

**Caracterización del Perfil de Rasgos de Burnout y Factores de Riesgo en Agentes de la Policía
Nacional de Colombia**

Maria Isabel Echeverri Vargas y Paula Meritxell Robayo Garzón

Psicología

Universidad Piloto de Colombia

Tutor:

Carlos Garavito

2025

Tabla de contenido

Introducción.....	3
CAPÍTULO I.....	5
Marco teórico.....	5
Salud mental.....	5
Bienestar.....	13
Enfermedad.....	19
Enfermedad mental.....	21
Trastorno mental.....	26
Burnout.....	29
Factores de riesgos laborales.....	39
Intervención y prevención.....	40
MARCO DE ANTECEDENTES.....	41
INTERNACIONAL.....	41
NACIONAL.....	42
LOCAL.....	42
Planteamiento del problema.....	43
Pregunta Problema.....	47
Justificación.....	47
CAPÍTULO II Aplicación y Desarrollo.....	48
Objetivos.....	48
Objetivo General.....	48
Objetivos Específicos.....	48
MARCO METODOLÓGICO.....	48
Población, muestra y muestreo.....	49
Instrumento para recolección de datos.....	50
CAPÍTULO III Resultados.....	57
Percepción de Riesgo Operativo.....	57
Burnout en Colombia.....	58
Burnout personal.....	60
Burnout relacionado con el trabajo.....	61
Burnout en relación con el cliente.....	62
Discusión y Conclusiones.....	63
Bibliografía.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Bases etiopatogénicas de los trastornos psíquicos	26
Tabla 2. Síntomas del Síndrome del Burnout.....	38
Tabla 3. Delitos con denuncia, nivel Colombia.....	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo demanda control-apoyo social, Karasek y Johnson, 1986.....	32
Figura 2. Modelo de exigencias psicológicas-control. Karasek 1979.....	33
Figura 3. Mapa de riesgo por factores de violencia	57
Figura 4. Niveles de burnout en Colombia	59
Figura 5. Mapa de calor de los niveles de Burnout personal por departamento.....	59
Figura 6. Mapa de calor de los niveles de Burnout relacionado con el trabajo.....	60
Figura 6. Mapa de calor de los niveles de Burnout relacionado con el cliente.....	61

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – Página 1	54
Anexo B. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – Página 2.....	55
Anexo C. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – Página 3	56

Caracterización del Perfil de Rasgos de Burnout y Factores de Riesgo, por medio del MBI (Maslach Burnout Inventory) en uniformados de la Policía Nacional de Colombia

Introducción

La presente investigación tuvo como objetivo caracterizar el perfil de rasgos de burnout en agentes de la Policía Nacional de Colombia, considerando los riesgos psicosociales asociados al ejercicio de sus funciones. La relevancia del estudio radica en la limitada producción científica centrada en el personal de seguridad pública, pese a las altas exigencias psicológicas, emocionales y laborales a las que se encuentran expuestos de manera permanente.

Se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, con diseño descriptivo, observacional, analítico, de corte transversal y naturaleza prospectiva. La muestra estuvo conformada por agentes activos de la Policía Nacional de Colombia pertenecientes a diferentes departamentos del país. Para la recolección de información se empleó el Copenhagen Burnout Inventory (CBI), instrumento que evalúa tres dimensiones del síndrome: agotamiento personal, agotamiento relacionado con el trabajo y agotamiento relacionado con el cliente.

Los resultados evidenciaron que la mayoría de los participantes se ubicó en niveles bajos y medios de burnout. Sin embargo, se identificaron puntuaciones medio-altas en algunos grupos, las cuales representan un factor de riesgo para la salud mental y el desempeño laboral de los uniformados. Los mayores niveles de agotamiento personal y agotamiento relacionado con el trabajo se encontraron en la Metropolitana de Sucre. Asimismo, departamentos como Antioquia y Valle del Cauca presentaron mayores niveles de agotamiento personal, mientras que Chocó, Guaviare, Putumayo y Bogotá registraron puntuaciones elevadas en dimensiones relacionadas con el desgaste derivado de la interacción y prestación del servicio a la ciudadanía. Por otra parte, departamentos como Bolívar, Boyacá, Caquetá, Caldas, Casanare, Huila y Santander evidenciaron niveles bajos en las dimensiones evaluadas.

Se concluye que, aunque la mayoría de los agentes evaluados no presenta niveles elevados de burnout, existen grupos con indicadores que sugieren vulnerabilidad frente al síndrome. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer estrategias institucionales

orientadas a la promoción de la salud mental, la identificación temprana de factores de riesgo y el desarrollo de programas de prevención e intervención que contribuyan al bienestar de los agentes policiales y al fortalecimiento de la calidad del servicio prestado a la ciudadanía.

Palabras clave: burnout, salud mental, agentes de policía, riesgos psicosociales, agotamiento laboral, bienestar psicológico.

Abstract

The present study aimed to characterize the burnout profile of officers of the Colombian National Police, considering the occupational demands and psychosocial risks inherent to their professional duties. The relevance of this study lies in the limited scientific evidence regarding burnout syndrome among Colombian public security personnel, despite their constant exposure to highly demanding emotional, social, and organizational situations.

A quantitative approach was employed using a descriptive, observational, analytical, cross-sectional, and prospective design. The sample consisted of active officers from different departments of the Colombian National Police. Data were collected using the Copenhagen Burnout Inventory (CBI), an instrument designed to assess three dimensions of burnout: personal burnout, work-related burnout, and client-related burnout.

The results showed that most participants were classified within low to moderate levels of burnout. However, moderate-to-high scores were identified among certain groups of officers, suggesting the presence of risk factors associated with occupational exhaustion. The highest levels of personal burnout and work-related burnout were found among officers from the Sucre Metropolitan Police Department. Likewise, officers from Antioquia and Valle del Cauca reported higher levels of personal burnout, while Chocó, Guaviare, Putumayo, and Bogotá presented elevated scores in client-related burnout. In contrast, departments such as Bolívar, Boyacá, Caquetá, Caldas, Casanare, Huila, and Santander exhibited low levels across all three burnout dimensions assessed.

It is concluded that although most of the evaluated officers presented low to moderate levels of burnout, some groups showed greater vulnerability to the syndrome, particularly in contexts characterized by high occupational and psychosocial demands. These findings highlight

the importance of strengthening institutional strategies aimed at promoting mental health, preventing occupational burnout, and implementing early intervention programs to enhance police officers' well-being and contribute to the quality of service provided to the community.

Keywords: burnout, National Police, mental health, psychosocial risks, occupational exhaustion, psychological well-being.

CAPÍTULO I

Marco teórico

Salud mental

En el marco de la conferencia Alma-Ata, realizada en Kazajistán del 6 al 12 de septiembre de 1978 se “*considera la necesidad de una acción de carácter urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud, de desarrollo y de la comunidad para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo*” (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS), *hace la siguiente declaración:* La conferencia reitera que la salud, es un estado de bienestar multidimensional entre lo físico, mental, y social y no se encasilla simplemente en la ausencia de afecciones o enfermedades, teniendo en cuenta que es un derecho fundamental y que el logro más alto de tener en cuenta para la salud exige la intervención no solo de la misma, sino también de sectores sociales y económicos. En segundo lugar, la desigualdad existente en el estado de salud es política, social y económicamente inaceptable y por lo tanto debería ser motivo de preocupación común entre los diferentes estados, así mismo, el pueblo tiene el derecho y deber de participar tanto individual como colectivamente en la búsqueda, planificación y aplicación de su propia atención de la salud. Siendo así, los gobiernos tienen y deben cumplir con la obligación de cuidar la salud de su pueblo, mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, teniendo como objetivo que todos los pueblos del mundo alcanzarán en el año 2000 un nivel de atención en salud que les permita llevar una vida social y económica productiva.

Además, la conferencia Alma-Ata también declara que la atención primaria de salud es un determinante importante, ya que forma parte del sistema nacional de salud, del que se

constituye una función central, como el desarrollo social y económico de la comunidad. De esta manera representa, el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible de la comunidad la atención de salud, por ende, la atención primaria de salud:

1. Es un reflejo y consecuencia de las condiciones económicas y de las características culturales del país y su pueblo, basándose en los resultados de investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud que acumulan experiencia en materia de salud pública;
2. Así como también, orienta hacia los principales problemas de salud en la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención y tratamiento para la misma.
3. Comprende la educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y promoción.
4. Fomenta la participación, no solo del sector sanitario, sino también de todos los sectores y campos de actividad anexos a la comunidad; como la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda y otros sectores que se coordinan de todos los esfuerzos de los anteriores;
5. Exigiendo así, un grado máximo de autorresponsabilidad y participación de la comunidad en el planteamiento, el orden, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, con el fin de sacar el mayor aprovechamiento de los recursos internacionales, nacionales y locales disponibles.

Esta conferencia, también toma en cuenta los gobiernos, pues estos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con el fin de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema de salud completo y coordinado. Siendo necesario ejercer la voluntad política, movilizandolos recursos con los que cuente el país y utilizarlos racionalmente. Teniendo en cuenta que, todos los países deben cooperar, siendo solidarios con los otros, con el fin de garantizar la atención primaria de salud a nivel global. (The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas, 2012)

Asimismo, es importante destacar la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI, la cual fue adoptada en París el 9 de octubre de 1998 en la sede de la UNESCO, la cual representó la más grande y variada congregación de personas realizada en esta década para tratar el tema de la visión y la acción para la transformación de la educación superior. Destacando así, la vigencia del derecho de todo ser humano a la educación, afirmando el principio que asegura que el merito tiene que ser la base del acceso y subraya que ninguna discriminación puede impedir que los ciudadanos tengan la posibilidad de recibir educación superior. El enfoque de esta declaración sobre la educación superior y el desarrollo sostenible abarca contemplaciones que indirectamente están vinculadas con la salud mental.

Uno de estos pilares, es el acceso equitativo a la educación, el cual promueve el desarrollo académico y profesional, caracterizandolo con un impacto positivo al ofrecer bienestar emocional de los estudiantes, pues, al ofrecer oportunidades educativas a personas en diversos contextos, contribuye también a la creación de un sentido de pertenencia en sí mismo, reforzando el autoestima y disminuyendo riesgos de afecciones mentales. (Declaración Mundial sobre la Educación Superior, UNESCO, 1998)

También, la declaración hace énfasis en la calidad de la educación, siendo un aspecto importante ya que promueve la creación de entornos de aprendizaje que no discriminan, es decir, son inclusivos, priorizando el desarrollo integral de los estudiantes, implicando no solamente su conocimiento sino también su bienestar emocional. Teniendo en cuenta que los entornos educativos que valoran la diversidad, la igualdad y el apoyo ayudan a que los estudiantes se sientan apoyados y comprendidos. (Declaración Mundial sobre la Educación Superior, UNESCO, 1998)

Del mismo modo, se destaca la importancia de la investigación vinculada con el desarrollo dentro de la educación superior, lo que ayuda a abordar diferentes problemáticas; entre ellas, salud mental de los estudiantes, generando oportunidades para abrir nuevas oportunidades de realizar estudios que permitan una mejor comprensión de fenómenos psicológicos, factores de riesgo, prevalencia de trastornos mentales y las dinámicas que afectan el bienestar de los sujetos.

Siguiendo esta línea, se considera relevante mencionar la Declaración Europea de Salud Mental del 2005 celebrada en Helsinki el 12 al 15 de enero de 2005, reconociendo que la salud y

el bienestar mental son fundamentales para la calidad de vida y la productividad de un sujeto, así como también de las familias, la comunidad y los pueblos. Siendo este factor importante para desarrollar una vida plena y ser ciudadanos activos. Esta declaración afirma que su principal objetivo en materia de salud es mejorar el bienestar de las personas, teniendo en cuenta sus capacidades y los recursos con los que cuenta; también, reconoce que la promoción de salud mental, la prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los problemas de salud mental son una prioridad para la OMS.

Del mismo modo, la declaración hace referencia a las resoluciones que apoyan un programa de acción en materia de salud mental. Teniendo en cuenta la resolución EB109.R8, adoptada por el comité ejecutivo de la OMS en enero de 2002, apoyada por la resolución WH A 55.10, de Mayo de 2002, para hacer un llamamiento a los estados miembros de la OMS con el fin de que adopten las recomendaciones contenidas en el informe Mundial de la Salud de ese tiempo (2001) y establezcan políticas para la salud mental, programas, legislación basada en el conocimiento actual y las consideraciones a los derechos humanos, finalmente, también logren aumentar la inversión en salud mental en los propios países y en cooperación con otros.

Tanto en las resoluciones del Consejo de la Unión Europea como las resoluciones de la OMS iniciadas en el año 1975, se reconoce el papel fundamental de la promoción de salud mental y la relación que existe entre los problemas de salud mental y las diferentes problemáticas que puede presentar una comunidad, como la marginación social, el desempleo, la población sin hogar, los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias. Siendo así, un aspecto importante direccionar el alcance de la atención a la salud mental, la cual abarca puntos como la promoción del bienestar mental, la eliminación de los estigmas, la exclusión social, la prevención de los problemas de salud mental y la atención a las personas con estos problemas de salud, con el fin de proporcionar servicios integrales que son necesarios para la recuperación e inclusión en la sociedad de quienes han presentado problemas graves de salud mental. (Declaración Helsinki, 2005)

La declaración Europea de ese año priorizo ciertos aspectos teniendo en cuenta las experiencias compartidas y las características específicas de cada país, como resultado las prioridades presentadas fueron: concientizar la importancia del bienestar mental en diferentes

contextos, rechazar los estigmas junto con la discriminación, capacitar y apoyar a las personas con problemas de salud mental así como a sus familias, diseñar sistemas de salud eficientes que cubran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de estas problemáticas de salud mental. Encaminando también, sus prioridades a las acciones, promoviendo el bienestar mental de la población considerando el impacto de las políticas públicas sobre la salud mental, dando prioridad a los grupos vulnerables y demostrando la importancia que tiene la salud mental en la construcción de una sociedad, eliminar los estigmas y la discriminación, así como también garantizar los derechos humanos y la dignidad de las personas, desarrollar y establecer medidas para reducir las causas prevenibles de las enfermedades mentales y finalmente, evaluar la situación de salud mental y las necesidades de cada población para posibilitar un análisis de comparación nacional e internacional. (Declaración Helsinki, 2005)

Dado este marco, es esencial comprender el concepto de salud mental, analizando como es definida por diferentes organismos internacionales y nacionales a nivel Colombia. A continuación, se presentan las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia (CONPES), los cuales proporcionan una visión más amplia sobre salud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2022 define la SM como un estado de bienestar que permite a las personas afrontar los momentos de estrés de la vida, para desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar de la manera más adecuada para contribuir a su comunidad. Resaltando así que la salud mental no implica solamente la ausencia de trastornos, sino que se relaciona con la capacidad de tener y desarrollar habilidades, mantener relaciones saludables y participar de manera activa y útil en la comunidad que se encuentra. Así mismo, la OMS enfatiza el hecho de que “no hay salud sin salud mental” compartiendo el informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos: panorama general (2022) el cual da a entender que uno de los cambios más importantes para transformar la salud mental son los programas de promoción y prevención, enfatizando la importancia de la salud mental para el bienestar físico y la calidad de vida promoviendo un entorno adecuado para el bienestar emocional. Incluyendo la creación de políticas públicas, intervenciones tempranas y la

integración de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad como la educación, el trabajo y la comunidad.

Dentro de todo el marco anterior, la salud mental se entiende como un estado cambiante a lo largo de la vida, que es influenciado por factores individuales, sociales e incluso ambientales. Por lo que su promoción requiere un enfoque multidisciplinar que abarque tanto la intervención clínica, como la implementación de estrategias de prevención y la creación de condiciones que promuevan el bienestar psicológico desde una perspectiva individual y comunitaria.

En segundo lugar, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2022 comparte la definición de SM con la OMS, añadiendo que la salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales, caracterizada por ser un proceso que cada individuo experimenta de manera diferente, con varios grados de gravedad y varias pendientes de resultados. Refiriéndose así, a los determinantes de salud mental, los cuales se clasifican en determinantes individuales, sociales y estructurales. Enfatizando que la salud mental se caracteriza por ser un estado cambiante a lo largo del tiempo que dependen de factores internos y externos. Los factores internos, se caracterizan por los factores psicológicos y biológicos individuales, identificados como las habilidades para gestionar las emociones, el abuso de sustancias y entre otras. Siendo estos influyentes en el enfrentamiento del estrés y las adversidades que presenta un sujeto en su día a día. Por otra parte, los factores externos, que dependen de la exposición a contextos sociales, económicos y ambientales, como la pobreza, la desigualdad y la violencia, los cuales crean entornos adversos que aumentan el riesgo de desarrollar trastornos mentales. Así mismo, La OPS señala que la exposición directa y permanente a estas condiciones pueden afectar el equilibrio en la salud mental, destacando la necesidad de promover intervenciones que aborden factores individuales y contextuales para mejorar la manera en que se aborda el bienestar de una comunidad.

Del mismo modo, tanto la OPS como la OMS coinciden en que la salud mental es una construcción multidisciplinar que se debe comprender no solo desde el aspecto clínico, sino también desde un enfoque preventivo, que tenga en cuenta factores individuales y sociales que influyen en la vida cotidiana de las personas.

