

DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO DE EVALUACIÓN DE
FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN
ASPIRANTES A LA POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

MARJORIE LEANDRA CALDERÓN GÁMEZ

ANDREA CORTÉS HERRERA

EMELY VIVIAN DURÁN GUZMÁN

TATIANA GISSELL MARTÍNEZ RESTREPO

LUISA FERNANDA RAMÍREZ VERNAZZA

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ D.C. 2013

DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO DE EVALUACIÓN DE
FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN
ASPIRANTES A LA POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA

MARJORIE LEANDRA CALDERÓN GÁMEZ

ANDREA CORTÉS HERRERA

EMELY VIVIAN DURÁN GUZMÁN

TATIANA GISSELL MARTÍNEZ RESTREPO

LUISA FERNANDA RAMÍREZ VERNAZZA

Trabajo de grado para obtener el título de
Psicólogo

Director: CARLOS ENRIQUE GARAVITO ARIZA
Psicólogo

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BOGOTÁ D.C. 2013

HOJA DE ACEPTACIÓN

Firma Primer Jurado

Firma Segundo Jurado

Firma Director del Programa

Bogotá D.C., Mayo de 2013

DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO

MARJORIE LEANDRA CALDERÓN GÁMEZ, ANDREA CORTÉS HERRERA, EMELY VIVIAN DURAN GUZMÁN, TATIANA GISSELL MARTINEZ RESTREPO, LUISA FERNANDA RAMIREZ VERNAZZA, mayores de edad, identificadas como aparece al pie de las correspondientes firmas, quienes actúan en nombre propio y para los efectos del presente contrato se denominaran **LOS AUTORES**, se permiten manifestar libremente que mediante este documento hacen cesión de derechos de autor, el cual se registrará por la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, y demás disposiciones que regulan la materia, y especial por las siguientes Clausulas: **PRIMERA. Objeto.** LOS AUTORES manifiestan que de manera voluntaria y gratuita, realiza la Cesión en favor de la **UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA** de todos los derechos de autor patrimoniales que a ellos les corresponden como creadores de la investigación denominada **DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO DE EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ASPIRANTES A LA POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA**, como trabajo de grado producto de su actividad académica para optar al título de PSICOLOGAS. Dicha obra fue analizada por LOS AUTORES en el año de 2013. **SEGUNDA. Determinación y alcance del objeto.** Los derechos que a través de este contrato se ceden incluyen todos los derechos patrimoniales, es decir transformación, reproducción, comunicación pública, y distribución, y son otorgados sin ninguna limitación en cuanto a territorio se refiere. Así mismo, esta cesión se da por todo el término de duración establecido en la Legislación de derechos de autor que se encuentran vigentes en Colombia. **TERCERA. Derechos morales.** La cesión de los derechos señalados en la cláusula anterior, no implican la cesión de los derechos morales sobre la obra mencionada dado que estos derechos son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. Por lo tanto, los mencionados derechos seguirán radicados en cabeza de LOS AUTORES. **CUARTA. Elaboración y responsabilidad.** LOS AUTORES manifiestan que la obra descrita en la cláusula primera, objeto del presente

contrato es original y fue realizada por ellos mismos, sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por tanto la obra es de su exclusiva autoría y detenta la titularidad de la misma, la cual cede en virtud del presente contrato. **Parágrafo.** En caso de presentarse cualquier tipo de reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra objeto de este contrato, LOS AUTORES asumirán toda la responsabilidad y saldrán en defensa de los derechos aquí cedidos. Por tanto, para todos los efectos la **UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA** actúan como un tercero de buena fe. **QUINTA. Exclusividad** LOS AUTORES declaran que los derechos sobre la obra en cuestión no han sido cedidos con antelación y que sobre ellos no pesa ningún gravamen ni limitación de su uso o utilización. **SEXTA. Autorización.** LOS AUTORES autorizan a la **UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA** a facilitar la consulta, lectura y reproducción por cualquier medio de la obra aquí cedida siempre y cuando se cite la fuente. En señal de asentimiento, se firma el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, en Bogotá, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

LOS AUTORES,

Firma. _____

Nombre. Marjorie Leandra Calderón Gámez

C.C. No. 1.026.260.288 de Bogotá

Dir. Calle 24 No. 5 – 27

Tel. 7818977 – 3002112892

Firma. _____

Nombre. Andrea Cortés Herrera

C.C. No. 1.032.417.750 de Bogotá

Dir. Diagonal 5F Bis No. 45 - 29

Tel. 4144989 - 3138127559

Firma. _____

Nombre. Emely Vivian Durán Guzmán

C.C. No. 53.002.068 de Bogotá

Dir. Calle 67 A Sur No. 65 A - 03

Tel. 7248868 - 3214736527

Firma. _____

Nombre. Tatiana Gissell Martínez Restrepo

C.C. No. 1.032.428.924 de Bogotá

Dir. Carrera 110 No. 69 B - 30

Tel. 4333100 - 3132485435

Firma. _____

Nombre. Luisa Fernanda Ramírez Vernazza

C.C. No. 1.019.036.832 de Bogotá

Dir. Carrera 110 B No. 153 – 45 Torre 8 Apto. 601

Tel. 6859921 - 3202083133

Dedicatoria

Dedicamos esta tesis a todos los que creyeron en nosotras, que nos acompañaron en la culminación de nuestro proyecto, que anhelaban ver el logro de terminar nuestra carrera, que nos apoyaron moralmente, a todos los que permitieron que con su ejemplo y conocimiento creciéramos profesionalmente, a aquellos que con sus consejos nos dieron fortaleza para seguir adelante, a los que ya no están y siempre quisieron que cumpliéramos este sueño, a todos ellos que en ningún momento nos dejaron solas y guiaron en este camino de aprendizaje y crecimiento, les dedicamos nuestra tesis.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestro Director de Tesis Carlos Enrique Garavito Ariza por permitirnos hacer parte de este proyecto, confiar en nosotras y brindarnos las herramientas necesarias para desarrollarlo, adicionalmente a la Policía Nacional de Colombia, en especial a la Dirección Nacional de Incorporaciones (DINCO), por brindarnos el espacio de aprendizaje y crecimiento profesional con toda su colaboración y apoyo.

Tabla de Contenido

Introducción	14
Justificación	16
Objetivos	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Problema de Investigación	19
Marco Teórico	20
Metodología	41
Diseño	41
Participantes	41
Instrumento	42
Procedimiento	43
Fase 1: Documentación	43
Fase 2: Metodológica	43
Fase 3: Validación	44
Fase 4: Aplicación	44
Fase 5: Resultados	45
Resultados	45
Discusión de Resultados	55
Referencias	60
Anexos	72

Lista de Tablas

Tabla 1: Estadísticos de fiabilidad general hombres	42
Tabla 2: Estadísticos de fiabilidad general mujeres	43
Tabla 3: Plan de Prueba	44
Tabla 4: Estadísticos descriptivos Mujeres	46
Tabla 5: Estadísticos descriptivos Mujeres	47
Tabla 6: Comunalidades Extracción Mujeres	48
Tabla 7: Comunalidades Extracción Hombres	49
Tabla 8: Rotación Varimax Mujeres	49
Tabla 9: Rotación Varimax Hombres	50
Tabla 10: Frecuencias Significativas en Hombres y Mujeres	51
Tabla 11: Factor General Hombres	51
Tabla 12: Factor General Mujeres	52
Tabla 13: Matriz de Correlaciones Mujeres	53
Tabla 14: Matriz de Correlaciones Hombres	53
Tabla 15: Interpretación de Puntajes Hombres General	54
Tabla 16: Interpretación de Puntajes Mujeres General	55

Lista de Gráficas

Gráfica 1: Histograma Mujeres	46
Gráfica 1: Histograma Hombres	47

Lista de Anexos

Anexo 1: Frecuencias General Hombres	72
Anexo 2: Frecuencias Estado Alimenticio Hombres	73
Anexo 3: Frecuencia Estado de Sueño Hombres	74
Anexo 4: Frecuencias General Mujeres	75
Anexo 5: Frecuencias Estado Alimenticio Mujeres	76
Anexo 6: Frecuencia Estado de Sueño Mujeres	77
Anexo 7: Baremos General Hombres	78
Anexo 8: Baremos Hombres Factor Sueño	79
Anexo 9: Baremos Hombres Factor Alimenticio	80
Anexo 10: Baremos General Mujeres	81
Anexo 11: Baremos Mujeres Factor Sueño	82
Anexo 12: Baremos Mujeres Factor Alimenticio	83
Anexo 13: Ficha Técnica	84
Anexo 14: Hoja de Respuestas Escala Depresión	85

DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO DE EVALUACIÓN DE
FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN
ASPIRANTES A LA POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Calderón, M.; Cortés, A.; Durán, E.; Martínez, T.; Ramírez, L.

RESUMEN

Se diseñó de un instrumento psicométrico de tipo pronóstico que permita identificar predisponentes y precipitantes relacionados con trastornos del estado de ánimo asociados a la depresión en aspirantes a la Policía Nacional de Colombia, entendida la depresión como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta, caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, falta de concentración. El presente análisis es un proyecto de tipo tecnológico en el ámbito psicométrico, con diseño psicométrico transeccional correlacional – causal. La muestra fue heterogénea y se realizó con 335 patrulleros en formación. Los resultados obtenidos a partir de un pilotaje de 138 ítems, arrojó un alfa de Cronbach para hombres en general de 0,81 y en mujeres de 0,82 permitiendo afirmar que tiene un índice de confiabilidad y un índice de correlación positiva.

Palabras claves. Depresión, trastornos del estado de ánimo, trastornos alimenticios, trastornos del sueño.

ABSTRACT

We designed a forecast type psychometric instrument to identify predisposing and precipitating related mood disorders associated with depression in students applying to the National Police of Colombia, understood depression as a mental disorder of affective, intellectual and behavioral characterized by sadness, pessimism, irritability, thoughts of guilt, lack of concentration. This analysis is a project about technology in the field psychometric with psychometric transeccional correlational design - causal. The sample was heterogeneous and was performed with 335 troopers in formation. The results from a pilot of 138 items, yielded a Cronbach's alpha of 0.81 overall men and women of 0.82 allowing claims a driveability index and an index of positive correlation.

Keywords: Depression, mood disorders, eating disorders, sleep disorders.

Introducción

A través de un recorrido conceptual en el cual se menciona la depresión como una alteración en el estado mental, corporal y espiritual la cual es conocida como melancolía donde la enfermedad gira en torno a la interacción de cuatro humores del ser humano (Vallejo, 1998). Desde un enfoque clínico se dice que la depresión es un trastorno del estado del ánimo, entendiéndola como un desorden afectivo que se puede manifestar a través de una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos (Pereyra, 2010). La depresión es algo más que una tristeza, ya que todos en algún momento experimentan un episodio de tristeza, pero en la depresión dura más tiempo aproximadamente 2 semanas como mínimo, la cual termina interfiriendo en las actividades de la vida cotidiana, como el trabajo, la alimentación o el sueño (Zúñiga, Sandoval & Bayardo, 2005).

Es una problemática que en la actualidad se ha visto incrementada en diferentes entornos sociales, donde sus causas no solo dependen de un factor genético sino de situaciones o problemáticas, estudio realizado por Chen et al. (2006); citado por De Puelles, (2009). Muestra que factores asociados a la depresión en población policial se presentan por los problemas familiares y el estrés laboral, los cuales pueden estar relacionados con la consecución de objetivos, los compañeros y el elevado volumen de trabajo. En la investigación, se estimó una tasa probable de depresión de 21.6% (n=180 agentes), respecto a la percepción de riesgo de contraer enfermedades por su trabajo, más de la mitad de los policías situaron a la depresión entre las tres enfermedades consideradas de mayor riesgo.

En esta investigación se realizó la construcción de una prueba pronostica para determinar si los factores predisponentes y precipitantes de cada individuo pueden conllevar al desencadenamiento de un trastorno depresivo. Conociendo que el trabajo policial es considerado uno de los entornos de mayor presión, responsabilidad, dedicación, donde se viven momentos de tristeza que algunas veces evocan situaciones personales, las cuales pueden generar cambios en el estado de ánimo (De Puelles, 2009). La investigación se realizó a personal activo de la Policía Nacional de Colombia, los cuales se encontraban en un rango policial de patrulleros.

