% (10) de Oaxaca, 2% (9) de la ciudad de México, el 7% pertenecen a los estados de Chiapas (7), Zacatecas (6), Estado de México (5) y el 7% restante corresponde a otros estados como Tabasco, Sinaloa, Puebla y Nuevo León (con 2 personas de cada estado), así como Nayarit, Campeche, Tamaulipas, Sonora, Morelos, Jalisco y Aguascalientes con 1 persona de cada uno (Figura 4).

Figura 3. *Distribución de la muestra por sexo.*



Nota. Gráfico con datos de origen propio.

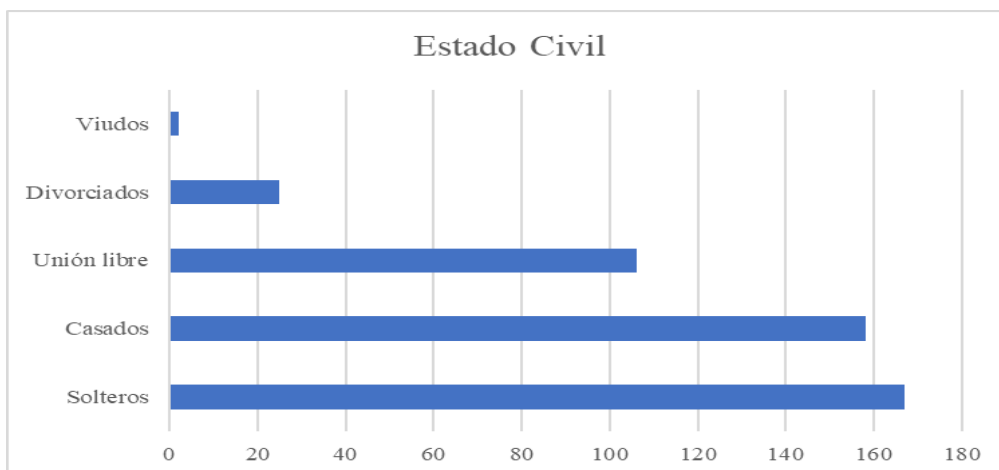
Figura 4. *Estados de origen de los participantes*



Nota. Gráfico con datos de origen propio.

En cuanto al estado civil de los elementos, el 37% (167) declararon ser solteros/as, el 34% (158) estaban casados/as, el 23% (106) vivían en unión libre, el 6% (25) eran divorciados/as, y el 0.4% (2) se encontraban viudos/as. En promedio, los elementos tenían entre 1 y 2 hijos/as, con un rango de edad de entre 0 y 6 años, y durante el último año tuvieron entre 1 y 2 parejas estables (Figura 5).

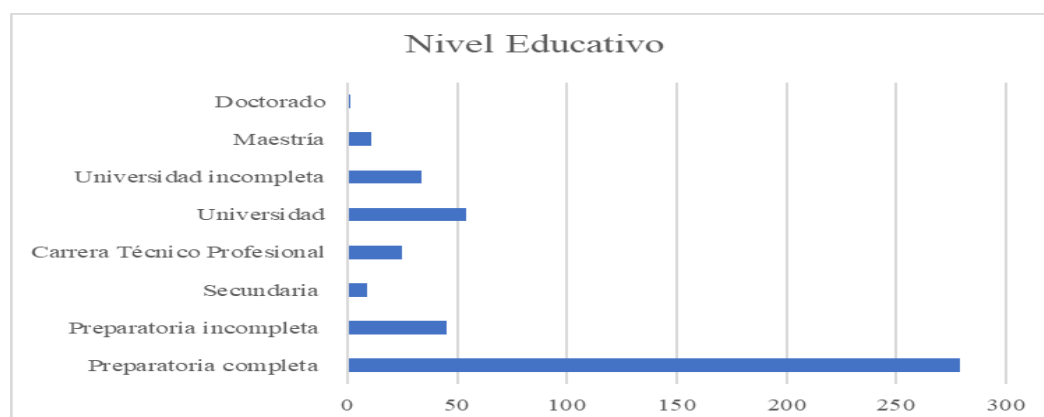
Figura 5. *Distribución del estado civil de la muestra.*



Nota. Gráfico con datos de origen propio.

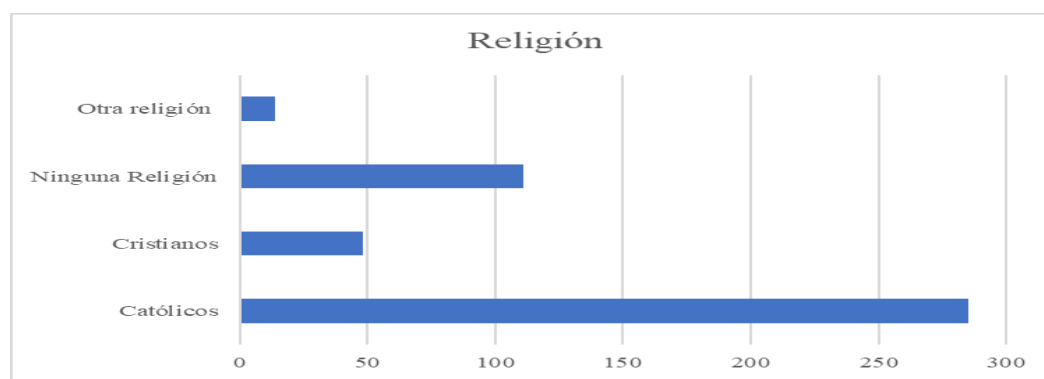
En cuanto al nivel educativo, el 61% (279) concluyó la preparatoria completa, mientras que el 9.8% (45) no la concluyó; 2% (9) alcanzó un nivel de secundaria, ya sea completa o incompleta, y el 4.8% (25) concluyó o no una carrera técnico profesional. Además, el 12% (54) finalizó los estudios universitarios, el 7.4% (34) no finalizó la universidad; por otro lado, el 2.4% (11) contó con Maestría y 0.2% (1) con Doctorado (Figura 6). Así mismo, el 61% (285) se identificó como católicos y 11% (48) como cristianos, el 24% (111) manifestó no practicar ninguna religión, mientras que el 3% (14) mencionó practicar otra religión (Figura 7).

Figura 6. *Distribución del nivel educativo de la muestra.*



Nota. Gráfico con datos de origen propio.

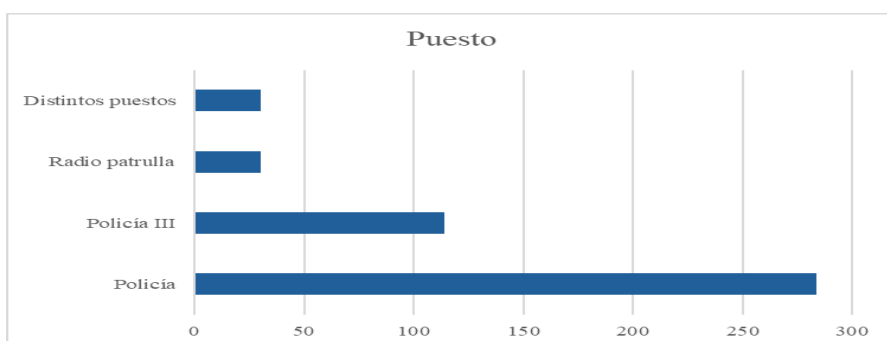
Figura 7. *Distribución de la muestra en relación a la religión.*



Nota. Gráfico con datos de origen propio.

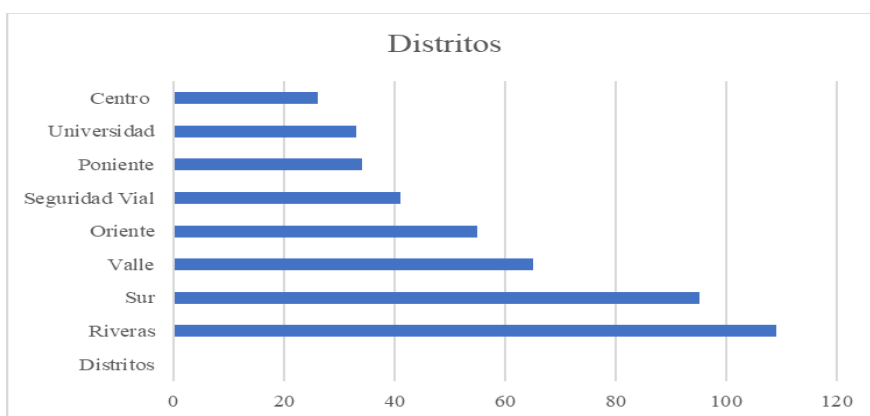
Los elementos presentaron una media de $\bar{x}=6.8$ años de antigüedad en la institución ($DE=5.3$), con un rango que varía entre 0 y 25 años. En cuanto a los cargos ocupados (Figura 8), el 65% (284) desempeña funciones como policía, el 25% (114) tiene el rango de policía III, el 5% (30) pertenece a radio patrullas y otro 5% (30) ocupa distintos puestos, incluyendo escolta, agente, supervisor primero, policía comercial, suboficial y coordinador. Respecto a la distribución por distritos (Figura 9), el 24% (109) estuvieron asignados al distrito Riveras, el 21% (95) al distrito Sur, el 14% (65) al distrito Valle, el 12% (55) al distrito Oriente, el 9% (41) a Seguridad Vial, el 7% (34) al distrito Poniente, el 7% (33) al distrito Universidad, y el 5% (26) al distrito Centro.

Figura 8. *Distribución de la muestra con relación al puesto.*



Nota. Gráfico con datos de origen propio.

Figura 9. *Distribución de la muestra con relación a los distritos.*



Nota. Gráfico con datos de origen propio.

Riesgos Psicosociales Asociados a la Función Policial

La evaluación de los factores de riesgo vinculados a la función policial se realizó utilizando 10 ítems. Los parámetros de ajuste del análisis indicaron una adecuada calidad del muestreo, con una medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=.845$) y una prueba de esfericidad de Bartlett de $\chi^2=1459.034$, $gl=45$, $p<.001$. El análisis factorial reveló que dos factores explican el 54.4% de la varianza total. El primer factor denominado “exposición”, compuesto por 4 ítems, presentó una carga factorial de 40.7% y una consistencia interna de $\alpha = .715$ según el alfa de Cronbach y $\Omega = .746$ según el omega de McDonald. El segundo factor denominado “peligro potencial”, integrado por 6 ítems, mostró una carga factorial del 13.8%, con valores de $\alpha = .750$ y $\Omega = .761$. A nivel general, la escala obtuvo una consistencia interna de $\alpha = .811$ y $\Omega = .817$ para los 10 elementos analizados (Tabla 11).

En cuanto a las correlaciones, el primer factor “exposición” mostró una correlación positiva con el segundo factor “peligro potencial” ($Rho=.593$, $p<.001$) y con riesgo psicosocial general ($Rho=.918$, $p<.001$). A su vez, el segundo factor “peligro potencial” presentó una correlación positiva con el riesgo psicosocial general ($Rho=.848$, $p<.001$).

Tabla 11. *Análisis factorial de los riesgos psicosociales asociados a la función policial*

Matriz de componente rotados	Factores		Alpha	Omeg a
	Exposición	Peligro potencial		
4. ¿Con qué frecuencia se encuentra expuesto/a a agresiones al realizar su trabajo?	0.808		0.715	0.746
3. ¿Con qué frecuencia se encuentra expuesto/a a accidentes en el cumplimiento del trabajo?	0.793			
2. ¿Con qué frecuencia se encuentra expuesto/a a situaciones sumamente estresantes como realizar operativos, atender peleas o detenciones?	0.79			

1. ¿Con qué frecuencia se encuentra expuesto/a a situaciones de violencia en su trabajo?	0.607			
7. ¿Con qué frecuencia ha experimentado afectaciones por exposición al sufrimiento ajeno?	0.743	0.750	0.761	
8. ¿Con qué frecuencia ha tenido pensamientos recurrentes sobre la posibilidad de morir?	0.736			
9. ¿Con qué frecuencia ha estado en riesgo real de muerte?	0.663			
6. ¿Con qué frecuencia ha estado expuesto/a al sufrimiento ajeno?	0.651			
5. ¿Con qué frecuencia ha recibido amenazas derivadas de su trabajo?	0.610			
10. Riesgo. ¿Las condiciones de clima extremo (calor, frío, lluvia y vientos) han hecho que el esfuerzo para realizar su trabajo sea mayor?	0.488			
<i>Nota.</i> Extracción de componentes principales. Rotación Varimax Kaiser 54.5% varianza explicada KMO=.845 p<.001, α =.811, Ω =.817				

En el estudio de los factores con 458 participantes, se obtuvo una media de $M=13.8$, $Md=13$ ($DE=8.2$). La prueba de Kolmogorov-Smirnov ($KS=.086$, $p<.001$) demostró que la distribución de los datos no es normal. En esta distribución se observaron cuartiles de $25=7$, $50=13$ y nivel educativo $75=19$, esta clasificación permitió establecer los puntos de corte: para nivel bajo, la presencia de 1 a 7 puntos; para nivel medio, de 8 a 18 puntos; y para nivel alto, 19 o más. Asimismo, se identificó que el 30% de los elementos se encuentran en un nivel de riesgo alto en los riesgos psicosociales asociados a la función policial (Tabla 12).

Tabla 12. Estadísticos de factores de riesgos asociados a la función policial

<i>N</i> =458	x	M	DE	Kolmogorov - Smirnov	Cuartiles			Bajo	Medio	Alto
					25	50	75			
Factor 1	9.2	9	5.0	.091 p<.001	5	9	13	22%	46%	32%
Factor 2	4.6	4	4.3	.147 p<.001	1	4	7	28%	46%	25%
Factores	13.8	13	8.2	.086 p>.001	7	13	19	27%	43%	30%

Nota. Tabla de elaboración propia.

Se encontró diferencia significativa en riesgos psicosociales asociados a la función policial, siendo mayor en hombres ($x=14.5/M=14$) en comparación con las mujeres ($x=12.4/M=12$) ($KW=5.264$, $\text{sig.}=.022$). Esta diferencia se mantuvo independientemente de otros datos sociodemográficos. Asimismo, se identificaron variaciones en los niveles de riesgo psicosocial de la función según el distrito de asignación. Los valores más altos se observaron en el distrito Riveras ($x=15.2/M=16$), seguido del distrito Poniente ($x=14.6/M=15$), comparado con las puntuaciones de distrito Valle, Centro, Sur, Universidad, Oriente, y Seguridad Vial ($x=10.2/M=9$) ($KW=15.007$, $\text{sig.}=.036$). Por otro lado, se encontraron diferencias significativas entre el nivel educativo y el riesgo psicosocial de la función policial; a mayor grado de estudios, fue mayor el nivel de riesgo ($KW=18.345$, $\text{sig.}=.031$).