Por otra parte, el Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia (CONPES) expresa que la salud mental se relaciona con los comportamientos de los sujetos en contextos individuales y colectivos, Los cuales se adquieren mediante la interacción con la comunidad y el aprendizaje de recursos cognitivos, emocionales y mentales. lo que permite a las personas enfrentar los desafíos de su día a día. Siendo la salud mental no solo dependiente de factores internos, sino también del nivel de participación en la comunidad.

Dicho lo anterior, el CONPES se refiere a los problemas de salud mental, definiéndose como síntomas o conductas que pueden producir malestar emocional y trastornos mentales, delimitándolos a alteraciones significativas de tipo comportamental, cognitivo y/o emocional afectando en cómo el sujeto piensa, siente y actúa. Ahora bien, estas alteraciones indican la disminución del desempeño en sus roles cotidianos, causando deserción educativa, baja productividad, bajo rendimiento y enfermedades crónicas, todo esto, desencadenado por un bajo manejo del estrés y otros problemas emocionales.

Además, el CONPES también señala que el entorno laboral es un contexto con un escenario adverso para la salud mental, destacando factores de riesgo que afectan el bienestar físico y psicológico de los colaboradores, siendo estos factores la limitada comunicación entre compañeros, generando un ambiente laboral poco colaborativo, sumado a inseguridad laboral derivados de falta de oportunidades de crecimiento profesional, contratos inestables, entre otros, contribuyendo al desarrollo de estrés laboral. El CONPES también identifica una poca promoción profesional, carencia de elementos y exposición a contextos no seguros, lo que puede desencadenar en el profesional o colaborador un estrés laboral, siendo este un indicio de trastornos como la ansiedad, el burnout y la depresión. Ya que logran percibir su entorno como amenazante e inestable, afectando su rendimiento laboral y su bienestar emocional.

Otro aspecto señalado por el CONPES, son las largas jornadas laborales y altos tiempos de desplazamiento generan desequilibrios entre la vida personal del individuo y su vida laboral. Estos factores provocan una disminución del tiempo disponible para actividades personales, como el descanso, ocio, compartimiento con la familia, deporte, entre otros, incrementando así el

riesgo de agotamiento físico y emocional, generando también menor satisfacción con el trabajo y afectando su rendimiento.

Por lo tanto, se evidencia que el contexto laboral, el ambiente, la relación con sus compañeros y la comodidad dentro del labor son un papel fundamental para la salud mental de los individuos, y el reconocimiento de estos factores de riesgo por parte del CONPES resalta la necesidad de políticas que promuevan condiciones laborales saludables y equilibradas. Por otro lado, es importante comprender que la salud mental no se afecta solo por el contexto laboral, sino que también existen diferentes determinantes sociales de la salud, los cuales la OMS los definen como *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”*, conformado por la educación, el desempleo e inseguridad laboral, el desarrollo de la primera infancia, la vivienda y comodidades básicas y las condiciones del medio ambiente (WHA62.14, 2009) las cuales fueron actualizadas en el 2021, con la resolución WHA74.16 de la 74a Asamblea Mundial de la salud, en el cual se recalca que: En el 2008 la comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS establece un programa para el cambio basado en tres recomendaciones: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos; y finalmente, medir y comprender el problema así como evaluar sus efectos. Este programa se acompañaba de tres objetivos que deben alcanzarse para el año 2040: reducir la mitad de las tasas de mortalidad de adultos en todo el mundo, y lograr el 90% y el 95% de reducciones en la mortalidad infantil y materna. (OMS, 2023. p2). Referido a los puntos anteriores, se han logrado varios avances en relación a los objetivos sin embargo son insuficientes para alcanzar los objetivos de aquí a 2040, debido a la desigualdad que persiste en varios países, tanto entre ellos como internamente, y al porcentaje de mortalidad que no disminuye lo debido para el alcance de los objetivos. (Consejo Ejecutivo, 154a reunión).

Dicho lo anterior, es importante tener en cuenta diferentes factores, como; abordar la desigualdad económica e invertir en servicios que sean pro en la salud y el bienestar, en la cual se incluye proporcionar un nivel de financiación pública para la prestación de servicios en sectores de la salud, la educación, el transporte y otros servicios básicos para salvaguardar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Así mismo, también se destaca la financiación para el desarrollo de políticas que aborden estos determinantes sociales y no netamente la

problemática. También, tiene en cuenta el apoyo de la participación de la comunidad y la sociedad civil, teniendo como propósito incorporar la participación y el compromiso de la sociedad para los procesos normativos y la toma de decisiones para estos determinantes. Para finalmente, construir un sector de la salud que sea capaz de garantizar la equidad en el acceso basado en la participación activa, a través de la mejora del acceso continuo de servicio de salud física y mental, reforzando los sistemas orientados a la atención primaria y la capacitación de personal para hacer efectiva esta equidad. (OMS, 2023).

Por consiguiente es importante destacar que la salud mental es una base fundamental para el bienestar integral del ser humano, que afecta no solo a nivel individual sino también a sociedades en general, a partir de distintas búsquedas se destaca la importancia de una atención integral y multisectorial las cuales abordan determinantes individuales como también sociales de la salud mental. (OMS, 2022; OPS, 2022). Esta investigación ha dado a conocer como los factores sociales, económicos y ambientales juegan un papel crucial en las personas, asimismo se enfatiza la necesidad de promover políticas públicas que integren la promoción, prevención y tratamiento de la salud mental recalcando que no solo debe ser en el ámbito clínico sino también en contextos educativos laborales y comunitarios. (Declaración Alma-Ata, 1978)

Del mismo modo, el enfoque integral propuesto por distintas políticas resalta la urgencia de que los gobiernos y las instituciones nacionales e internacionales trabajen en conjunto para la creación de entornos que promuevan la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, equidad y desarrollo sostenible. Esté separado reafirma que la salud mental debe ser una prioridad en las agendas públicas siendo un pilar esencial para el desarrollo social y económico de las naciones. A partir de lo anterior se debe garantizar la salud mental, siendo esta un desafío global que requiere de intervenciones dadas por políticas inclusivas las cuales correspondan a las necesidades cambiantes de la sociedad.

Bienestar

Del mismo modo, el término “bienestar” ha sido un tema central en la filosofía, remontándose a Grecia, en el siglo IV A.C, es decir, a las orientaciones filosóficas hedonistas y la eudaimonia aristotélica. Teniendo en cuenta a Aristoteles, con su ética, nombrada como “ética de la felicidad” en la cual hace referencia a los elementos que le brindan sentido a la existencia,

como la autonomía, las relaciones positivas y la competencia. Sin embargo, también es considerada como el medio para alcanzar el bienestar, y el bienestar es entendido como el hecho que tiene el individuo para obtener la capacidad de ser feliz. Mientras tanto, Nietzsche creía que el hambre de poder se encontraba en todas las acciones del individuo y esto incluía la felicidad, siendo esto una concepción de bienestar (Vasquez y Hervás, 2009).

Siglos después, en el seno de una nueva organización, el 7 de abril de 1948 se constituyó la OMS, quien gestionó la salud desde la prevención, promoción e intervención de ámbito mundial. El objetivo de la OMS era lograr que todos los pueblos alcanzaran el nivel de salud más elevado posible, poniendo de relieve y definiendo la salud como algo más que la ausencia de afecciones o enfermedades (World Health Organization WHO, 1948). Siendo esto algo innovador debido a que la salud se percibía desde el modelo biomédico dejando de lado contextos socioculturales en el proceso de enfermedad (Piedrola, 2008). Teniendo en cuenta un nuevo modo de abordar los problemas relacionados con el binomio salud-enfermedad, el modelo biopsicosocial de salud, el cual cuenta con un acercamiento hacia factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes de la salud y la enfermedad (Engel, 1977)

Las bases teóricas de este nuevo paradigma “Modelo Biopsicosocial” se encontraban en la teoría general de sistemas (TGS), presentada como una teoría universal, la cual podía aplicarse a diversos campos de estudios, y que, en la salud ofrece unificación entre la complejidad y la interacción del individuo con el sujeto (Bertalanffy, 1969)

Una de las teorías más importantes, y a tratar en el documento que intentó dar contenido teórico a este paradigma TGS en salud fue el modelo salutogénico de Aaron Antonovsky, donde comenzó a influir en el pensamiento médico y científico por su siguiente investigación; Antonovsky estudio a mujeres nacidas entre 1914 y 1923 en Europa central, siendo un factor relevante que algunas habían sido internadas en campos de concentración; encontrando que el grupo de sobrevivientes de los campos tenía signos de enfermedad bastante claros en comparación con las mujeres del grupo control, aun así, el 29% de las mujeres ex-prisioneras refirieron tener una buena salud mental, a pesar de sus experiencias pasadas que lograron ser traumáticas (Antonovsky, Maoz, Dowty & Wijssenbeek, 1971), Antonovsky se preguntaba cómo

estas mujeres ex-prisioneras lograron mantenerse con una buena salud a pesar del entorno en el que se encontraban. En concreto, a partir de lo anterior Antonovsky planteó tres preguntas claves para la fundamentación de la teoría salutogénica ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a contextos perjudiciales? ¿Como estas personas se recuperan de enfermedades? ¿Qué tienen de especial las personas que no se enferman a pesar de las condiciones? (Antonovsky, 1971)

Debido a lo anterior, Antonovsky propuso entender la salud en un continuo de salud-enfermedad, identificando dos polos: el bienestar entendido como salud, y el malestar referido como enfermedad. Pues, según el autor no es posible que un individuo logre ningún extremo polo, es decir, la salud perfecta o un estado de enfermedad completo. Del mismo modo, todo sujeto tiene alguna parte insalubre a pesar de que lo perciba como saludable. Sin embargo, en casos terminales, mientras tenga una esperanza de vida a la persona se le pueden encontrar componentes saludables. De esta forma el énfasis de salud no se hace en que una persona esté sana o enferma, sino en qué lugar del continuo extremo se coloca, entre la salud perfecta o el completo estado de enfermedad. (Antonovsky, 1987)

Del mismo modo, Antonovsky considera que la salud no es un estado de equilibrio, sino un proceso inestable, tal y como lo explican Lindstrom y Eriksson (2010), destacando que los conceptos fundamentales de la teoría salutogénica de Antonovsky se dividen en Recursos Generales de Resistencia y El Sentido de Coherencia.

Los recursos generales de resistencia (GRRs) son factores biológicos, materiales y psicosociales que tiene el individuo para hacer su vida más fácil con el fin de percibir más comprensible y estructurada. Los recursos generales más típicos son el dinero, el conocimiento, la experiencia, el autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, apoyo social, la inteligencia y la visión de la vida (Antonovsky, 1987) por ende, si la persona cuenta con estos recursos tiene más oportunidades para hacer frente a desafíos de su día a día. Sin embargo, contar con los recursos no es suficiente, ya que lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, poseer Sentido de Coherencia (Sense of Coherence, SOC), compuesto por tres componentes clave: la comprensibilidad, la manejabilidad y la significatividad. Tratándose de un “sexto

sentido” útil para la supervivencia, ya que genera habilidades promovedoras de la salud. (Antonovsky, 1993)

En la misma , la salutogénesis se enfoca en factores humanos que apoyan el bienestar, como el optimismo, la resiliencia, la capacidad de responder a retos, el autocontrol, entre otros. Los cuales se atribuyen al autocuidado psicológico del individuo, que a su tiempo ayuda a un mayor bienestar emocional. (Ortiz, 2015) Este término de autocuidado se despliega al concebir la salud más allá de la ausencia de enfermedad, reconociendo el papel de lo psicológico y lo social, junto con la interacción que tiene el individuo en su entorno (Rodriguez & Garcia, 1996).

Relacionado a lo anterior Orem formuló la teoría del déficit de autocuidado, siendo su principal referente la persona; aquella que percibe y posee unos cuidados en específico, y a su vez la influencia de contextos y aspectos individuales (el modelo biopsicosocial) en beneficio de su propia salud, es decir, un individuo que aprende a satisfacer su autocuidado, sin embargo, si por alguna razón el individuo no aprende estas medidas, serán otras personas las que le proporcionen este cuidado. (Orem, 1995) Así mismo, el autocuidado, al igual que el bienestar se enmarca más allá de lo biológico, pues se entiende como el resultado de una valoración de cada individuo sobre sus propios cuidados, diferenciando lo saludable y no saludable (Litano, 2015).

De manera complementaria, Seligman se percata que la Psicología se había enfocado en el estudio de la enfermedad asociándose con el deterioro de aspectos positivos. Dando surgimiento a la Psicología Positiva (PP) la cual, se enfoca en cumplir con las propuestas de la psicología antes de la segunda guerra mundial; curar la enfermedad mental, ayudar a las personas a tener una vida más productiva e identificar y promover el talento. (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) En el cual, Seligman declara *“La psicología no es solo el estudio de la debilidad y el daño, si no también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es solo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros”* (Seligman, 2003, p.1) Ahora bien, si la historia de la PP es relativamente nueva, los psicólogos en su mayoría trabajan con esta psicología desde estudios del apego, inteligencia emocional, optimismo, valores humanos y creatividad (Castro Solano, 2009). Surgiendo las preguntas de ¿que hace que una vida sea plena? Y, ¿cómo conseguirla? A lo que Seligman responde que existen las siguientes vías de acceso para una vida plena. La primera ruta es a través de la vida placentera, la cual consiste en

incrementar la mayor cantidad de emociones positivas para lograr ser feliz, considerando que la felicidad consiste en tener momentos felices a lo largo de la vida, estos momentos felices se pueden alcanzar a través del “savoring”, el cual consiste en deleitar los sentidos.

El autor también refiere que la felicidad se puede alcanzar aprendiendo a cultivar la gratitud y el perdón teniendo en cuenta el pasado, así como también la esperanza y el optimismo para el futuro. En segundo lugar, se encuentra la vía del compromiso, teniendo en cuenta que, el placer se deriva del compromiso de la tarea efectiva y con la capacidad de experimentar “flow”, es decir, cuando el sujeto tiene la sensación de tener un desafío que no sea aburrido, ni tampoco demasiado estresante. Siendo esto un fenómeno resultado de las habilidades personales y las características de cada tarea. (Seligman, 2002). Así mismo, recientemente Seligman agregó el pilar de estudio de los vínculos positivos, haciendo referencia a la vida social del sujeto, debido a investigaciones sobre el bienestar psicológico que identifican a las personas sociables como las más felices (Seligman, 2009)

Ahora bien, cuando hablamos de bienestar integral se refiere a aquel estado que favorece el desarrollo humano en todas sus dimensiones; física, emocional, cognitiva y espiritual, es decir, no solo involucra un solo aspecto, ni un solo momento para determinar la felicidad, si no varios estadios del sujeto (Ryff, C.D & Keyes, C. L. M. (1995). Como lo es el Modelo de Bienestar de Carol Ryff, en el cual se evidencian 6 dimensiones, las cuales no son predictores de bienestar, sino un índice del mismo. Según Ryff, existen indicadores que son propios de una buena salud física, tales como los niveles de cortisol, la duración del sueño REM, entre otros, así como también se extraen indicadores de una salud mental óptima. Cuando Ryff habla de bienestar psicológico se refiere al constructo que incluye diferentes dimensiones, que se relacionan con su vida social, personal, sus comportamientos y la manera en la cual el sujeto se enfrenta a los retos de su día a día. Las seis dimensiones de las cuales se refieren al bienestar integral de Carol ryff son; autoaceptación, siendo un pilar importante para el funcionamiento positivo del individuo, pues, quienes tienen alta aceptación de sí mismos, por ende se caracterizan por una actitud positiva hacia sí mismos, aceptando los diferentes aspectos negativos y positivos de su personalidad. En cambio una persona con autoaceptación baja e incluso nula, se sienten insatisfechas consigo mismas, decepcionadas y/o negadas a su pasado. (Ryff, C.D. 1995)

Otra dimensión presente, son las relaciones positivas, las cuales se refieren a las relaciones de calidad que tiene el sujeto con las demás personas. De acuerdo con Ryff, la soledad y el aislamiento social, incrementan las probabilidades de tener enfermedades y disminuir la esperanza de vida. Demostrando que, las personas con una puntuación alta en esta dimensión, tienen relaciones satisfactorias, cálidas y de confianza. Además de aprender a sentir empatía y preocupación por el bienestar de los demás. La tercera dimensión, se conoce como propósito de vida, en el cual Ryff enfatiza que es importante que el sujeto tenga un sentido, pues necesita vivir en función a objetivos y metas, seguir sueños, metas y sentir que su vida se dirige hacia alguna parte ayuda a obtener puntuaciones altas en esta dimensión, quienes no logran esta puntuación sienten que sus vidas no tienen sentido y que no tienen camino que genere sentido a sus vidas. (Ryff, C.D 1989)

Otra dimensión presente en el modelo de Ryff es el crecimiento personal, que consiste en sacar el mayor provecho de los talentos y habilidades de los sujetos, haciendo uso de capacidades que le permiten a una persona crecer en medio de las dificultades. Quienes obtienen una puntuación alta en esta dimensión desean desarrollar su potencial, estando en crecimiento continuo, abiertos a nuevas experiencias. La quinta dimensión es la autonomía, la cual se refiere a la sensación y capacidad de elegir por sí mismo, tomar sus propias decisiones, incluso si son netamente personales y no compartidas por otras personas que deben tomar la misma decisión, demostrando ser independientes y no influenciados. Por último, la dimensión de dominio del entorno, el cual se refiere al manejo de oportunidades que brinda el ambiente, quienes tienen un alto dominio del entorno sienten un mayor control sobre sí mismos y del medio en el que se mueven, sintiéndose capaces de influir en el mismo. (Ryff, C.D. 1995)

Por consiguiente la evolución del concepto de bienestar y salud se ha visto influenciada por diversos pensadores y paradigmas a lo largo de la historia, partiendo desde los enfoques filosóficos de la antigua Grecia hasta los modelos biopsicosociales; teniendo como personas representativas a Aristóteles, Antonovsky, Orem y Seligman, quienes han presentado perspectivas las cuales abordan la interacción entre la salud física, psicológica y social para así reconocer la capacidad del bienestar humano.