Esta investigación obtuvo resultados que permitieron afirmar con un alfa de Cronbach para el grupo de hombres de 0,81 y para mujeres de 0,82, que el instrumento realizado para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial asociados a la depresión es significativa para la incorporación a la institución. Teniendo en cuenta, que existe en un 54% para mujeres y un 83% para hombres, la posibilidad de desarrollar algún estado de depresión a partir de factores predisponentes y precipitantes característicos de cada individuo.

Por lo tanto, es una prueba con un alto índice de confiabilidad y con una correlación entre ítem-ítem significativa, ya que evalúan de forma independiente las variables y dimensiones propuestas para evaluar el estado de depresión en los aspirantes a la Policía Nacional de Colombia.

Justificación

Se realizó un instrumento psicométrico con validez de pronóstico que identifica los riesgos psicológicos futuros de los aspirantes a la Policía Nacional de Colombia, evaluando los factores de riesgo predisponentes y precipitantes, que bajo controles y actividades policiales puedan desatar alteraciones del estado de ánimo asociados a la depresión. Según algunos estudios, la prevalencia global del trastorno depresivo varía entre 8% y 25%, lo que ha llevado a algunos autores a plantear que en el año 2020 será la segunda enfermedad más frecuente y responsable de 3,4% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad (Villalobos, 2010).

El proyecto de investigación tiene relevancia dentro de la institución de la Policía Nacional, debido a la utilidad que representa la prueba psicométrica respecto al ingreso de personal apto para desarrollar las actividades propias de la carrera, según el artículo 218 de la Constitución Política de Colombia (1991), teniendo en cuenta que la Policía Nacional de Colombia, es un cuerpo armado permanente de naturaleza civil, a cargo de la Nación, cuyo 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.

Asimismo, el aporte a nivel disciplinar en la Psicología y en el grupo de investigación, es contribuir al desarrollo de nuevas herramientas que permitan identificar los riesgos psicológicos asociados a trastornos depresivos en aspirantes a la Policía Nacional de Colombia, dado que en estudios como el facilitado por la defensoría del pueblo en el año 2008, el 30% de la población en Colombia padece de algún tipo de trastorno psiquiátrico que es causa frecuente de morbilidad, siendo el trastorno depresivo la enfermedad de mayor prevalencia con un 19,6% de la población, adicionalmente estos trastornos desmejoran la calidad de vida de las personas que los padecen y producen una mayor discapacidad laboral bajo condiciones como el ambiente, la tarea, los instrumentos, los materiales, la organización y el contenido del trabajo, que encierran un daño potencial en la salud física o mental, o sobre la seguridad de los individuos, por lo cual este tipo de trastornos impiden el buen desarrollo de las funciones requeridas por el cuerpo policial.

Adicionalmente, es importante destacar que este tipo de proyectos son relevantes debido a que el porcentaje de trabajos en Colombia en el área de psicometría equivalen al 3.32% del total de las investigaciones revisadas correspondientes a tesis y trabajos de docentes (Rodríguez, Rosero, Botia & Duarte, 2011). Y al implementar el instrumento se busca un avance en el proceso nacional de incorporación con el fin de aumentar la sensación de seguridad e incrementar la productividad del trabaja policial.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar un instrumento psicométrico de tipo pronóstico que permita identificar predisponentes y precipitantes relacionados con trastornos del estado de ánimo asociados a la depresión en aspirantes a la Policía Nacional de Colombia.

Objetivos específicos

Documentar las teorías y paradigmas que exponen el trastorno afectivo de la depresión, relacionando los factores precipitantes y predisponentes que pueden desencadenarlo.

Desarrollar el plan de prueba que determine las variables a considerar en el instrumento psicométrico.

Formular los reactivos pertinentes para la evaluación de cada variable enunciada en el plan de prueba, asociadas al desarrollo del *Trastorno Afectivo de la Depresión*.

Validar por criterio y contenido cada uno de los componentes del sistema de evaluación, con el fin de determinar la coherencia y consistencia del instrumento psicométrico.

Problema de investigación

La revisión conceptual y de antecedentes, permitió identificar que dentro del proceso de incorporación a auxiliares y patrulleros de la Policía Nacional de Colombia existen vacíos de información en relación a pruebas que permitan pronosticar los factores de riesgo psicosocial asociados a la depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad. A lo largo de la historia se han aplicado pruebas diagnósticas las cuales pueden arrojar un perfil psicológico actual del aspirante, durante este proceso de selección no se contempló que este mismo participante apto (psicológicamente sano) ante unas condiciones de vida de entrenamiento policial, o bajo las funciones propias de esta profesión, es decir con una alteración en los horarios de sueño, horarios de comida y bajo estrictas reglas jerárquicas, pudiera desarrollar trastornos psicológicos como consecuencia de los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos. Por lo tanto, se plantea en este estudio el problema de investigación el cual consiste en determinar los factores precipitantes y predisponentes del trastorno del estado de ánimo relacionado a la depresión. Este estudio se encuentra limitado en cuanto a la población debido a que está dirigido específicamente a los aspirantes a la Policía Nacional de Colombia, que incluye hombres y mujeres cuya edad varía entre 18 y 35 años aproximadamente, con una formación académica desde bachiller hasta profesional o especialista según el rango al cual aspire.

Marco Teórico

El presente documento está relacionado con la depresión, entendiéndola como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración etc. (Calderón 1990). Es así que en el marco teórico se van desarrollar una serie de teorías las cuales van a permitir explicar el fenómeno y de la misma manera se va hacer una exploración de los autores y enfoques más representativos referentes al tema.

Recorrido Histórico

Desde el inicio de la historia del hombre se han identificado diferentes episodios que podrían catalogarse hoy en día como: trastornos del estado del ánimo o depresivos, en los primeros relatos del Génesis fue descrito cuando Dios expulsa del paraíso a Adán y Eva, donde el paraíso representa la felicidad y la alegría, (Hernández, 2007). Así mismo, la descripción de la depresión está ya reflejada en el Antiguo Testamento, donde se narran los graves episodios de tristeza y melancolía de Saúl, quien inicialmente respondía a la terapia musical de su hijo David, pero llega a un estado de enajenación e intenta dar muerte a su propio hijo (Vásquez & Sanz, 1995).

Siendo esta *enfermedad no exclusiva a nuestra época*, se afirma que el conocimiento y definición de la depresión, que en la antigüedad hacía referencia al estado mental, corporal y espiritual, se denominaba melancolía; remontando su fundamento a los orígenes propios de la medicina, donde Hipócrates (S. IV a.C) describió con síntomas clínicos lo que él denominaba melancolía como: “Un temor o distimia que se prolonga durante largo tiempo y supuestamente, se debe a la alteración del cerebro por la bilis negra, uno de los humores determinantes del temperamento de la salud” (Pérgola, 2002; pág. 17).

Según Vallejo (1998), en los escritos hipocráticos la enfermedad gira en torno a la interacción de cuatro humores del ser humano (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), que son la consecuencia de la combinación de las cuatro características de la

naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad), donde sustenta que cualquier enfermedad se produce por el desajuste de estos humores básicos.

Pérgola (2002), adicionalmente menciona que 100 años después Aristóteles sigue las concepciones hipocráticas y considera cuatro tipos de temperamentos: Melancólico, sanguíneo, colérico y flemático, los cuales inspiran a Claudio Galeno de Pérgamo, principal figura de la Roma Antigua, quien mantiene esos postulados señalando la importancia del miedo como síntoma concomitante con la tristeza (Cruz & Vergara, 2011).

Por otra parte, durante la Edad Media, los postulados e ideas de las culturas griega y romana, sufren un retroceso y renace el primitivismo y la brujería. Las enfermedades mentales eran atendidas por monjes en los monasterios, por medio de exorcismos que eran la base del conocimiento y la cura para sacar los demonios del hombre (Vallejo, 1998). Adicionalmente:

San Agustín (S. V) aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depression” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín de *pre* y *mere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía (Jackson, 1986; citado por Korman & Sarudiansky, 2011).

Desde las tres perspectivas de la filosofía occidental se utilizan tres vocablos para mencionar la depresión: El primero de ellos habla de la melancolía como la alteración del equilibrio humoral, donde se mencionaba que uno de los cuatro humores producía el estado patológico melancólico depresivo. El segundo es la Acedia, un síndrome de apatía, angustia y pereza y el principal introductor del concepto de acedia en Occidente es el monje Juan Casiano donde habla de ocho vicios principales:

Ocho son los vicios principales que afligen al género humano. El primero es la gula o la glotonería; el segundo, la lujuria; el tercero, la avaricia o el amor al dinero; el cuarto, la ira; el quinto, la tristeza; el sexto, la acedia, esto es, el desabrimiento o tedio

del corazón; el séptimo, la jactancia o vanagloria; el octavo, la soberbia (Aguirre, 2008; pág. 574).

Y por último se habla de depresión que se refiere al síndrome de hundimiento vital que se debe a la incidencia que padece gran parte de la humanidad (Aguirre, 2008). Mientras que en el Renacimiento se destaca a Paracelso, quien en su tratado “De las enfermedades que privan al hombre de la razón, como el baile de San Vito, la epilepsia, la melancolía y la insanía”, rechaza el planteamiento sobre el origen de las enfermedades mentales, que no eran provocadas por espíritus o demonios, afirma que no eran, ni más ni menos espiritual que las afecciones del cuerpo. Estableció la diferencia entre la debilidad mental y diversas formas de manía, y fue quizás el primero en identificar los componentes sexuales de los demás factores en el desarrollo de la histeria (Pérgola, 2002).

Se destaca el auge que empieza a tener en Europa la idea de que los enfermos mentales deben recibir un tratamiento adecuado en establecimientos creados específicamente para atender este tipo de problemáticas. La idea de la Edad Media y del Renacimiento de “loco” fue desapareciendo paulatinamente. Con la reforma, las nuevas tendencias religiosas, la nueva visión crítica y racional del mundo, los planteamientos filosóficos y los avances en el ámbito científico desencadenaron la nueva visión del concepto de enfermedad mental (Coto, Gómez-Fontanil & Belloch, 1995).

En la modernidad, surgen diferentes autores y obras literarias que dan un nuevo curso a la historia de los trastornos mentales, autores como Phillippe Pinel, considerado el padre de la psiquiatría elabora una clasificación sencilla de los trastornos psíquicos: “Melancolía (alteración de la función intelectual), Manía (excesiva excitación nerviosa, con delirio o sin él, Demencia (alteración de los procesos de pensamiento), e Idiocia (detrimento de las facultades intelectuales y afectos) (Vallejo, 1998). Por otra parte, “Falret en 1854 describe el suicidio como resultado de un trastorno mental; Kahlbaum en 1882 hace sus consideraciones sobre la ciclotimia; Kraepelin en 1899 realiza sus descripciones de la psicosis maniaco-depresiva y define la melancolía involutiva” (Hernández, 2007; pág. 231).

Principales modelos psicológicos

La tradición psicológica permaneció latente por un tiempo, solo para resurgir en el S. XX, en varias escuelas con enfoques y planteamientos muy diferentes. Un método importante fue el Psicoanálisis, basado en la elaborada teoría de Sigmund Freud (1856-1939), sobre la estructura de la mente y la función de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta.

Del mismo modo el enfoque comportamental se ha basado en desarrollar una serie de conceptos experimentales los cuales tienen como origen los aportes de la Reflexología Rusa de Sechenov y de Pavlov y en la delimitación operacional de J.B. Watson. Durante el siguiente texto se hará una construcción conceptual con los aportes de cada uno de los autores significativos del enfoque.