Factor 1 Exposición

El análisis demostró que el factor 1 “Exposición” presentó valores significativamente más altos en los hombres ($x=9.6/M=10$) en comparación con las mujeres ($x=8.4/M=8$) ($KW=5.344$, $\text{sig.}=.021$). Esta diferencia se mantuvo independientemente del estado civil, lugar de nacimiento, puesto, religión, grado de estudios, antigüedad, edad, cantidad de hijos/as y parejas, aunque estas diferencias sí mostraron significancia de acuerdo al distrito de asignación con valores más altos en Riveras ($x=10.1/M=11$), Valle ($x=10.1/M=10$) y Poniente ($x=9.4/M=10$) que en comparación con Sur, Centro, Universidad, Oriente y Seguridad Vial ($x=6.8/M=6$) ($KW=16.945$, $\text{sig.}=.018$).

Factor 2 Peligro potencial

El factor 2 “Peligro potencial” mostró una asociación significativa con el nivel educativo, aumentando a medida que incrementa el grado de estudios ($KW=18.140$, $sig.=.034$). Esta diferencia se mantuvo independientemente de otros datos sociodemográficos.

Riesgos Psicosociales Asociados a la Organización

El estudio de los factores de riesgo vinculados a la organización contempló inicialmente 17 ítems. Sin embargo, 5 reactivos fueron excluidos en el análisis de fiabilidad: 24. ¿Considera que el salario que recibe por realizar su trabajo es adecuado?, 34. ¿Su trabajo requiere un alto nivel de esfuerzo mental y de concentración?, 35. ¿Se le dificulta hacer planes porque no sabe cuáles días trabajará y cuáles no?, 36. ¿Considera que portar el arma de cargo fuera de servicio aumenta su seguridad? y 37. ¿Considera que tener el arma a la mano facilita que se quite la vida? Por lo tanto, el análisis final se realizó con 12 ítems con un índice Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=.825$), y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($Chi=950.723$, $gl=78$, $p<.001$), validando así el análisis factorial. El factor 1, denominado "Tiempo y carga laboral", está compuesto por 3 ítems con una carga factorial del 56.5% y presentó una consistencia interna de $\alpha=.671$ según el Alpha de Cronbach y $\Omega=.701$ según el Omega de McDonald. Este factor, junto con otros dos, explica el 45.9% de la varianza total. El factor 2 denominado “Desgaste laboral”, formado por 5 ítems con una carga factorial del 11.5%, mostró una consistencia interna de $\alpha=.594$ y $\Omega=.615$, mientras que el factor 3 denominado “Recursos insuficientes”, integrado por 4 ítems, con una carga factorial de 7.9%, presentó una consistencia interna de $\alpha=.0408$ y $\Omega=.440$.

En la escala general, considerando los 12 elementos (Tabla 13), se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de $\alpha=.715$ y $\Omega=.726$. El análisis correlacional mostró que el factor 1 “Tiempo y carga laboral” se asoció positivamente con el factor 2 “Desgaste laboral” ($Rho=.593$, $p<.001$) y con el riesgo psicosocial general ($Rho=.918$, $p<.001$). Asimismo, el factor 2 “Desgaste laboral” presentó una correlación positiva con el riesgo psicosocial general ($Rho=.848$, $p<.001$). De manera general, el riesgo psicosocial asociado a la organización se correlacionó positivamente con cada factor ($Rho=.669-.812$, $p<.001$).

Tabla 13. *Análisis factorial de los riesgos psicosociales asociados a la Organización*

Matriz de componente rotados	Factores			PF	Alpha	Omega
	1	2	3			
25. ¿Considera que la jornada laboral es extensa?	,766			26.5	0.671	0.701
26. ¿Con qué frecuencia trabaja más horas de las establecidas en su turno?	,751					
23. ¿Considera que su puesto laboral tiene un exceso de actividades?	,676					
38. ¿Se siente orgulloso al portar su uniforme?		,716		11.5	0.594	0.615
27. ¿Se siente satisfecho/a con la actividad laboral que realiza?		,673				
28. ¿Considera que su profesión le ha ayudado a mejorar en su vida?		,663				
33. ¿Tiene poca claridad al realizar sus actividades?		,458				
29. ¿Considera que ha recibido apoyo organizacional al interior de la institución?		,453				
30. ¿Considera que tiene escaso control sobre el proceso de trabajo?			,589	7.9	0.408	0.440
31. ¿Considera que el equipo de trabajo para realizar su labor es insuficiente?			,584			
32. ¿Considera que ha tenido pocas o nulas compensaciones por el trabajo que realiza?			,583			
39. Fuera de su horario de trabajo, ¿Considera que sigue comportándose como policía?			,496			
Nota. Extracción de componentes principales. Varimax Kaiser 45.9% varianza explicada KMO=.825 $p<.001$ $\alpha=.715$ $\Omega=.726$						

En el análisis factorial de riesgos psicosociales asociados a la organización realizado a 458 participantes, se obtuvo una media de $x=7.2$, una mediana de $M=6$, una desviación

estándar $DE=4.7$ y mostró un comportamiento no normal ($KS=.106$, $p<.001$). Por lo que al analizar los cuartiles se observaron las siguientes distribuciones $25=4$, $50=6$ y $75=10$, esta clasificación permitió establecer los puntos de corte, para nivel bajo la presencia de 1 a 4 puntos, para nivel medio de 5 a 9 puntos y para nivel alto 10 o más. Además, el 29% de las/los policías se encuentran en un nivel de riesgo alto de factores psicosociales asociados a la organización, según se identificó (Tabla 14).

Tabla 14

Estadísticos de factores de riesgos asociados a la organización

$N=458$	x	M	DE	Kolmogorov - Smirnov	Cuartiles			Bajo	Medio	Alto
					25	50	75			
Factor 1	3.2	3	2.0	.159 $p<.001$	2	3	5	44%	26%	30%
Factor 2	1.3	1	1.5	.218 $p<.001$	0	1	2	43%	22%	35%
Factor 3	2.7	2	2.5	.147 $p<.001$	1	2	4	34%	31%	35%
Factores	7.2	6	4.7	.106 $p>.001$	4	6	10	32%	39%	29%

Nota. Tabla de elaboración propia.

Se identificaron diferencias significativas en los riesgos psicosociales asociados a la organización. Estos fueron más elevados en el distrito Sur ($x=8.4/M=8$) seguido de Poniente ($x=7.3/M=7$) y Valle ($x=7.9/M=6$) en comparación con Riveras, Centro, Oriente, Universidad y Seguridad Vial ($x=4.9/M=5$) ($KW=21.791$, $sig.=.003$). Asimismo, se observó un mayor riesgo en el puesto de Agente ($x=10.5/M=5$) seguido por el de Radio patrullas ($x=8.3/M=7$), Policía ($x=7.8/M=7$) y Escolta ($x=6.7/M=7$) en comparación con Policía III,

Superior I y Policía comercial ($x=1.5/M=1.5$) ($KW=16.370$, $sig.=.037$). Además, el riesgo psicosocial asociado a la organización fue mayor en quienes no practican ninguna religión ($x=8.3/M=8$) en comparación con los que practican otra religión ($x=8.2/8$) y con aquellos que se identifican como católicos/as o cristianos/as ($x=6.0/M=6$) ($KW=12.607$, $sig.=.013$). En términos de prevalencia, el 46% de quienes practican otra religión, el 39% de los que no practican religión, el 26% de los católicos y el 14% de los cristianos presentan alto riesgo psicosocial asociado a la organización.

El factor 1 “Tiempo y carga laboral” presentó valores más altos en el distrito Sur ($x=3.5/M=3$) seguido de Riveras ($x=3.5/M=4$) y Valle ($x=3.4/M=3$), en comparación con Poniente, Oriente, Centro, Universidad y Seguridad Vial ($x=1.9/M=2$) ($KW=25.125$, $p<.001$). Se encontró que el 39% de los elementos del distrito Riveras, 38% Poniente, 33% Sur, 30% Valle presentaron riesgo alto en este factor ($Chi=29.977$, $sig.=.008$). Estos resultados se mantuvieron independientemente de otros datos sociodemográficos. Asimismo, se identificó una diferencia significativa por género, ya que el 36% de los hombres mostraron mayor riesgo en este factor en comparación con el 23% de las mujeres ($Chi=7.005$, $sig.=0.030$).

El factor 2 “Desgaste laboral” fue mayor en el puesto de Policía ($x=1.5/M=1$) seguido por Radio patrullas, Policía III y Escolta ($KW=16.370$, $sig.=.037$). Además, en los que practican otra religión distinta de la católica o cristiana ($x=2.0/M=2$) que en los que no profesan religión alguna ($x=1.6/M=1$). Asimismo, fue mayor en quienes cuentan con un mayor número de hijos/as ($KW=12.992$, $sig.=.023$), independientemente de otras variables sociodemográficas.

El factor 3 “Recursos insuficientes” fue mayor a medida que aumentaba el grado de estudios ($KW=17.600$, $sig.=.040$), así como fue mayor en distritos como Poniente ($x=3.0/M=3$), Centro ($x=2.8/M=3$), y Valle ($x=2.8/M=3$) en comparación con el resto de los distritos ($x=1.9/M=2$) ($KW=18.178$, $sig.=.011$). El 48% de los policías de Sur, 46% de Centro, 43% de Valle, 32% de Poniente y 30% de Universidad presentan un alto riesgo en el factor 3, “Recursos insuficientes”.

Factores de Riesgo Psicosocial General

Los parámetros de ajuste del análisis indicaron una adecuación del muestreo mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=.871$) y la prueba de esfericidad de Bartlett de $Chi=2809.997$, $gl=253$, $p<.001$. Los factores de riesgo se establecieron en 22 ítems, explicando el 51.3% de la varianza total en 5 factores, con una consistencia interna de $\alpha=.840$ en el Alpha de Cronbach y $\Omega=.850$ en el Omega de McDonald. Además, los 5 factores de riesgos psicosociales mostraron una correlación positiva con el factor de riesgo asociado a la función policial ($Rho=.877$, $p<.001$) y con el factor de riesgo asociado a la organización ($Rho=.772$, $p<.001$). A su vez, el factor de riesgo asociado a la función policial se correlacionó positivamente con el factor de riesgo asociado a la organización ($Rho=.488$, $p<.001$).

Los datos mostraron una distribución no normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($KS=.071$, $gl=458$, $p<.001$), con cuartiles de 25=12, 50=20 y 75=28 esta clasificación permitió establecer los puntos de corte, para nivel bajo la presencia de 1 a 12 puntos, para nivel medio de 13 a 27 puntos y para nivel alto 28 o más. El análisis de factores reveló una media de $x=21$, una mediana de $M=20$, una desviación estándar $DE=11.4$, con

valores entre 0 y 64. En cuanto a los niveles de riesgo psicosocial general, el 28% (126) de los elementos reportaron un riesgo alto, el 48% (222) un riesgo medio y el 24% (110) un riesgo bajo. Se encontró una diferencia significativa por distrito, con mayor riesgo psicosocial en los distritos de Riveras ($x=22.6/M=23$), Valle ($x=22.5/M=23$), Sur ($x=22.3/M=22$) y Poniente ($x=22.2/M=21.5$), en comparación con otros distritos ($x=15.2/M=15$) ($KW=20.671$, $sig.=.004$). Asimismo, se observó un incremento en el riesgo psicosocial general a medida que aumenta el grado de estudios ($KW=19.443$, $sig.=.022$), independientemente de otras variables sociodemográficas.

Afectaciones de Salud Mental

El Inventario de Ansiedad BAI (Beck et al., 1988) se utilizó para identificar los síntomas de ansiedad, mostrando una consistencia interna de $\alpha=.966$ en el Alpha de Cronbach y $\Omega=.966$ en el Omega de McDonald en los 21 elementos. Con una media de $x=3.3$, $M=1$ ($DE=8.1$) entre 0 y 60 puntos, el 85% (389) reportaron niveles mínimos de ansiedad, 13% (60) niveles leves o moderados y el 2% (9) niveles graves de ansiedad (Tabla 15).

Se encontró diferencia significativa de ansiedad por el puesto siendo mayor en el puesto de Agente con un rango promedio de $Rp=258$ con relación a otros puestos con un rango promedio de $Rp=93$, ($KW=16.649$, $sig.=.034$). Así mismo, la ansiedad fue mayor en el distrito Oriente con 7.3%, en Riveras con 3.7% y Poniente con 2.9% de casos con ansiedad grave ($Chi=37.965$, $Sig.=.013$). Así como en aquellos que practican otra religión ($Rp=281$) respecto a quienes no practican ninguna religión, las/los cristianos/as y las/los católicos/as ($Rp=217$) ($KW=13.000$, $sig.=.010$); además, según el grado escolar fue mayor en Doctorado ($Rp=371$) respecto a técnico profesional, maestría, universidad, preparatoria secundaria y

primaria (Rp=195) (KW=19.120, sig=.024), independientemente de otras variables sociodemográficas (Tabla 15).

Tabla 15. Estadísticos de condiciones de salud

<i>N=458</i>	x	M	D E	Kolmogorov- Smirnov	Cuartiles			Bajo	Medio	Alto
					25	50	75			
Ansiedad	3. 3	1	8. 1	.339 p<.001	0	1	3	85%	13%	2%
Depresión	1. 1	0	3. 0	.375 p<.001	0	0	1	99%	1%	0%
Estrés Postraumático	1. 3	0	3. 5	.346 p<.001	0	0	1	99%	1%	0%
Salud Física	12 5	12 7	9. 7	.140 p<.001	12 1	12 7	13 1	26%	42%	32 %
Bienestar General	8. 6	8. 8	1. 2	.150 p<.001	8. 2	8. 8	9. 3	3%	96%	1%

Nota. Tabla de elaboración propia

El Inventario de Depresión BDI-II (Beck et al., 1996) se utilizó para identificar los síntomas de depresión, mostrando una consistencia interna de $\alpha=.882$ en el Alpha de Cronbach y $\Omega=.888$ en el Omega de McDonald en los 21 reactivos. Con una media de $x=1.4$, $M=0$ ($DE=3$) entre 0 y 32 puntos, el 99% (456) reportaron niveles mínimos de depresión y 1% (2) niveles leves o moderados de depresión. Se encontró diferencia significativa siendo mayor en aquellos que practican otra religión (Rp=265) respecto a quienes practican religión católica y cristiana, y las/los que no practican ninguna, (Rp=217) (KW=10.061, sig=.039), así como según el grado escolar siendo mayor en aquellos que cuentan con secundaria (Rp=382) respecto a maestría, técnico profesional, universidad, preparatoria, primaria y doctorado (Rp=167) (KW=20.478, sig=.015) independientemente de otras variables sociodemográficas (Tabla 15).

La Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático PCL-5 (Durón et al., 2019) se utilizó para identificar los síntomas de estrés postraumático, mostrando una consistencia interna de $\alpha=.882$ en el Alpha de Cronbach y $\Omega=.888$ en el Omega de McDonald en los 20 elementos. Con una media de $x=1.3$, $M=0$ ($DE=3.5$) entre 0 y 35 puntos, el 99% (457) no reportaron presencia de indicadores y el 1% (1) presentaron indicadores moderados de estrés postraumático. No se encontró diferencia significativa por la antigüedad, edad, cantidad de hijos/as y de parejas, sexo, grado de estudios, religión, distrito, estado civil, puesto y lugar de nacimiento (Tabla 15).

El PERMA Profile de 23 ítems (Butler y Kern, 2016) se utilizó para identificar el bienestar general, mostrando una consistencia interna de $\alpha=.882$ en el Alpha de Cronbach y $\Omega=.888$ en el Omega de McDonald, con una media de $x=8.6$, $M=8.8$ ($DE=1.2$) en un rango de 1 a 16 puntos. En cuanto a los resultados, el 3% (12) reportaron nivel bajo de bienestar general, el 96% (442) nivel medio y el 1% (4) nivel alto de bienestar general. Además, se encontró diferencia significativa por estado civil siendo mayor en casados/as ($R_p=250$) que en unión libre ($R_p=237$), solteros/as ($R_p=209$), divorciados/as ($R_p=198$) y viudos/as ($R_p=119$) ($KW=11.076$, $sig.=.026$) (Tabla 15).

Análisis Correlacionales

Riesgo Psicosocial General. Se observaron correlaciones positivas entre el riesgo psicosocial general y la ansiedad ($Rho=.424$), la depresión ($Rho=.362$) y el estrés postraumático ($Rho=.313$), así como correlaciones negativas con la salud física ($Rho=-.373$) y el bienestar general ($Rho=-.271$), según el coeficiente de correlación Rho de Spearman (Tabla 16).

Tabla 16*Correlaciones entre variables de estudio*

	Ansiedad	Depresión	Estrés Postraumático	Afectación de Salud Física	Bienestar General
Riesgos Psicosociales	,424**	,362**	,313**	-,373**	-,271**
Ansiedad		,519**	,447**	-,494**	-,309**
Depresión			,476**	-,517**	-,327**
Estrés Postraumático				-,421**	-,174**
Salud Física					,431**

Nota. ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Rho de Spearman.

Bienestar General. Se correlacionó negativamente con ansiedad, depresión, estrés postraumático y positivamente con salud física.

Afectaciones de salud física autorreferida

El Cuestionario de Salud SF-36 (Ware et al., 1990) se utilizó para identificar los síntomas de salud física, mostrando una consistencia interna de $\alpha=.882$ en el Alpha de Cronbach y $\Omega=.888$ en el Omega de McDonald en los 36 ítems. Con una media de $x=125$, $M=127$ ($DE=9.7$) entre 73 y 159 puntos, el 26% (118) reportaron indicadores de percepción de peor salud física, 42% (194) indicadores moderados y el 32% (146) indicadores de percepción de buena salud física. Se encontró una diferencia significativa por distrito, siendo mayor la percepción de buena salud física en Universidad ($R_p=298$) en comparación con otros distritos ($R_p=210$) ($KW=14.686$, $sig.=.040$). En los distritos de Oriente (33%), Riveras (39%), Sur (28%), Valle (27%) y Centro (26%) se observaron indicadores de percepción de peor salud física ($Chi=25.357$, $sig.=.031$), sin importar otras variables sociodemográficas.

Tabla 17. *Estadísticos de Salud General (SF-36)*

Subescalas	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Funcionamiento Físico	Hombre	301	95.2824	13.73572	0.79171
	Mujer	151	94.1722	15.20340	1.23724
Limitación de Funciones por Motivos de Salud Física	Hombre	306	90.2778	22.20998	1.26966
	Mujer	150	89.1667	23.78184	1.94178
Limitaciones por Problemas Emocionales	Hombre	305	75.9563	24.13045	1.38171
	Mujer	149	76.5101	24.96344	2.04508
Energía/Fatiga	Hombre	306	69.5261	10.52028	0.60140
	Mujer	152	68.8816	9.68370	0.78545
Bienestar Emocional	Hombre	306	60.3137	8.40957	0.48074
	Mujer	152	58.1316	9.56725	0.77601
Funcionamiento Social	Hombre	297	45.9596	11.95982	0.69398
	Mujer	151	47.0199	9.09540	0.74017
Dolor	Hombre	306	92.402	14.52635	0.83042
	Mujer	151	90.5298	15.13442	1.23162
Salud General	Hombre	306	67.8105	10.67225	0.61009
	Mujer	151	67.5497	12.44069	1.01241

Nota. Tabla de elaboración propia.

En la evaluación de la salud general de los elementos, se realizó una comparación de medias entre hombres y mujeres (Tabla 17). En el *funcionamiento físico*, los hombres obtuvieron una media de $x=95.2$ y las mujeres $x=94.1$, indicando una percepción de buen funcionamiento físico. En cuanto a las *limitaciones de salud física*, ambos sexos se perciben con menores limitaciones físicas; los hombres presentan una media $x = 90.2$ y las mujeres una media $x = 89.1$. Respecto a las limitaciones por problemas emocionales, los hombres obtuvieron una $x = 75.9$ y las mujeres $x = 76.5$, lo cual indica que no presentan interferencia en sus labores derivada de problemas emocionales. En promedio, los hombres presentaron un $x=69.5$ y las mujeres $x=68.8$ en la subescala de *Energía y fatiga*, reportando que la mayor parte del tiempo se sienten con energía. En la subescala de *bienestar emocional*, ambos reportaron sentimientos de tranquilidad y calma la mayor parte del tiempo, siendo la media en los hombres de $x=60.3$ y en las mujeres de $x=58.1$. En la comparación de ambos grupos,

se obtuvo una diferencia significativa ($\text{sig.}=0.013$), observándose un mayor grado de bienestar emocional en los hombres en comparación con las mujeres.

Por su parte, *el funcionamiento social* presentó una media en hombres de $x=45.9$ y de $x=47.0$ en mujeres, mostrando un bajo funcionamiento social de ambos grupos. Además, la subescala de *dolor* indicó la percepción de bajos niveles de dolor con una media de $x = 92.4$ en hombres y $x = 90.5$ en mujeres. Por otro lado, la *salud general* reveló una media de $x=67.8$ en hombres y $x=67.5$ en mujeres, indicando que 7 de cada 10 policías se asumen con buena salud.

Indicadores de Afectaciones Físicas. Referente a las afectaciones físicas que presentan las/los agentes, dentro de los últimos seis meses destacan:

Problemas metabólicos como cambios en el peso corporal 36.7%, obesidad 22.7%, un 34% de reportó algún problema gastrointestinal; gastritis 20.3%, diarrea 13.8%, falta de apetito 11.3%, estreñimiento 10.3%, colitis 9.8% y obesidad mórbida 6.3%.

Respecto a problemas del sueño el 32% presentó insomnio, y el 28% reportó pesadillas.

En cuanto a *problemas cardíacos*, se reportaron hipertensión 6.6%, niveles altos de colesterol 5.5%, latidos irregulares 1.5% y baja frecuencia cardíaca 1.1%.

También se observaron *enfermedades crónico-degenerativas* como diabetes 3.7% y cáncer 0.4%.

Los *problemas musculoesqueléticos* incluyen dolores de espalda 30.8%, de cabeza 27.9%, cuello 16.8%, rodillas 15.5%, lesiones físicas 13.5%, columna 13.1%, lesiones por el peso del equipo 9.6% y cansancio y agotamiento físico 5.3%. Además, un 51.7% describieron sus hábitos de actividad física como regulares, 34.7% como buenos a muy buenos y 13.5% como malos a muy malos.

En *problemas respiratorios*, se registraron alergias 10.5%, resfriados 8.7%, sinusitis 3.3%, asma 1.5% y bronquitis 0.7%.

Los *problemas dermatológicos* incluyeron acné 7%, manchas en la piel 4.6%, alopecia 2.8%, hongos 1.3% y vitíligo 0.9%.

Finalmente, se reportaron *problemas de visión* 29.7% y *audición* 8.5%.

Hábitos alimenticios. En relación con los hábitos alimenticios, un 57% describen sus hábitos alimenticios como deficientes, se observó que el 59.6% de los agentes consume bebidas energizantes, el 57% carnes, el 35.4% lácteos, el 34.1% frutas y verduras, el 24.5% leguminosas, el 18.3% cereales o granos, el 10.9% snacks o aperitivos, el 9.2% grasas y dulces, el 6.8% comida rápida y el 5.2% alimentos ultraprocesados.

Respecto a la frecuencia de las comidas, solo el 35.2% acostumbra a realizar tres comidas diarias, mientras que el 64.4% desayuna, el 50% almuerza y el 77.9% cena. Además, el 77.1% consume más de un litro de agua al día.

Por otra parte, se encontró que el 28.2% de los agentes fuma y el 68.1% consume alcohol. La tasa de consumo alto de alcohol es de 5.6% hombres y 5.3% mujeres.

Capítulo VI. Discusión

La teoría existente sobre riesgos psicosociales se encuentra enfocada en resaltar el papel de las prácticas organizacionales como el origen de los malestares personales (Superintendencia de Riesgos del Trabajo, 2022), es decir, demandas psicológicas, falta de control, influencia y crecimiento, largas jornadas, poco apoyo social y liderazgo, así como bajas compensaciones, son definidos como riesgos psicosociales (OIT, s.f.). Sin embargo, hasta este estudio no existía una clara división entre los riesgos que dependen únicamente de las funciones profesionales y aquellos que derivan de la organización. Autores como Wernersbach et al. (2013) agrupan los indicadores que se originan en las funciones policiales como inherentes a la organización; es decir, los engloban en una sola clasificación. No obstante, en esta investigación se opta por hacer una separación necesaria de los riesgos que pudieran surgir de la organización y los riesgos procedentes de la función (ejecución de la actividad operativa) de la cual la organización no tiene injerencia sobre las situaciones de riesgo potencial y que, a pesar de ello, se encuentran relacionadas con el quehacer de la profesión policial.

La exposición a situaciones riesgosas y el peligro potencial son dos características de los riesgos derivados de la función que no están presentes con tal especificidad dentro de la evolución teórica existente sobre los riesgos psicosociales. Por otro lado, el tiempo, la carga laboral, el desgaste, y los recursos insuficientes, forman parte de los riesgos psicosociales derivados de la organización que se encuentran visibles en los antecedentes teóricos (OIT, 2016; CEM, 2013).

Riesgos Psicosociales de la Función

En la literatura se muestra la naturaleza riesgosa de la profesión policial y su índole violenta (Achim, 2018), realidad de la que no escapa la policía municipal de Ciudad Juárez. Dos terceras partes de los policías experimentan riesgos psicosociales y se encuentran en un peligro permanente debido a sus funciones policiales. Los hombres se encuentran más expuestos a situaciones violentas, al sufrimiento ajeno y al peligro real de muerte, accidentes, agresiones, peleas y detenciones en su actividad diaria, a diferencia de las mujeres policía que en otras corporaciones reportan niveles mayores de estrés debido a su rol materno y sus funciones (Martin, 1980, como se citó en He et al., 2002).

Asimismo, al analizar la distribución de asignación geográfica de la policía local resaltaron áreas donde los agentes adscritos tienen mayores posibilidades de experimentar riesgos derivados de sus funciones que en otras zonas, Husain (2019), ya reportaba la discrepancia entre exigencias, peligros y presiones siendo mayores en la zona urbana. El modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) postula que el estrés surge cuando las demandas del entorno exceden los recursos de afrontamiento percibidos. En zonas urbanas con mayor índice delictivo, las exigencias operativas se incrementan, lo que aumenta la percepción de riesgo.

Por otro lado, entre los efectos que explican la repercusión que la función policial tiene en la vida de los/as agentes, Delgado (2009) propuso una relación entre el agotamiento y el conocimiento, siendo mayor en aquellos que enfrentan situaciones de riesgo con poca preparación técnica, si bien el tipo de conocimiento medido (académico) en esta investigación discrepa de lo expuesto por Delgado (técnico); ambos integran un proceso

formativo de conocimiento. Por tal motivo, destaca que los policías juarenses con mayor grado de estudios se encuentren más expuestos a situaciones de violencia, teniendo un mayor entendimiento del peligro potencial de sus funciones.

Riesgos Psicosociales de la Organización

Siete de cada diez agentes de la policía juarense se encuentran expuestos a riesgos derivados de la organización, como carga y horas adicionales a su jornada laboral, la percepción de falta de apoyo y compensaciones, escasa claridad de sus funciones, falta de recursos, así como poca satisfacción y bajo orgullo sobre su profesión. Se observó una consistencia con el modelo de demanda-control de Karasek (1979), el cual sostiene que la existencia de altas demandas y bajo control de condiciones laborales incrementa el riesgo de estrés laboral.

Las variables demográficas que se relacionan con los niveles de riesgo alto derivados de la organización son las zonas asignadas de patrullaje, el puesto desempeñado y la ausencia de una práctica religiosa. Se puede notar la relevancia que cobra el profesar una religión y el puesto en los niveles de riesgo, aspectos que han escapado en las investigaciones anteriores sobre la población policial.

Estudios previos han investigado la diferencia de las afectaciones de salud mental entre hombres y mujeres policías (Husain et al., 2014), sin embargo, no se han identificado estudios previos sobre los niveles de riesgo psicosocial asociado a la organización a los que se enfrentan ambos géneros. Como hallazgo significativo, se destaca que factores como el tiempo y la carga laboral resultan ser mayores en hombres que en mujeres policías.

Otra característica relevante de la policía juarense describe que aquellos agentes que tienen una mayor cantidad de hijos/as presentan un mayor nivel de desgaste laboral, sin importar el género. Los acercamientos teóricos encontrados acentúan el deterioro de la dinámica relacional entre padres e hijos/as asociados a la profesión policial (Brufao, 1994); pero hasta hoy no se había indagado específicamente sobre el desgaste laboral de los policías relacionado con la cantidad de hijos/as.