También se tiene en cuenta el modelo de bienestar integral de Carol Ryff, que destaca la importancia de diversas dimensiones como la del autocuidado, el propósito de vida y las relaciones positivas para asimismo poder llevar una vida plena. Este enfoque de la salud resalta que el bienestar no es solo la ausencia de enfermedad, si no un proceso dinámico en la cual se encuentra el desarrollo personal y la capacidad de afrontar los desafíos de la vida.

Enfermedad

El concepto de “enfermedad” ha sido abordado desde múltiples perspectivas a lo largo del tiempo, y su definición puede variar dependiendo de las fuentes consultadas, En este mismo modo, en primer lugar se examinan las definiciones de “enfermedad” propuestas por varios diccionarios que ofrecen distintas interpretaciones, el Diccionario Médico Ilustrado de Dorland define enfermedad como *“cualquier desviación o interrupción de la estructura normal o función de cualquier parte, órgano o sistema (o combinación de los mismos) del cuerpo que se manifiesta por un conjunto característico de síntomas y signos...”* (Dorland 's Illustrated Medical Dictionary, 28th, Phila, Saunders, 1994).

De manera complementaria, otra definición relevante se encuentra en el Diccionario Medico de Stedman, que describe el término “enfermedad” desde tres interpretaciones, la primera como *“una interrupción, cese o trastorno de las funciones, sistemas u órganos del cuerpo”*; la segunda *“una entidad mórbida caracterizada habitualmente por lo menos por dos de los siguientes criterios: uno o más agentes etiológicos conocidos, grupo de signos y síntomas identificables, o alteraciones anatómicas consistentes”* y finalmente, *“Literalmente en inglés “dis-ease”, lo opuesto de “ease” (calma, tranquilidad) cuando algo no está bien con una función corporal”* (Stedman’s Medical Dictionary, 26th ed., Baltimore, Williams & Wilkins, 1995)

Por otro lado el Diccionario Médico Enciclopédico de Taber, también aporta una definición sobre el término “enfermedad” este diccionario refiere *“Literalmente falta de “ease” (tranquilidad); una condición patológica del cuerpo que presenta un grupo de signos y síntomas y hallazgos de laboratorio peculiares y que identifica la condición como una entidad anormal que difiere de otros estados del cuerpo normales o patológicos. El concepto de enfermedad puede incluir la condición de enfermedad o sufrimiento que no necesariamente proviene de*

cambios patológicos en el cuerpo” Añadiendo también que “Hay dos interpretaciones de la palabra enfermedad, una es tangible y hasta puede ser medida, mientras que la segunda es muy individual y personal, como en el caso del dolor, el sufrimiento y la angustia” (Taber's Cyclopedic Medical Dictionary, 17th ed., Phila., FA Davis, 1993. Ed. Clayton L. Thomas)

Al analizar las definiciones de “enfermedad” propuestas por los diccionarios anteriormente mencionados se observan similitudes que permiten comprender el concepto de manera global, pues las tres definiciones describen la enfermedad como una desviación o interrupción de las funciones normales del cuerpo, que suele afectar los órganos y/o sistemas específicos. Además recalcan la importancia de tener presente los síntomas y signos identificables. Por último, se comparte entre las definiciones el principio de malestar o sufrimiento asociado a la enfermedad, reflejando su caracterización como lo opuesto a un estado de tranquilidad (ease). Ampliando el contexto desde una perspectiva científica.

Sin embargo, Rene Dubos (Man Adapting, p348) satiriza los diccionarios por definir “enfermedad como cualquier circunstancia que se aparta del estado de salud, dolor y sufrimiento”. pues, Dubos veía criterios de la salud que estaban relacionados a las normas, la historia, las aspiraciones y los valores sociales, todo esto encasillado a una sola cosa: el contexto. Así como las enfermedades que se encontraban generalizadas en una sociedad pueden llegar a ser “normales” dentro del contexto de la comunidad, para ejemplificar Dubos observó que en una tribu Sudamericana la espiroquetosis discrómica era tan común que aquellos que no la tenían se consideraban enfermos, a mediados del siglo IXX en EEU Lemuel Shattuck escribió que la tuberculosis creaba poca alarma por su constante presencia (Dubos, 251)

Lo anteriormente dicho, permite ampliar una comprensión del concepto de “enfermedad” desde una perspectiva más social y cultural, pues como Dubos decía, la salud es un espejismo, debido a que el hombre en la vida real se enfrenta a fuerzas físicas, biológicas y sociales de su propio contexto, siendo este entorno impredecible, y frecuentemente peligroso para la especie humana. (Man Adapting, 349)

Enfermedad mental

Dada la comprensión más amplia del concepto de “enfermedad”, es crucial abordar la enfermedad mental desde la perspectiva de la psicopatología. Siendo esta definida como la ciencia que estudia las desviaciones patológicas de la vida psíquica, especialmente la psicosis y las psicopatías, que construyen la base de la psiquiatría (Dorsch, 1976). Adicionalmente se presenta Maher, el cual define la psicopatología como la ciencia de la conducta desviada, ciencia experimental cuyo objetivo es llegar a principios y leyes generales que permitan explicar muchos y diversos tipos de alteraciones del comportamiento. (Maher, 1970) Por último, la definición más actualizada encontrada en este documento es de Lemos, el cual define la psicopatología como el estudio sistemático y científico de la etiología y sintomatología de la conducta anormal (Lemos, 2000)

Desde los primeros tiempos de la cultura griega, la explicación de la concepción de “la locura”, es demonológica, pues se refieren a la locura como el resultado de la posesión de espíritus malignos, siendo los centros médicos templos dedicados al dios de la curación, Esculapio, convirtiéndose en centros de peregrinación para los enfermos (Ellenberg, 1974) por lo tanto, quienes se ocuparon de incorporar el comportamiento humano a las ciencias fueron los antiguos griegos, aunque tuvieron poca influencia en su sociedad. (Ullman y Krasner, 1975)

Sin embargo, en la Isla de Cos, donde floreció la primera escuela de medicina con hipócrates sugirieron que las enfermedades mentales se debían a procesos naturales, como las enfermedades físicas, con ello el concepto de “locura” tuvo un cambio radical, ya que pasa de ser una maldición divina a ser una enfermedad que respondía al desequilibrio de las leyes naturales conocidas como los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) (Marshall, 1982), Al igual que Alcmeón que consideraba que el cerebro era el órgano principal de la razón, diseñando una primera clasificación de las enfermedades mentales, incluyendo la epilepsia, la hipomanía, la melancolía y la paranoia. También, logro identificar la histeria, que consideraba un achaque físico propio de las mujeres, debido a la ausencia de relaciones sexuales (Belloch, 1987).

Durante la edad media, el fenómeno de Enfermedad mental se encasilla nuevamente en las autoridades cristianas, haciendo frente al dilema de determinar si la persona que mostraba una

conducta desviada era un santo o un aliado del diablo, esto debido a que algunos trastornos mentales parecían tener un significado religioso, siendo esta conducta perversa, una acción contra Dios provocada por el demonio, teniendo en cuenta que la conducta desviada no era por voluntad propia sino de la voluntad por parte del maligno (Belloch, 1993). Sin embargo, en el siglo XIII se presentaron pensadores escolásticos como Alberto el Grande y Tomas de Aquino, quienes mantenían una posición organicista sobre las enfermedades mentales, dejando de lado el hecho de que el alma no podía estar enferma por origen divino, por lo que la locura era una enfermedad somática. (Zilboorg y Henry, 1941).

En la época del renacimiento, se mantuvo una visión persecutoria hacia la brujería y la enfermedad mental, aunque algunos pensadores se opusieron a las ideas demonológicas marcadas. Como Joan LLuis Vives, quien en su obra “el alivio de los pobres” defendió la necesidad de los enfermos mentales de un trato humanitario, promoviendo su bienestar y la aplicación de diferentes tratamientos según sus síntomas. Paracelso, también rechazó la idea de que los enfermos mentales fueran pecadores, argumentando la necesidad de atención médica de los enfermos mentales; Cornelio Agrippa, por su parte, escribió en defensa de las mujeres con trastornos mentales, desafiando la teoría demonológica; Johan Weyer, argumento en su obra “Praestigiis Daemonium” que la enfermedad mental no tenía un origen demoníaco, en cambio promueve un enfoque clínico basado en sus síntomas y el tratamiento adecuado para cada uno. (Mora, 1982)

Siguiendo la línea, entre los siglos XVII Y XIX, la relación entre medicina y psicopatología se torna complicada, porque aunque los modelos médicos al fin gozaban de prestigio, el estudio de las enfermedades mentales, conocidos como la locura, ocuparon un lugar secundario en los tratados médicos, es decir, los hospitales y asilos europeos empezaron a llenarse de enfermos mentales que no tenían la capacidad económica para cubrir sus gastos, y la medicina tampoco priorizaba su tratamiento (Dorner, 1969). Sin embargo, algunos enfermos mentales seguían recluidos en calabozos y prisiones, debido a la tradición demonológica de ese tiempo, todavía marcada. (Zilboorg y Henry, 1941). En contraste a esto, Ruiz Ogara (1982) divulga que la locura comenzó a consolidarse como enfermedad en el siglo XVIII, con la obra de Felix Platter que tiene en cuenta la atención a las enfermedades mentales en sus textos médicos, sin embargo esta consolidación dependía de la concepción “enfermedad nerviosa”.

Desde esta concepción se muestra un cambio en la comprensión del cuerpo y la enfermedad, destacando el papel predisponente del sistema nervioso en muchas enfermedades, citando a Cullen, quien dijo que casi todas las dolencias y enfermedades mentales podían considerarse de origen nervioso. Finalmente, a finales del siglo XIX, los roles entre neurólogos y psiquiatras se enfocaron en enfermedades orgánicas y en trastornos nerviosos y mentales, aceptando así una realidad de lo que es una enfermedad mental, dejando de lado la teoría demonológica. (Bynum, 1985)

A partir del enfoque de psicopatología, se fundamenta y define qué se entiende por enfermedad mental, Psicopatología del comportamiento delictivo (2006-2007) adoptada por los términos normal y anormal, lo cual resulta complicado, pues determinar cuando un sujeto tiene un trastorno mental implica delimitar lo que es normal y lo que no lo es. Cumpliendo con criterios específicos de normalidad-anormalidad que se dividen en el ideal de perfección, el cual trata de lo contrario o lo distante a un ideal, lo raro o lo infrecuente que puede resultar la acción a realizar según el criterio estadístico y si finalmente perturba, es inadecuado o supone un criterio social negativo.

Además también refiere que una enfermedad mental aparece en el contexto de un terreno constitucional (es decir, biológico), el cual es influido por los recursos, afectos y forma de interpretar la realidad de la persona (lo psicológico), que se determina por el entorno y las relaciones con los otros (lo social). Del mismo modo, el componente biológico se refiere a la genética o alteraciones neuroquímicas que puede desarrollar una persona al presentar ciertos trastornos, siendo estas bases biológicas actores en conjunto con factores psicológicos, como las experiencias a temprana edad, la formación de la personalidad, y la manera en que el sujeto adquiere aprendizaje para procesar sus emociones. (Psicopatología del comportamiento delictivo, 2006-2007)

La investigación en el campo de la psicopatología ha revelado una compleja interacción de factores que influyen en la aparición y el mantenimiento de la enfermedad mental, en primer lugar, se encuentra la vulnerabilidad biológica, pues incluye la predisposición genética como factores prenatales, siendo esta vulnerabilidad manifestada en la forma en que ciertos genes interactúan con el entorno, aumentando la probabilidad de desarrollar trastornos mentales en

individuos con antecedentes familiares. Por ejemplo, estudios han mostrado como la esquizofrenia o el trastorno bipolar tienen un mayor riesgo de experimentar el mismo problema debido a la heredabilidad en estos casos. (Epidemiology of mental problems: Risk Factors and Causes in Inhabitants of Latin America, 2022)

Además, los factores prenatales, como la exposición a toxinas, infecciones o diferentes desencadenantes del medio como desnutrición durante el embarazo, pueden afectar el desarrollo del feto, predisponiendo al ser humano a problemas mentales en la infancia e incluso en la vida adulta. (Argumedos C, Pérez D, Romero K, 2014)

Por otra parte, el consumo de alcohol también puede influir en la aparición de enfermedades mentales, puesto que el alcohol, es una sustancia psicoactiva que actúa para alterar la química cerebral y así lograr afectar el estado de ánimo, la cognición y el comportamiento. Su uso afecta a vías neuroquímicas relacionadas a estas condiciones. También, el consumo de esta sustancia también trae consigo consecuencias en ámbitos sociales, lo que afecta la salud mental debido a la dificultad de relaciones interpersonales y la incapacidad para cumplir con el rol en la comunidad, creando un entorno que favorece el deterioro de la salud mental. (Ponce Guerra C, Pilco Guadalupe, Santos Pazo. 2020)

Para establecer una distinción, entre enfermedad mental y el siguiente concepto, trastorno mental se establecen los puntos de la tabla 1-1 Bases etiopatogénicas de los trastornos psíquicos del libro “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, J. Vallejo Ruiloba, 7ma edición” la cual aborda que:

- 1) En las enfermedades se constata una base genética, inexistente de patologías psicosociales.
- 2) Sólo se detectan anomalías biológicas en las enfermedades psíquicas.
- 3) En las enfermedades se logra observar una coherencia y estabilidad clínica diagnóstica, mientras que en los trastornos que proceden de base psicosocial se producen fluctuaciones sintomáticas, teniendo cuadros menos estables.

- 4) Con relación al punto anterior, las enfermedades mentales no son sensibles a la influencia del contexto, al contrario, son arreactivas al mismo.
- 5) En las enfermedades mentales la respuesta a tratamientos biológicos es más positiva que en trastornos de base neurótica o de personalidad, en la cual, ocurre todo lo contrario, es decir, una respuesta disminuida a tratamientos biológicos.

Tabla 1-1 Bases etiopatogénicas de los trastornos psíquicos

	Base biológica (enfermedades mentales)	Base psicosocial (neurosis, trastornos de personalidad)
Genética	+	–
Anomalías biológicas	+	–
Consistencia clínica	+	–
Fluctuaciones clínicas	–	+
Reactividad al medio	–	+
Estabilidad diagnóstica	+	–
Ruptura biográfica	+	–
Respuesta a tratamientos biológicos	+	–
Respuesta a tratamientos psicológicos	–	+

Tomado de: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, J. Vallejo Ruiloba, 7ma edición

El concepto de trastorno ha sido utilizado para describir alteraciones en el “estado de salud “normal” de los individuos debido o no a una enfermedad lo que se percibe como un factor limitante para el funcionamiento en el día a día. Pues, este término se utiliza para referirse a los cambios desadaptativos, físicos o mentales, en los cuales no son claras las manifestaciones que pueden ser causa o consecuencia del mismo, lo que lo convierte en una condición que influye en la identidad y el desarrollo psicosocial de las personas. (Hamui, L. 2021)

Desde las bases biológicas de la conducta anormal, entienden este fenómeno como una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo, siendo la alteración del cerebro (estructural o funcional) la causa primaria de la conducta anormal (Rosen,

1991), teniendo énfasis en que los trastornos mentales están relacionados a la alteración celular del cerebro, alteración anatómica (el tamaño o la forma de regiones cerebrales), o bioquímicas (los elementos químicos que corresponden al funcionamiento neuronal). Siendo estas alteraciones posiblemente por resultados genéticos, trastornos cardiovasculares, trastornos metabólicos, infecciones, alergias, traumas físicos, estrés, entre otros. Por la misma línea, la concepción sistémica descubrió la existencia de sustancias neurotransmisoras como la noradrenalina, la serotonina, la dopamina, entre otras; considerando que la conducta anormal también podría deberse a desequilibrios de los neurotransmisores del sistema nervioso. (Haroutunian, 1991; Murphy y Deutsch, 1991). Por ejemplo, los trastornos de ansiedad, se han relacionado con una actividad insuficiente del neurotransmisor ácido gamma aminobutírico (Costa, 1983).