La ley del efecto de Thorndike

La teoría de Thorndike en 1913, se fundamenta en la asociación de los impulsos de acción y las impresiones sensoriales. Para él, la forma más característica del aprendizaje, tanto en los animales como en el hombre, es el proceso por ensayo y error o como más adelante de su carrera prefirió nombrarlo, por selección y conexión. (Tarp, 1989). Thorndike (1898) afirma que según el grado de necesidad y de placer que acompañe, la conexión entre el estímulo y la respuesta se fortalece o se debilita, esto quiere decir que dependiendo del estímulo que se le da al niño para realizar una determinada actividad, será la respuesta que él dé, y seguirá con el estímulo y respuesta, dependiendo si le agradó o no (Griffiths, (2004), citado por Rizo, 1991). Él nos deja tres leyes muy útiles, las cuales son: La ley del efecto, ley de frecuencia y la de disposición.

El aprendizaje se daba cuando el vínculo se establecía dentro de un patrón observable de conducta (Saettler, 1990). La respuesta provista por la Ley del efecto de Thorndike, repostulada más tarde por Hull (1943) como el principio del reforzamiento E-R, es que una asociación entre EI y RI es establecida y fortalecida por el reforzamiento. Aunque este principio fue ampliamente aceptado en un comienzo, luego se desacreditó cuando se tornó claro a través de los primeros experimentos sobre contraste de incentivo de ratas (Elliot, 1928) y monos (Tinklepaugh, 1928).

Thorndike (1898) realizó su investigación, también observando la conducta de animales pero después realizó experimentos con participantes humanos. Implantó el uso de métodos usados en las ciencias exactas para los problemas en educación al hacer énfasis en el tratamiento cuantitativo exacto de la información. “Cualquier cosa que exista, debe existir en determinada cantidad y por lo tanto puede medirse” (Griffiths, (2004), citado por Rizo, 1991). Su teoría, conexionismo, establece que aprender es el establecimiento de conexiones entre estímulos y respuestas. Aunque el aporte más representativo se ha dado en el aprendizaje asociativo, en donde la psicología básica del aprendizaje aborda la investigación empírica de fenómenos pre-asociativos como la habituación y la sensibilización, y pos asociativos como el aprendizaje por observación y modelado.

Modelo de aprendizaje de Pavlov

Pavlov (1890-1900) observa, en el primer experimento, una secreción unida a la comida, estímulo que ya había sido establecido y que podía haberse establecido incluso antes de que el perro naciese. En el segundo experimento, sin embargo, observó una secreción que se producía después de un estímulo completamente nuevo y elegido arbitrariamente. A este proceso de forjar una conexión entre un nuevo estímulo (un sonido) y un reflejo ya existente (como la salivación al tener comida en la boca), lo denominó condicionamiento Pavlov (1977), citado por Seligman (1975).

Un ejemplo del condicionamiento pavloviano es cuando una persona escucha un tono seguido viene una descarga breve y dolorosa, el tono sería el estímulo condicionado (EC) y la descarga el estímulo incondicionado (EI), el dolor producido por la descarga la respuesta condicionada, una vez la persona pueda anticipar la descarga sudará, y su ritmo cardíaco aumentará, cuando la persona es capaz de anticipar las respuestas se llamarán respuestas condicionadas (RC) Pavlov (1977), citado por Seligman (1975).

Modelo de condicionamiento clásico de Watson

Watson fue el primer psicólogo norteamericano en usar las ideas de Pavlov, al igual que Thorndike, primero comenzó sus estudios con animales y posteriormente

introdujo la observación de la conducta humana (Watson; Rayner, 1920). En sus primeros trabajos Watson no habló de reflejos condicionados. Es así que en 1914 descubrió la obra de Pavlov y la convirtió en uno de los pilares de un sistema psicológico (Watson; Rayner, 1920). En la alocución presidencial ante la American Psychological Association, Watson insistió en que gran parte de la conducta de hombres y animales se explicaba por medio de los principios del condicionamiento pavloviano.

La psicología de Watson se basaba en el esquema estímulo – respuesta (E-R). Consideraba que las respuestas eran contradicciones musculares o secreciones glandulares, la conceptualización de Watson, tuvo un gran impacto en la Psicología de esa época, de tal manera que fundó una nueva Escuela Psicológica "El Conductismo", que atrajo de inmediato la atención de psicólogos, educadores y el público en general. No hay instintos en el hombre, según el conductismo, y las emociones son reflejos condicionados (Watson, 1980).

“Expuso el condicionamiento clásico con un experimento en el que participó un niño llamado Albert y una rata blanca. El experimento consistía en acercar la rata a Albert para que la tocara, al principio Albert no mostraba temor por el pequeño animal, pero al comenzar a hacer, de repente un fuerte ruido cada vez que Albert tocaba la rata, al poco tiempo Albert comenzó a mostrar temor por la rata aún sin hacer el ruido. Este miedo se generalizó para otros animales pequeños. Extinguió el miedo presentando la rata al niño en repetidas ocasiones sin hacer el ruido” (Harris, (1979), Samelson, (1980), Brophy, (1990), citado por Rogers, Berg, Boettcher, Howard, Justice, Schenk, (2009).

Modelo de condicionamiento operante de Skinner

Se encuentra que el conductismo evidencia la necesidad de explorar la relación del contexto con el desarrollo del aprendizaje en el organismo. Es así que B.F. Skinner (1974), fue quien formula el modelo operante, como una forma de explicar cómo los premios y castigos recibidos por el sujeto influyen en casi todo su comportamiento, “el reforzamiento es un estímulo o hecho que incide en la probabilidad de que se repita una conducta, la naturaleza del reforzamiento depende del efecto que ejerza sobre el sujeto” (Garrison & Loredó, 2002). Este concepto de refuerzo ha sido tradicionalmente el apoyo

conceptual y metodológico de los análisis de la conducta tanto en investigación básica como en ambientes aplicados de la psicología (Martínez, 1998).

En este condicionamiento, se habla del refuerzo negativo, cuando un estímulo doloroso o desagradable se elimina o no se aplica en absoluto si se realiza cierta clase de comportamiento. La supresión de las consecuencias negativas aumenta la frecuencia de un comportamiento (Garrison & Loredó, 2002). Por otra parte, el refuerzo positivo sirve para modificar una conducta y se ha desarrollado por medio de procedimientos de reforzamiento operante que él y sus descendientes han aplicado a muchos aspectos de control y manipulación de la conducta. Sugiere que los principios del condicionamiento se aplicaban a la conducta humana, hubo análisis de las partes de dicha conducta. Por ejemplo, Thorndike aplicó los principios del condicionamiento a problemas prácticos en la educación (Watson y Rayner, 1920) igualmente Watson (1930) afirmó que el lenguaje se aprendía. Se interesaron en el condicionamiento emocional y en el aprendizaje de temores por medio del condicionamiento.

Según Domjan (2010) el estudio del control aversivo se ha investigado de manera exhaustiva, con dos procedimientos: la evitación y el castigo. En un procedimiento de evitación el participante realiza una tarea específica para impedir la presentación de un estímulo aversivo, en contraste el castigo involucra una contingencia positiva, produciendo un resultado aversivo. Los procedimientos de evitación incrementan la ocurrencia de la conducta instrumental, mientras que los procedimientos de castigo suprimen la respuesta instrumental (Domjan, 2010).

Modelo de indefensión aprendida de Seligman

En el modelo propuesto por Seligman (1975) se experimentó la indefensión la cual definió como el estado psicológico que se produce frecuentemente cuando los acontecimientos son incontrolables, es decir cuando no se puede hacer nada para cambiarlos, indiferente a las acciones que se realicen el fin será el mismo.

Hizo énfasis en el condicionamiento clásico, indicando que así se presente la respuesta anticipatoria esto no evita que se presente el estímulo incondicionado, por lo cual la diferencia entre un experimento pavloviano y un experimento operante es la

indefensión. Una persona o un animal están indefensos frente a un determinado resultado cuando este ocurre independientemente de todas las respuestas voluntarias (Abramson y cols. (1978); Miller y Norman, (1979); citado por Seligman, (1975).

Asegura que cuando un hombre es enfrentado a un acontecimiento nocivo que no puede controlar, su motivación para responder queda drásticamente reducida:

El miedo de un organismo enfrentado a una situación traumática disminuye si aprende que las respuestas controlan la situación; el miedo permanece si el organismo sigue sin tener la certeza de que la situación es controlable; si el organismo aprende que el trauma es incontrolable, el miedo da paso a la depresión (Seligman, 1975; p.112). La expansión del modelo conductista, converge en múltiples enfoques, que sumado a diversos factores externos a la psicología, como lo son las nuevas tecnologías cibernéticas que vienen de la mano de la Teoría de la Comunicación, la Lingüística y la propia Cibernética, hacen que el paradigma entre en crisis a partir de 1950. A mediados de esa década, es sustituido por el procesamiento de la información que, apoyándose en la poderosa metáfora del ordenador, hace posible el estudio de los procesos mentales que el conductismo marginaba.

Triada cognitiva de Beck

Posteriormente y cambiando el modelo tradicional en el conductismo, Beck señaló como parte del complejo sintosomático de la depresión, distorsiones cognitivas tales como pesimismo extremo o una visión irreal de la propia personalidad, la importancia de esta postura reside en que considera que estas distorsiones cognitivas son la causa primaria del desorden y no elaboraciones secundarias (Nezu, A; Nezu, C & Lombardo, 2006).

El modelo cognitivo de la depresión predominante en el modelo cognitivo propuesto por Beck consta de tres elementos básicos: la triada cognitiva, que consiste en patrones de ideas y actitudes negativas que caracterizan a los individuos depresivos, abarca opiniones negativas de sí mismos, del mundo y del futuro; el segundo elemento son los esquemas negativos, son patrones de pensamiento estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas. Por

último señaló las distorsiones cognitivas como errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo y mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos incluso a pesar de la existencia contraria (Beck, Rush, Shaw, & Emery y cols. 1979). De igual manera formula que la existencia de esta tríada cognitiva da lugar a los pensamientos automáticos que son:

Aquellos que se disparan rápidamente ante una situación o circunstancia determinada. Constituyen el dialogo, la conversación que se mantiene con sí mismo. Se tiende a denominarlos dado que dicho término describe la forma en que se experimentan, sin reflexión ni razonamiento previo (Moix y Kovacs, 2009).

Este tipo de pensamientos hacen que la persona sufra sin motivo alguno, debido a que son las interpretaciones que el individuo se dice a si mismo sobre su experiencia, y generan ansiedad o estrés. Estos a su vez contienen distorsiones cognitivas que son errores, conclusiones o productos cognitivos ilógicos y equivocados, que se cometen cuando se procesa la información y dan lugar a respuestas no adaptativas (Moix y Kovacs, 2009). En definitiva, una mayor vulnerabilidad cognitiva genera un estilo perceptivo y valorativo de la realidad más negativa lo que, a su vez, afecta las relaciones interpersonales y el juicio sobre las otras personas (Clark, Beck y Alford, 1999).

Terapia racional emotiva de Ellis

Siguiendo a Ellis es posible evaluar los pensamientos automáticos según tres criterios. Por su evidencia empírica, su consistencia lógica y su utilidad y pragmatismo. “Conforme a lo expuesto anteriormente se concluye con la terapia racional – emotiva (TER) que afirma que las cosas que ocurren no son las que perturban, sino la opinión que tienes de ellas” (Ellis, 1981). Siendo esto una forma de manejar dichas respuestas a aquellos pensamientos que generan sentimientos negativos a conductas o estados que influyen en el desarrollo contextual de participante.

Según Ellis (1981), la TER recalca el hecho de que un desorden emocional implica siempre un estado absolutista hacia las personas perturbadas ya que constantemente están demandando o imperando consciente o inconscientemente de sí mismas, de los demás o del universo. Dicha teoría afirma que las experiencias

activadoras no hacen que tenga consecuencias emocionales, tales como los sentimientos de depresión, desesperación y pánico, y no lo llevan a la consecuencia conductuales tales como la inercia y la evasión.

“El tema central de la Teoría racional es que el hombre es el único animal que es a la vez racional e irracional” (Ellis, 1981); que sus perturbaciones emocionales o psicológicas en gran parte son el resultado ilógico e irracional y que puede liberarse de la mayor parte de su infelicidad emocional y mental y de su perturbación sin aprender a maximizar su pensamiento racional y minimizar su pensamiento irracional (Ellis, 1980).

Estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman

En 1986 Lazarus y Folkman en sus investigaciones definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona. Distinguen los modos o estrategias de afrontamiento, que describen ampliamente una serie de estrategias cognitivas y comportamentales que las personas utilizan para gestionar las demandas internas y/o externas de las situaciones estresantes (Lazarus y Folkman citados por Moran 2006).

Por medio del análisis factorial, obtuvieron siete modos de afrontamiento: planificación para la resolución del problema; confrontación, que consiste en enfrentarse a la causa del problema; búsqueda de apoyo social, al pedir ayuda a otros, a profesionales, a personas de confianza; distanciamiento, que describe los esfuerzos para apartarse de la situación; autocontrol, los esfuerzos por regular los propios sentimientos; escape- evitación, que se refiere al pensamiento que sugiere huida y evitación; y reevaluación positiva, o los esfuerzos por dar un significado positivo a la situación (Lazarus y Folkman citados por Moran 2006).

Luego de realizar un recorrido histórico por los diferentes modelos psicológicos con una construcción conceptual, se definen los trastornos del estado de ánimo asociados a la depresión, como el trastorno alimenticio y de sueño, relacionándolos con el trabajo policial, la manera en que estos afectan el desarrollo de la labor y el riesgo psicosocial, al cual puede estar enfrentado el individuo sometándose a grandes cargas de estrés.

Trastornos del estado de ánimo

En la actualidad, los trastornos del estado de ánimo son una causa común de absentismo y jubilación por incapacidad laboral, además, se prevé que, en un futuro próximo, la depresión será la segunda causa de discapacidad por enfermedad (Prieto, Vera, Pérez & Ramírez, 2007).

Los Trastornos del Estado del Ánimo desembocan en un abanico de conductas autodestructivas sintomáticas (Wolman & Stricker, 1993), tienen como característica principal una alteración del humor, están divididos en cuatro trastornos: trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos del estado de ánimo, debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (Londoño & Ramírez, 2005).

La depresión como un trastorno del estado de ánimo

Según el DSM IV-TR, dentro de los trastornos depresivos se encuentra: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado, se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de haber historia previa de episodio maniaco mixto o hipomaniaco, manifestándose con una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos, que suelen obstaculizar la vida diaria y el desempeño normal del individuo que lo padece (Pereyra, 2010).

Asimismo, la depresión es entendida como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria, concentración etc. (Calderón, 1990). Es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto, esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas (Beck, 1979). Este trastorno puede desatar síntomas como: bajo estado de ánimo, pérdida de interés o capacidad para disfrutar las cosas, pérdida de apetito, pérdida de sueño, conducta enlentecida, fatiga y pérdida de energía, baja autoestima y baja concentración/atención (Horwitz, Wakefield & Spitzer, 2007).

El individuo debe experimentar síntomas como cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas DSM-IV (APA, 2002).

En el ámbito psicosocial, la depresión produce un gran sufrimiento en la persona afectada y en las personas de su entorno, con importantes repercusiones laborales y socioeconómicas, debido a la pérdida de productividad, al absentismo y a las posibles bajas laborales relacionadas (Mingote, Gálvez, Pino & Gutiérrez, 2009).

Riesgo psicosocial e investigaciones relacionadas con la depresión

El estudio de los riesgos psicosociales toma gran importancia puesto que el cumplimiento del sujeto se ve afectado debido a la sobredemanda de funciones, creando así una sobrecarga psíquica y emocional que puede tener graves consecuencias en el área cognitiva (Dejours, 1992; Parra, 2001, 2004 & Vezina, 2007 citado por Ansoleaga & Toro, 2010).

A lo largo del tiempo se han relacionado los trastornos del estado de ánimo con los riesgos psicosociales como se refieren Kawakami, Araki & Kawashima, 1990 & Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Bugel & David, 1998 citado por Ansoleaga & Toro, 2010 “trabajo inadecuado, relaciones humanas pobres, altas demandas psicológicas, bajo control y bajo soporte social en el trabajo con altos síntomas depresivos” debido a que mientras no exista un control de estos riesgos en las áreas de trabajo y adicionalmente existe un factor predisponente se aumenta la probabilidad de que se desencadene el trastorno. La anterior relación cobra importancia debido a que según la Organización Mundial de la Salud (2009): “una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental a lo largo de su vida y para el año 2020 la depresión será el trastorno de salud que ocupará el segundo lugar”.

Se indica que la incidencia de los trastornos es consecuencia de múltiples razones sociales, culturales, económicas y ambientales (Giráldez, 2003; Serrano, 2008 citado por Londoño & cols, 2010), además de la influencia de los conflictos con el núcleo familiar en la infancia y la ausencia de un sistema de salud con cobertura para la salud mental,

problemas de pareja entre otros (Londoño & cols, 2010 refiriéndose a Urrego, 2007). Un estudio realizado por Alejo (2005) y Aristizábal & Palacio (2003) mencionado por Londoño & cols (2010) evidencia que el vivir experiencias de violencia aumenta la probabilidad de ocurrencia de un trastorno del estado de ánimo, duelo, frustración ante una situación desencadenante a su vez relacionada con un acto violento.

También es cierto que las personas que padecen dicho trastorno tienen un predisponente que puede ser el (ánimo) y un precipitante el cual se puede presentar en diferentes contextos, por ejemplo, situaciones a nivel social como: “La separación matrimonial, el status de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno” (Díaz , Torres, Urrutia, Moreno, Font & Cardona, 2006)

En Colombia, la prevalencia de la depresión en general es de 1,9%; se calcula que es de 5 a 12% en hombres y de 10 a 25 % en mujeres (Correa, 2007). Según algunos estudios, la prevalencia global del trastorno depresivo varía entre 8% y 25%, lo que ha llevado a algunos autores a plantear que en el año 2020 será la segunda enfermedad más frecuente y responsable de 3,4% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad (Villalobos, 2010).

Según el estudio facilitado por la defensoría del pueblo en el año 2008, el 30% de la población en Colombia padece de algún tipo de trastorno psiquiátrico que es causa frecuente de morbilidad, siendo el trastorno depresivo la enfermedad de mayor prevalencia con un 19,6% de la población, adicionalmente estos trastornos desmejoran la calidad de vida de las personas que los padecen y producen una mayor discapacidad laboral bajo condiciones como: el ambiente, turnos, la tarea, los instrumentos, los materiales, la organización y el contenido del trabajo, que encierran un daño potencial en la salud física o mental, o sobre la seguridad de los individuos.

Siendo estos factores de riesgo predisponentes y precipitantes se definen como “una posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de los objetivos” (Policía Nacional de Colombia, 2008), y que están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor

duración de los principales problemas de salud (OMS, 2004). Es así como el trabajo policial es considerado como una profesión de alto estrés, debido a que los policías frecuentemente son expuestos a los más violentos, perjudiciales y desconfiables elementos de la sociedad.

Se pueden mencionar dos factores que contribuyen al estrés:

1) Extraorganizacionales, que son aquellos conflictos que suceden fuera del ámbito laboral, tales como muerte de un ser querido, conflictos conyugales, problemas en zona de residencia.

2) Organizacionales, si bien podemos detallar una lista interminable, se pueden clasificar de acuerdo con el desempeño laboral con ejemplos como: trabajo de alta dificultad y concentración, creatividad restringida, etc.; de acuerdo con la dirección como puede ser un mal liderazgo o ausencia de incentivos; factores relacionados con la organización y función, las tareas, el medio ambiente, entorno social. Cada factor con sus implicaciones y riesgos sobre el trabajador (Fernández, 2010).

El Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional NIOSH identifica seis aspectos importantes que influyen en el trabajo policial y pueden ser determinantes de estrés laboral: El diseño de los trabajos, el estilo de dirección, las relaciones interpersonales, los papeles del trabajo, la preocupación de la carrera y las condiciones ambientales. Todos relacionados con la carga emocional debido a que generan situaciones de riesgo y vulnerabilidad para el policía y su entorno (De Puelles, 2009).

A partir del estrés laboral se empieza hablar del síndrome de burnout “una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal” (Gutiérrez, Celis, Moreno, Farías & Suarez, 2006). Siendo causante de un deterioro en el nivel de bienestar de la persona y manifestándose en una combinación de “cansancio emocional, fatiga física, pérdida del interés por la actividad, baja realización laboral y deshumanización” (Martínez & Salanova, 2003 citados por Rodríguez, 2011). Por su parte, Maslach y Jackson (1981) citados por Tutte & Garces (2010), “lo conceptualizan como cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”.

Moreno y Peñacoba, (1999) citados por Quiceno & Vinaccia, (2007, pág. 118), hacen una diferenciación del burnout y el estrés argumentando que:

El burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca el burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al burnout. Desde esta perspectiva el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto.

De esta manera se puede explicar el burnout como una de las formas que tiene el estrés laboral de progresar. En un estudio realizado en Chile con una muestra de 115 carabineros, hombres y mujeres, se les aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) y la Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento (C.O.P.E.) la prueba arrojó que el 48,7% del personal presenta un alto grado del síndrome de burnout, debido a las múltiples problemáticas evidenciadas durante el desarrollo de esta labor como lo son el maltrato, muertes y delitos. Briones (2007) citado por Castro, Orjuela, Lozano, Avendaño & Vargas (2011).

Por otra parte, en este estudio se ve la depresión como un factor desencadenante de los trastornos alimenticios, entendidos como alteraciones y cambios en los hábitos de alimentación, que provocan estados alterados del comportamiento, influyendo significativamente en el desarrollo tanto comportamental, cognitivo y afectivo del individuo (Déniz, 2007), y trastornos de sueño como una variable determinante en la probabilidad de padecer un trastorno del estado de ánimo, según el DSM IV- TR (APA, 2002, p.395) que logran alterar el comportamiento del individuo, de esta manera se plantean diferentes conceptos para llegar a comprender la importancia dentro del desarrollo del trabajo policial.

Trastornos alimenticios relacionados con la depresión

El patrón comportamental en el estado alimenticio significa cómo el individuo a través de aspectos de sí mismo genera gusto o disgusto hacia la comida y su entorno social o el ambiente en general que influyen en sus hábitos alimenticios (Barrera, López,

& Mangaña, 2009). Según Behar (2008), el comportamiento alimentario de un individuo puede manifestarse en conductas repetitivas, como ejercicios drásticos, dieta crónica, consumo permanente de anorexígenos, laxantes, diuréticos y de igual forma general situaciones e incomodidad (reflujos) sin haber ingerido ningún tipo de comida o consumir hasta el punto de generar vomito de su ingesta.

Los individuos cuando presentan estados depresivos parte de su sintomatología radica en la conducta alimentaria, donde se comienza a ver un cambio hacia la ingesta compulsiva de alimentos generando atracones de comida, muchas veces generados por una negación hacia un sentimiento de desamparo, el sentirse hartos puede empeorar esos sentimientos, mientras que vomitar y purgarse añade un sentimiento de culpa y de tristeza en los sujetos (Guadarrama, Vianney, López, Toribio, 2008).

Lo que permite afirmar que al empezar a generar comportamientos de evitación hacia la ingesta alimentaria, se evidencia de igual forma cambios cognitivos en los estados alimentarios que son entendidos como: Los individuos que padecen de algún trastorno alimenticio generan mayor discrepancia hacia la idea corporal convirtiéndola en obsesiones permanentes como el peso y la figura dándole un valor agregado que incide directamente en su autoconcepto (Sanagua, 2007). Mientras que a nivel afectivo el individuo comienza un proceso de aislamiento por su temor a ser rechazado por su apariencia física, pero también porque las reuniones y los encuentros sociales, se prestan para consumir alimentos o bebidas, por este motivo se empieza a desarrollar un proceso de escape para relacionarse con su entorno social (Reidl & Jurado, 2007).

Existen diferentes trastornos relacionados con la depresión. En el estado alimenticio el más importante sería el trastorno del comportamiento alimenticio, el cual es definido como cambios repentinos y radicales en la ingesta de alimentos, generando alteraciones en metabolismo y en su fisiología. (Bellido & Luis, 2006). Las causas del trastorno del comportamiento alimenticio tienen diversos factores que influyen en su prevalencia y desarrollo del estado: la baja autoestima, la falta de autoreconocimiento y autoeficacia, como los ambientes familiares, laborales y sociales influyen significativamente para presentar este tipo de trastorno (López & Salles, 2005).