Afectaciones de Salud Mental

Una de las respuestas emocionales esperadas de la exposición a situaciones estresantes de la labor policial es la ansiedad (Martínez y De Puellas, 2010). En Reino Unido algunas poblaciones policiales reportan la presencia de un 9.6% del trastorno de ansiedad generalizada (Ayllón y Quispe, 2020). Consistente con lo obtenido en la policía local donde 1 de cada 10 policías presenta sintomatología de ansiedad, asociada al puesto de agente y a la asignación por zona geográfica. Los hallazgos podrían reflejar procesos de adaptación psicológica presentes en los agentes ante las demandas de su trabajo, tal como sugiere el modelo de autoeficacia de Bandura (1982), en el que la percepción personal de situaciones difíciles reduciría el impacto del estrés.

Al igual que la presente investigación diversos autores han estudiado la depresión desde su sintomatología emocional, cognitiva y comportamental, (Delgado, 2009, Arteaga, 2000), pero a diferencia de estos estudios donde reportan niveles mínimos de depresión del 50% en policías (Kang y Lan Bang, 2023), y mencionan que la sintomatología depresiva es 6 veces mayor que en la población general (Gullon y Longstaff, 2024), los resultados locales muestran cifras inferiores, por ejemplo un análisis previo de la policía municipal juarense

reportó que el 18% presentaba niveles de riesgo asociado a la depresión (Balcazar, 2022), y dos años después se refleja una disminución considerable en la que tan solo el 1% de los policías municipales analizados en esta investigación puntuó con sintomatología depresiva leve o moderada, un bajo porcentaje en contraste con otras poblaciones.

La prevalencia de estrés postraumático en los agentes de policía locales es del 1%. Violanti et al. (2006) mencionan que este trastorno tiene implicaciones directas en las afectaciones de la salud física. Este indicador ha sido relevante en poblaciones policiales de Estados Unidos (NAMI, s.f.).

Nueve de cada diez policías consideran tener un nivel de bienestar moderado, con una mayor presencia entre quienes se encuentran casados/as; los hombres no presentan limitaciones y su bienestar emocionales es mayor que el de las mujeres. El bienestar parte de un componente subjetivo (García y González, 2000, p. 587), lo que permite un manejo emocional y el desarrollo de recursos personales para enfrentar la vida (Huppert, 2009). La presencia mínima de afectaciones de salud mental es consistente con la percepción moderada de bienestar obtenida.

Afectaciones de Salud Física

Existe una diferencia inversa notable con estudios en otros cuerpos policiacos, en donde el 70% de los oficiales han reportado una salud deficiente (Delgado, 2009), en contraste con lo arrojado en este estudio en el que 7 de cada 10 policías asumen contar con una buena salud. La percepción de la salud física del personal operativo pareciera responder a una normalización del malestar físico. Sin embargo, en un análisis profundo de las afectaciones de la salud física se revela un panorama más complejo.

A nivel mundial, la obesidad ha sido objeto de estudio debido a la frecuente presencia entre las corporaciones policiales, constituyéndose como un problema de salud que afecta la operatividad y calidad de vida de las y los agentes. Su magnitud varía según el contexto, estrés, estilo de alimentación, nivel de actividad física, condiciones laborales (Carmona et al., 2020). En policías locales los porcentajes de presencia de problemas relacionados con el funcionamiento metabólico son más moderados. A pesar de que, a nivel nacional, la obesidad en policías es un problema de salud pública, en Guadalajara también se reportaron cifras elevadas de sobrepeso que podrían estar asociadas a las condiciones laborales de la profesión policial.

A pesar de la presencia de afectaciones de índole metabólica en los policías juarenses, los niveles encontrados son inferiores a los reportados a nivel nacional e internacional, por ejemplo, la persistencia de obesidad a nivel global es del 40% al 50% (Carmona et al., 2020; Hartley et al., 2011) y en la policía local es del 22.7%.

Respecto a los problemas de sueño, 3 de cada 10 agentes reportaron alteraciones del sueño, lo que podría asociarse con los turnos rotativos y las largas jornadas de trabajo. En la mayoría de las corporaciones policiacas, este problema afecta a un 50% de su población. (García, 2015; CNN, 2011).

La baja presencia de afecciones cardíacas que dejó esta investigación sobre el 6.6% reportada, discrepan de la prevalencia mencionada por Astrup et al. (2008) y Violanti (s.f., como se citó en Hyemin, et al., 2013) donde se ubica a 7 de cada 10 elementos con problemas cardiovasculares.

Dentro de los resultados relevantes destacan los bajos niveles de diabetes, con un 3.7%, en donde anteriormente se había reportado por Oswaldo (2014) que el 29.6% de los policías municipales contaban con este diagnóstico. Sin embargo, la prevalencia encontrada en la población local de alergias y resfriados excede lo encontrado nivel nacional (INEGI, 2017), lo que pudiera desprenderse de la exposición al clima fluctuante de la localidad.

Un grupo reducido de participantes (el 0.5%) identificaron un consumo de alcohol elevado según la media nacional. A diferencia del consumo elevado en Tanzania (13.3%) (Ndumwa et al., 2023). Por otro lado, el consumo de tabaco alcanza a 3 de cada 10 agentes municipales.

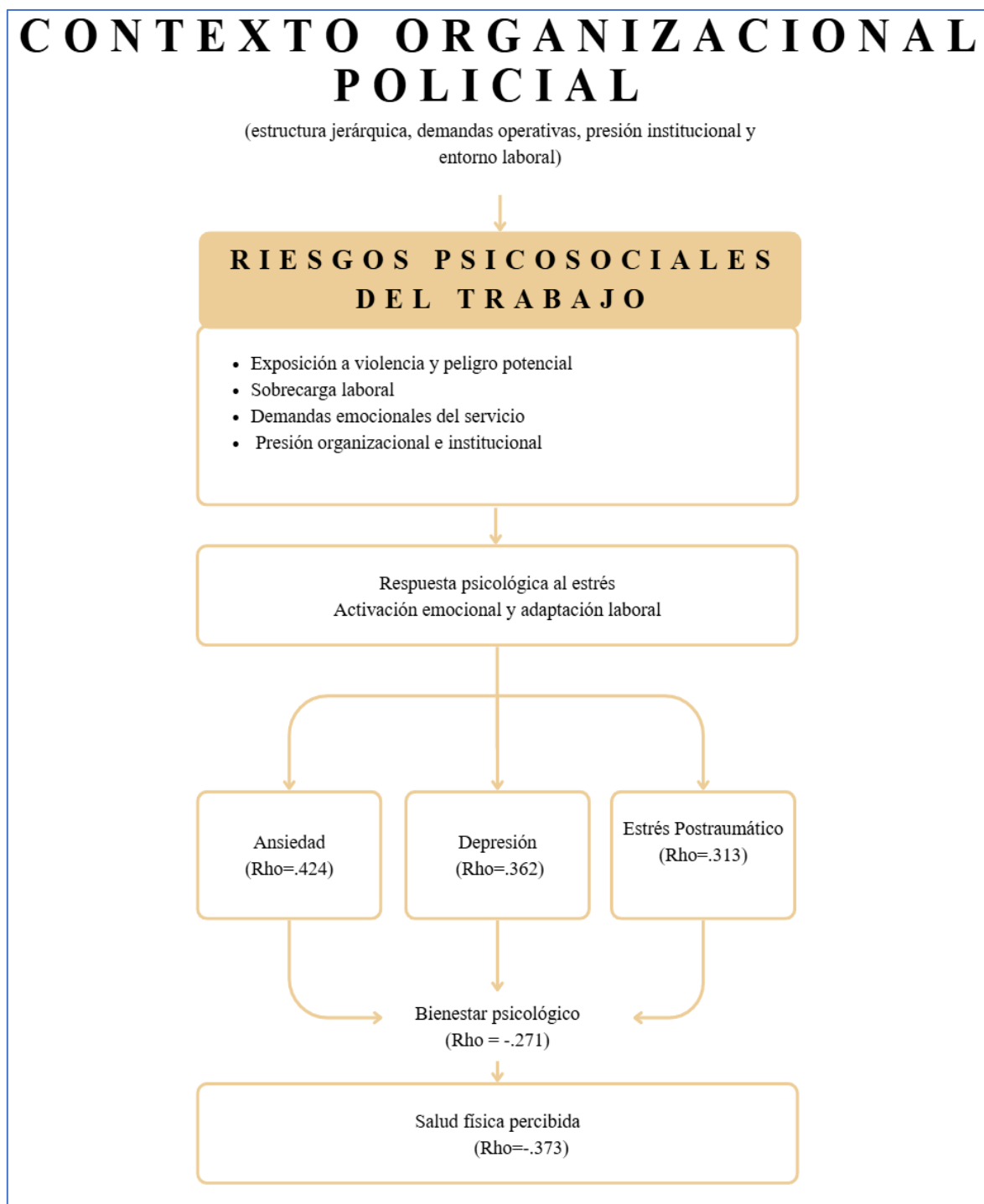
Los hábitos alimenticios deficientes se mantuvieron en la mitad de la población estudiada, a lo que se añade el consumo de bebidas energizantes en 6 de cada 10 policías. Datos que pudieran asociarse a las condiciones estructurales de la profesión policial en concordancia con lo planteado por Engel (1977) desde el modelo Biopsicosocial, ampliando la comprensión de la interacción individual con determinantes ambientales.

Relación entre riesgos psicosociales y salud

Los resultados muestran una relación positiva entre los riesgos psicosociales, la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático, lo que indica que una exposición a condiciones laborales adversas se asocia con mayores niveles de activación emocional y malestar psicológico. Por otro lado, muestran una relación negativa entre los riesgos psicosociales, el bienestar psicológico y la salud física, dando a entender que la exposición a condiciones adversas también puede influir en la percepción de bienestar y en la experiencia de salud física de los agentes.

El siguiente esquema sintetiza las relaciones entre las variables de riesgos psicosociales y la salud en policías municipales.

Figura 10. *Esquema conceptual de riesgos psicosociales y salud en policías municipales*



Nota: Figura de elaboración propia.

Este modelo sitúa los riesgos psicosociales (de la función y organización) dentro del contexto organizacional del trabajo, formando el entorno laboral que puede activar procesos psicológicos como respuesta de adaptación al estrés. Las asociaciones identificadas entre variables mantienen la dirección teórica planteada por los modelos de estrés laboral y salud ocupacional. La integración multidimensional del proceso salud-trabajo contiene dimensiones organizacionales, psicológicas y físicas del bienestar, lo que permite comprender la salud policial desde una perspectiva biopsicosocial (Engel, 1977).

Capítulo VII. Conclusiones

Esta investigación tuvo como objetivo explicar la relación entre los riesgos psicosociales del trabajo policial, la salud mental y la salud física de policías municipales de Ciudad Juárez. Los resultados obtenidos permitieron concluir que los riesgos psicosociales asociados a la función policial se relacionan de manera significativa con distintas dimensiones de la salud de las y los agentes, evidenciando que el contexto laboral en el que se desarrolla la actividad policial constituye un factor relevante para comprender el impacto de la profesión en la salud del personal operativo.

No obstante, uno de los hallazgos más significativos de esta investigación radica en que, a pesar de que los riesgos psicosociales de la labor policial mostraron relaciones consistentes con variables como ansiedad, depresión, estrés postraumático, bienestar psicológico y salud física autorreferida, los niveles de sintomatología clínica observados en la muestra se mantuvieron en rangos considerablemente bajos en comparación con lo reportado en diversas investigaciones previas en la misma población. Este resultado abre una línea de reflexión particularmente relevante: el costo de la salud al dedicarse a la profesión policial, que no necesariamente se expresa en la presencia de trastornos psicológicos clínicos, sino que puede manifestarse en formas más sutiles de malestar emocional, reducción del bienestar o cambios en la percepción de la salud física.

En este contexto, la investigación adquiere un valor particular al haberse desarrollado de manera simultánea con la implementación de un proceso institucional orientado a la salud mental policial. Durante el periodo en que se llevó a cabo el doctorado, se diseñó e implementó un modelo institucional de atención psicológica para policías desde una unidad

especializada de salud mental, en la que se estableció una política pública que elevó a nivel de reglamento la obligatoriedad del monitoreo de la salud mental de las y los agentes como requisito de permanencia, y el desarrollo de un modelo de atención secuencial rotativo acompañado de un algoritmo de seguimiento sistemático para la evaluación periódica del estado de salud mental del personal operativo.

Este proceso institucional, que puede considerarse pionero en el contexto policial mexicano, permitió trasladar el conocimiento científico generado durante la formación doctoral hacia la construcción de un modelo operativo de atención a la salud mental policial. Desde esta perspectiva, es posible considerar que los niveles relativamente bajos de depresión, ansiedad y estrés postraumático observados en el estudio podrían estar vinculados con la implementación temprana de estrategias institucionales de prevención del desgaste ocupacional y con el acompañamiento psicológico del personal policial.

Esta investigación no se limitó a ofrecer un panorama empírico sobre el binomio de variables salud-riesgo en la labor policial, sino que demostró que la construcción de conocimiento científico debe ser el pilar sobre el que se originen políticas públicas y modelos de intervención institucional como trajes a medida. Ante ello, el fenómeno analizado dentro de la corporación municipal de Ciudad Juárez sirve como referente de cómo una institución puede generar procesos de innovación para la mejora del bienestar integral del personal operativo.

A la par, los resultados exponen una brecha crítica del marco normativo mexicano, en específico, en la NOM-035-STPS-2018. Que si bien la norma ya representa un avance puntual de reconocimiento de factores de riesgo psicosocial en México, su estructura

generalista muestra insuficiencia para atender particularidades en profesiones de alto riesgo como la policial. La mayoría de los factores contenidos en la norma que se clasifican como riesgos, en realidad, son componentes intrínsecos de la actividad operativa del día a día. Esto evidencia la urgencia de transitar hacia marcos regulatorios más contextualizados que asuman la naturaleza excepcional de ocupaciones de alto impacto que comprometen la salud de quienes se dedican a ella absorbiendo de forma silenciosa las repercusiones generadas por el entorno.

Por encima de una crítica a la legislación actual, esta investigación busca visibilizar los vacíos existentes para producir esquemas normativos más sensibles hacia la presión operativa, el riesgo constante y los entornos de violencia, en los cuales las y los agentes de policía salen de su casa hacia su trabajo con la única certeza que la incertidumbre les permite de tal vez no regresar a ella; frente a este escenario es imperativa la apertura de una línea de discusión y análisis que amplíe enfoques distintos; es decir, que la normativa evolucione.

A pesar de las aportaciones realizadas, es primordial interpretar estas conclusiones bajo la lupa de sus propias limitaciones metodológicas:

1. Naturaleza del diseño: al emplear un estudio de corte transversal, los resultados permiten identificar asociaciones estadísticamente significativas, pero limitan la posibilidad del establecimiento de causalidad entre las variables analizadas y la determinación de la dirección temporal entre las mismas.