Trastorno mental

Por la misma línea, clínicos utilizando una gran variedad de pruebas neurológicas han relacionado una gran cantidad de trastornos mentales al funcionamiento cerebral. Por ejemplo, la enfermedad Corea de Huntington, el cual es conocido por ser un trastorno degenerativo marcado por movimientos motores involuntarios, crisis emocionales, delirios e ideas de suicidios; tiene como factor responsable la pérdida de neuronas en los ganglios basales. (Hollister y Csernansky, 1990)

Ahora bien, según el Manual de Psicopatología de Amparo Belloch (2008), no solo se toma en cuenta el criterio biológico para la identificación de trastornos mentales, sino que también se refieren a diferentes criterios como el estadístico y social, los cuales se basan en; estadísticas, refieren que las variables que definen psicológicamente a una persona poseen una distribución normal en la población de referencia del sujeto, debido a esto aquel rasgo de personalidad, capacidad intelectual, habilidad mental, un comportamiento y/o afecto que resulte poco frecuente en la sociedad, no entra en los límites de distribución normal, es decir, se considera catalogado como trastorno mental. En segundo lugar, se presentan los criterios sociales e interpersonales, haciendo referencia al contexto cultural, social e histórico donde se encuentra el sujeto, pues, la adaptación a los modos de comportamiento que la sociedad espera, habitúa o sanciona son tomados en cuenta para la ausencia o presencia de psicopatologías, por ello se

encuentra en la base del criterio; en la medida que una persona se comporte, piense o sienta como lo hacen los sujetos de su sociedad, o como estos esperen que lo haga. (Amparo Belloch, 2008)

Del mismo modo, el trastorno se define como algo no estático, pues está ligado a la manera en que el individuo se relaciona con el entorno en el que permanece, es decir, concierne a experiencias y situaciones que involucren dinámicas de comportamiento, por lo tanto, las causas de un trastorno no se reducen a funciones cerebrales alteradas, si no a interacciones sociales en las que el sujeto está involucrado. Generando así Hamui la pregunta ¿Los trastornos son netamente patológicos o son construcciones socioculturales? (Hamui, L. 2021)

Teniendo en cuenta, instituciones a nivel internacional y nacional, la OMS afirma que un trastorno mental se caracteriza por una alteración significativa de la cognición, la gestión y regulación de las emociones o el comportamiento de un sujeto. Estas alteraciones son persistentes en el tiempo, afectando la capacidad del individuo para desenvolverse en su vida cotidiana, asociándose con una discapacidad funcional en áreas importantes del sujeto, como el trabajo, las relaciones interpersonales, entre otras. Afectando así no solamente su desarrollo y vulnerabilidad sino también su bienestar personal y social. (OMS, 2022)

Por otra parte, el Ministerio de salud y Protección Social refiere que no existe una manera sólida de realizar una distinción de lo normal y lo anormal, así como su diagnóstico. Esto se debe a que los comportamientos y emociones varían dependiendo de la cultura y el entorno. Sin embargo, define enfermedad mental como la forma en la que una persona piensa, siente, se comporta y se relaciona con su entorno de manera errónea, es decir, que genera malestar significativo tanto para el individuo como para su contexto dando importancia al malestar subjetivo y social.

A partir de esta comprensión integral de los trastornos mentales, involucrando aspectos biológicos, psicológicos y sociales se crea la necesidad de establecer una clasificación que permita identificar y agrupar las distintas formas en que estos trastornos se manifiestan. Los sistemas de clasificación más utilizados a nivel mundial DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) definen una guía estructurada para definir y categorizar los trastornos mentales;

A partir del Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) define el concepto de trastorno mental como *“un síndrome que se caracteriza por alterar clínica y significativamente el estado cognitivo y la regulación emocional. Lo cual se refleja por medio de una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”* . El DSM-V clasifica los trastornos mentales en las siguientes categorías: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, entre otros; lo cual, cada categoría incluye criterios específicos que se deben validar para un diagnóstico.

Finalmente, el CIE - 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a revisión) define los trastornos mentales en su capítulo V. Como las *“alteraciones en el pensamiento, la emoción o el comportamiento que causan dificultades significativas en la vida diaria”*. Estas alteraciones abarcan episodios temporales hasta trastornos crónicos que pueden interferir en los diferentes aspectos de la vida de una persona.

El CIE-10 Clasifica los trastornos mentales de una manera similar que en el DSM-V, agrupándolos en categorías basadas en síntomas y manifestaciones clínicas, divididas en: trastornos del estado del ánimo: depresión, trastorno bipolar. Trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos psicóticos; entre ellos la esquizofrenia, entre otros trastornos mentales. (CIE-10, 1992)

En conclusión el concepto de enfermedad ha evolucionado a lo largo de la historia de manera significativa, tanto en su significado en general como en la salud mental. Frente a esto los diccionarios médicos dan la definición de enfermedad basándose en la alteración de funciones corporales y la presencia de síntomas en específico, a partir de lo anterior se presentan autores como René Dubos y estudios sobre la psicopatología los cuales hacen referencia que la enfermedad también puede ser entendida desde la perspectiva social y cultural, donde a partir del contexto influye la percepción de aquello que se considera saludable o patológico.

Por consiguiente la ciencia de la patología ha mejorado la comprensión de enfermedades mentales, brindando una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. *Dando a conocer el DSM-5 y el CIE-10*, las cuales permiten tener un panorama más sistemático para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, aunque se presenta el desafío al definir los límites entre lo normal y lo anormal. En última instancia el estudio de la enfermedad y

los trastornos mentales sigue siendo un campo muy variado ya que las definiciones se van adaptando no sólo a los avances científicos sino también a los cambios sociales y culturales de cada comunidad que aborde el término.

Burnout

Desde los años ochenta, los estudios sobre el síndrome de Burnout no dejan de proliferar, sin embargo, a finales de la década de los noventa se logran acordar básicos sobre su conceptualización, técnicas y programas de prevención. Para resaltar finalmente, que el síndrome de burnout se trata de una respuesta al estrés crónico en el ámbito laboral, el cual se presenta a largo plazo y es acumulativo, con consecuencias negativas a nivel individual e incluso organizacional. (Moreno & Cols. 1999)

Se remonta al año 1974 donde Freudenberg, empleó el concepto de burnout refiriéndose a él como el estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su “*Free Clinic*” ubicada en la ciudad de Nueva York. Debido a que estos se esforzaban en las funciones que se les asignaba, sacrificando no solo su salud física, si no también mental con el fin de alcanzar ideales y recibir reforzamiento en este ámbito. Por lo tanto, después de años de labor, presentaron conductas derivadas de la irritación, agotamiento, actitudes negativas con los clientes y la tendencia a la evitación (Buendía & Ramos, 2001; Mingote, 1998; Hombrados, 1997). Dado esto, ya no se tenía en cuenta que era netamente el estrés laboral, sino también el significado que el trabajador a su labor y su propia capacidad de ser estratégico en su propio rol en la organización (Mingote, 1998).

Del mismo modo, la extensión del fenómeno del Burnout a otros ámbitos, en que Maslach acuñó el término (1976) y propuso que sólo se aplicará a trabajadores activos en un ámbito laboral. Así pues, Maslach Y Jackson (1981, 1982) definen el burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral desde una perspectiva tridimensional, la cual consta de:

- Agotamiento emocional: cansancio y fatiga física, psicológica o puede ser una combinación de ambos. Finalmente, se define como la sensación de no poder dar más de sí mismos en sus actividades.

- Despersonalización: Se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas distantes y frías hacia otras personas, en este caso, a los clientes, pacientes y usuarios. El profesional con síndrome de Burnout se muestra irritable, irónico e incluso grosero.
- Sentimiento de baja realización personal: Este aspecto, surge cuando se verifica que las demandas que hace la labor exceden sus capacidades y no logra atenderlas de forma competente.

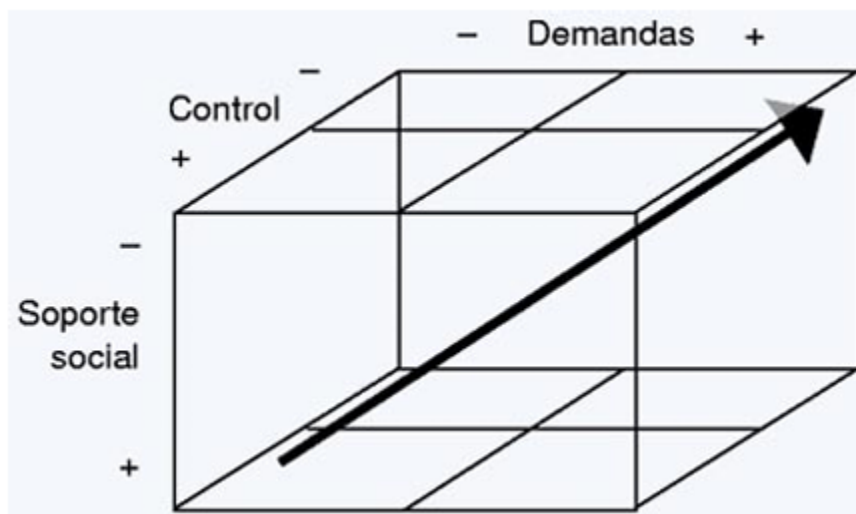
A partir de estos elementos se elaboró el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), cuyo objetivo era y es medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, estableciéndose a través de la sintomatología dividida en cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Los cuales son elementos propios de la perspectiva tridimensional y que se evalúan en el MBI (Maslach Burnout Inventory) (Maslach, Jackson y Leiter, 1996)

Sin embargo, continua la definición de Burnout en 1897 con Burke, que explica el síndrome como un proceso de adaptación al estrés laboral, el cual se caracteriza por desorientación, desgaste, sentimientos de culpa, sentimientos de falta de éxito profesional, distanciamiento y aislamiento emocional y/o social (Ramos & Buendía, 2001). Por consiguiente, en 1999 Robert Karasek observó que los efectos del trabajo, tanto en la salud como en el comportamiento fuera y dentro de la organización, parecían tener incidencia en la combinación de las demandas psicológicas laborales y las características estructurales de tomar decisiones y usar capacidades necesarias para cumplir un rol. Lo que lo llevó a crear un modelo bidimensional, el Modelo demanda-control-apoyo social de Karasek y Johnson, 1998. (Karasek. R, Theorell, T. 1990)

Robert Karasek observó que los efectos del trabajo influían tanto en la salud como en el comportamiento, pues parecía ser un resultado de la combinación de las demandas psicológicas del sujeto y las características estructurales del trabajo relacionados con la capacidad de usar sus propias fortalezas para cumplir con demandas laborales. Esto lo llevó a proponer un modelo bidimensional que integrase lo dicho anteriormente, y que fuese útil para varios tipos de efectos psicosociales de las condiciones de trabajo. Este modelo, se construye a partir de las aportaciones anteriores de diversas disciplinas, como la sociología, la cual había investigado sobre las

exigencias psicológicas y sociales causantes de enfermedades provenientes de acontecimientos estresantes, por otra parte, la psicología organizacional en sus teorías sobre satisfacción y motivación laboral hablaba del control, la autonomía y el uso de habilidades, , sin embargo no desde la salud, si no desde la productividad. (Karasek. R, Theorell, T. 1990)

FIGURA 1.

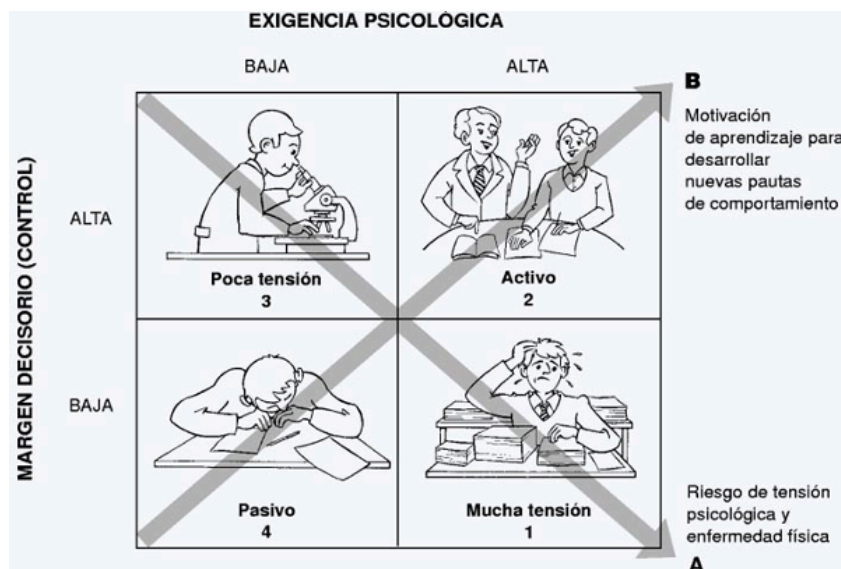


Tomado de: Modelo demanda control-apoyo social, Karasek y Johnson, 1986.

En el modelo, se evidencia que; las demandas psicológicas, se refieren a las exigencias psicológicas que el trabajo implica para el sujeto, por ejemplo, cuánto tiempo se trabaja, la presión de este mismo tiempo, el nivel de atención que necesita, las interrupciones previstas que pueden ocurrir en el contexto laboral. Por otro lado, el control; siendo la dimensión esencial del modelo, ya que es un recurso para moderar las demandas que exige cada trabajo, entonces no depende del hecho de tener muchas demandas, sino de tener la capacidad de resolución y control para resolverlas, dando una referencia a cómo trabaja el sujeto, siendo conformado por dos componentes: La autonomía; como la capacidad que tiene una persona de influenciar en decisiones relacionadas a su contexto laboral y asimismo, de controlar sus propias acciones. El desarrollo de habilidades; hace referencia a cómo el trabajo permite a la persona desarrollar sus

propias capacidades, es decir un trabajo que permita al sujeto desenvolverse para llevar a cabo su creatividad, aprendizaje y/o trabajo variado. Además, en el 1986 Johnson, amplió el modelo de Karasek introduciendo la dimensión de apoyo social, hace referencia al clima organizacional, y las relaciones sociales que se encuentran en el contexto laboral, siendo importante porque según el autor entre mayor soporte social, hay un incremento de la habilidad para hacer frente a una situación de estrés. (Karasek y Johnson, 1986).

FIGURA 2



Tomado de: Modelo de exigencias psicológicas-control. Karasek 1979

El modelo predice el riesgo de enfermedad relacionado con estrés y la relación con el comportamiento activo/pasivo. Estos dos mecanismos psicológicos, tensión psicológica y aprendizaje son independientes, ayudando a cumplir uno de los rasgos esenciales del modelo; la estructura bidimensional. Respecto a la tensión en el trabajo, la diagonal A de la figura muestra los efectos en la salud, demostrando que tener un trabajo con elevadas demandas y una capacidad de control nula predice un aumento de tensión y enfermedad. Es decir, las demandas tienen consecuencias negativas si ocurren junto con la ausencia de la capacidad de cumplir con ellas, o si no se encuentra en posición de ejercer aspectos importantes de sus condiciones de trabajo, generando en el colaborador estrés que produce procesos corporales de desgaste, conduciendo

así al sujeto a enfermedades físicas y/o mentales. Por otra parte, la diagonal B muestra las consecuencias que las condiciones psicosociales generan en el comportamiento, donde las exigencias son elevadas pero la organización de su labor permite al colaborador disponer de capacidades hacerles frente (Karasek, 1979)

Shirom (1989) afirma que el burnout no se contrasta con otros constructos de orden psicológico, debido a que este síndrome se diferencia del estrés general, estrés laboral, fatiga física, aburrimiento e insatisfacción laboral, aunque se compartan algunos síntomas.

Estrés General: Entre el síndrome de Burnout y estrés general se puede distinguir, teniendo en cuenta que el segundo es un proceso psicológico el cual tiene efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout solo hace referencia a los efectos negativos para el sujeto y su contexto laboral. (Shirom, 1989).

Fatiga física: El burnout se caracteriza por una recuperación lenta, acompañada de sentimientos de fracaso, en cambio, en la fatiga física trata de una recuperación y puede estar acompañada de sentimientos contrarios al de burnout, como realización y éxito. (1998)

Aburrimiento: Halberg (1994) distingue la diferencia de estos dos términos desde el proceso de desarrollo, teniendo en cuenta que, cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el aburrimiento, siendo este el proceso que lleva al trabajador a desarrollar el síndrome del burnout. En cambio, Maslach & Jackson (1981) concuerdan en que el Burnout es generado por presiones emocionales, en cambio el aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación en el ámbito laboral del individuo.

Para Edelwich y Brodsky, el desarrollo del síndrome del Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda: la primera; trata de el entusiasmo ante el nuevo puesto laboral, el cual tiene altas expectativas, por consiguiente, aparece el estancamiento por consecuencia del incumplimiento de estas mismas expectativas, la tercera etapa; acompañada de frustración y por último la cuarta etapa es la apatía debida a la falta de recursos para enfrentar la frustración, siendo esta última cómplice de distanciamiento y conductas de evitación.

Por otra parte, Cherniss (1982) menciona que el burnout se da en un proceso de adaptación entre el sujeto y el trabajo, ambos estresantes, donde el principal precursor es la

pérdida de compromiso. Este proceso se presenta en tres fases: la fase de estrés; la cual trata de un desequilibrio entre los roles laborales y los recursos con los que cuenta el individuo, seguido de la fase de agotamiento; referida a la respuesta emocional del individuo ante dicho desequilibrio. En tercer punto, la fase de afrontamiento; que implica cambios en la conducta del trabajador, caracterizada por un trato frío y cínico a los clientes y compañeros.