El trastorno del comportamiento alimenticio tiene presencia tanto en el género femenino como en el masculino, manifestándose a partir de tres enfermedades específicas, en la mujer las más conocidas son la anorexia y la bulimia, mientras que en los hombres se encuentran trastornos dismórficos corporales como la vigorexia, que se centra en la búsqueda de una satisfacción corporal para alcanzar el éxito, felicidad y tranquilidad (Moreno & Ortiz, 2009). Estas enfermedades tienen diferentes causas y sintomatología, aunque comparten una variable sintomática característica en general, que es la obsesión por pérdida de peso y un estado corporal perfecto. El estado corporal es una de las variables características del trastorno del comportamiento alimenticio, la cual se ha asociado frecuentemente con la modificación de los hábitos alimentarios, convirtiéndola en un problema de salud (Moreno & Ortiz, 2009).

Según Sánchez (2001) citado por Moreno & Ortiz (2009) se ha sugerido que la alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia. Las personas que presentan algún síntoma de anorexia, bulimia, comer compulsivo y ortorexia generalmente utilizan como mediador de escape hacia el estrés, conflictos emocionales, presiones sociales o laborales a la comida, ya que este tipo de mecanismos permiten mantener una atención del otro hacia la persona afectada de cuidado y protección. El comer compulsivo permite a la persona evadir situaciones emocionales y sentimientos que generan algún tipo de conducta desencadenante en algún entorno social o laboral. DSM IV- TR (APA, 2002, p. 653).

La bulimia es un trastorno que consiste en la ingesta abundante de comida en periodos muy cortos de tiempo, ingesta que no va acompañada del razonamiento de que se está comiendo la persona, sino de un nivel de descontrol y compulsividad, la cual conlleva a una conducta de eliminación de lo comido a través del vómito, el uso de laxantes u otros mecanismo que permitan evacuar los alimentos anteriormente ingeridos. Este proceso se comienza a evidenciar a partir del deterioro físico que la persona empieza a tener, de igual forma se afecta su rendimiento y nivel cognitivo (Rava & Silber, 2004).

Según el DSM IV-TR APA, (2002, p. 654) la anorexia nerviosa es un trastorno que se evidencia de tal forma que la persona comienza a centrarse en un peso corporal perfecto, donde hay un rechazo permanente del peso mínimo normal, lo cual conlleva a un miedo a ganar peso y a tener alteraciones de abundancia en su cuerpo (grasa). Además, las personas que sufren este tipo de trastorno su estado físico quizás mantiene un aspecto óptimo, pero su metabolismo es el que primero comienza a tener alteraciones radicales.

Dando a conocer las diferentes descripciones de cómo el individuo altera su estado alimenticio a partir de situaciones, o eventos de su vida, como lo sustentan (Barrera, López & Mangaña, 2009), la evidencia científica ha demostrado que las instrucciones u órdenes juegan un papel fundamental en el establecimiento del patrón alimenticio, la preferencia, la selección, su consumo y desarrollo de patrones depresivos. Existen diversos ambientes tanto laborales como personales, que desencadenan comportamientos alterados en el estado de ánimo de una persona, dichos comportamientos generan problemas físicos y mentales, los cuales se relacionan con el bajo rendimiento en el trabajo (Morales y Valderrama, 2012). Según Cass, Volk, & Nease (1999) citado por Morales y Valderrama (2012) muestran que situaciones de alto estrés contribuyen a la aparición de un trastorno depresivo y éste se encuentra acompañado de una marcada reducción de la calidad de vida, lo cual conlleva a evaluar cuáles pueden ser sus respuestas frente a la salud mental del individuo.

En las fuerzas armadas el nivel de instrucción y seguimiento a la regla desarrolla situaciones estresantes, limitando al personal a formar respuestas óptimas hacia su comportamiento como lo sustenta Chen et al. (2006) citado por Morales y Valderrama (2012). El trabajo policial tiende a ser considerado como estresante y peligroso debido a la exposición que se tiene a la confrontación, la violencia y los incidentes traumáticos, incluyendo la posibilidad de ser herido o fallecer y asimilar un permanente grado de instrucción dado por sus superiores. La continua ejecución de tareas o labores que implican contacto directo con la ciudadanía, los turnos, el entrenamiento y las constantes órdenes, definen a esta profesión como un contribuyente de alta tensión para generar

niveles de estrés y cambios comportamentales en el individuo (Morales & Valderrama, 2012).

Es pertinente a la hora de hacer alguna clase de vinculación de personal a las fuerzas armadas realizar evaluaciones que permitan identificar aspectos que a futuro puedan generar alteraciones en el comportamiento del individuo. Yagüe (1994) citado por Morales y Valderrama (2012), expone que es de suma importancia que la actividad policial, sea ejecutada por personas que tengan una estabilidad psicológica, que sus comportamientos sean acordes a su estado mental y su interacción hacia la sociedad sea óptima, para llevar a cabo cualquier tipo de tarea, lo cual le permitirá afrontar situaciones que implique riesgo y emociones propias.

Trastornos del sueño relacionados con la depresión

Las alteraciones del sueño, insomnio o hipersomnia se encuentran como criterio diagnóstico o síntoma asociado en trastornos como episodio depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar I, tienen en común los siguientes síntomas:

1) Alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer periodo NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (p. ej., acortamiento de la duración del primer periodo NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (p.ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche DSM IV – TR (APA, 2002, p.395).

Marín (2008) refiriéndose a Miró, Lañez & Cano-Lozano (2008), menciona que el equilibrio entre las horas de sueño y vigilia hace parte del ciclo circadiano y está regido por el contexto cultural, socioeconómico, estado de salud y edad, debido a que esta proporción se ve obligada a modificarse de acuerdo con estas condiciones. Cuando este equilibrio no se mantiene a pesar de los múltiples esfuerzos, pueden surgir consecuencias irreversibles para la salud del individuo.

En la actualidad, de acuerdo al progreso de las ciudades, la evolución laboral y los avances tecnológicos se observa cómo las personas se ven obligadas a mantenerse el mayor tiempo en vigilia reducir las horas de sueño y descanso. Como consecuencia, nuestra sociedad es calificada en un estado de “insuficiencia crónica del sueño nocturno”. Debido a la importancia que sugieren estos cambios a través de los tiempos, existe una amplia variedad de estudios que demuestran que en relación al siglo pasado las horas de sueño han disminuido, lo cual ha generado malestar en la calidad de vida y estado de salud de las personas al no mantener una higiene adecuada del sueño, dentro de las consecuencias psicológicas más comunes se menciona ansiedad, depresión e impaciencia, en el área cognitiva existen “enlentecimiento en el tiempo de reacción, dificultades de memoria, menor capacidad de adaptación a situaciones nuevas y déficit de atención y concentración en tareas concretas” (Marín, Franco, Vinaccia, Tobón & Sandin, 2008).

El insomnio predomina entre los síntomas que mencionan los pacientes que consultan por trastornos psiquiátricos, ocasionando en ellos una variedad de síntomas tanto físicos como mentales, que pueden llegar a incrementar el riesgo de padecer un trastorno depresivo (Kales y cols. 1984 citado por Medina, Sánchez Conejo, Fraguas, Arango & López, 2007). Según un estudio realizado en el 2003 cuando una persona presenta estas alteraciones en el ciclo del sueño se encuentra predispuesta a padecer de un trastorno asociado a la depresión. Si los síntomas continúan son parte del inicio de un nuevo episodio del trastorno. Estas alteraciones no solo se deben a la ausencia del sueño, también se pueden presentar en las pesadillas, intermitencia y mala calidad (Medina y cols, 2007, citando a Riemann y Voder Holzer, 2003).

Peiro (1993), citado por Montesinos (2009), manifiesta que una causa productora de estrés en un trabajador es el trabajo en horas de la noche, debido a que altera de manera importante el ciclo biológico del individuo. Es decir, los trastornos del sueño también pueden ser consecuencia de los horarios rotatorios, debido a la modificación del ritmo circadiano presentándose ansiedad; estrés y bajo rendimiento laboral, Ferreros (1974) citado por Montesinos (2009).

En un estudio realizado por la Revista de sanidad del personal militar español desplegado en una provincia Afgana, de 172 casos de consulta psicológica, 10 personas asistieron por motivos de alteraciones en el sueño, especialmente insomnio, de ellos 5.49% presentó trastornos del sueño. Como tratamiento se restablecieron parámetros para la mejora de la higiene del sueño a un 9,25% de los casos evaluados, mientras que un 5.78% necesitó tratamiento con fármacos. “Tanto la ansiedad como la depresión son de los factores que más contribuyen a la percepción negativa de la calidad de vida” (Olmedilla, Ortega & Madrid, 2008).

Las mujeres presentan mayores niveles de depresión que los hombres, evidenciándose estas diferencias en las personas mayores de 34 años, en las mujeres con hijos, en las casadas o divorciadas, en las de bajo nivel de estudios y en las no profesionales. Los hombres presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (Matud, Guerrero & Matías, 2006).

La explicación de las diferencias de género en salud se ha hecho desde cuatro niveles según (Kawachi, Kennedy, Gupta & Prothrow-Stith, 1999 citado por Matud, Guerrero & Matias, 2006). El modelo biomédico, donde prevalecen los factores hormonales, a los que tradicionalmente se les ha atribuido cualquier diferencia en la salud de la mujer respecto a la de los hombres. El modelo psicosocial trata de explicar las diferencias entre mujeres y hombres analizando las diferencias en variables, tales como personalidad, afrontamiento, autoeficacia o en la experiencia y la información de signos y síntomas. Desde la epidemiología se tratan de buscar las conductas y exposiciones a sustancias que puedan explicar las diferencias de género en salud. Y a nivel social se intentan analizar los procesos culturales, sociales, económicos y políticos que dan lugar a diferentes riesgos para la salud de mujeres y hombres.

En un estudio en la facultad de medicina de la Universidad Católica de Chile en un grupo de 15 a 24 años se encontró una prevalencia de 10,6% de depresión y distimia, y la Encuesta Nacional de salud realizada en Chile (2003) citada por Santander, Romero, Hitschfeld, Zamora (2011), mostró una incidencia de 15,7% distribuida de la siguiente manera 13,4% en hombres y 18,1% en mujeres, encontrando una relación significativa

entre el género y una situación ocurrida recientemente, además de la carga académica y tanto como los rasgos de la personalidad de los estudiantes.

Está demostrado a través de los estudios nacionales que las mujeres presentan en mayor proporción trastornos del estado de ánimo asociados a la depresión del 10 al 25%, mientras que los hombres del 5 al 12% de la población general, lo cual evidencia una grande diferencia porcentual de género American Psychiatric Association [APA], 2002 citado por Londoño y Cols (2010).

En un estudio realizado por el Ministerio de Protección Social (2003) citado por Londoño y Cols (2010) indicó que el 14.9% de la población femenina y el 8.6% de la masculina habían presentado un episodio depresivo a lo largo de la vida.

Metodología

Diseño

El presente análisis es un proyecto de tipo tecnológico en el ámbito psicométrico, con diseño psicométrico transeccional correlacional – causal, que describe “las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales, o en función de la relación causa-efecto” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Donde se plantea la investigación descriptiva para trabajar sobre actividades situacionales y sus características fundamentales son las de interpretación correcta de los resultados (Kerlinger, 2002).

El estudio cuenta con Validez de Contenido, Validez de Criterio y un análisis factorial de datos descriptivos; que tienen como finalidad presentar una subescala para la Batería de Riesgo Psicosocial, para la Policía Nacional de Colombia, aportando a la tecnología de la ciencia, específicamente al área de la Dirección de Incorporación de la Policía Nacional de Colombia (DINCO).