2. Sesgos de recolección: la utilización de instrumentos de autorreporte incluye la tendencia de sesgos tales como deseabilidad social o subjetividad relacionada a la percepción individual de las y los agentes evaluados.

3. Validez externa: Dado que los datos se desprenden de una institución específica, la extrapolación de resultados a otras corporaciones debe realizarse con reserva, respetando el sistema organizacional y el contexto específico de cada cuerpo policial.

Cierre y prospectiva del estudio

Finalmente, la investigación no agota el fenómeno; por el contrario, abre una ruta crítica para indagaciones futuras. Resulta necesario avanzar hacia el diseño de estudios longitudinales que aporten una comprensión profunda del fenómeno estudiado y que logren capturar la trayectoria del desgaste ocupacional a lo largo de la carrera policial. Asimismo, el plan científico debe priorizar la medición objetiva del impacto de las intervenciones institucionales en salud mental y la sofisticación de constructos teóricos que respondan con una mayor precisión a las particularidades de las profesiones de alto riesgo. Estas consideraciones son esenciales para robustecer la evidencia del binomio salud-trabajo en el contexto policial.

En conclusión, de forma notable se reveló en esta investigación que incluso en entornos donde la incidencia de trastornos psicológicos clínicos parece contenida, se sugiere una afectación de calidad de vida que no debe desestimarse.

Por último, esta tesis trasciende el aporte meramente teórico al proponer una ruptura en la mirada tradicional sobre el cuidado del personal operativo. Al colocar el bienestar de las y los agentes de policía como eje central, se sientan las bases para la construcción de corporaciones policíacas más sensibles y humanas que reconozcan la vulnerabilidad de quienes patrullan, validando que el servicio a la comunidad comienza con el cuidado integral de la persona que dedica su vida a esta profesión, más allá del uniforme.

Referencias documentales

- Achim, A. (2018). Particularities of occupational health and safety management in the police environment. *Proceedings of the International Conference on Business Excellence*, 12(1), 1-9. https://www.researchgate.net/publication/325803724_Particularities_of_occupational_health_and_safety_management_in_the_police_environment
- Alemán, M. (2014). *Qué es la salud física*. Vivir Mejor. <https://www.vivirmejor.org/que-es-salud-fisica>
- Allen, K., Safi, A., y Deb, S. K. (2023). An exploration into the impact that shift work has on the nutritional behaviors of UK police officers. *British Journal of Nutrition*, 130(2), 284-293. doi:10.1017/S0007114522002999
- American Psychological Association. (s.f). *Stress*. <https://www.apa.org/topics/stress/>
- Arteaga Botello, N. (2000). Padecimiento y enfermedad en la policía: un estudio de caso. *El Cotidiano*, 17(103), 82-89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32510308>
- Astrup, A., Dyerberg, J., Selleck, M., Stender, S (2008). Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases. *Obesity Reviews*, 9(1), 48-52. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2007.00438.x.
- Atienza, P. (11 de diciembre de 2021). *Factores psicosociales de protección frente a la depresión en agentes de policía*. Club de Ciencias Forenses. <https://evidentiauniversity.com/blogs/es/clubforenses/factores-psicosociales-de-proteccion-frente-a-la-depresion-en-agentes-de-policia-club-de-ciencias-forenses/>
- Ayllón Ramos, M. E., y Quispe Arpasí, G. (2020). *Ansiedad y resiliencia en el personal policial del departamento de investigación criminal durante la pandemia por el COVID 19*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/60333>
- Bakker, A. B. y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29, 107-115. DOI:<http://dx.doi.org/10.5093/tr2013a16>
- Bakker, A. B. y Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22 (3), 309- 328. DOI 10.1108/02683940710733115
- Bakker, A. B., Demerouti, E. y Schaufeli, W. B. (2003). Dual processes at work in a call centre: An application of the job demands–resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12 (4), 393-417. DOI: 10.1080/13594320344000165
- Balcazar, O. (2022). Panorama de salud mental Secretaría de Seguridad pública municipal. CESABI. [Archivos internos].
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. DOI:[10.1037/0003-066X.37.2.122](https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122)
- Bandura, A. (1995) *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Editorial Desclee de Brouwer.
- Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. Universidad de la República.

- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*, 119(5), 175-179.
https://altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf
- Boyce, S. (2006). Police Officer under stress. <https://www.cji.edu/wp-content/uploads/2019/04/policeofficersunderstress.pdf>
- Brufao, C. (1994). Una aproximación a las enfermedades profesionales del policía. *Cuadernos de Trabajo Social*, 7, 251-263.
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS9494110251A/8483>
- Butler, J., y Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profilier: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1-48. DOI:10.5502/ijw.v6i3.1
- Camacho Gómez, O., Pedroza Cabrera, F. J., Navarro Contreras, G., De la Roca Chiapas, J. M. y Fulgencio Juárez, M. (2024). Modelo transaccional del estrés y estilos de afrontamiento en investigación psicológica del estrés: Análisis crítico. *UARICHA*, 22, 42-53. <https://doi.org/10.35830/kcgm5244>
- Campbell, J. y Henderson, D. (2016). Occupational Stress: Preventing Suffering, Enhancing Wellbeing. *International journal of environmental research and public health*, 13(459), 1-11. DOI:10.3390/ijerph13050459
- Campos Cuzco, J. A. (2020). Análisis de la relación del nivel de riesgo ergonómico y el sedentarismo con la morbilidad músculo-esquelética del personal administrativo de la policía nacional del ecuador del distrito del cantón cayambe. *Universidad de las Américas*, 1- 70. <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/12888/1/UDLA-EC-TLFI-2020-21.pdf>
- Cano, K. (7 de abril de 2022). Requiere Ciudad Juárez atender la salud mental de sus policías. *Circuito Frontera*. <https://circuitofrontera.com/2022/04/07/requiere-ciudad-juarez-atender-la-salud-mental-de-sus-policias/>
- Cannon, W. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. D. Appleton and Company. <https://www.gutenberg.org/cache/epub/73932/pg73932-images.html>
- Carmona, B. (16 de mayo de 2022). Policías de Ciudad Juárez inician evaluación de salud mental. *La verdad*. <https://laverdadjuarez.com/2022/05/16/policias-de-ciudad-juarez-inician-evaluacion-de-salud-mental/>
- Carmona, Y., Solís, E., Barranca, A., Bautista, J., Mora, A. (2020). Situación del estado nutricional de los miembros de la Policía Federal de la región Veracruz, a través del programa Nutrición y orientación alimentaria CESS. *Rev Mex Med Forense*, 5, 32-37. <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmfs-2020/mmfs204g.pdf>
- Castro Bejarano, Y. R., Orjuela Gómez, M. A., Lozano Ariza, C. A., Avendaño Prieto, B. L. y Vargas Espinoza, N. M. (2012). Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 8 (1), 53 - 71. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67923973004>
- Castro Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 43-72.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419066004>
- Chaves, C., Ballesteros-Valdés, R., Madridejos, E. y Charles-Leija, H. (2023). PERMA-Profilier for the Evaluation of well-being: Adaptation and Validation in a Sample of University Students and Employees in the Mexican Educational Context. *Applied Research Quality Life* 18, 1225–1247. <https://doi.org/10.1007/s11482-022-10132-1>

- Chiang, M., Gómez, N. y Sigoña, M. (2013). Factores psicosociales, stress y su relación con el desempeño: comparación entre centros de salud. *Salud de los Trabajadores*, 21(2), 111-128. <https://www.redalyc.org/pdf/3758/375839307002.pdf>
- CNN (21 de noviembre de 2011) Los trastornos del sueño afectan el trabajo de los agentes de policía. *CNN en México* <https://cnnespanol.cnn.com/2011/12/21/los-trastornos-del-sueno-afectan-el-trabajo-de-los-agentes-de-policia/#:~:text=Aquellos%20con%20trastornos%20del%20sue%C3%B1o%20ten%C3%ADan%2051%25%20m%C3%A1s,los%20oficiales%20que%20no%20reportaron%20trastornos%20del%20sue%C3%B1o.>
- Confederación de Empresarios de Málaga. (2013). *Prevención de Riesgos Psicosociales en el Trabajo*. <http://publicaciones.srt.gob.ar/Publicaciones%20Ext/1204.pdf>
- Da Silva R., Matos, C., Valdivia, B., Cascaes, F. y Barbosa, P. (2013). Revisión sistemática acerca de la actividad física y de la salud de policías. *Revista Med*, 21(1), 75-85. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562013000100008&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562013000100008&lng=en&tlng=es)
- De Franco, M. F., y Vera Solórzano, J. L. (2020). Paradigmas, enfoques y métodos de investigación: análisis teórico. *Mundo Recursivo*, 3(1), 1-24. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8474590>
- Delgado Pérez, J. D. (2009). Evaluación de riesgos psicosociales de la policía local en la costa occidental de la provincia de Huelva. *Revista digital de salud y seguridad en el trabajo*, 2, 1-18. http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4847/evaluacion_riesgos_psicosociales_policia_local.pdf?sequence=2
- Diener, E. y Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 91-406. <https://doi.org/10.1177/008124630903900402>
- Dirección General de Informática y Comunicaciones (s.f.) *Secretaría de Seguridad Pública Municipal*. <https://www.juarez.gob.mx/dependencia/18/#:~:text=Establecer%20y%20preservar%20el%20orden,aplicaci%C3%B3n%20de%20tecnolog%C3%ADas%20en%20coordinaci%C3%B3n>
- Drew, J. M., y Williamson, H. (2024). Trauma, Critical Incidents, Organizational and Operational Stressors: The Relationship Between Harms and Psychological Outcomes for Police. *Police Quarterly*, 0(0), 1 - 26. <https://doi.org/10.1177/10986111241275048>
- Durón, R., Cárdenas, G., Castro, J., y Rosa, A. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta de investigación psicológica*, 9(1), 26-36. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.03>
- Dunham, R. G. y Alpert, G. P. (2015). *Critical Issues in Policing: Contemporary Readings*. Waveland Press, Inc. https://books.google.com.mx/books?id=nqW3BgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- El Diario (13 de septiembre de 2022). Llevan foro de salud mental ‘Cuidándome bien para estar mejor’ a policías. *El Diario de Juárez*. <https://diario.mx/juarez/llevan-foro-de-salud-mental-cuidandome-bien-para-estar-mejor-a-policias-20220913-1971768.html>

- El Diario de Juárez. (11 de octubre de 2023). Enseñan a municipales a combatir el estrés para dar un mejor servicio. *El Diario de Juárez*. <https://diario.mx/juarez/2023/oct/11/ensenan-a-municipales-a-combatir-el-estres-para-dar-un-mejor-servicio-972464.html>
- El Diario de Juárez. (05 de diciembre de 2023). Instruyen a municipales sobre la depresión. *El Diario de Juárez*. <https://diario.mx/juarez/2023/dec/05/instruyen-a-municipales-sobre-la-depresion-981791.html>
- El Heraldo de Juárez. (19 de septiembre de 2024). Asisten agentes de la SSPM y Seguridad Vial a foro de salud mental "Priorizando mi cuidado". *El Heraldo de Juárez*. <https://www.elheraldodejuarez.com.mx/local/juarez/asisten-agentes-de-la-sspm-y-seguridad-vial-a-foro-de-salud-mental-priorizando-mi-cuidado-12581054.html>
- Engel, G. (1977). La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. *Revista ciencia*, 196 (4282), 129-136. <https://artegeneroderecho.com/wp-content/uploads/2020/08/engel-1977-la-necesidad-por-un-nuevo-modelo.pdf>
- Fernández, J.A., Fernández, E. y Siegrist, J. (2005). El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo “Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa-DER”. *Rev Calidad Asistencial*, 20(3), 165-170. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74743-2](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74743-2)
- Fontes de Gracia, S., García Gallego, C. Garriga Trillo, A.J., Pérez Llantada Rueda, M.C. Sarriá Sánchez, E. (2001): Diseños de investigación en psicología. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. [file:///C:/Users/psico/Downloads/Esquema síntesis de VV.AA._Diseños_de_investigacion_en_Psicologia-libre.pdf](file:///C:/Users/psico/Downloads/Esquema%20síntesis%20de%20VV.AA._Diseños_de_investigacion_en_Psicologia-libre.pdf)
- Fuentes, D. (22 de enero de 2013). Policía de Ciudad Juárez va contra agentes ... gordos. *El universal*. <https://archivo.eluniversal.com.mx/primera/41274.html>
- Gallardo Pedrajas M.F. (2017). Resiliencia en la policía local. Estrés crónico, sus consecuencias somáticas y psicológicas. *Encuentros en psicología*. 46-52. COPAO. https://copao.com/wp-content/uploads/2017/05/copao.devf6_es_old_dmdocuments_encuentros042.pdf#page=46
- García, J. (05 de diciembre de 2023). Realiza SSPM conferencias sobre depresión, ansiedad y estrés para Policías Municipales. *Garciamaro*. <https://garciamaro.com.mx/realiza-sspm-conferencias-sobre-depresion-ansiedad-y-estres-para-policias-municipales/>
- García, T. (2015). El estrés policial. *Seguridad y salud en el trabajo*, 84, 15-26. <https://www.diba.cat/documents/467843/58064690/el-estres-policial-en-revista-insht-84-oct-2015.pdf/4da81d38-9a65-46f9-9bdf-3d5b76a31f7f>
- García Viniegras, C., y González Benitez, I. (2000). Las categorías de bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 16(6), p. 586-592). <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v16n6/mgi10600.pdf>
- Gobierno de México. (2022). *Veinte principales causas de enfermedad en Chihuahua*. Gobierno de México. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2021/principales/estatal_institucion/chi_h.pdf
- Gobierno Municipal 2021-2024 (s.f.). *5to informe Tercer informe Administración 2018-2021*. Gobierno Municipal. <https://www.juarez.gob.mx/5to-informe-Version-Final/>
- Gobierno municipal. (2024). Policías Municipales conviven con sus hijos en el encuentro “Conectando Generaciones”. *Gobierno municipal*.