Del mismo modo, Farber (1991) describe seis estadios del proceso del síndrome del Burnout. El primero, entusiasmo y dedicación, segundo, respuesta de ira y frustración, seguido de no tener una correspondencia entre respuesta y refuerzo, por cuarto estadio, el abandono del compromiso en el trabajo, teniendo como consecuencia el quinto, que trata del aumento de la vulnerabilidad del colaborador y la aparición de síntomas físicos, cognitivos y emocionales, y por último, el agotamiento y descuido.

También se presenta el Modelo Procesual de Leiter, el cual surge a través del modelo secuencial de Leiter y Maslach mencionado anteriormente (1988), planteando que la aparición del Burnout se da debido al proceso que comienza por un desequilibrio entre las demandas y las capacidades personales, provocando así, un cansancio emocional en el trabajador y finalmente, despersonalización como estrategia de afrontamiento.

Para explicar la etiología del síndrome del burnout, existen diversas perspectivas. Sin embargo, en el presente documento se utilizarán aquellas que ayudarán a explicar y desarrollar la presente tesis.

Modelo de competencia social de Harrison (1983)

Este modelo refiere que la mayoría de los individuos que trabajan en servicios de ayuda, se encuentran con una alta motivación para ayudar a los demás y la eficacia y el cumplimiento de sus objetivos se determinan por factores de ayuda o factores de barrera. En un principio, según este modelo, la motivación ayuda a predeterminedar su eficacia y competencia, de lo contrario disminuye su eficacia en el rol que cumple. Dada la misma idea, Pines señala que, el burnout es el resultado de un proceso de desilusión en aquellas personas que intentan dar un sentido existencial a su trabajo de carácter humanitario. Así que, una persona que desde el inicio no ha

estado motivada en este aspecto, puede experimentar fatiga y estrés, pero no el síndrome de burnout (Gil y Peiro, 2007)

Modelo de Cherniss (2002)

Este modelo establece una relación causal entre la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de competencia o éxito y el síndrome de burnout, pues toma el concepto de autoeficacia de Bandura donde refiere que las personas cuentan con las capacidades para el control de situaciones que pueden llegar a afectarlo. El sentimiento de éxito, en este caso, genera satisfacción laboral y compromiso con el trabajo, en cambio, los sentimientos de fracaso llevan a desarrollar un síndrome de burnout. Entonces, los sujetos que tienen una creencia de autoeficacia en sí mismos experimentan menos estrés en situaciones amenazantes, y las situaciones se tornan menos estresantes cuando el sujeto cree que puede afrontarla de manera correcta y exitosa.

Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

La etiología del burnout desde este modelo se relaciona con el nivel de autoconciencia del sujeto, los sentimientos de autoconfianza de sí mismo, y sus expectativas de éxito, además también se tiene en cuenta la relación de la demanda de la tarea y los recursos con los que cuenta el sujeto para responder a estas. Cuando los autores hablan de la autoconciencia se refieren a la capacidad del sujeto para autorregular sus niveles de estrés, los cuales se perciben ante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo; cuando este se ve frustrado, el sujeto puede resolver sus dificultades retirándose de forma mental debido al agotamiento emocional, o conductual, considerado como el retiro conductual del problema.

Modelo de la teoría de Intercambio social

La etiología del síndrome de burnout según este modelo se encuentra en las percepciones de falta de equidad o ganancia que desarrollan los sujetos como resultado de la comparación social cuando establecen relaciones interpersonales dentro del contexto laboral, cuando perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su esfuerzo o capacidad dentro de su labor. Para Bunk y Schaufeli el síndrome del burnout tiene una doble etiología, los procesos de intercambio social con los clientes (las personas que necesitan el servicio) y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros de trabajo, identificando tres fuentes de estrés; la falta de

claridad de cómo actuar, la percepción de no equilibrio entre lo que dan y reciben y la falta de posibilidad de la persona para controlar los resultados de sus labores. (Gil y Peiro, 2007)

Modelo de la conservación de recursos de Hobfoll (1989)

Este modelo plantea que el estrés es generado por las personas que perciben que aquello que los motiva está amenazado. Como por ejemplo, los motivadores son los recursos (como objetos, características de personalidad o la energía para el desempeño laboral) y la pérdida de estos diferentes tópicos desarrolla el síndrome de burnout. Teniendo en cuenta que cada persona cuenta con su propia estrategia de afrontamiento, desde el modelo de Karasek, un activo que favorece la ganancia de recursos y otro pasivo que favorece la pérdida de estos.

Modelo de Golembiewski, Munzender y Carter (1983)

Estos autores explican el burnout de forma progresiva a través de fases, el síndrome del quemado se da como un proceso donde los profesionales primero pierden su compromiso inicial con su trabajo como una forma de respuesta ante el estrés, esto siendo generado por la sobrecarga laboral y la disfunción del rol laboral del sujeto, las personas pierden autonomía y control, se sienten fatigados e irritables, de manera que puede llegar a afectar su autoimagen.

En la segunda fase de este modelo, los colaboradores desarrollan estrategias de afrontamiento, en la cual se incluye el distanciamiento del estímulo estresor, en donde tratará de cumplir su rol sin implicarse en el problema, con actitudes de cinismo, rigidez en el trato con clientes y/o compañeros, acompañado de diferencia. (lo que los autores denominan actitudes de despersonalización), el sujeto experimentará una baja realización personal en el trabajo, para finalmente tener un agotamiento emocional.

Modelo Estructural (2007)

Integra variables personales, interpersonales y organizacionales; considerando que el síndrome del burnout es una respuesta a la reevaluación cognitiva, la cual sucede cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces para las demandas que exige la labor. La aparición del burnout, al igual que el modelo anterior se da en forma progresiva, donde el inicio se da por

estímulos como sobrecarga laboral, lo que genera la pérdida del compromiso laboral, la autonomía y el control, luego los colaboradores utilizan estrategias de afrontamiento de distanciamiento de la situación estresante, rigidez e indiferencia en el clima laboral, también haciendo referencia a la despersonalización, por último tener un agotamiento emocional y desarrollar el síndrome.

La mayoría de las consecuencias del Burnout, fluctúan en lo emocional, relacionados con la depresión, sentimientos de fracaso, disgusto, agresividad, entre otros. (Buendia & Ramos, 2001). Sin embargo, según la segunda dimensión de Maslach y Leiter (1996) se tendría alguna relación con lo cognitivo, teniendo en cuenta la desvalorización personal, el autosabotaje, la desconfianza y la desconsideración hacia sí mismo que genera el Síndrome de Burnout en el trabajador.

Por consiguiente en la siguiente tabla, se presentan los principales síntomas del Síndrome del Burnout.

EMOCIONAL	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión	Perdida de significado	Evitación de responsabilidades	Evitación de contactos
Indefensión	Pérdida de valores	Absentismo	Conflictos interpersonales
Irritación	Desaparición de expectativas	Acusaciones a compañeros	Malhumor
Apatía	Modificación de autoconcepto	Conductas inadaptarías	Aislamiento
Desilusión	Desorientación cognitiva	Desorganización	Formación de grupos críticos
Pesimismo	Perdida de la creatividad	Sobre implicación	Evitación profesional
Hostilidad	Distracción	Evitación de decisiones	
Falta de tolerancia	Cinismo	Aumento del uso de cafeína	
Sentimiento de culpa	Criticismo Generalizado	Abuso de alcohol, tabaco o drogas	
Supresión de sentimientos			

a) Factores individuales

Según Edelwich y Brodsky, el burnout aparece cuando el deseo del individuo de marcar una diferencia se ve frustrado, debido a que no puede reafirmar su sentido de poder frente al contexto, también señala que tener muy alto entusiasmo inicial pero baja remuneración económica, no tener apoyo de la organización, el uso inadecuado de recursos y ser empleado joven; son factores que aumentan la probabilidad de desarrollar síndrome de Burnout (Edelwich y Brodsky, 1980)

Por otra parte, la estructura familiar que rodea al trabajador, también tiene incidencia al desarrollo de Burnout, debido a la implicación del individuo con la familia la cual requiere una mayor capacidad de afrontamiento de problemas, por ejemplo, mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional (Manzano, 1998)

Del mismo modo, la relevancia de variables personales implica un estilo de afrontamiento y conducta ante situaciones de estrés, a la cual se le ha otorgado dos explicaciones, la personalidad resistente, de Kobassa (1982), denominado *“hardy personality a hardiness”* la cual plantea que las dimensiones que constituyen a la personalidad capaz de resistir al estrés son formas de acción a partir de las situaciones reales, conformadas por compromiso, control y reto. El compromiso; referido a la implicación e identificación personal, reconociendo valores propios, metas que guían la conducta y la autoconfianza; y el reto hace referencia a la capacidad del sujeto para percibir el cambio como una mejora para mantener o mejorar su situación actual.

Del mismo modo, el sentido de coherencia de Antonovsky (1987) que se basa en los aspectos de la conducta que llevan al individuo a desarrollar la salud y la capacidad de tener acciones positivas frente a factores estresores, siendo esto un *“conjunto de competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada”* (Buendía & Ramos, 2001; 71)

b) Factores Sociales

En cualquier caso, es importante que el individuo cuente con un apoyo social, para que ayude con su integración social, la percepción de informar y comprender, la prestación de ayuda y asistencia emocional (Manassero & Cols, 2003). Por ello, es importante contar con diferentes fuentes de apoyo social, clasificándolas en pareja, familiares, vecinos, amigos y compañeros según House (1981), siendo divididas en:

a. *Variables socio extralaborales*: Los estudios sobre el síndrome del Burnout, enfatiza la importancia del apoyo de relaciones familiares y amigos, ya que esto permite que el sujeto se sienta valorado, querido y cuidado, mitigando así, los efectos estresores del contexto laboral. Del mismo modo se enfatiza en que la falta de una red de apoyo puede ser un factor que acentúe otros estresores. (Repeti, 1989)

b. *Variables organizacionales*: Se refiere a los factores de riesgo que se distinguen dentro del contexto laboral, relacionados a la demanda, el control, el entorno, el puesto y los aspectos de la organización; así como el desempeño del rol, el clima organizacional, la inseguridad laboral, las políticas y la cultura de la institución. Distinguidas en dos tipos: cuantitativas y cualitativas. (House, 1981)

Los factores cuantitativos se refieren a la carga laboral, al tipo de contenido y su complejidad, horarios laborales que suelen disminuir el rendimiento físico y cognitivo, aumentando el malestar y la reactividad negativa. En cambio, los factores cualitativos tratan sobre el trabajo repetitivo, el cual se asocia con la insatisfacción y la motivación laboral, así como también tareas de control sin los recursos adecuados, exceso de responsabilidad o la presión constante de la organización sobre el trabajador (House, 1981).

Factores de riesgos laborales

Por otra parte, la Guía Técnica Colombiana (GTC) 2012, una técnica normativa que se enfoca en diversos aspectos para asegurar estándares de calidad y seguridad en el ámbito colombiano. Suele abarcar aspectos como establecimientos de normas y procedimientos, directrices o en factores de riesgo laborales la cual es de interés primordial, se abarca en diferentes sectores industriales, técnicos o de servicio. Clasificados por el GTC, de la siguiente manera:

- Factores físicos: ruido, vibraciones, temperaturas frías extremas, temperaturas calurosas extremas, iluminación inadecuada, entre otros.
- Factores químicos: exposición a sustancias tóxicas o peligrosas.
- Factores biológicos: riesgo de contaminación o contagio por microorganismos.
- Factores ergonómicos: relacionados a la postura y diseño del puesto de trabajo.
- Factores psicosociales: que pueden afectar el bienestar mental y/o emocional del colaborador.

Finalmente, se entiende que la conceptualización del Burnout se da a conocer en 1974 por Freudenberger hasta el desarrollo de diversos modelos teóricos en los cuales se explican sus causas, síntomas y mecanismos de prevención. Siendo el inicio del enfoque tridimensional de Maslach y Jackson, hasta los desarrollos de Hobfoll o Golembiewski; determinando que el Burnout se caracteriza por la respuesta al estrés crónico en el ámbito laboral presentando efectos negativos tanto a nivel individual, como laboral o organizacional. A partir de distintos estudios se hace énfasis que aunque el burnout comparte algunas características con otros fenómenos psicológicos, este recae en la combinación del agotamiento emocional y baja realización personal.

Los factores que contribuyen a su aparición son múltiples y estas abordan las características individuales y estilos de afrontamiento. Teniendo como resultado que el apoyo social, las demandas laborales y un entorno laboral adecuado se caractericen como factores de riesgo. Por consiguiente la prevención para el burnout requiere incluir apoyo psicológico al trabajador como también mejorar las condiciones laborales a partir de los distintos modelos explicativos, los cuales proporcionan una mejor comprensión del síndrome, permitiendo el diseño de programas de intervención para prevenir sus efectos a largo plazo en la salud mental de los trabajadores y el desempeño laboral.

Intervención y prevención

Tras haber abordado los factores de riesgo pertinentes, es importante analizar el marco normativo que regulan su gestión en el ámbito laboral. Por ende, la ley 1562 de 2012 es la encargada de ampliar y regular el sistema de riesgos laborales y le brinda a todas las personas, con varios tipos de contrato y afiliación laboral un programa de prevención y promoción a los

afiliados del sistema de riesgos laborales, es decir, brinda normas y procedimientos a seguir para lograr la prevención y protección de todos los trabajadores ante las enfermedades y accidentes que se enfrentan en su contexto laboral.

Por otra parte, respecto a salud mental en el ámbito laboral según la resolución No. 2646 del 2008 del Ministerio de la Protección Social en Colombia, se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para identificar, evaluar, prevenir e intervenir de forma permanente la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo con el fin de determinar el origen de las patologías causadas por este factor.

Además, la ley 1616 del 2013 respecto a la promoción y prevención de salud mental y prevención del trastorno mental en el contexto laboral establece que los encargados de riesgos laborales dentro de las actividades de promoción de salud mental y prevención del trastorno mental deberán generar estrategias, programas y acciones sobre la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental con el objetivo de garantizar que sus organizaciones incluyan dentro de su sistema el monitoreo de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

De este mismo modo, la previa identificación y gestión de los riesgos laborales son esenciales para asegurar la seguridad y salud de los trabajadores, protegiendo no solo a los empleados sino también a la institución ya que contribuye a un ambiente laboral más productivo. (Minsalud, 2021)

MARCO DE ANTECEDENTES

INTERNACIONAL

El artículo *“Burnout, malestar psicológico y satisfacción con la vida en policías durante la contingencia sanitaria por COVID-19. Un estudio exploratorio”* de Rojas, J. Hernandez, M. & Bernardino, B. (2021), resalta que el síndrome de burnout en policías es una condición que surge a partir de la demanda excesiva de energía, disponibilidad de los colaboradores y los recursos que poseen, del mismo modo, quisieron analizar el grado de síndrome burnout, malestar, psicológico y satisfacción con la vida en una muestra de oficiales de policía mexicanos durante la pandemia CO-VID 19. Fue evaluado a partir de un estudio no experimental, con 27 policías del estado de Puebla (México) entre los 19 y 43 años de edad. Como resultado,

obtuvieron una alta prevalencia de despersonalización en el 81,5% de la muestra, realización personal baja, en un 55,6%, y un agotamiento emocional alto, en el 37%. De este modo, resaltan la importancia de detectar y promover factores protectores, tratamientos correspondientes y nuevos mecanismos para disminuir los índices del síndrome del quemado en el sector policial.

De igual manera, en la Universidad Técnica de Ambato (UTA). Realizaron el estudio de *“Calidad de sueño y síndrome de burnout en servidores de la Policía Nacional del Ecuador”*, notando que, los policías experimentan notables exigencias en su ambiente laboral, las cuales inciden directamente su bienestar, tal como su calidad del sueño. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y de corte transversal. Finalmente, dieron a conocer que la calidad de sueño tiene una relación con el agotamiento emocional, el cinismo y la ineficacia profesional. Demostrando así, que se involucra respecto a las dimensiones del síndrome de Burnout.

NACIONAL

En la investigación de la Policía nacional de Colombia de Montero, K. y Gonzalo, A (2020) titulada *“Síndrome del Burnout en policías de Colombia y su relación con el sistema de beneficios e incentivos”*, se identificó la prevalencia del síndrome de burnout en población en estudio y más de la mitad de los policías, manifestó haber recibido uno o más beneficios e incentivos. Siendo estos beneficios, una razón para disminuir los niveles de desgaste emocional, como actividades recreodeportivas y las felicitaciones en público. En este artículo, se recalca la importancia de intervenciones psicosociales que permitan reducir los niveles de desgaste emocional y cinismo, con el propósito de mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de los colaboradores de la policía nacional.