Participantes

La muestra fue heterogénea y se realizó con 335 patrulleros en formación de la Policía Nacional de Colombia, donde el 76,4% son de género masculino y el 23,6% de género femenino. Con una edad promedio del 22,4% con 19 años de edad y del 17,6%

con 20 años de edad. Para el resto de edades la población tiene distribuciones porcentuales entre el 16,1% y el 0,6 % encontrándose una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 28 años. Con referencia al nivel académico, todos han cursado Bachillerato, adicionalmente el 24,1% de la población tiene un nivel Técnico y el 2,2 % tiene un nivel de formación de Tecnólogo o de Profesional, siendo esta última la muestra con menos representación poblacional. Se seleccionó un tipo de muestra probabilística que se define como “un subgrupo de la población en el que todos los elementos de esta tiene la misma posibilidad de ser elegidos” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Instrumento

El instrumento utilizado es una subescala de la Bateria de Riesgo Psicosocial para la Policía Nacional de Colombia. La subescala final consta de 18 ítems con opción de respuesta tipo Likert (TD: Totalmente en desacuerdo, D: Desacuerdo, A: Acuerdo y TA: Totalmente Acuerdo); y tienen como objetivo evaluar el Riesgo Psicosocial relacionado con el Trastorno de la Depresión. Consta de dos factores, los cuales detectan de manera independiente las alteraciones del estado de sueño y estado alimenticio, que pueden desatar cuadros depresivos, y que contribuyen a la formación del perfil psicológico para determinar el ingreso del personal a la Policía Nacional de Colombia.

El instrumento final presentaba un índice de Alfa de Cronbach por género de:

Tabla 1. Estadísticos de fiabilidad general hombres.

Alfa de Cronbach		
Alfa de Cronbach	basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,81	0,846	18

Tabla 2. Estadísticos de fiabilidad general mujeres.

Alfa de Cronbach		
Alfa de Cronbach	basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,82	0,834	18

Procedimiento

Fase 1: Documentación.

La documentación de las variables y dimensiones de la Batería de Riesgo Psicosocial, se fundamentó a partir de la revisión teórica de múltiples autores, para llegar a explicar de una manera más amplia y detallada el fenómeno de las mismas. La investigación se realizó tomando como referencia en un 48% libros y en un 52% artículos consultados en revistas científicas en línea.

Fase 2: Metodológica.

La elaboración y construcción de los elementos o ítems a evaluar se llevó a cabo bajo parámetros estrictamente psicométricos y estandarizados, el desarrollo de las escalas se realizaron mediante fases, utilizando diferentes estrategias de validación, cumpliendo de esta manera con el estándar y rigor psicométrico establecidos para el diseño, construcción y estandarización de instrumentos de medición.

Respecto a la Validez de Contenido que se refiere “al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), está la realizaron jueces expertos, donde calificaron cada uno de los ítems propuestos, con el fin de seleccionar los más adecuados para evaluar cada factor; se obtuvieron 18 ítems, los cuales se dividieron en 3 dimensiones (Comportamental, Cognitivo y Afectivo), y 2 variables (Estado de Sueño y Alimenticio). Cada dimensión consta de 6 ítems y cada variable de 3 ítems. Véase Tabla 3.

Tabla 3. Plan de Prueba.

DIMENSIONES	VARIABLES		PROMEDIO
	ESTADO SUEÑO	ESTADO ALIMENTICIO	
COMPORTAMENTAL	Astenia (sensación de debilidad física)	Disminución o aumento de peso o del apetito.	6 ITEMS
	3	3	
COGNITIVO	Distorsión Cognitiva.	Baja autoestima, aislamiento social	6 ITEMS
	3	3	
AFECTIVO	Pensamientos recurrentes de inutilidad y culpa.	Disminución de la capacidad intelectual.	6 ITEMS
	3	3	
TOTAL			18 ITEMS

Fase 3: Validación.

La validación se realizó por criterio, según Hernández, Fernández & Baptista (2006), “se establece al validar un instrumento de medición al compararlo con algún criterio externo que pretende medir lo mismo”; con el fin de determinar la coherencia y consistencia del instrumento, con las teorías de fundamentación y las necesidades institucionales.

La aplicación se realizó a un grupo piloto de patrulleros en formación de la Policía Nacional de Colombia, 256 hombres y 79 mujeres. A los resultados alcanzados en el pilotaje se realizaron varios análisis factoriales de cada una de las variables (Estado del Sueño, Estado del Ánimo, Estado Alimenticio), que permitieron seleccionar y eliminar ítems de deseabilidad social con el fin de fortalecer las cualidades evaluativas de la prueba. La selección de ítems se realizó a través del índice de concordancia, debido a que en primera instancia fueron validados por jueces expertos.

Fase 4: Aplicación.

Para la aplicación del instrumento se cumplieron ciertas condiciones que permitieron un mejor desarrollo de la batería, inicialmente las condiciones físicas del lugar donde se aplicó la prueba, estaban libres de cualquier distracción y con buenas condiciones de iluminación. Se explicó a cada uno de los participantes en qué consistía el cuestionario, entregando el consentimiento informado. La persona encargada de la aplicación disponía de un manual adicional, para dar las instrucciones claras y precisas

antes de iniciar, dejando clara la importancia de esta aplicación y solicitando la mejor disposición y sinceridad de los participantes. Se informó el tiempo disponible para presentar la prueba, la entrega de las hojas de respuesta fue posterior a la explicación e instrucciones para diligenciarla, con el fin de que ningún participante iniciara antes de tiempo.

Fase 5: Resultados.

Se realizó la tabulación de los datos y el respectivo análisis factorial en el programa estadístico SPSS Statistics v19 (Statistical Product and Service Solutions), con el fin de determinar por medio de la extracción y rotación varimax que ítems permitían evaluar las dimensiones y variables para el trastorno de depresión, según el DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Resultados

A continuación se encuentran los resultados obtenidos en la aplicación del pilotaje que consistió en “administrar el instrumento a una pequeña muestra, cuyos resultados se usan para calcular la confiabilidad inicial, y de ser posible, la validez del instrumento” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), esta aplicación se realizó a patrulleros en formación de la Escuela Nacional de Carabineros (ESCAR), Escuela de Posgrados de Policía (ESPOL) y Escuela de Policía Provincia de Sumapaz (ESSUM). Se da inicio con el Alfa de Cronbach obtenido de la población discriminando género, siguiendo con la definición de extracción y rotación, como método de simplificación de ítems, posteriormente se presenta la correlación de ítem-ítem e ítem-prueba; el comportamiento de frecuencias de los ítems finales y los baremos obtenidos con la correspondiente tabla de interpretación.

La prueba fue analizada en su consistencia interna a través del alfa de cronbach, este se entiende como "el coeficiente de confiabilidad vinculado a la homogeneidad o consistencia interna" Cronbach (1951) citado por Quero (2010). La escala arrojó un alfa de Cronbach para hombres en general de 0,81 y en mujeres de 0,82 permitiendo afirmar que tiene un índice de confiabilidad definida como “un continuo que abarca desde la consistencia mínima de una medición a la casi perfecta réplica de los resultados y hace

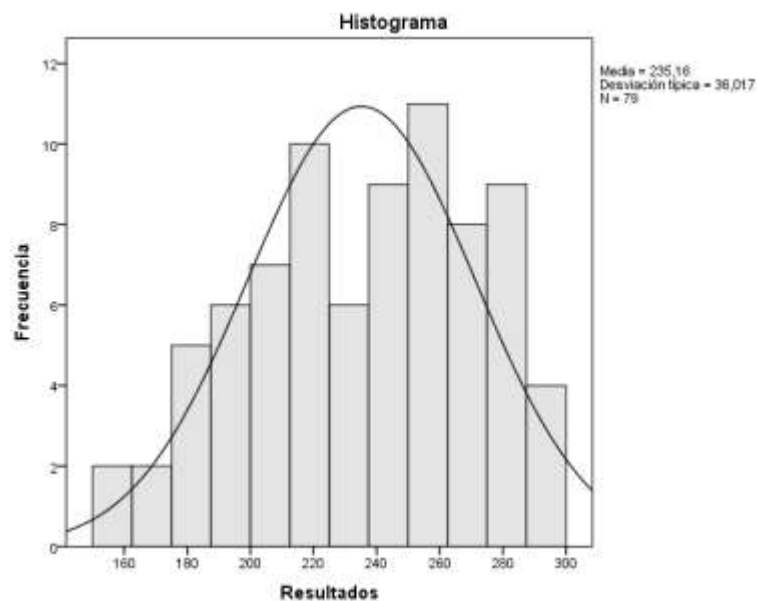
referencia a la consistencia que tiene la herramienta de medición y la precisión con la que se mide la prueba” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Es importante destacar los resultados iniciales de los estadísticos descriptivos, en primera instancia en relación con los resultados de mujeres la puntuación media de la prueba fue de 235,16 con una desviación típica de 36,017 (Véase tabla 4). Se puede observar el histograma en la Gráfica 1, que muestra la concentración de las puntuaciones alrededor de los valores centrales de la distribución e indica las puntuaciones más altas, que evidencian la predisposición a desarrollar un trastorno de depresión.

Tabla 4. Estadísticos Descriptivos Mujeres

Estadísticos Descriptivos		
Resultados		
N	Válidos	79
	Perdidos	0
Media		235,16
Mediana		239
Moda		215
Desv. típ.		36,017
Varianza		1297,216

Gráfica 1. Histograma Mujeres



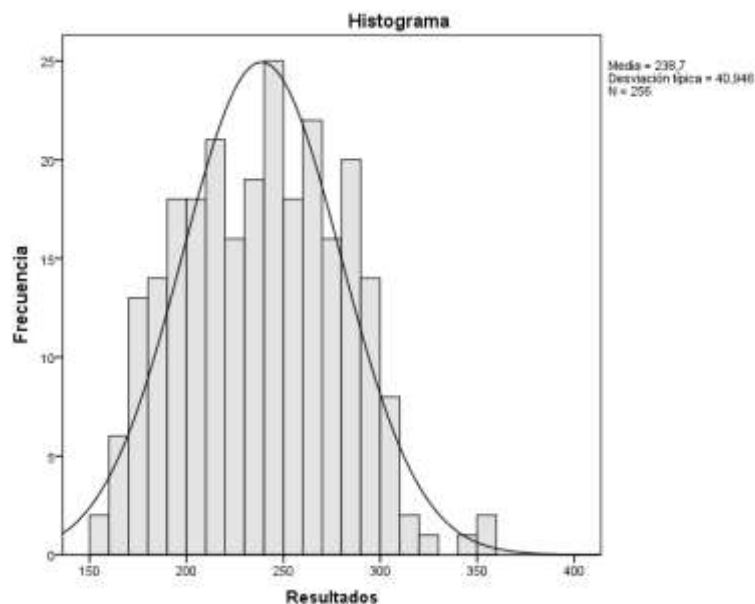
Referente a los resultados en los hombres la puntuación media de la prueba fue de 238,70 con una desviación típica de 40,946 (Véase tabla 6). Se puede observar el histograma en la Gráfica 2, que muestra la concentración de las puntuaciones alrededor de los valores centrales de la distribución e indica las puntuaciones más altas, que evidencian la predisposición a desarrollar un trastorno de depresión.

Tabla 5. Estadísticos Descriptivos Hombres

Estadísticos Descriptivos		
Resultados		
N	Válidos	256
	Perdidos	0
Media		238,7
Mediana		240,5
Moda		203 ^a
Desv. típ.		40,946
Varianza		1676,542

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Gráfica 2. Histograma Hombres



Con la información obtenida en el pilotaje se realizó un análisis factorial, “con el que se pretende simplificar la información que arroja una matriz de correlaciones para hacerla más fácilmente interpretable” (Morales, 2013); esto con el objetivo de identificar y separar las dimensiones de la batería y determinar en qué medida cada variable es explicada por cada dimensión, con una pérdida de información mínima. El método utilizado para la reducción de factores fue por medio de la extracción, donde se elimina el ítem de menor puntaje. En este caso se tenían inicialmente 138 ítems evaluando 3 dimensiones: Comportamental, Cognitiva y Afectiva y con 3 variables: Estado de sueño, Estado Alimenticio y Estado Afectivo, posterior a la extracción quedaron 18 ítems, se mantuvieron las 3 dimensiones, pero se eliminó la variable de Estado Afectivo. Véase tabla 6 y 7.