- <https://juarez.gob.mx/noticia/20518/polic-as-municipales-conviven-con-sus-hijos-en-el-encuentro-conectando-generaciones>
- González, D., Reséndiz, A. y Reyes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud mental*, 38(4), 237-244. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.033>
- Gullon, P. y Longstaff, L. (2024). The prevalence of depression, anxiety, stress and their relationship to length of service in the UK police force. *The Police Journal*, 97(1), 131-149. DOI: <https://doi.org/10.1177/0032258X221140>
- Hartley, T., Burchfiel, C., Fekedulegn, D., Andrew, M. y Violanti, J. (2011). Health Disparities in Police Officers: Comparisons to the U.S. General Population. *Int J Emerg Ment Health*, 13(4): 211–220. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22900455/>
- He, N., Zhao, J., y Archbold, C. A. (2002). Gender and police stress: The convergent and divergent impact of work environment, work-family conflict, and stress coping mechanisms of female and male police officers. *Emerald*, 25(4), 687-708. https://www.researchgate.net/publication/230814729_Gender_and_police_stress_The_convergent_and_divergent_impact_of_work_environment_work-family_conflict_and_stress_coping_mechanisms_of_female_and_male_police_officers
- Huerta Franco, M. R., Vargas Luna, M., Tienda, P., Delgadillo Holtfort, I., Balleza Ordaz, M. y Flores Hernandez, C. (2013). Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract. *World J Gastrointest Pathophysiol*, 4(4), 108-118. doi:10.4291/wjgp.v4.i4.108.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied psychology: Health and wellbeing*, 1 (2), 137–164. doi:10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x
- Husain, W. (2019). Depression, Anxiety, and Stress Among Urban and Rural Police Officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 35, 443 - 447. <https://doi.org/10.1007/s11896-019-09358-x>
- Husain, W., Sajjad, R. y Rehman, A. (2014). Depression, anxiety and stress among female and male police officers. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 13(1), 3-14. https://www.researchgate.net/publication/275582982_DEPRESSION_ANXIETY_AND_STRESS_AMONG_FEMALE_AND_MALE_POLICE_OFFICERS
- Hyemin, J., Valencia, S., Rodríguez C., Preciado, L. y Soltero, R. (2013). Ambiente laboral violento y salud mental en los policías de la zona metropolitana de Guadalajara. *Waxapa*, 1(8), 31-48. <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2013/wax138c.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017) *ENECAP 2017 Encuesta Nacional de Estándares y Capacitación Profesional Policial*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enecap/2017/doc/enecap2017_presentacion_ejecutiva.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017) *ENECAP 2017 Encuesta Nacional de Estándares y Capacitación Profesional Policial Chihuahua*. INEGI. https://inegi.org.mx/contenidos/programas/enecap/2017/doc/enecap_2017_Chihuahua.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021) *En números. Documentos de análisis y estadísticos*. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvini/egi/productos/nueva_estruc/889463901884.pdf

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f). *Indicadores de bienestar por entidad federativa*. INEGI <https://www.inegi.org.mx/app/bienestar/#grafica>
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. (s.f). *Riesgos psicosociales*. Instituto sindical de trabajo, ambiente y salud. <https://istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/riesgos-psicosociales#more-in-section>
- Jayawickreme, E., Forgeard, M.J.C. y Seligman, M.E.P. (2012). The Engine of Well-Being. *Review of General Psychology*, 16 (4), 327- 342. DOI: 10.1037/a0027990.
- Jimenez Coronado, M. A. (2022). *Validación de la escala PERMA- Profiler en población mexicana: Un estudio psicométrico*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000834079>
- Kang, K. y Lan Bang, H. (2023). Subgroups of depressive symptoms in Korean police officers: A latent class analysis. *Preventive Medicine Reports* 35, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102350>
- Kantowitz, H. B., Roediger III, L. H., y Elmes, G. D. (2001). *Psicología Experimental*. Cengage Learning.
- Karasek, R. (1998). El modelo de demandas/control: Enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos en Sauter, S.L., Murphy, L. R., Hurrell, J.J. y Levi, L. (Ed.), *Factores psicosociales y de organización* (tercera edición., pp. 34.1- 34.87). Oficina Internacional del Trabajo y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España en materia de publicaciones.
- Keyes, C.L.M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (2), 207-222. <http://www.jstor.org/stable/3090197>
- Khaw, D. y Kern, M. (2015). *A cross-cultural comparison of the PERMA model of well-being*. Undergraduate Journal of Psychology at Berkeley, 1-22. https://www.peggykern.org/uploads/5/6/6/7/56678211/khaw_kern_2015_-_a_cross-cultural_comparison_of_the_perma_model_of_well-being.pdf
- Kuhn, T. S. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas* (F. M. Torner, Trad.). Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1962)
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción manejo e implicaciones en nuestra salud*. Editorial Desclee de Brouwer.
- Lazarus, R y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer Publishing Company.
- Lima Castro, S., Peña Contreras, E.K., Cedillo Quishpe, C. y Cabrera Vélez, M. (2017). Adaptación del perfil PERMA en una muestra ecuatoriana. *Eureka*, 14(1), 69 - 83 <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-905751>
- Lipp, M. E. N., Costa, K. R. S. N. y Nunes, V. O. (2017). Estresse, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais: Sintomas mais frequentes. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 17(1), 46-53. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572017000100006
- Loera, M. (16 de septiembre de 2018). *Dan a conocer el estado psicológico y social de los policías en Jalisco*. Universidad de Guadalajara. <https://www.cucs.udg.mx/noticias/archivos-de-noticias/dan-conocer-el-estado-psicologico-y-social-de-los-policias-en-jalisco>
- López Governado, M., y López Governado, C. J. (2018). Estrés en las Unidades de Intervención Policial. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 64(250), 104-105.

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000100104&lng=es&tlng=es.
- López Núñez, M. I. y Rubio Valdehita, S. (2014). Relación entre Salud Percibida y Riesgo Psicosocial en una muestra de Policías locales. *Avances en Psicología Clínica*, 620-630. https://www.researchgate.net/profile/Susana-Valdehita/publication/311354446_RELACION_ENTRE_SALUD_PERCIBIDA_Y_RIESGO_PSICOSOCIAL_EN_UNA_MUESTRA_DE_POLICIAS_LOCALES/links/5842a75108ae61f75dd31f7e/RELACION-ENTRE-SALUD-PERCIBIDA-Y-RIESGO-PSICOSOCIAL-EN-UNA-MUESTRA-DE-POLICIAS-LOCALES.pdf
- Loubet, J. J. (1994). Policía, sociedad y los nuevos problemas de relación. *Cuadernos de trabajo social*, 7, 299-305. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS9494110299A/8490>
- Louro Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48-51. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&tlng=es.
- Martínez Arias, R., y De puellas casenave, C. (2010). Exigencia emocional de trabajo en las unidades de intervención policial. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 91-128. <https://masterforense.com/pdf/2010/2010art6.pdf>
- McCoy, S. y Aamodt, M. (2010). A Comparison of Law Enforcement Divorce Rate with Those of Other Occupations. *Journal de Police and Crime Psychology*, 25(1), 1-16. <https://www.deepdyve.com/lp/springer-journals/a-comparison-of-law-enforcement-divorce-rates-with-those-of-other-2iOQd8ZBAz>.
- Miller, L. (2004). Good Cop – Bad Cop: Problem Officers, Law Enforcement Culture, and Strategies for Success. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 19(2), 30-48. DOI:10.1007/BF02813871
- Morales, M. (2016). Del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial: El desafío pendiente para la fisioterapia en el dolor musculoesquelético crónico. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud*, 3(2), 97-101. https://www.researchgate.net/publication/321362953_Del_Modelo_Biomedico_al_Modelo_Biopsicosocial_El_desafio_pendiente_para_la_fisioterapia_en_el_dolor_musculoesqueletico_cronico
- Muñoz, Ch. S. y Paolinelli, G. P. (2005). Reacciones del hueso frente al estrés: Estudio radiológico. *Revista chilena de radiología*, 11(2), 81-90. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082005000200007>
- National Alliance on Mental illness. (s.f). *Law enforcement*. NAMI <https://www.nami.org/Advocacy/Crisis-Intervention/Law-Enforcement>
- Ndumwa, H.P., Njiro, B.J., Francis, J.M., Kawala, T., Msenga, C.J., Matola, E., Honda, J. Corbin, H., Ubuguyu, O. y Likindikoki, S. (2023). Prevalence and factors associated with potential substance use disorders among police officers in urban Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 23, (175), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04663-6>
- Núñez, M. I. (2011). Diseños de investigación en Psicología. <http://hdl.handle.net/2445/20322>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (s.f). La organización del trabajo y los riesgos psicosociales: una mirada de género. <https://www.studocu.com/co/document/corporacion-de-estudios-tecnologicos-del-norte-del-valle/responsabilidad-social-empresarial/wcms-227402-n-a/31258662>

- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2016). Prevención de riesgos psicosociales y estrés laboral. *Boletín Internacional de Investigación Sindical*, 8(1-2), 11-39. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@actra_v/documents/publication/wcms_553931.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre de 2024). *La salud mental en el trabajo*. OMS <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Oswaldo, J. (28 de mayo de 2014). Diagnostican diabetes a decenas de policías en Juárez. *La Opción de Chihuahua*. <https://laopcion.com.mx/noticias/diagnostican-diabetes-a-decenas-de-policias-en-juarez-20140528-42506.html>
- Periódico Oficial del Estado. (2 de abril de 2011). *Reglamento del sistema municipal de Seguridad Pública del municipio de Juárez*. <https://www.juarez.gob.mx/2015cf/transparencia/docs.php?file=11995326>
- Picón, M. G., Fernández De, C. M., Magro, P. M. y Inciarte, A. (2005). Cuando la Universidad va a la Escuela. *Revista de Pedagogía*, 28(82), 313-316. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922007000200007&lng=es&tlng=es.
- Plan Estratégico de Juárez, A.C., (2024). Informe Así Estamos Juárez 2024. <https://planjuarez.org/wp-content/uploads/2024/05/AEJ2024-CUAERNILLO.pdf>
- Polo, F., Guimarães, V. y Megon, F. (2015). Prevalência de Transtorno Mental e Comportamental em Polícias Militares/SC, em Licença para Tratamento de Saúde. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 35(3), 824–840. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002242013>.
- Rahe, R. H., Meyer, M., Smith, M., Kjaer, G. y Holmes, T.H. (1964). Social stress and illness onset. *Journal of Psychosomatic Research*, 8, 35-44. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(64\)90020-0](https://doi.org/10.1016/0022-3999(64)90020-0)
- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en psicología*, 23(1), 9-17. DOI:[10.33539/avpsicol.2015.v23n1.167](https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n1.167)
- Restrepo Riaza, W., Pérez Toro, W. F., Bedoya Giraldo, H., Alonso Espinal, M. A. y Giraldo Jiménez, F. H. (1994). Policía y sociedad. *Estudios Políticos*, (5), 27-43. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/3369>
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión Mexicana del inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Revista mexicana de psicología*, 18(2), 211-218. https://www.researchgate.net/publication/283150414_The_Mexican_version_of_Beck_Anxiety_Inventory_Psychometric_properties
- Romero, E., Young, J. y Salado Castillo, R. (2019). Fisiología del Estrés y su Integración al Sistema Nervioso y Endocrino. *Rev Méd Cient*, 61-70. https://www.researchgate.net/publication/341325902_PHYSIOLOGY_OF_STRESS_AND_ITS_INTEGRATION_TO_THE_NERVOUS_AND_ENDOCRINE_SYSTEMS
- Romo Cabrera, A. y Castañeda, M. E. (2024). Mapa del terreno epistemológico: De los paradigmas de investigación tradicionales a las tendencias epistemológicas contemporáneas. *Revista Ja Triada*, 1(1), 25-48. DOI:<https://doi.org/10.59722/riic.v1i1.667>

- Sanchez, M. (15 de marzo de 2022). Con manual buscan garantizar atención a salud mental de policías. *Puente Libre*. http://puentelibre.mx/noticia/manual_atencion_salud_mental_policias_ciudad_juarez_regidores_2022/
- Santa Maria, A., Wörfel, F., Wolter, C., Gusy, B., Rotter, M., Stark, S., Kleiber, D. y Renneberg, B. (2018). The Role of Job Demands and Job Resources in the Development of Emotional Exhaustion, Depression, and Anxiety Among Police Officers. *Police Quarterly*, 21(1), 109-134. <https://doi.org/10.1177/1098611117743957>
- Secretaría de Salud. (04 de noviembre de 2018). *Trastornos mentales afectan a 15 millones de mexicanos*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/421-trastornos-mentales-afectan-a-15-millones-de-mexicanos>
- Secretaría de Salud. (2022). *2do Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>
- Secretaría de Salud. (2022). *Programa Sectorial de Salud del Estado de Chihuahua 2022 - 2027*. Gobierno del Estado de Chihuahua. https://portalair.chihuahua.gob.mx/media/archivos/96353_05.-SS-Entrega-Final_actualizado141022.pdf
- Secretaría del Trabajo y Previsión social. Norma Oficial Mexicana NOM 035. <https://www.gob.mx/stps/articulos/norma-oficial-mexicana-nom-035-stps-2018-factores-de-riesgo-psicosocial-en-el-trabajo-identificacion-analisis-y-prevencion>
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (06 de julio de 2020). *El Modelo Nacional de Policía y Justicia Cívica*. <https://www.gob.mx/sesnsp/articulos/modelo-nacional-de-policia-y-justicia-civica-238637#:~:text=El%20MNPJC%20es%20una%20pol%C3%ADtica,de%20los%20delitos%2C%20disminuir%20la>
- Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 1-3. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466>
- Selye, H. (1956) *La tensión en la vida (el estrés)*. Compañía General Fabril Editora.
- Senado de la República. (2014). *Estrategia Nacional de Seguridad Pública*. https://comisiones.senado.gob.mx/seguridad_publica/docs/SP/ESPR.pdf
- Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- SSA, INSP, GISAMAC, UNICEF. (2023). Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana 2023. México.
- Suárez De Garay, M.E. (2016). *Los policías: una averiguación antropológica*. ITESO. <https://rei.iteso.mx/items/f06b3f66-0060-4f30-b711-56bbb6c1ce88>
- Superintendencia de riesgos del trabajo. (2022). Factores y riesgos psicosociales del trabajo. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Argentina. http://publicaciones.srt.gob.ar/Publicaciones/2022/guia_factores_y_riesgos_psicosociales_2.pdf
- Synergy Health Programs. (13 de septiembre de 2021). *Police suicide prevention*. <https://synergyhealthprograms.com/police-suicide-prevention/>

- Universidad Nacional Autónoma de México. (13 de noviembre de 2021). En aumento, los casos de diabetes en México, Boletín UNAM- DGCS-966. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2021_966.html
- Vega Malagón, G., Ávila Morales, J., Vega Malagón, A.J., Camacho Calderón, N., Becerril Santos, A. y Leo Amador, G. E. (2014). Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo. *European Scientific Journal*, 10(15), 523-528. <https://core.ac.uk/reader/236413540>
- Veloz Serrade, J. y Lorenzo Ruiz, A. (2014). La somatización: desde una mirada psicosocial a los estudios de la personalidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(4), 1443-1465. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num4/Vol19No4Art14.pdf>
- Violanti, J., Burchfiel, A., Dorn, J., Hartley, T., Miller, D., (2006). Posttraumatic Stress Symptoms and Subclinical Cardiovascular Disease in Police Officers. *International Journal of Stress Management. American Psychological Association*, 13(4), 541- 554. DOI: 10.1037/10725245.13.4.541
- Vinaccia Alpi, S. y Quiceno Sierra, J. M. (2006). Salud Y Enfermedad Desde El Modelo Mágico Al Bio-Psico-Social De La Psicología De La Salud. *El Ágora USB*, 6(2), 165–174. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=864f0900-bdff-4804-adf6-93f1b4bc1502%40redis>
- Wernersbach Pinto, L., Bastos Figueiredo, A. E. y Ramos de Souza, E. (2013). Sofrimento psíquico em policiais civis do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 633-644. <https://www.scielo.br/j/csc/a/MgkjVYq6nWCRHgY7hW5qQvf/abstract/?lang=pt>
- Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., Jeppesen, H.J. y Siegrist, J. (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scand J Caring Sci*. 20(1), 26-34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16489957/>
- Yucra Quispe, T. y Bernedo Villalta, L. Z. (2020). Epistemología e Investigación Cuantitativa. *Igobernanza*. 3(12). 107 - 120. <https://doi.org/10.47865/igob.vol3.2020.88>
- Zúniga, M., Carrillo, G. T., Fos, P. J. y Gandek, B. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México*, 41(2), 110 - 118. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10641205.pdf>

Anexos

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

Carta de Consentimiento Informado para participar en el estudio

“Riesgos psicosociales y efectos en la salud mental y física de agentes de policía en zonas con alto índice de problemáticas sociales”

FOLIO: _____

Yo, **Victoria Barraza Echeverría**, estudiante del Doctorado en Psicología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, le invita a participar en el estudio **“Riesgos psicosociales y efectos en la salud mental y física de agentes de policía en zonas con alto índice de problemáticas sociales”** que tiene como objetivo generar conocimiento que pueda aplicarse al diseño o mejora de programas de intervención psicosocial que contribuyan al mejoramiento de la salud emocional de los/as agentes de policía.