LOCAL

Del mismo modo, en la Universidad Piloto de Colombia se llevo a cabo la tesis *“Presencia de Síndrome de Estrés Laboral (Burn-out) Como Predictor de Riesgo de Suicidio en la Unidad de Incorporación de la Policía Nacional de Bogotá”* Asesorada por el Dr. Carlos Garavito en donde se buscó identificar la relación entre la incidencia del estrés en un nivel individual y la presencia de ideaciones suicidas dentro de una muestra de policías de la Unidad

de Incorporación de la Policía Nacional. Apoyándose de los instrumentos de Maslach y Beck, en la cual evaluaron cinco variables demográficas: edad, género, estado civil, antigüedad y nivel académico; además se evaluaron las tres dimensiones del síndrome de estrés laboral, de las cuales se asocian con las dimensiones del presente proyecto: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Los resultados obtenidos en esta tesis mencionada llevaron a concluir que no existe una correlación entre la presencia de estrés laboral y la aparición de ideaciones suicidas, ya que los indicadores obtenidos no delimitaron una prevalencia de los factores psicosociales que potencialmente hubieran podido constituir un riesgo para las policías; sin embargo, se demostró que el nivel de Burnout se encontraba en un rango medio-alto.

Planteamiento del problema

El análisis de situación de salud (ASIS) en Colombia muestra una alta problemática de salud mental, reportando un 66.3% de los colombianos con algún tipo de problema relacionado con salud mental y un 40.1% de la población diagnosticada con afección psiquiátrica. Lo cual, es importante cuestionar la metodología y la representación de estos datos, pues, surge la pregunta de si todos los casos de problemas en salud mental están siendo identificados adecuadamente. Por otra parte, aunque en el ASIS se reconoce la influencia de factores como el estrés, la violencia y el contexto en el que se encuentran los trabajadores con el bienestar psicológico, es necesario abordar y entender el tipo de intervenciones que se implementan para mitigar estos efectos y cómo se evalúa su eficacia.

No obstante, la policía nacional de Colombia opera y labora en entornos de alto riesgo, pues según la GTC 45, 2012 la identificación de peligros y valoración de riesgo es crucial para proteger a estos funcionarios; siendo estos expuestos a factores psicosociales y físicos. Siendo el factor físico, aquel factor ambiental que depende netamente de propiedades físicas de los cuerpos, como: ventilación, iluminación, ruido, temperaturas extremas, entre otras. En dónde se caracteriza que deben haber ventanas permanentes para asegurar el flujo del aire en lugares

cerrados, la iluminación debe ser adecuada natural o artificial, de acuerdo con la labor que realice. Por otra parte, el factor psicosocial, el cual se relaciona con la afectación directa de la salud mental y el bienestar del uniformado.

Del mismo modo, los riesgos psicosociales que puede enfrentar un uniformado son diversos y pueden tener un impacto en su salud física y mental, algunos de estos principales riesgos según la Política de Seguridad y Salud en el trabajo de la Policía nacional de Colombia, 2019 es la percepción de aislamiento o falta de apoyo por parte de superiores y compañeros. También, Según Díaz, F y Rentería, E (2017) la exposición a situaciones traumáticas, como accidentes o crímenes que pueden llegar a considerarse violentos, situaciones de violencia pueden tener efectos en la salud mental de los uniformados, teniendo en cuenta que, esto trae repercusiones no solo a su salud, sino también a su desempeño diario.

Finalmente, los agentes estresantes relacionados al entorno laboral, también se encuentran asociados a los riesgos psicosociales respecto a la salud mental de un uniformado, como por ejemplo, una situación novedosa, como un cambio de lugar del trabajo, conflicto con las funciones que cumple en su cargo, y hasta el propio aislamiento de la sociedad (Bruffao, 1994, p. 4). Del mismo modo, Según la Policía Nacional de Colombia la Psicóloga Sandra Amaya responsable de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental de la dirección de sanidad de la policía, refiere que el individuo como ser humano es integral y cuenta con emociones, pensamientos y acciones que le permiten afrontar su día a día.

“Por tal razón se requiere que nuestros policías se encuentren estables emocional y mentalmente. No podemos dejar de lado que son seres humanos que tienen hogares, familia, proyectos y sueños que implican tener unas adecuadas habilidades para la vida dadas por una apropiada salud mental” (Amaya, S. 2022)

Relacionado con todo lo anterior, el problema de salud mental en la policía nacional surge debido a los roles que desempeñan los uniformados durante su jornada laboral. Pues según la escuela de investigación criminal de Bogotá, Colombia (2012) estos funcionarios se exponen a situaciones de violencia, que son nocivas para su salud física y mental. También Ashel (2000) y Castro (2012) refieren que el hacer cumplir la ley es una de las profesiones más estresantes ya que “el fin primordial es el mantenimiento de las condiciones necesarias para el ejercicio de los

derechos y libertades públicas, y para asegurar que los habitantes de Colombia convivan en paz” (Constitución Nacional de Colombia, 1991, p. 66) oficio el cual por las condiciones del país exigen más que a los civiles.

También, la Constitución política de Colombia, (1991, Art 218), declara que el labor de la policía “es el mantenimiento de la condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos y libertades públicas, y para asegurar que los habitantes de Colombia convivan en paz” lo cual es una misión que demanda todas las capacidades físicas y mentales de los uniformados, lo cual, también exigen el uso de sus recursos emocionales y cognitivos según Oleskyenio (2023)

Dicho lo anterior, el problema radica en la poca comprensión de los factores que generan la ansiedad en los policías, así como también la falta de estrategias de prevención e intervención. En muchos casos, los síntomas de Burnout son ignorados e incluso suelen ser ocultados por la misma población lo que genera falta de apoyo para aprender a gestionar y/o manejar la condición, para finalmente, lograr solo una cosa: agravar la situación. (F, Oleskyenio. 2023)

Todos estos factores, problemáticas y contextos laborales que pueden llegar a ser estresantes repercuten en sintomatologías de Burnout, un síndrome el cual, se identifica en Colombia como “estrés laboral”. Pues según el DANE, en el 2022 el 48% de los cerca 22,5 millones de personas reportaron sentir estrés laboral.

Problemática que desencadena efectos reales sobre el trabajador, no solo generando estrés sino desencadenando el consumo de sustancias, apatía o depresión a causa del trabajo. Es importante abordar este fenómeno ya que el Burnout es uno de los problemas que más prevalecen en el mundo laboral con consecuencias a la salud física y mental (Gascon S. 2002); teniendo en cuenta que este trastorno puede generar alteraciones psicosomáticas como problemas cardio respiratorios, dolor de cabeza, insomnio, ansiedad, depresión, entre otras (Gascon S. 2002).

Por ende, la incidencia de este fenómeno en los uniformados se puede deber a la exigencia de tareas, jornadas extensas de trabajo y la exposición a situaciones violentas, como se ha dicho anteriormente. Por otra parte, estresores al cumplimiento de su labor, el cuidado de la integridad de los ciudadanos, la interacción social a imagen pública y la responsabilidad social al

proteger a otros pueden ser factores incidentes en el síndrome (Onkari e Itagüí, 2018). También, autores como Testoni, Necioni, Ronconi, Alemanno y Zamperini (2020) refieren que este síndrome ha sido relevante para la salud de los uniformados debido a las condiciones ambientales difíciles y las funciones laborales que exigen los cargos policiales.

Debido a la problemática presentada se identifica la necesidad de implementar un programa de promoción y prevención para el apoyo psicológico de la población uniformada, teniendo en cuenta algunos factores de riesgo dentro de los cuales se incluye el comportamiento y las condiciones en el entorno. Por consiguiente se aborda el programa de salud mental anticipada para la policía nacional, el cual requiere un diagnóstico inicial basado en sugerencias de la misma población a trabajar y estudios académicos. (Oleskyenio. 2023).

Para finalmente enfrentar la problemática de salud mental en población uniformada surge la atención en salud mental preventiva que trata de diálogos internos con policías (Hablemos de Policía) en donde comparten experiencias tomando situaciones que afectan el entorno laboral y su salud mental. Este programa tiene como fin mejorar y conservar la salud mental en los uniformados, así como también, evitar las enfermedades mentales desencadenantes de sus vivencias en el día a día.

A pesar de que existen diversas problemáticas relacionadas con la salud mental en la población policial, como la ansiedad, la depresión, el estrés postraumático y el consumo de sustancias psicoactivas, la presente investigación se centra en el síndrome de burnout debido a su estrecha relación con las condiciones laborales y los factores psicosociales propios del ejercicio policial. Este síndrome constituye una respuesta al estrés laboral crónico derivado de la exposición constante a altas demandas emocionales, operativas y sociales, características inherentes a la función policial. Asimismo, el burnout puede afectar de manera directa el bienestar psicológico, el desempeño laboral, la calidad del servicio prestado a la ciudadanía y las relaciones interpersonales de los uniformados. En este sentido, su estudio resulta pertinente al permitir identificar factores de riesgo asociados al contexto ocupacional y generar evidencia que contribuya al diseño de estrategias de promoción, prevención e intervención en salud mental dirigidas específicamente a esta población.

Pregunta Problema

¿Cuál es el perfil de rasgos de Burnout en los uniformados de la policía nacional de Colombia?

Justificación

La presente investigación surge de la necesidad de profundizar en el estudio del síndrome de burnout en agentes de la Policía Nacional de Colombia, una población expuesta de manera permanente a condiciones laborales de alta exigencia psicológica, emocional y social. De acuerdo con el Análisis de Situación de Salud (ASIS), el 66,3 % de los colombianos ha presentado algún problema relacionado con la salud mental y el 40,1 % ha sido diagnosticado con algún tipo de afección psiquiátrica, evidenciando la magnitud de esta problemática a nivel nacional. En el caso de los uniformados, la exposición constante a situaciones de violencia, peligro, toma de decisiones bajo presión y contacto con eventos potencialmente traumáticos incrementa la vulnerabilidad frente a alteraciones en la salud mental, entre ellas el síndrome de burnout (Oleskyenio, 2023).

La relevancia social de esta investigación radica en que el burnout no solo afecta el bienestar psicológico y la calidad de vida de los funcionarios policiales, sino también su desempeño laboral, la calidad del servicio prestado a la ciudadanía y la seguridad pública. Asimismo, sus consecuencias pueden manifestarse en agotamiento físico y emocional, disminución de la motivación laboral, dificultades en las relaciones interpersonales y afectaciones en la salud física y mental de los uniformados (Violanti & Paton, 2015).

Desde la perspectiva disciplinar, esta investigación aporta al campo de la Psicología, particularmente a las áreas de Psicología de la Salud, Psicología Organizacional y Psicología Jurídica, al generar evidencia sobre un fenómeno poco explorado en población policial colombiana. Adicionalmente, contribuye a la comprensión de los factores asociados al burnout en contextos de alta demanda ocupacional y proporciona información útil para el diseño de estrategias de promoción, prevención e intervención orientadas al fortalecimiento de la salud mental y el bienestar laboral de los agentes de la Policía Nacional.

Finalmente, la pertinencia científica del estudio se sustenta en la limitada producción investigativa sobre burnout en personal policial colombiano, en comparación con otras poblaciones como docentes y profesionales de la salud. En este sentido, los hallazgos permitirán ampliar el conocimiento existente sobre el fenómeno y servirán como insumo para futuras investigaciones e intervenciones dirigidas a esta población.

CAPÍTULO II Aplicación y Desarrollo

Objetivos

Objetivo General

- Describir el perfil de Burnout en la población uniformada, para identificar los factores de riesgo según su departamento de labor y desarrollar una propuesta de protocolo para la prevención.

Objetivos Específicos

- Describir los perfiles de riesgo asociados al síndrome de Burnout en la población uniformada considerando su factor geográfico.
- Caracterizar el perfil de Burnout en la población uniformada en la evaluación de sus síntomas y manifestaciones en los amplios contextos laborales.
- Identificar los factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en la población uniformada, incluyendo niveles individuales, organizacionales y contextuales.

MARCO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de esta investigación se eligió un enfoque cuantitativo con un diseño metodológico no experimental, descriptivo, observacional, analítico, de corte transversal y de naturaleza prospectiva. Este enfoque permite la medición y cuantificación de variables relacionadas con el síndrome de burnout en agentes de la Policía Nacional de Colombia, sin manipular las condiciones de los participantes ni intervenir sobre las variables de estudio. De esta manera, los datos son observados y analizados tal como ocurren en su contexto natural,

permitiendo describir las características del fenómeno en la población objeto de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Asimismo, el estudio es de carácter descriptivo debido a que busca caracterizar los niveles y perfiles de burnout presentes en la población evaluada, considerando variables sociodemográficas, laborales y geográficas. Es observacional porque los investigadores no ejercen control sobre las variables analizadas; analítico, debido a que permite examinar y comparar los resultados obtenidos entre diferentes grupos de participantes; de corte transversal, porque la información fue recolectada en un único momento temporal; y de naturaleza prospectiva, ya que la recolección de los datos fue planificada y ejecutada con el propósito de responder a los objetivos planteados en la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Población, muestra y muestreo.....

Criterios de inclusión

- Agentes de la Policía Nacional de Colombia profesionales adscritos a las metropolitanas Colombianas.
- Agentes de la Policía Nacional en los grados de patrullero, subintendente, intendente y el intendente jefe.
- Agentes de policías con cargos de comandantes e integrantes de patrulla.
- Agentes de policía con un tiempo superior a dos (2) años.

Criterios de exclusión

- Agentes de la policía Nacional de Colombia que se encuentren de vacaciones.
- Agentes de la policía nacional de Colombia que se encuentren con descanso médico.
- Agentes que no acepten participar voluntariamente en la investigación o no firmen el consentimiento informado.

- Agentes que diligencian de manera incompleta el instrumento de evaluación.
- Agentes cuyos cuestionarios presentan inconsistencias o errores que impidan el análisis de la información recolectada.
- Agentes con un tiempo de servicio inferior a dos (2) años dentro de la institución.

Instrumento para recolección de datos

El cuestionario de evaluación para el síndrome de Burnout Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), es el instrumento más utilizado en investigación para el síndrome de burnout en contextos asistenciales, culturales y laborales (Carlotto & Cámara, 2006). La primera publicación del cuestionario, anterior a su comercialización es en 1981, siendo resultado de una serie de entrevistas de casos anteriores y del consenso general de que el burnout consiste en un estado de agotamiento físico, emocional y mental como consecuencia de la alta demanda laboral; visto desde esta perspectiva, el síndrome según el MBI se caracteriza como un efecto de la interacción con los usuarios, cuyas demandas emocionales y físicas sobrepasaba los recursos de los trabajadores, siendo esta un *“estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo”* (Maslach y Jackson, 1981a).

Dicho lo anterior, según Maslach y Jackson, la importancia del MBI en la investigación se convierte en patente debido a su triple estructura, ya que el cuestionario propone tres factores o dimensiones a evaluar: cansancio emocional, despersonalización y realización personal (Maslach, C. y Jackson, 1981b)

Cansancio emocional (CE): Implica un decaimiento físico y psicológico, en donde el trabajador siente que no puede dar de sí mismo a nivel físico y afectivo. Presentando también, sentimientos de desesperanza e indefensión provocando la pérdida de atención al trabajo, convirtiéndolo en tedioso y sin interés.

Despersonalización (DP): Presenta falta de interés por el cliente, y una objetivación fría de los problemas que tiene que resolver en su labor, así mismo también presenta actitudes deshumanizantes, siendo una persona lejana en sus labores y con sus clientes.

Falta de realización personal y profesional (RP): El trabajador comienza a desarrollar la creencia de que su trabajo no merece la pena, la mejora personal e institucional no es necesaria, y suele presentar una autoevaluación negativa de la realización del propio trabajo.

Este cuestionario es de aplicación colectiva y diligenciamiento individual, evaluando la sensación de no poder dar más de sí mismo, físicamente y psicológicamente, la presencia de una actitud negativa de desvalorización y pérdida de interés por la labor. Además, también determina la existencia de dudas acerca de la propia capacidad para realizar el trabajo que debe cumplir. Finalmente, su calificación es tipo Escala Likert de 0 a 6, siendo (0) Nunca (1) Pocas veces al año o menos (2) Una vez al mes o menos (3) Unas pocas veces al mes (4) una vez a la semana (5) pocas veces a la semana y (6) todos los días. (Maslach, C. y Jackson, 1981b)

Finalmente, por temas de derecho de autor y permiso de uso el instrumento a utilizar para la recolección de datos en esta investigación es el Cuestionario Copenhagen Burnout Inventory (CBI) creado por investigadores del *National Research Centre for the Working Environment* (Centro Nacional de Investigación del Ambiente Laboral) desarrollado específicamente para el proyecto sobre agotamiento, motivación y satisfacción laboral (PUMA), un estudio de intervención prospectiva de cinco años sobre el agotamiento en el sector de servicios humanos realizado por instituto nacional de salud ocupacional en dinamarca (1999) como una alternativa al instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), ya que trata de mencionar aspectos que el MBI puede mencionar en su aplicación, siendo de dominio público. (Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory, 2005)

El mismo, se centra en el agotamiento y su atribución por parte de la persona, siendo capaz de tener una aplicación colectiva y diligenciamiento individual tipo escala Likert:

1 = Nunca.

2 = Sólo alguna vez.

3 = Algunas veces.

4 = Muchas veces.

5 = Siempre.