Tabla 6. Comunalidades Extracción Mujeres

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
Item 6	1	0,6
Item 12	1	0,613
Item 18	1	0,668
Item 19	1	0,668
Item 22	1	0,545
Item 30	1	0,505
Item 41	1	0,588
Item 43	1	0,676
Item 44	1	0,77
Item 53	1	0,532
Item 56	1	0,445
Item 66	1	0,539
Item 70	1	0,535
Item 106	1	0,817
Item 117	1	0,587
Item 132	1	0,588
Item 133	1	0,761
Item 135	1	0,809

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 7. Comunalidades Extracción Hombres

	Comunalidades	
	Inicial	Extracción
Item 6	1	0,558
Item 9	1	0,507
Item 18	1	0,527
Item 22	1	0,511
Item 33	1	0,536
Item 34	1	0,605
Item 42	1	0,702
Item 44	1	0,487
Item 45	1	0,751
Item 57	1	0,511
Item 66	1	0,455
Item 68	1	0,309
Item 70	1	0,497
Item 106	1	0,61
Item 110	1	0,582
Item 111	1	0,403
Item 117	1	0,224
Item 137	1	0,611

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Posteriormente, se utilizó un análisis factorial de componentes con Rotación Varimax, que fue propuesta por Kaiser (1958) y “permite identificar las dimensiones o indicadores más significativos del constructo estudiado y maximizar la varianza explicada” (Álvarez & Ruiz, 2009). Ver Tabla 8 y 9.

Tabla 8. Rotación Varimax Mujeres

	Matriz de componentes rotados ^a				
	Componente				
	1	2	3	4	5
Ítem 6	-0,014	0,606	0,355	0,281	0,166
Ítem 12	0,5	0,26	0,214	0,002	0,499
Ítem 18	0,609	-0,03	0,52	-0,028	0,156
Ítem 19	0,699	-0,187	0,377	-0,027	0,039
Ítem 22	0,075	0,303	0,627	0,047	0,228
Ítem 30	0,09	0,487	0,338	0,003	-0,382
Ítem 41	0,207	0,713	0,174	0,072	0,016
Ítem 43	0,541	0,542	-0,24	0,118	0,134
Ítem 44	0,042	0,874	-0,039	-0,047	-0,029
Ítem 53	0,693	0,107	-0,011	0,189	-0,072
Ítem 56	0,586	0,219	0,218	-0,036	-0,07
Ítem 66	0,615	0,115	0,204	0,324	-0,015
Ítem 70	0,52	0,215	-0,026	0,3	-0,357
Ítem 106	0,213	0,028	0,107	0,871	0,034
Ítem 117	-0,061	0,022	-0,075	0,091	0,754
Ítem 132	0,268	0,216	0,633	0,02	-0,262
Ítem 133	0,19	-0,047	0,808	0,224	-0,14
Ítem 135	0,064	0,084	0,074	0,888	0,06

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

Tabla 9. Rotación Varimax Hombres

	Matriz de componentes rotados^a			
	Componente			
	1	2	3	4
Ítem 6	0,118	0,127	-0,008	0,726
Ítem 9	0,189	0,413	0,493	-0,24
Ítem 18	0,33	0,48	0,412	-0,133
Ítem 22	0,026	0,179	0,536	0,437
Ítem 33	0,447	0,208	0,53	-0,111
Ítem 34	0,162	-0,081	0,746	0,126
Ítem 42	0,327	0,752	-0,067	0,158
Ítem 44	0,29	-0,123	0,263	0,565
Ítem 45	0,125	0,845	0,144	0,027
Ítem 57	0,699	0,022	0,053	0,139
Ítem 66	0,593	0,127	0,282	0,085
Ítem 68	0,477	0,12	0,258	-0,037
Ítem 70	0,701	0,056	0,022	0,05
Ítem 106	0,731	0,11	0,236	0,089
Ítem 110	0,641	0,392	0,102	-0,08
Ítem 111	0,586	0,19	0,145	-0,052
Ítem 117	-0,074	-0,03	-0,047	0,464
Ítem 137	0,734	0,251	0,032	0,092

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.

Al realizar el análisis de los respectivos valores de frecuencias obtenidos en los resultados, se encontraron que en el estado general de hombres el puntaje directo con mayor frecuencia es de 32 sobre un índice de respuestas de 16 puntos, en el estado de sueño hay un puntaje de 16 sobre un índice de respuesta de 34, y en el estado alimenticio es de 15 con un índice de respuestas de 38. En la muestra general de mujeres el puntaje directo con mayor frecuencia es de 38 sobre un índice de respuestas de 12 puntos, en el estado de sueño hay un puntaje de 20 sobre un índice de respuesta de 12, y en el estado alimenticio es de 16 con un índice de respuestas de 11. Ver tabla 10.

Tabla 10. Frecuencias Significativas en Hombres y Mujeres

			PD			
			Frecuencia	%	% válido	% Acumulado
Hombres	General	Válidos	32	16	6,3	6,3
	Estado de sueño		16	34	13,3	13,3
	Estado alimenticio		15	38	14,8	14,8
Mujeres	General	Válidos	38	12	15,2	15,2
	Estado de sueño		20	12	15,2	15,2
	Estado alimenticio		16	11	13,9	13,9

La tabla de resultados de estadísticos del factor general de hombres presenta 256 observaciones válidas y 0 observaciones perdidas, obteniendo unas medidas de tendencia central, con una media de 32,34, una mediana de 32,00 y una moda de 32 indicando una distribución simétrica de la prueba. La desviación típica es 6,557 que sobre una media de 32,34 indica que la dispersión de los datos con respecto a la media es poco relevante hacia la prueba. Con una varianza de 43 respecto a la media no es significativa, con un valor máximo de 19 y un mínimo de 51, ver tabla 11.

Tabla 11. Factor General Hombres

Estadísticos		
PD		
N	Válidos	256
	Perdidos	0
Media		32,34
Mediana		32
Moda		32 ^a
Desv. típ.		6,557
Varianza		43
Mínimo		19
Máximo		51

La tabla de resultados de estadísticos del factor general de mujeres presenta 79 observaciones válidas y 0 observaciones perdidas, obteniendo unas medidas de tendencia central, con una media de 34,47, una mediana de 35,00 y una moda de 38 indicando una distribución simétrica de la prueba. La desviación típica es 6,271 que sobre una media de 32,34 indica que la dispersión de los datos con respecto a la media es poco relevante hacia la prueba. Con una varianza de 39,329 respecto a la media no es significativa, con un valor máximo de 19 y un mínimo de 48, ver tabla 12.

Tabla 12. Factor General Mujeres

Estadísticos		
PD		
N	Válidos	79
	Perdidos	0
Media		34,47
Mediana		35
Moda		38
Desv. típ.		6,271
Varianza		39,329
Mínimo		19
Máximo		48

Después de realizar el análisis de frecuencias se procedió con el análisis de correlación de Pearson entre ítem-ítem e ítem-prueba, entendido como “una medida de asociación lineal entre dos variables cuantitativas y regresión lineal, para explorar el grado de asociación entre las variables a lo largo del periodo de estudio” (Bermejo, Bencomo, Arnesi, Lesnaberes, Borda & Notario, 2006).

Las tablas 13 y 14 indican que no existe relación entre los ítems permitiendo deducir que cada uno se encuentra midiendo la variable y dimensión correspondiente.

Tabla 13. Matriz de Correlaciones Mujeres

Matriz de correlaciones

	Item 6	Item 12	Item 117	Item 18	Item 22	Item 19	Item 30	Item 132	Item 133	Item 70	Item 56	Item 53	Item 41	Item 43	Item 44	Item 66	Item 135	Item 106
Item 6	1,000	,313	,051	,154	,344	,068	,320	,264	,263	,146	,224	,064	,362	,323	,396	,263	,280	,248
Item 12	,313	1,000	,090	,385	,441	,305	,006	,164	,183	,246	,322	,222	,221	,407	,202	,372	,061	,207
Item 117	,051	,090	1,000	,031	,018	-,052	-,115	-,150	-,134	-,207	-,016	-,001	,058	,045	-,023	-,016	,095	,055
Item 18	,154	,385	,031	1,000	,303	,690	,210	,423	,454	,233	,263	,295	,216	,277	,049	,407	,155	,137
Item 22	,344	,441	,018	,303	1,000	,146	,239	,345	,359	,192	,237	,176	,265	,055	,186	,158	,133	,140
Item 19	,068	,305	-,052	,690	,146	1,000	,182	,251	,386	,222	,323	,352	,126	,165	-,053	,474	,102	,153
Item 30	,320	,006	-,115	,210	,239	,182	1,000	,264	,263	,244	,246	,133	,304	,171	,365	,214	,103	,030
Item 132	,264	,164	-,150	,423	,345	,251	,264	1,000	,570	,270	,339	,301	,326	,161	,174	,226	,009	,225
Item 133	,263	,183	-,134	,454	,359	,386	,263	,570	1,000	,113	,286	,197	,193	-,012	-,039	,362	,239	,287
Item 70	,146	,246	-,207	,233	,192	,222	,244	,270	,113	1,000	,287	,293	,186	,322	,155	,428	,238	,312
Item 56	,224	,322	-,016	,263	,237	,323	,246	,339	,286	,287	1,000	,490	,321	,234	,118	,381	,058	,123
Item 53	,064	,222	-,001	,295	,176	,352	,133	,301	,197	,293	,490	1,000	,253	,414	,085	,335	,204	,327
Item 41	,362	,221	,058	,216	,265	,126	,304	,326	,193	,186	,321	,253	1,000	,356	,607	,287	,167	,171
Item 43	,323	,407	,045	,277	,055	,165	,171	,161	-,012	,322	,234	,414	,356	1,000	,442	,272	,178	,212
Item 44	,396	,202	-,023	,049	,186	-,053	,365	,174	-,039	,155	,118	,085	,607	,442	1,000	,138	,075	,003
Item 66	,263	,372	-,016	,407	,158	,474	,214	,226	,362	,428	,381	,335	,287	,272	,138	1,000	,289	,369
Item 135	,280	,061	,095	,155	,133	,102	,103	,009	,239	,238	,058	,204	,167	,178	,075	,289	1,000	,682
Item 106	,248	,207	,055	,137	,140	,153	,030	,225	,287	,312	,123	,327	,171	,212	,003	,369	,682	1,000

Tabla 14. Matriz de Correlaciones Hombres

Matriz de correlaciones

	Item 6	Item 117	Item 9	Item 18	Item 110	Item 22	Item 137	Item 33	Item 34	Item 57	Item 111	Item 70	Item 42	Item 44	Item 45	Item 66	Item 68	Item 106
Item 6	1,000	,097	-,035	,075	,084	,221	,168	,035	,112	,158	,084	,117	,132	,257	,079	,112	,120	,112
Item 117	,097	1,000	-,036	-,029	-,073	,050	,025	-,105	,019	-,023	-,032	-,030	-,034	,092	-,067	-,042	,019	-,018
Item 9	-,035	-,036	1,000	,475	,276	,154	,307	,317	,218	,236	,224	,184	,232	,051	,345	,251	,254	,254
Item 18	,075	-,029	,475	1,000	,407	,192	,396	,409	,215	,237	,327	,267	,339	,085	,360	,307	,316	,366
Item 110	,084	-,073	,276	,407	1,000	,136	,539	,425	,180	,359	,642	,335	,382	,169	,403	,322	,349	,457
Item 22	,221	,050	,154	,192	,136	1,000	,121	,267	,233	,191	,192	,106	,148	,244	,191	,187	,148	,198
Item 137	,168	,025	,307	,396	,539	,121	1,000	,365	,166	,487	,369	,392	,409	,213	,243	,445	,308	,579
Item 33	,035	-,105	,317	,409	,425	,267	,365	1,000	,342	,333	,329	,383	,261	,176	,329	,339	,307	,399
Item 34	,112	,019	,218	,215	,180	,233	,166	,342	1,000	,138	,152	,132	,104	,233	,119	,308	,169	,345
Item 57	,158	-,023	,236	,237	,359	,191	,487	,333	,138	1,000	,268	,434	,259	,219	,155	,397	,261	,472
Item 111	,084	-,032	,224	,327	,642	,192	,369	,329	,152	,268	1,000	,316	,237	,176	,212	,294	,331	,392
Item 70	,117	-,030	,184	,267	,335	,106	,392	,383	,132	,434	,316	1,000	,311	,202	,184	,373	,316	,467
Item 42	,132	-,034	,232	,339	,382	,148	,409	,261	,104	,259	,237	,311	1,000	,106	,588	,332	,178	,365
Item 44	,257	,092	,051	,085	,169	,244	,213	,176	,233	,219	,176	,202	,106	1,000	,047	,222	,103	,258
Item 45	,079	-,067	,345	,360	,403	,191	,243	,329	,119	,155	,212	,184	,588	,047	1,000	,277	,207	,250
Item 66	,112	-,042	,251	,307	,322	,187	,445	,339	,308	,397	,294	,373	,332	,222	,277	1,000	,371	,509
Item 68	,120	,019	,254	,316	,349	,148	,308	,307	,169	,261	,331	,316	,178	,103	,207	,371	1,000	,302
Item 106	,112	-,018	,254	,366	,457	,198	,579	,399	,345	,472	,392	,467	,365	,258	,250	,509	,302	1,000