La información que Usted proporcione nos permitirá desarrollar diversas formas de intervención psicosocial con el fin de apoyarle a Usted y a personas en su misma condición.

Su participación consiste en responder un conjunto de encuestas y preguntas que identifican aspectos y consecuencias derivadas de su ocupación laboral: riesgos a los que se enfrenta en el ejercicio de su trabajo, riesgos derivados al interior de la Institución en la que labora, las consecuencias en su bienestar emocional, psicológico y de salud física.

Es posible que alguna/s de las respuestas puedan generarle sentimientos de angustia. Si fuese el caso, usted dispone de servicios de apoyo psicológico proporcionados gratuitamente por parte mía, o por la investigadora responsable del proyecto (Dra. María Nieves González Valles), u otro miembro del grupo de terapeutas del Doctorado en Psicología.

Todo lo que comparta será estrictamente confidencial, en ningún momento se le solicitarán datos que le hagan identificable, sus respuestas solo tienen fines de investigación y los resultados serán compartidos con la comunidad en espacios de investigación, guardado en todo momento el anonimato de las fuentes.

Su participación es voluntaria y le llevará aproximadamente dos horas. Sin embargo, usted puede dejar de responder las preguntas en el momento que lo decida, sin que exista consecuencia alguna para Usted o su familia.

En caso de que tenga alguna duda, puede comunicarse con la responsable de esta investigación, la Dra. María Nieves González Valles mgonzale@uacj.mx al celular +52 656 626 5433

He leído y comprendido los compromisos y las responsabilidades del estudio y es mi deseo libre el participar en el mismo.

Firma _____

Lugar _____

Fecha _____

Dra. María Nieves González Valles
Investigadora responsable

Victoria Barraza Echeverría
Investigadora Doctorante

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez, Presidente y Secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos gperaza@uacj.mx y fany.solis@uacj.mx

Anexo 2. Instrumentos de investigación

a) Cuestionario de Riesgos Psicosociales y Salud de Agentes de Policía

Autoría: Victoria Barraza-Echeverría y María Nieves González-Valles (2024)

CUESTIONARIO DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y SALUD EN AGENTES DE POLICÍA

Agradecemos su colaboración en este cuestionario. Su participación es muy importante, por favor, responda a las siguientes preguntas de manera honesta.

SECCIÓN A DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

INSTRUCCIONES: *Escriba o seleccione la información solicitada.*

1. Edad		2. Sexo	1. Hombre	0. Mujer	0. Otro
3. Estado civil	1. Soltero/a	2. Casado/a	3. Unión libre	4. Divorciado/a	5. Viudo/a
4. Distrito		5. Años de antigüedad		6. Puesto actual	
7. Lugar de nacimiento (ej.: Ciudad Juárez, Chihuahua)					
8. Religión	1. Católica	2. Cristiana	3. Ninguna	4. Otra	
9. Grado de estudios	1. Secundaria incompleta	3. Preparatoria incompleta	5. Técnico profesional	7. Universidad incompleta	9. Maestría
	2. Secundaria completa	4. Preparatoria completa	6. Técnico profesional incompleta	8. Universidad completa	10. Doctorado
10. ¿Tiene hijos/as?	1. Si	2. No	11. ¿Cuántos/as?		

12. Durante el último año ¿Cuántas parejas estables ha tenido con las que haya procreado o no hijos/as?

1. Ninguna 2. Una 3. Dos 4. Tres 5. Cuatro o más

SECCIÓN B RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA FUNCIÓN

INSTRUCCIONES: *Seleccione la respuesta que se parezca más a su situación.*

13. ¿Con qué frecuencia se encuentra expuesto/a a situaciones de violencia en su trabajo?

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes

4. Ocasionalmente 5. Nunca

14. *¿Con qué frecuencia se encuentra expuesto/a a situaciones sumamente estresantes como realizar operativos, atender peleas o detenciones?*

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes

4. Ocasionalmente 5. Nunca

15. *¿Con qué frecuencia se encuentra expuesto/a a accidentes en el cumplimiento de su trabajo?*

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes

4. Ocasionalmente 5. Nunca

16. *¿Con qué frecuencia se encuentra expuesto/a a recibir agresiones al realizar su trabajo?*

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes

4. Ocasionalmente 5. Nunca

17. *¿Con qué frecuencia ha recibido amenazas derivadas de su trabajo?*

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes

4. Ocasionalmente 5. Nunca

18. *¿Con qué frecuencia ha estado expuesto/a al sufrimiento ajeno?*

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes

4. Ocasionalmente 5. Nunca

19. *¿Con qué frecuencia ha experimentado afectaciones por exposición al sufrimiento ajeno?*

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes

4. Ocasionalmente 5. Nunca

20. *¿Con qué frecuencia ha tenido pensamientos recurrentes sobre la posibilidad de morir?*

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes

4. Ocasionalmente 5. Nunca

21. *¿Con qué frecuencia ha estado en riesgo real de muerte?*

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes

4. Ocasionalmente 5. Nunca

22. *¿Las condiciones de clima extremo (calor, frío, lluvia y vientos) han hecho que el esfuerzo para realizar su trabajo sea mayor?*

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes

4. Ocasionalmente 5. Nunca

SECCIÓN C RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ORGANIZACIÓN

INSTRUCCIONES: *Seleccione la respuesta que se parezca más a su situación.*

23. *¿Considera que su puesto laboral tiene un exceso de actividades?*

1. Si 2. A veces 3. No

24. *¿Considera que el salario que recibe por realizar su trabajo es adecuado?*

1. Si 2. A veces 3. No

25. *¿Considera que la jornada laboral es extensa?*

1. Si 2. A veces 3. No

26. *¿Con qué frecuencia trabaja más horas de las establecidas en su turno?*

1. Todos los días 2. Algunas veces a la semana 3. Algunas veces al mes
4. Ocasionalmente 5. Nunca

27. *¿Se siente satisfecho/a con la actividad laboral que realiza?*

1. Si 2. A veces 3. No

28. *¿Considera que su profesión le ha ayudado a mejorar en su vida?*

1. Si 2. A veces 3. No

29. *¿Considera que ha recibido apoyo organizacional al interior de la institución?*

1. Si 2. A veces 3. No

30. *¿Considera que tiene escaso control sobre el proceso de trabajo?*

1. Si 2. A veces 3. No

31. *¿Considera que el equipo de trabajo para realizar su labor es insuficiente?*

1. Si 2. A veces 3. No

32. *¿Considera que ha tenido pocas o nulas compensaciones por el trabajo que realiza?*

1. Si 2. A veces 3. No

33. *¿Tiene poca claridad al realizar sus actividades?*

1. Si 2. A veces 3. No

34. *¿Su trabajo requiere un alto nivel de esfuerzo mental y de concentración?*

1. Si 2. A veces 3. No

35. *¿Se le dificulta hacer planes porque no sabe cuáles días trabajará y cuáles no?*

1. Si 2. A veces 3. No

36. *¿Considera que portar el arma de cargo fuera de servicio aumenta su seguridad?*

1. Si 2. A veces 3. No

37. *¿Considera que tener el arma a la mano facilita que se quite la vida?*

1. Si 2. A veces 3. No

38. *¿Se siente orgulloso/a al portar su uniforme?*

1. Si 2. A veces 3. No

39. *Fuera de su horario de trabajo, ¿Considera que sigue comportándose como policía?*

1. Si 2. A veces 3. No

SECCIÓN D AFECTACIONES DE SALUD MENTAL

INSTRUCCIONES: *Seleccione la respuesta con la que mejor se identifique.*

- **Afectaciones emocionales**

40. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha sentido desaliento o tristeza?

1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca
41. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿Se ha sentido infeliz?
1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca
42. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha estado irritable?
1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca
43. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha reaccionado agresivamente?
1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca
44. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha actuado impulsivamente?
1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca
45. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha ocultado emociones (ej. miedo, enojo, frustración, etc.) al atender peleas o detenciones?
1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca
46. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿Se ha sentido desgastado/a laboralmente, sin ánimo para continuar?
1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca
47. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha sentido frustración?
1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca
- **Afectaciones Sociales**
48. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿Se ha aislado de otros/as o inhibido a causa de su trabajo?
1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca
49. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿Se le ha dificultado conectar emocionalmente con otras personas?
1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca
50. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿Se le ha dificultado expresarse y relacionarse con otras personas?
1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca

51. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿Se ha mostrado indiferente y/o cínico/a como una forma de lidiar con el estrés laboral?

- | | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| 1. Siempre | 2. Casi Siempre | 3. Algunas Veces |
| 4. Casi Nunca | 5. Nunca | |

- **Afectaciones familiares**

52. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido conflictos conyugales?

- | | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| 1. Siempre | 2. Casi Siempre | 3. Algunas Veces |
| 4. Casi Nunca | 5. | |

Nunca

53. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿Se ha mostrado celoso/a o desconfiado/a con su pareja?

- | | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| 1. Siempre | 2. Casi Siempre | 3. Algunas Veces |
| 4. Casi Nunca | 5. Nunca | |

54. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿Con qué frecuencia convive con su familia?

- | | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| 1. Siempre | 2. Casi Siempre | 3. Algunas Veces |
| 4. Casi Nunca | 5. Nunca | |

55. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha estado distante o lejano con los miembros de su familia?

- | | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| 1. Siempre | 2. Casi Siempre | 3. Algunas Veces |
| 4. Casi Nunca | 5. Nunca | |

56. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha recibido amenazas dirigidas a miembros de su familia?

- | | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| 1. Siempre | 2. Casi Siempre | 3. Algunas Veces |
| 4. Casi Nunca | 5. | |

Nunca

57. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido episodios de violencia doméstica?

- | | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| 1. Siempre | 2. Casi Siempre | 3. Algunas Veces |
| 4. Casi Nunca | 5. Nunca | |

SECCIÓN E CONDICIONES DE SALUD FÍSICA

INSTRUCCIONES: Seleccione la respuesta con la que mejor se identifique.

- **Alteraciones de sueño**

58. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido insomnio?

- | | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| 1. Siempre | 2. Casi Siempre | 3. Algunas Veces |
| 4. Casi Nunca | 5. Nunca | |

59. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido pesadillas?

- | | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| 1. Siempre | 2. Casi Siempre | 3. Algunas Veces |
| 4. Casi Nunca | 5. Nunca | |

- **Problemas metabólicos**

60. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido cambios en su peso corporal? (aumento o disminución).

1. Si, he aumentado de peso 2. Si, he perdido peso 3. Ninguna

61. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido obesidad?

1. Si 2. No

62. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido obesidad mórbida? (más de 40kg de su peso normal)

1. Si 2. No

63. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido problemas estomacales como diarrea?

1. Si 2. No

64. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido problemas estomacales como Estreñimiento?

1. Si 2. No

65. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido problemas estomacales como gastritis?

1. Si 2. No

66. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido problemas estomacales como colitis?

1. Si 2. No

67. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido falta de apetito?

1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca

68. ¿Cómo describe sus hábitos alimenticios?

1. Muy malos 2. Malos 3. Regulares 4. Buenos 5. Muy buenos

- **Problemas cardiovasculares**

69. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido altos niveles de colesterol?

1. Si 2. No

70. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido problemas cardiovasculares como latidos irregulares?

1. Si 2. No

71. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido problemas cardiovasculares como hipotensión (Presión arterial baja)?

1. Si 2. No

72. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido problemas cardiovasculares como ataques cardíacos?

1. Si 2. No

73. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido problemas cardiovasculares como hipertensión arterial (presión alta)?

1. Si 2. No

- **Enfermedades crónico-degenerativas**

74. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido diabetes?

1. Si 2. No

75. En los **ÚLTIMOS SEIS (6) MESES** ¿ha tenido cáncer?

1. Si 2. No

- Problemas musculoesqueléticos

76. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido cansancio y agotamiento físico debido a su trabajo?

1. Siempre 2. Casi Siempre 3. Algunas Veces
4. Casi Nunca 5. Nunca

77. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido dolores de cabeza?

1. Si 2. No

78. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido dolores de cuello?

1. Si 2. No

79. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido dolores de espalda?

1. Si 2. No

80. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ;ha tenido dolores de columna?

1. Si 2. No

81. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido dolores de rodillas?

1. Si 2. No

82. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido daños o lesiones físicas?

1. Si 2. No

83. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido lesiones físicas por el peso del equipo de cargo?