De esta manera, evalúa el agotamiento personal, agotamiento relacionado con el trabajo y agotamiento relacionado con el cliente. Cada subescala caracterizada por:

Agotamiento personal: Evalúa el grado de agotamiento físico y emocional que puede experimentar el colaborador de la policía nacional, teniendo en cuenta *el cansancio emocional* evaluado en el MBI.

Agotamiento relacionado con el trabajo: Mide el agotamiento especificado con el entorno laboral, su exigencia y labores a cumplir dentro de él, de esta manera, se asocia con la *falta de realización personal y profesional* evaluada en el MBI.

Agotamiento relacionado con el cliente: Se asocia con la *despersonalización* del MBI, el cual identifica el desgaste asociado con el entorno del cliente, el trato y el servicio que presta el colaborador.

Fiabilidad y validez del instrumento

Respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen (2005) reportaron adecuados índices de fiabilidad para las tres dimensiones del Copenhagen Burnout Inventory (CBI), obteniendo coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) superiores a 0,80, lo que evidencia una adecuada estabilidad y precisión en la medición del síndrome de burnout. Asimismo, el instrumento ha demostrado adecuados niveles de validez de constructo, permitiendo diferenciar las dimensiones de agotamiento personal, agotamiento relacionado con el trabajo y agotamiento relacionado con el cliente, las cuales han sido replicadas en diferentes contextos laborales y culturales.

En cuanto a su nivel de medición, el Copenhagen Burnout Inventory (CBI) emplea una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, la cual es tratada estadísticamente como una escala de intervalo, dado que permite cuantificar el grado de agotamiento percibido por los

participantes y realizar análisis descriptivos e inferenciales sobre las puntuaciones obtenidas en cada una de sus dimensiones.

Anexo 1

Dimensiones de Copenhagen Burnout Inventory y COPSOQ incorporadas en el cuestionario

BURNOUT PERSONAL

- P12b. ¿Con qué frecuencia te sientes cansado?
- P12c. ¿Con qué frecuencia piensas “no puedo más”?
- P12j. ¿Con qué frecuencia te sientes débil y susceptible de enfermar?
- P12o. ¿Con qué frecuencia estás físicamente agotado?
- P12t. ¿Con qué frecuencia te sientes agotado?
- P12x. ¿Con qué frecuencia estás psicológicamente agotado?

BURNOUT RELACIONADO CON EL TRABAJO

- P12f. ¿Te sientes agotado al final de tu jornada laboral?
- P12i. ¿Por la mañana te agota pensar en otro día de trabajo?
- P12l. ¿Sientes que cada hora de trabajo es agotadora?
- P12v. ¿Tienes suficiente energía para la familia y los amigos durante el tiempo libre?
- P13b. ¿Te sientes quemado por tu trabajo?
- P13d. ¿Te sientes frustrado por tu trabajo?
- P13f. ¿Tu trabajo es emocionalmente agotador?

BURNOUT RELACIONADO CON EL TRABAJO CON CLIENTES

- P12e. ¿Estás cansado de trabajar con clientes o usuarios?
- P12m. ¿A veces te preguntas cuánto tiempo podrás continuar trabajando con clientes o usuarios?
- P13c. ¿Es duro trabajar con clientes o usuarios?
- P13e. ¿Sientes que das más que recibes cuando trabajas con clientes o usuarios?
- P13g. ¿Es frustrante trabajar con clientes o usuarios?
- P13h. ¿Trabajar con clientes o usuarios consume tu energía?

COPSOQ- Entorno psicosocial

EXIGENCIAS EMOCIONALES

- P21g. ¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?
- P21f. ¿Tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?
- P21e. ¿Se producen en tu trabajo momentos o situaciones desgastadoras emocionalmente?

EXIGENCIAS DE ESCONDER EMOCIONES

- P21h. ¿Tu trabajo requiere que te calles tu opinión?
- P21i. ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones?

EXIGENCIAS CUANTITATIVAS

- P20a. ¿Tienes que trabajar muy rápido?
- P20b. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?
- P20c. ¿Tienes tiempo de llevar al día tu trabajo?
- P20d. ¿Tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo?

EXIGENCIAS COGNITIVAS

- P21a. ¿Tu trabajo requiere memorizar muchas cosas?
- P21b. ¿Tu trabajo requiere que tomes decisiones de forma rápida?
- P21c. ¿Tu trabajo requiere que tomes decisiones difíciles?
- P21d. ¿Tu trabajo requiere manejar muchos conocimientos?

INFLUENCIA

- P25a. ¿Tienes mucha influencia sobre las decisiones que afectan a tu trabajo?
- P25b. ¿Tienes influencia sobre la cantidad de trabajo que se te asigna?
- P25c. ¿Se tiene en cuenta tu opinión cuando se te asignan tus tareas?
- P25d. ¿Tienes influencia sobre el orden en el que realizas las tareas?

POSIBILIDADES DE DESARROLLO EN EL TRABAJO

- P26a. ¿Tu trabajo es variado?
- P26b. ¿Tu trabajo requiere que tengas iniciativa?
- P26c. ¿Tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?
- P26d. ¿La realización de tu trabajo permite que apliques tus habilidades y conocimientos?

SENTIDO DEL TRABAJO

- P26e. ¿Tienen sentido tus tareas?
- P26f. ¿Las tareas que haces te parecen importantes?
- P26g. ¿Te sientes comprometido con tu profesión?

Anexo 1 (Continuación)

Dimensiones de Copenhagen Burnout Inventory y COPSOQ incorporadas en el cuestionario

COMPROMISO

P26h ¿Te gustaría quedarte en la empresa en la que estás para el resto de tu vida laboral?

P26i ¿Hablas con entusiasmo de tu empresa a otras personas?

P26j ¿Sientes que los problemas en tu empresa son también tuyos?

P26k ¿Sientes que tu empresa tiene una gran importancia para ti?

CALIDAD DE LIDERAZGO

Tus jefes inmediatos:

P30a ¿Se aseguran de que cada uno de los trabajadores/as tiene buenas oportunidades de desarrollo profesional?

P30b ¿Planifican bien el trabajo?

P30c ¿Resuelven bien los conflictos?

P30d ¿Se comunican bien con los trabajadores y trabajadoras?

PREVISIBILIDAD

P27a ¿En tu empresa se te informa con suficiente antelación de los cambios que pueden afectar tu futuro?

P27b ¿Recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?

CLARIDAD DE ROL

P27c ¿Sabes exactamente qué margen de autonomía tienes en tu trabajo?

P27d ¿Tu trabajo tiene objetivos claros?

P27e ¿Sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?

P27f ¿Sabes exactamente qué se espera de ti en el trabajo?

CONFLICTO DE ROL

P27g ¿Haces cosas en el trabajo que son aceptadas por algunas personas y no por otras?

P27h ¿Se te exigen cosas contradictorias en el trabajo?

P27i ¿Tienes que hacer tareas que crees que deberían hacerse de otra manera?

P27j ¿Tienes que realizar tareas que te parecen innecesarias?

APOYO SOCIAL DE COMPAÑEROS EN EL TRABAJO

P29a ¿Hablas con tus compañeros o compañeras sobre cómo llevas a cabo tu trabajo?

P29b ¿Recibes ayuda y apoyo de tus compañeras o compañeros?

P29c ¿Tus compañeros o compañeras están dispuestos a escuchar tus problemas en el trabajo?

APOYO SOCIAL DE SUPERIORES EN EL TRABAJO

P31a ¿Hablas con tu superior sobre cómo llevas a cabo tu trabajo?

P31b ¿Recibes ayuda y apoyo de tu inmediato o inmediata superior?

P31c ¿Tu inmediato o inmediata superior está dispuesto a escuchar tus problemas en el trabajo?

SENTIMIENTO DE GRUPO

P28c ¿Hay un buen ambiente entre tú y tus compañeros/as de trabajo?

P28d Entre compañeros y compañeras ¿os ayudáis en el trabajo?

P28e En el trabajo ¿sientes que formas parte de un grupo?

INSEGURIDAD EN EL TRABAJO

En estos momentos, ¿estás preocupado/a...

P32a ...por lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedaras en paro?

P32b ...por si te cambian de tareas contra tu voluntad?

P32c ...por si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad?

P32d ...por si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen, que introduzcan el salario variable, que te paguen en especies, etc.)?

SF-36

SALUD GENERAL

Por favor, di si te parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

P10a Me pongo enfermo/a más fácilmente que otras personas.

P10b Estoy tan sana/o como cualquiera.

P10c Creo que mi salud va a empeorar.

P10d Mi salud es excelente

Anexo 1 (Continuación)

Dimensiones de Copenhagen Burnout Inventory y COPSOQ incorporadas en el cuestionario

SALUD MENTAL

Durante las últimas cuatro semanas,

P11a ¿has estado muy nervioso/a?

P11b ¿te has sentido tan bajo/a de moral que nada podía animarte?

P11c ¿te has sentido calmada/o tranquila/o?

P11d ¿te has sentido desanimado/a y triste?

P11e ¿te has sentido feliz?

VITALIDAD

Durante las últimas cuatro semanas,

P11f ¿te has sentido llena/o de vitalidad?

P11g ¿has tenido mucha energía?

P11h ¿te has sentido agotado/a?

P11i ¿te has sentido cansada/o?

Satisfacción con el trabajo

En relación con tu trabajo, ¿estás satisfecho/a con...

P33a ...tus perspectivas laborales?

P33b ...las condiciones ambientales de trabajo, (ruido, espacio, ventilación, temperatura, iluminación...)?

P33c ...el grado en que se emplean tus capacidades?

P33d ...tu trabajo, tomándolo todo en consideración?

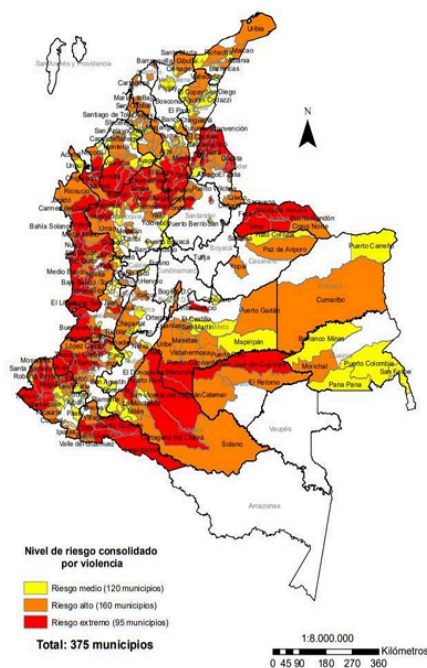
Tomado de: Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. Work & Stress. 2005; 19: 192-207.

CAPÍTULO III Resultados

De acuerdo con los objetivos planteados, a continuación se presentan los resultados producto del análisis de los datos, en la cual la muestra poblacional fue dividida según el departamento de los 144 funcionarios partícipes. Esta categorización tiene como objetivo identificar cómo el contexto territorial, cultural y operativo influye en los niveles de Burnout, teniendo en cuenta 3 dimensiones mencionadas en este proyecto de grado: agotamiento personal, agotamiento relacionado con el trabajo y agotamiento relacionado con el colaborador.

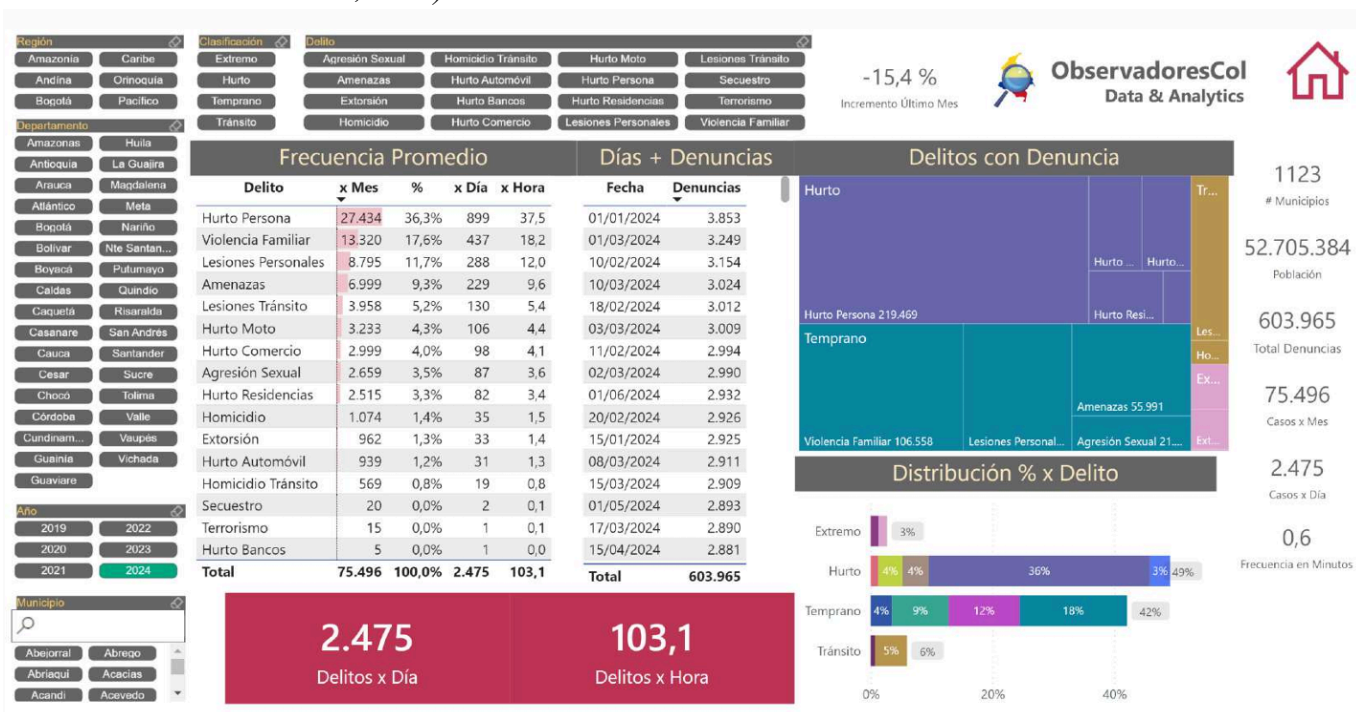
Percepción de Riesgo Operativo

En primer lugar, de acuerdo a las testificaciones de la fuerza pública que se mantienen en anonimato de un agente de la Policía Nacional, un integrante de la Infantería de Marina y un miembro del Ejército Nacional, se identificaron relaciones en la percepción del riesgo asociado a departamentos del país Colombiano. Los participantes refirieron que las denominadas “zonas rojas” hacen relación a territorios donde se presentan niveles altos de conflicto, presencia de grupos armados, economías ilegales o actividad delictiva recurrente, en donde las instituciones de fuerza son sinónimo de debilidad. Los tres testimonios resaltan los siguientes departamentos: Cauca, Arauca, Putumayo, Norte de Santander, Nariño, Chocó y Caquetá. (*Comunicación personal, 2025*)



Tomado de: Mapa de riesgo por factores de Violencia, 2022

En el anterior mapa se evidencia que: los departamentos de Antioquia, Cauca, Chocó, Norte de Santander, Nariño y Arauca presentan el mayor número de municipios en riesgo extremo. De igual manera, la situación de violencia de Guaviare, Caquetá y Putumayo, demuestra que más del 70% de sus municipios están en riesgo por factores de violencia. (*Misión de Observación Electoral, 2022*)

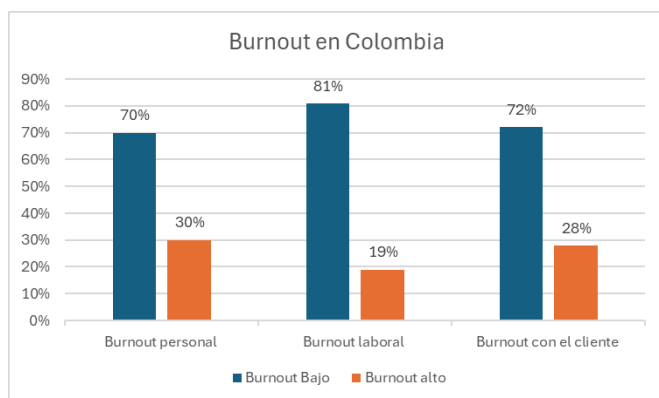


Tomado de: ObservadoresCol Data&Analytics 2024

La información recolectada anteriormente, demuestra que los riesgos psicosociales que puede enfrentar un uniformado son diversos, y pueden tener un impacto en su salud física y mental, la exposición a situaciones traumáticas, como las mencionadas en la tabla de delitos que pueden llegar a considerarse violentos, pueden tener efectos en la salud mental de los uniformados, teniendo en cuenta que, esto trae repercusiones no solo a su salud, sino también a su desempeño diario. Generando en ellos, los siguientes resultados:

Burnout en Colombia

Figura 4: Niveles de Burnout en Colombia



En la gráfica de barras correspondiente al análisis del *Burnout* a nivel nacional en la población de policías colombianos, evaluada mediante el inventario *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), se observa que en las tres subescalas del instrumento predomina un nivel bajo frente al síndrome del burnout. Específicamente, el burnout laboral registra la mayor concentración en el nivel bajo con un 81%, seguido por el burnout relacionado con el cliente con un 72%, y finalmente el burnout personal con un 70%.

No obstante, las expresiones puntuales de nivel alto en las subescalas oscilan entre el 19% y el 30%, lo cual constituye una prevalencia epidemiológicamente relevante para esta población. Se evidencia que el burnout personal alcanza el porcentaje más elevado de afectación con un 30%, seguido muy de cerca por el burnout relacionado con el cliente con un 28%, mientras que el burnout laboral presenta la menor incidencia con un 19%.

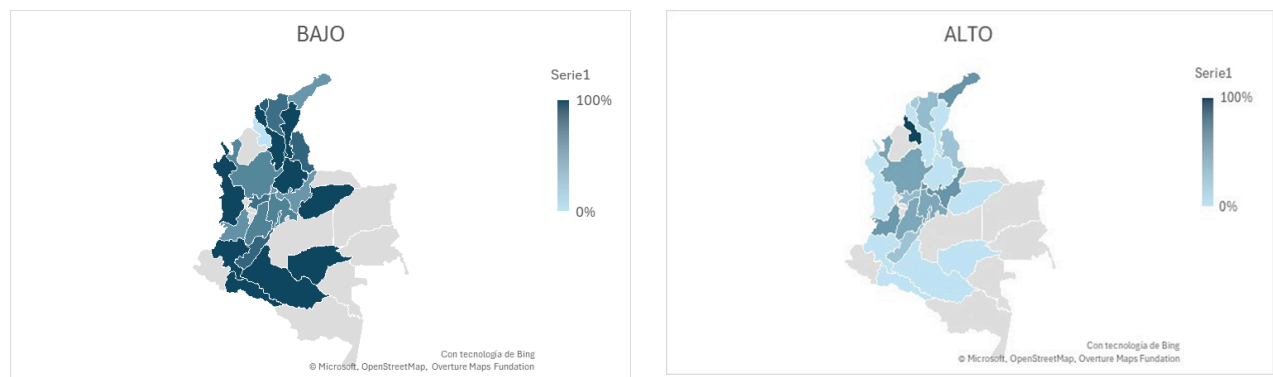
Aunque la labor policial no suele ser percibida de manera habitual como una actividad inherentemente desgastante en el imaginario común, sin embargo estos resultados derivados del CBI indican que el agotamiento personal y el agotamiento vinculado al trato con el ciudadano representan las mayores vulnerabilidades institucionales. Esto sugiere que el riesgo de desarrollar el síndrome no radica exclusivamente en la carga operativa, sino también en las demandas emocionales internas y en la exposición frecuente a situaciones críticas durante la interacción con la comunidad.

A partir de la caracterización general descrita en la Figura 4, *Niveles de Burnout en Colombia*, se derivan los mapas de calor correspondientes. Lo cual nos permite evidenciar los resultados de cada una de las tres áreas del CBI por departamento a nivel nacional. Es fundamental precisar

que los datos proyectados tanto en las representaciones gráficas como en los mapas de calor no abarcan la totalidad de los policías activos a nivel nacional, sino que corresponden a una muestra equivalente a una cuarta parte de dicha población.

Burnout personal

Figura 5: Mapa de calor de los niveles de Burnout personal por departamento



Los mapas de calor expuestos en la *Figura 5: Mapa de calor de los niveles de Burnout personal por departamento*, permiten identificar y analizar la distribución geográfica de la subescala de burnout personal en los uniformados de la Policía Nacional de Colombia. Al estudiar estos mapas se evidencia que este fenómeno a nivel territorial, el cual se hace evidente un alto índice significativo entre los niveles reportados en las distintas regiones del país.

En lo que respecta al mapa correspondiente al nivel alto dentro de la, se observa que la afectación no se distribuye de manera uniforme; por el contrario, se concentra de forma focalizada en departamentos específicos ubicados en las regiones central y norte del territorio nacional. En estas zonas, las tonalidades más intensas sugieren una mayor acumulación de indicadores asociados al desgaste personal, lo cual podría estar directamente vinculado a variables contextuales de dichas regiones, tales como una mayor densidad demográfica, una alta exigencia en las demandas operativas.

Por el contrario, el mapa que representa el nivel bajo se logra identificar que las tonalidades notablemente oscuras hace referencia a que el personal en gran parte de los

departamentos experimenta niveles de cansancio personal y mantiene una relativa preservación de sus recursos motivacionales y emocionales.

Al realizar el análisis comparativo, se demuestra que el agotamiento personal no constituye una problemática generalizada en todo el territorio colombiano. No obstante, la identificación de las regiones donde el nivel de burnout alto presenta una mayor densidad visual aporta información diagnóstica fundamental. Estos hallazgos territoriales señalan de forma precisa aquellas áreas geográficas e institucionales que requieren una intervención prioritaria, orientada al diseño e implementación de estrategias preventivas que mitiguen el deterioro del bienestar individual del personal policial en dichas jurisdicciones.

Burnout relacionado con el trabajo

Figura 6: Mapa de calor de los niveles de Burnout relacionado con el trabajo por departamento



Los mapas de calor de la *Figura 6: Mapa de calor de los niveles de Burnout relacionado con el trabajo por departamento*, permite examinar la distribución de la subescala de burnout laboral en los uniformados de la Policía Nacional de Colombia. Siendo así se evidencia una configuración espacial marcadamente diferenciada entre las manifestaciones de los niveles bajo y alto reportados a nivel nacional.

En el mapa representativo del nivel bajo, se evidencia que predomina el uso de tonalidades oscuras en la mayor parte del territorio nacional. Lo cual nos indica que un porcentaje mayoritario del personal experimenta niveles reducidos de desgaste asociado

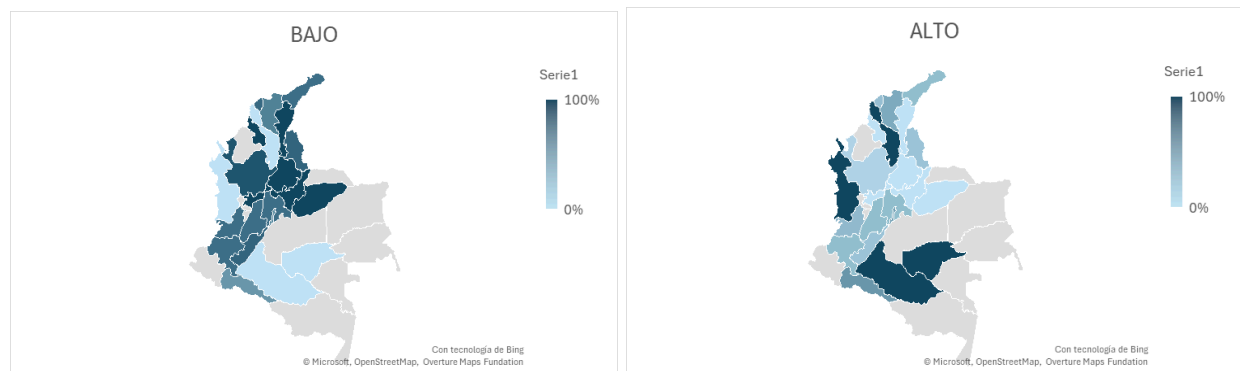
directamente a las tareas, responsabilidades y demandas de la función policial, reflejando una adecuada contención frente a las condiciones del entorno laboral.

Por el contrario, el mapa correspondiente al nivel alto, nos permite evidenciar concentraciones más reducidas y localizadas geográficamente. Al analizar esta representación, sobresale de manera focalizada el departamento de Sucre con una tonalidad que advierte una mayor acumulación de indicadores críticos. Esta particularidad regional podría estar vinculada a dinámicas locales específicas, tales como un incremento en las cargas operativas o el tipo de servicio policial demandado en dicha jurisdicción.

Al realizar el análisis comparativo de ambas representaciones se evidencia la prevalencia del nivel alto de burnout laboral es baja a nivel nacional, la singularidad observada en departamentos como Sucre aporta información diagnóstica fundamental. Estos hallazgos demuestran la necesidad de implementar intervenciones institucionales focalizadas en aquellas regiones con mayor incidencia, orientadas a mitigar los factores organizacionales y psicosociales que afectan al personal uniformado.

Burnout en relación con el cliente

Figura 7: Mapa de calor de los niveles de Burnout en relación con el cliente por departamento



Los mapas de calor de la *Figura 7: Mapa de calor de los niveles de Burnout en relación con el cliente por departamento*, Se evidencia que nivel bajo, muestra una coexistencia de tonalidades claras y oscuras a lo largo del territorio nacional. Por consiguiente, este contraste

visual permite identificar de forma preventiva aquellos departamentos que, al no registrar un predominio absoluto de niveles bajos, denotan una vulnerabilidad latente y un riesgo potencial de desarrollar el síndrome de burnout frente a esta dimensión, considerando que este factor está estrechamente ligado a las demandas emocionales derivadas de las relaciones de trabajo.

Por su parte, el mapa correspondiente al nivel alto, el cual muestra departamentos específicos con tonalidades oscuras y concentradas especialmente visibles en algunas regiones del centro y sur del país. Por consiguiente nos muestra la existencia de mayores niveles de desgaste laboral acumulado y la manifestación de posibles riesgos psicosociales críticos asociados a la gestión del servicio.

En comparación de ambas representaciones se demuestra la necesidad de adoptar un enfoque institucional proactivo. Por lo tanto, resulta fundamental prestar atención tanto a las divisiones territoriales que ya presentan una prevalencia consolidada de burnout alto como a aquellas regiones identificadas en fases de riesgo temprano, garantizando así intervenciones oportunas para la preservación del personal.

El análisis de los mapas de calor del burnout en los uniformados de la Policía Nacional de Colombia evidencia que, aunque existen departamentos con niveles altos de desgaste personal, laboral y en relación con los superiores, este fenómeno no se presenta de manera generalizada en el territorio nacional. Sin embargo, algunas zonas específicas, especialmente aquellas con mayores exigencias operativas, muestran una incidencia más marcada de agotamiento y posibles riesgos psicosociales. Esto resalta la necesidad de que la institución dirija su atención y recursos hacia los departamentos donde el burnout es más frecuente, así como a aquellos que presentan señales de riesgo, con el fin de prevenir un mayor deterioro del bienestar y fortalecer las condiciones laborales de los uniformados.

Discusión y Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, la cual tiene como objetivo determinar el nivel y caracterizar el perfil de rasgos de Burnout en agentes de la Policía Nacional; se planteó que: *los riesgos psicosociales que puede enfrentar un uniformado son*

diversos y pueden tener un impacto en su salud física y mental, algunos de estos principales riesgos según la Política de Seguridad y Salud en el trabajo de la Policía nacional de Colombia, 2019 es la percepción de aislamiento o falta de apoyo por parte de superiores y compañeros. También, Según Díaz, F y Rentería, E (2017) la exposición a situaciones traumáticas, como accidentes o crímenes que pueden llegar a considerarse violentos, situaciones de violencia pueden tener efectos en la salud mental de los uniformados, teniendo en cuenta que, esto trae repercusiones no solo a su salud, sino también a su desempeño diario. Generando en ellos el síndrome de Burnout, o el riesgo de padecerlo.

Con los presentes resultados se evidencia que la mayoría de la muestra representativa de policías a los que se les aplicó el MBI, se sitúan en la categoría BAJO-MEDIO (puntuaciones T (49-74) dependiendo de su departamento, rol y área de servicio; aún así, existen puntuaciones medio-altas en la muestra que traen repercusiones de forma directa en el servicio policial que se brinda a los Colombianos, esto generado por las demandas altamente estresantes, entendidas como la cantidad de delitos y problemas sociales que enfrentan en su día a día.

De los departamentos alcanzados en investigación, los que presentan un puntaje alto en escala de agotamiento relacionado con el trabajo, son los policías de la Metropolitana de Sucre, siendo también el departamento con mayor vulnerabilidad ante el síndrome, teniendo en cuenta que su puntaje también fue el más alto en la escala de agotamiento personal.

Por otra parte, se logra identificar que los uniformados que laboran en departamentos considerados como “zonas rojas” cuyas problemáticas sociales y niveles de inseguridad son mucho más altos que en resto del país, como: Antioquia y Valle del cauca muestran mayores niveles de Burnout en la escala de agotamiento personal en el cual se evalúa el grado de agotamiento físico y emocional que puede experimentar el colaborador de la policía nacional, teniendo en cuenta *el cansancio emocional* evaluado en el MBI.

Del otro lado, Sucre se encontró en un nivel alto en la escala de agotamiento relacionado al trabajo que hace referencia al especificado con el entorno laboral, su exigencia y labores a cumplir dentro de él, de esta manera, se asocia con la *falta de realización personal y profesional* evaluada en el MBI.

Finalmente, en la escala relacionada con el cliente se encontraron en niveles altos a los departamentos del Chocó, Guaviare y Putumayo, la cual se enfoca en la *despersonalización* del MBI, el cual identifica el desgaste asociado con el entorno del cliente, el trato y el servicio que presta el colaborador.

Claro que, no podemos olvidar nuestra amada Bogotá; en donde encontramos puntuaciones altas en la escala de agotamiento personal y agotamiento relacionado con el cliente, también se identificó puntuación media en la escala de agotamiento relacionado con el trabajo, esto debido a los riesgos psicosociales y las altas demandas de conflicto que se presentan diariamente en la Capital.

No obstante, se resaltan los departamentos que obtuvieron una puntuación de síndrome de Burnout baja en las tres escalas evaluadas, como: Bolívar, Boyacá, Caquetá, Caldas, Casanare, Huila, Putumayo y Santander. La mayoría de estos departamentos fueron considerados como “zonas rojas”, ya sea por experiencias, análisis estadísticos, delitos y/o estadía de grupos armados. Respecto a los resultados, cabe mencionar que la presencia de un bajo Burnout puede ser señal, que se ha desarrollado una adaptación o bien pueda ser, una reacción de conformidad ante situaciones o estímulos estresores, utilizando como mecanismos de defensa la negación y la represión. Brufao (1994).

Esto explicado desde la autora Brufao, que en su artículo sobre enfermedades profesionales del policía, menciona que. si los estímulos estresores se agravan, generan tensiones y angustias en el agente policial, así mismo, menciona que, la expresión de estos padecimientos de estrés pueden verse reflejados en la creación de un tipo de “aislamiento” que lleva al sujeto, en este caso, al agente Policial, a ser un participante pasivo, adaptado y resignado a todos los contextos que vive en su día a día; se endurece, se siente **“QUEMADO”**, no reconoce síntomas y por ende, no pide ayuda.

En conclusión, -estar agotado- o -quemado- como se evidenció repercutirá en la motivación, igual que la forma en que el agente Policial se sienta con su labor, su vida personal y el contexto donde se encuentre. Las repercusiones que estas pueden generar en el colaborador, se verán reflejados en su trabajo, el compromiso, su vida personal e incluso en sus relaciones interpersonales; ante esto, se propone y se cree relevante la realización de un programa de

identificación e intervención para el Síndrome de Burnout en Agentes de la Policía Nacional de Colombia, con el fin de integrar una ayuda a su desarrollo como profesionales y cuidando la salud mental de quienes protegen y velan por la ciudadanía Colombiana.

Bibliografía

Alma-Ata. (1978). Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. URSS, Kazajistán.

Antonovsky, A. (1987). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science & Medicine, 36(6), 725–733.

Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N., & Wijzenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the mental health of concentration camp survivors. Social Psychiatry, 6(3), 186–193.

Bertalanffy, L. von. (1969). General System Theory: Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller.

Brufao Curie, C. (s.f.). Una aproximación a las enfermedades profesionales del policía. [Artículo].

Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). (s.f.). Documentos sobre salud mental y factores de riesgo laborales. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136.

Hamui, L. (2021). La “moda del burnout” en el sector salud: una revisión sistemática de la literatura. Psicología desde el Caribe, 38(1), 29–52.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). The Hitchhiker’s Guide to Salutogenesis. Helsinki: Folkhälsan Research Center.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Montero Yaya, K. L., Cortés Olarte, G. A., & Hernández González, Á. U. (2020). Síndrome del burnout en policías de Colombia y su relación con el sistema de beneficios e incentivos. Revista Logos, Ciencia & Tecnología, 12(2), 32–43.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Resolución WHA55.10. Comité Ejecutivo EB109.R8. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Resolución WHA62.14 sobre determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Resolución WHA74.16 de la 74ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2012). Promoting Health in the Americas. Washington, DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Definición y determinantes de la salud mental. Washington, DC: OPS.

Ortiz, J. (2015). Autocuidado psicológico y bienestar emocional. Revista Colombiana de Psicología, 24(2), 233–245.

Piedrola, G. (2008). Salud pública y medicina preventiva. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rodríguez, A., & García, J. (1996). Teoría del autocuidado en salud. Revista de Enfermería, 14(3), 45–52.

Rojas, J., Hernández, M., & Bernardino, B. (2021). Burnout, malestar psicológico y satisfacción con la vida en policías durante la contingencia sanitaria por COVID-19: Un estudio exploratorio. Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, 12(2), 45–60.

UNESCO. (1998). Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y acción. París: UNESCO.

Vásquez, C., & Hervás, G. (2009). Bienestar psicológico y filosofía clásica: hedonismo y eudaimonia. Revista de Psicología, 27(1), 5–22.

World Health Organization. (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO.