1. Si ☐ 2. No ☐

84. ¿Cómo describe sus hábitos de actividad y ejercicio físico?

1. Muy malos 2. Malos 3. Regulares 4. Buenos 5. Muy buenos

- **Problemas respiratorios**

85. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas respiratorios como resfriados?

1. Si 2. No

86. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas respiratorios como bronquitis?

1. Si 2. No

87. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas respiratorios como asma?

1. Si 2. No

88. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas respiratorios como alergias?

1. Si 2. No

89. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas respiratorios como sinusitis?

1. Si

2. No

• **Problemas dermatológicos**

90. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas dermatológicos como acné?

1. Si

2. No

91. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas dermatológicos como alopecia?

1. Si

2. No

92. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas dermatológicos como manchas en la piel?

1. Si

2. No

93. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas dermatológicos como vitiligo?

1. Si

2. No

94. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas dermatológicos como hongos en la piel?

1. Si

2. No

• **Problemas de visión y audición**

95. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas de visión?

1. Siempre

2. Casi Siempre

3. Algunas Veces

4. Casi Nunca

5. Nunca

96. En los ÚLTIMOS SEIS (6) MESES ¿ha tenido problemas de audición?

1. Siempre

2. Casi Siempre

3. Algunas Veces

4. Casi Nunca

5. Nunca

• **Consumo de sustancias**

97. ¿Fuma?

1. Si

2. No

98. ¿Con qué frecuencia fuma a la semana?

1. 1 o 2 Veces por semana

2. 3 o 4 Veces por semana

3. Todos los días

4. No fumo

99. Aproximadamente ¿Cuántos cigarros consume por día?

100. Aproximadamente ¿Cuántos cigarros consume por semana?

101. ¿Consume bebidas alcohólicas?

1. Si

2. No

102. ¿Con qué frecuencia consume alcohol a la semana?

1. 1 o 2 Veces por semana

2. 3 o 4 Veces por semana

3. Todos los días

4. No consumo alcohol

103. Aproximadamente ¿Cuánto alcohol consume por día? (unidades: Vaso, lata, botella) _____

104. Aproximadamente ¿Cuánto alcohol consume por semana? (unidades: Vaso, lata, botella)

SECCIÓN K Hábitos Alimenticios

INSTRUCCIONES: Seleccione la respuesta con la que mejor se identifique.

226. ¿Cuáles de las siguientes comidas acostumbra a hacer diariamente?

1. Desayuno

2. Comida

3. Cena

Alimentos	1. Ningun día	2. 1 vez por semana	3. 2 a 3 veces por semana	4. Todos los días
227. Bebidas energizantes (Monster, Volt, Red Bull, etc.)				
228. Pan, cereales, arroz, maíz, trigo, avena, quinoa, etc.				
229. Frutas y verduras				
230. Carnes rojas (res, cerdo), carne blanca (pollo, pescado)				
231. Leche, yogurt, queso, huevo				
232. Leguminosas: frijoles, lentejas, soya, habas, etc.)				
233. Postres, dulces, pan dulce, refrescos, barras energéticas, etc.				
234. Embutidos (salchichas, jamón, chorizo, tocino, etc.)				
235. Snacks y/o aperitivos (Papas fritas, nachos, galletas, banderillas, etc.)				
236. Comida rápida (Pizza, hamburguesa, nuggets, maruchan, burritos, gorditas, tacos, etc.)				

INSTRUCCIONES: Marque de donde provienen los alimentos que consume diariamente:

Comidas	1. Comida de la calle	2. Comida casera
237. Desayuno		
238. Comida		
239. Cena		

240. ¿Cantidad de agua que bebe en total en un día?

1. 1 a 2 vasos de agua 2. Medio litro de agua 3. 1 litro de agua 4. Más de 1 litro de agua

b) Inventario de Ansiedad (BAI)

Beck et al. (1988) en su versión validada por Robles et al. (2001) para México

A continuación, vas a ver una lista de síntomas comunes de ansiedad.

Por favor, lee atentamente cada ítem de la lista, e indica en qué medida consideras que te ha afectado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

Coloca una X en el espacio correspondiente de las columnas que hay al lado de cada síntoma.

	En absoluto	Levemente	Modera- damente	Severament e
1. Entumecimiento u hormigueo				
2. Sensación de calor o escalofríos				
3. Temblor en las piernas				
4. Incapacidad para relajarse				
5. Miedo a que ocurra lo peor				
6. Vértigo o mareo				
7. Palpitaciones o taquicardia				
8. Sensación de inestabilidad				
9. Terror				
10. Nervios				
11. Sensaciones de ahogo o atragantamiento				
12. Temblor de manos				
13. Miedo a perder el control o volverse loco				
14. Dificultades para respirar o asfixia				
15. Miedo a morir				
16. Pánico				

17. Náuseas o molestias abdominales				
18. Indigestión o molestias gástricas				
19. Sensación de desmayo				
20. Rubor en la cara				
21. Sudor (no debido al calor)				

c) Inventario de Depresión (BDI-II)

Beck, Steer, y Brown (1996), y adaptado a población mexicana por González et al. (2015)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:.....

Sexo..... Ocupación

Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. **Sentimientos de Castigo**
 0 No siento que esté siendo castigado
 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
 2 Espero ser castigado.
 3 Siento que estoy siendo castigado.
7. **Disconformidad con uno mismo.**
 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 1 He perdido la confianza en mí mismo.
 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
 3 No me gusta a mí mismo.
8. **Autocrítica**
 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. **Pensamientos o Deseos Suicidas**
 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 2 Querría matarme
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. **Llanto**
 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11. **Agitación**
 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. **Pérdida de Interés**
 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 3 Me es difícil interesarme por algo.
13. **Indecisión**
 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. **Desvalorización**
 0 No siento que yo no sea valioso
 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 3 Siento que no valgo nada.
15. **Pérdida de Energía**
 0 Tengo tanta energía como siempre.
 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. **Cambios en los Hábitos de Sueño**
 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2ª Duermo mucho más que lo habitual.
 2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3ª. Duermo la mayor parte del día

- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
- 17. Irritabilidad**
- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.
- 18. Cambios en el Apetito**
- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.
- 19. Dificultad de Concentración**
- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
- 20. Cansancio o Fatiga**
- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
- 21. Pérdida de Interés en el Sexo**
- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

d) Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5)

Validada en población mexicana por Durón-Figueroa et al. (2019).

Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema **durante el pasado mes.**

<i>Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:</i>	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremadamente</i>
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (<i>como si estuviera reviviéndola</i>)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4

5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (<i>por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración</i>)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (<i>por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones</i>)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (<i>por ejemplo, tener pensamientos como: ¿soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso</i>)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas (<i>por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted</i>)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

e) PERMA Profiler

Kern, M. L. y Butler, J. (2016), adaptado a población mexicana por Chaves *et al* (2023).

#	Question	Response Anchors	
1	In general, to what extent do you lead a purposeful and meaningful life? En general, ¿en qué medida lleva usted una vida con propósito y significado?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Ninguna, 10 = Completamente	M1
2	How much of the time do you feel you are making progress towards accomplishing your goals? ¿Qué parte del tiempo siente que está avanzando hacia el logro de sus metas?	0 = never, 10 = always 0 = nada, 10 = todo	A1
3	How often do you become absorbed in what you are doing? ¿Con qué frecuencia se siente usted absorbido/a en lo que está haciendo?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	E1
4	In general, how would you say your health is? En general ¿Cómo diría usted que es su salud?	0 = terrible, 10 = excellent 0 = pésima, 10 = excelente	H1
5	In general, how often do you feel joyful? En general, ¿con qué frecuencia se siente alegre?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	P1
6	To what extent do you receive help and support from others when you need it? ¿En qué medida recibe usted ayuda y apoyo de otras personas cuando lo necesita?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	R1
7	In general, how often do you feel anxious? En general, ¿qué tan seguido se siente ansioso/a?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	N1
8	How often do you achieve the important goals you have set for yourself? ¿Con qué frecuencia alcanza metas importantes que se ha propuesto para sí mismo/a?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	A2

9	In general, to what extent do you feel that what you do in your life is valuable and worthwhile? En general, ¿en qué medida siente que lo que hace en su vida es valioso y vale la pena?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	M2
10	In general, how often do you feel positive? En general, ¿con qué frecuencia se siente positivo/a?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	P2
11	In general, to what extent do you feel excited and interested in things? En general, ¿en qué medida se siente usted entusiasmado/a e interesado/a en las cosas?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	E2
12	How lonely do you feel in your daily life? ¿Cuán solo/a se siente en su vida diaria?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	
13	How satisfied are you with your current physical health? ¿Qué tan satisfecho/a está usted con su salud física actual?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	H2
14	In general, how often do you feel angry? En general, ¿qué tan seguido se siente enojado/a?	0 = never, 10 = always 0 = nunca, 10 = siempre	N2
15	To what extent have you been feeling loved? ¿En qué medida se siente usted querido/a?	0 = not at all, 10 = completely 0 = Nada, 10 = completamente	R2

f) Cuestionario de Salud SF-36

Zúniga et al. (1999)

Anexo
ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

La Encuesta del Estado de Salud SF-36 para su uso en México se puede reproducir con permiso del Health Assessment Lab, New England Medical Center, 750 Washington Street, NEMC #345, Boston, MA, 02111. Derechos Reservados © Health Assessment Lab. El permiso para el uso de la Encuesta puede ser solicitado al primer autor de este artículo.

Instrucciones: esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales.

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es:
Escala de respuesta: Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala?
2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?
Escala de respuesta: Mucho mejor ahora que hace un año. Algo mejor ahora que hace un año. Más o menos igual ahora que hace un año. Algo peor ahora que hace un año. Mucho peor ahora que hace un año.
3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?
Escala de respuesta: Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita en absoluto.

Opciones de pregunta:

- a. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.
 - b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o beisbol.
 - c. Levantar o llevar las compras del mercado.
 - d. Subir varios pisos por la escalera.
 - e. Subir un piso por la escalera.
 - f. Doblar, arrodillarse o agacharse.
 - g. Caminar más de diez cuadras.
 - h. Caminar varias cuadras.
 - i. Caminar una cuadra.
 - j. Bañarse o vestirse.
4. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?
Escala de respuesta: Sí, No

Opciones de pregunta:

- a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.
 - b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.
 - c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.
 - d. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo).
5. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?
Escala de respuesta: Sí, No

Opciones de pregunta:

- a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.
 - b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.
 - c. Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.
6. Durante el último mes, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?
Escala de respuesta: Nada. Un poco. Más o menos. Mucho. Demasiado.
 7. ¿Cuanto dolor físico ha tenido usted durante el último mes?
Escala de respuesta: Ningún dolor. Muy poco. Poco. Moderado. Severo. Muy severo.
 8. Durante el último mes, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?
Escala de respuesta: Nada. Un poco. Más o menos. Mucho. Demasiado.
 9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante el último mes
Escala de respuesta: Siempre. Casi siempre. Muchas veces. Algunas veces. Casi nunca. Nunca.

Opciones de pregunta:

- a. Se ha sentido lleno de vida?
 - b. Se ha sentido muy nervioso?
 - c. Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarle?
 - d. Se ha sentido tranquilo y sosegado?
 - e. Ha tenido mucha energía?
 - f. Se ha sentido desanimado y triste?
 - g. Se ha sentido agotado?
 - h. Se ha sentido feliz?
 - i. Se ha sentido cansado?
10. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?
Escala de respuesta: Siempre. Casi siempre. Algunas veces. Casi nunca. Nunca.
 11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?
Escala de respuesta: Definitivamente cierta. Cierta. No sé. Falsa. Definitivamente falsa.

Opciones de pregunta:

- a. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.
- b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.
- c. Creo que mi salud va a empeorar.
- d. Mi salud es excelente.

Anexo 3 Certificación internacional en ética en investigación

Completion Date 28-Feb-2023
Expiration Date 28-Feb-2026
Record ID 54614266

This is to certify that:

Victoria Barraza

Has completed the following CITI Program course:

Human Subjects Research
(Curriculum Group)
Social Behavioral Researchers
(Course Learner Group)
1 - Basic
(Stage)

Not valid for renewal of
certification through CME.

Under requirements set by:

University of Texas at El Paso

CITI
Collaborative Institutional Training Initiative

101 NE 3rd Avenue, Suite 320
Fort Lauderdale, FL 33301 US
www.citiprogram.org

Verify at www.citiprogram.org/verify/?w36465f1d-6f17-4830-b116-3de0edba682f-54614266

Anexo 4 Dictamen de aprobación del Comité de Ética en la Investigación



Resolución CEI-2023-1-919

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 25 de mayo de 2023

Victoria Barraza Echeverría
Dra. María Nieves González Valles
Presente.

El Comité de Ética en la Investigación (CEI), después de recibir el protocolo de investigación CEI-2023-1-69, denominado "Riesgos psicosociales y efectos en la salud mental y física de agentes de policía en zonas con alto índice de problemáticas sociales", resolvió:

Dictamen favorable

Atentamente
"Por una vida científica
Por una ciencia vital"



Dra. Gwendolyne Peraza Mercado
Presidente del Comité de Ética en la
Investigación



Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez
Secretaria del Comité de Ética
en la Investigación

c.c.p. Archivo.

Anexo 5 Permisos Institucionales

 **CIUDAD JUÁREZ**



Cd. Juárez, Chihuahua, a 11 de abril de 2023
Asunto: Aceptación de investigación y retribución social

Atención a **Comité Académico CA-DPS**

Dr. Alberto Castro Valles
Coordinador del Doctorado en Psicología UACJ-SNP-CONACYT
Dra. María Nieves González Valles, Directora de Tesis
Presentes.-

Por este medio, en atención a la solicitud con fecha de 3 de abril de 2023, se comunica que la corporación policiaca a mi cargo, acepta realizar procesos de investigación para tesis doctoral, en materia de **salud mental**, por la estudiante **Victoria Barraza Echeverría**, con matrícula 229149, quien se encuentra inscrita en el Doctorado de Psicología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez reconocido por el Sistema Nacional de Posgrado del CONACYT, durante el período establecido en su cronograma de proyecto doctoral de mayo de 2023 a diciembre 2024; observando en todo momento los lineamientos éticos y reglamentos institucionales, con el compromiso de generar acciones de entrega de resultados y retribución social.

Sin otro particular, agradezco de antemano las atenciones otorgadas a la presente y su pronta respuesta mediante oficio de aceptación, quedando de usted.

Atentamente



DR. CÉSAR OMAR MUÑOZ MORALES
SECRETARIO DE SEGURIDAD PÚBLICA MUNICIPAL

Cpp. Archivo

 **doctorado en
PSICOLOGÍA**
Recibido 29/05/23