Finalmente, se obtuvo baremos tras la aplicación del pilotaje arrojando datos empíricos con una puntuación directa para el Factor General en Hombres mínima de 19 puntos y máxima de 49 puntos; para el factor de Estado de Sueño el mínimo es de 9 puntos y la máxima es de 27 puntos; para el factor de Estado Alimenticio el mínimo es de 9 puntos y el máximo de 25 puntos. La puntuación directa para el Factor General en Mujeres es de mínimo 18 puntos y máximo de 44 puntos, para el factor de Estado de Sueño el mínimo es de 9 puntos y la máxima es de 23 puntos; para el factor de Estado Alimenticio el mínimo es de 9 puntos y el máximo de 24 puntos. Véanse Tablas 15 y 16.

Tabla 15. Interpretación de Puntajes Hombres General

Puntaje Directo	Indicador	General
< 21	No clínico	Indica que el tener cuadros depresivos dentro un entorno policial es nulo.
24 a 36	Normal	Indica que el sujeto se encuentra en un estado donde sus factores predisponentes se podrían activar, a partir de alguna situación o por sus dimensiones individuales.
> 38	Clínico	Indica que existe una gran probabilidad que se presenten cuadros depresivos, provocando conductas de alto riesgo bajo condiciones contextuales específicas, siendo constantes e intensas, a nivel de sus dimensiones individuales.

Tabla 16. Interpretación de Puntajes Mujeres General.

Puntaje Directo	Indicador	General
< 23	No clínico	Indica que el tener cuadros depresivos dentro un entorno policial es nulo.
27 a 39	Normal	Indica que el sujeto se encuentra en un estado donde sus factores predisponentes se podrían activar, a partir de alguna situación o por sus dimensiones individuales.
> 40	Clínico	Indica que existe una gran probabilidad que se presenten cuadros depresivos, provocando conductas de alto riesgo bajo condiciones contextuales específicas, siendo constantes e intensas, a nivel de sus dimensiones individuales.

Discusión de Resultados

Este proyecto tuvo como objetivo la elaboración de una subescala de la batería de riesgo psicosocial que permita pronosticar los factores de riesgo predisponentes y precipitantes que puedan desencadenar trastornos del estado de ánimo asociados a la depresión en aspirantes a la Policía Nacional de Colombia, entendiendo depresión como “un trastorno emocional que se caracteriza por alteraciones del humor, tristeza, disminución de la autoestima, fatiga, insomnio, pensamientos negativos y que tiene como consecuencia la disminución de la actividad vital” (López, 2007); para esto se realizó un pilotaje de 138 ítems en una población de 335 patrulleros en formación, donde la muestra fue de 256 hombres y 79 mujeres, a partir de esto se da el análisis de los resultados obtenidos de la pruebas aplicadas.

A partir del análisis, se evaluó la prueba y de acuerdo a los baremos encontramos puntajes directos comprendidos entre 19 y 23 puntos los cuales corresponden a valores centiles entre 1 a 10, lo que permite afirmar que el tener cuadros depresivos dentro un contexto policial es nulo. Mientras que con un puntaje directo entre 24 y 37 corresponde a valores centiles entre 20 a 80 indica que el sujeto se encuentra en un estado donde sus

factores predisponentes se podrían activar a partir de alguna situación o por sus dimensiones individuales, y con unos puntajes directos de 38 en adelante corresponden a valores centiles entre 90 a 99, indican conductas de alto riesgo, que bajo condiciones contextuales se pueden desarrollar, siendo constantes e intensas, a nivel de sus dimensiones individuales.

De acuerdo a estos puntajes se evidencio en la muestra que los ítems que evaluaron las variables y dimensiones planteadas, determinaron a partir al coeficiente de correlación que el 54% de la muestra en mujeres y el 83% en hombres, están predispuestos a desarrollar este tipo de trastorno debido a los factores de riesgo a los que se encuentran sometidos por su trabajo.

Existen diferentes estudios donde se demuestra que los factores de riesgo “como la edad, la escolaridad, el estado civil, la ocupación, los roles sociales y laborales, presentan diferencias significativas en distintos grupos de mujeres; simultáneamente, algunos factores psicosociales como autoestima, estados emocionales afectivos y eventos estresantes de la vida” Alonso, M; Álvarez, López, Rodríguez, Alonso & Armendáriz, (2009) citando a Restrepo, Bohórquez, Pinto, Rondón & Díaz (2004), dichos factores tienen un alto índice de predisposición en las personas, lo cual tiene como consecuencia alteraciones en el estado de ánimo, generando cuadros depresivos. Según Peñuela, Baquero, Amador, Castillo y Daza, (2004) estudios realizados por la OMS, la depresión no tiene una edad límite para presentar sus síntomas, sin embargo la edad más frecuente es a partir de los 20 años, teniendo en cuenta que hay unos factores desencadenantes que hacen que se constituya, como un factor de aumento.

Se puede comprender que estos factores, son una de las condiciones que más se experimentan en el contexto laboral y social, dando esto como resultado un deterioro en la salud mental y física del individuo Charria, Sarsosa y Arenas, (2011) citando a EAP (2004). Por otra parte diferentes estudios han detectado que los factores de riesgo psicosocial hacen parte de un desajuste emocional y mental, dentro de éstas tiene relevancia el estudio de los estresores de Londoño y cols, (2010) citando a Giráldez (2003) y Serrano (2008), existen estresores “psicosociales y ambientales como: problemas relativos al grupo primario, al ambiente social, educativo, laboral, legales, y

de acceso a los servicios de salud, entre otros” Londoño y cols, (2010) citando a APA (2002), causando graves problemas de salud gracias a los eventos estresantes y el ánimo depresivo; siendo las mujeres las que tienen mayor prevalencia a estos sucesos Londoño y cols., (2010) citando a Barra, Cancino, Lagos, Leal y San Martín,(2005).

Es importante resaltar que los datos obtenidos en la prueba arrojan una diferencia del 29% menos en mujeres respecto a hombres, relacionado con la presencia del desarrollo de un cuadro depresivo. Sin embargo, según Lazarevich y Carrasco, (2008) citando a Thara y Patel (2001), las mujeres son más vulnerables a diferentes factores de riesgo asociados a la depresión, en ocasiones por las condiciones de vida, tanto sociales como económicas. Adicionalmente, en los últimos años los factores de riesgo psicosociales han tenido una transformación, al igual que otros aspectos del mundo moderno porque mientras se buscan miles de soluciones para los riesgos de carácter físico, aumentan los psíquicos debido a la carga mental de los individuos, generando una amenaza tanto para el bienestar físico y psicológico Garrido, Blanch, Uribe, Acevedo y Pedrozo (2011) citando a Peiró, (2004).

Hay una clasificación de los factores de riesgo que permite determinar que comportamiento posee el individuo en diferentes aspectos como: individual, familiar, económico, social y cultural. Según Aguilar, Robayo y Urrego (2011) citando a Dodge (1993), el factor de riesgo individual hace que exista un proceso mental antes de que diagnostique la depresión, también se tiene en cuenta si el individuo ha sido expuesto a agresiones físicas y verbales, o en otros casos cuando se generan malos vínculos sociales, esto trae como consecuencia que experimenten pensamientos negativos sobre ellos mismos, produciendo baja autoestima, alejándose del mundo en general y dejando a un lado el apoyo familiar.

Por otro lado, en los factores de riesgo a nivel emocional, cognitivo y comportamental “se encuentran alteraciones emocionales caracterizadas por falta de empatía, afectividad negativa, depresión, ansiedad, ira y hostilidad, sentimientos de inadecuación e infelicidad que suceden como resultado independiente de sus actos”. Aguilar, Robayo y Urrego (2011) citando a Wolfe (1985). Simultáneamente, se encuentran los factores de riesgo familiares, en el que incurre el individuo por la falta de

interacción, la violencia, el abuso, los malos comportamientos, la falta de respeto y los problemas de convivencia.

Teniendo en cuenta las evaluaciones de las propiedades psicométricas podemos determinar que la escala arrojó un alfa de Cronbach para hombres en general de 0,81 y en mujeres de 0,82, lo que permite afirmar que la prueba tiene un alto índice de confiabilidad, haciéndolo un instrumento válido y útil, debido a la precisión de los resultados arrojados por el pilotaje.

Los resultados arrojados en el pilotaje realizado a la población de patrulleros de la Policía Nacional de Colombia, indican que existen predisponentes y precipitantes que pueden desencadenar trastornos del estado de ánimo asociados a la depresión. El instrumento final es el resultado del pilotaje donde según el análisis estadístico, indico que los 18 ítems miden las dimensiones correspondientes para Depresión, permitiendo tener un pronóstico de cada uno de los aspirantes en el momento de la incorporación.

Los reactivos de trastorno alimenticio y de sueño indican que la correlación de cada uno es inferior a 1, permitiendo determinar que cada uno de los ítems está midiendo lo que la batería inicialmente tuvo como objetivo. Los resultados obtenidos evidencian que a partir del trabajo realizado dentro del contexto policial y los diferentes factores de riesgo que se encuentran en el desarrollo de la labor, podrían llegar a ser desencadenantes del trastorno de estado de ánimo asociado a Depresión en los aspirantes que se encuentran predispuestos a padecerlos.

Conclusiones

La subescala de la batería permite evaluar los niveles no clínico, normal y clínico, y la probabilidad de desarrollo de un trastorno del estado de ánimo asociado a depresión, ya que las condiciones del trabajo realizado dentro del entorno policial y los diferentes factores de riesgo que se encuentran en el desarrollo de la labor, podrían llegar a ser desencadenantes del trastorno.

Adicionalmente, se considera que el instrumento es representativo para la evaluación psicométrica ya que presenta un modelo de detección temprana e indica que

existen predisponentes y precipitantes que pueden desencadenar el trastorno del estado de ánimo asociado a la depresión.

La prueba fue diseñada solo para ser aplicada a aspirante policial, no puede ser utilizada en otro contexto debido a su estudio previo y análisis de factores de riesgo específicos en el desarrollo de la labor.

Referencias

- Aguilar, N., Robayo, P., Urrego, Y. (2011). *Programa de prevención de factores de riesgo psicosocial asociados a depresión en estudiantes universitarios*, [en línea]. Colombia: Revista Psiccontextos. Recuperado el 19 de abril de 2013 de, http://www.contextos-revista.com/Revista%206/Revista6_a_04.html
- Aguirre, A. (2008). *Antropología de la depresión*, [en línea]. Brasil: Revista Mal-estar E Subjetividade. Recuperado el 19 de Febrero de 2013, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27180302>
- Alonso, M; Álvarez, J; López, k; Rodríguez, L; Alonso, M & Armendáriz, N. (2009). *Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas*, [en línea]. Colombia: Revista de Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, Vol. 11, No. 1. Recuperado el 12 de abril de 2013 de <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/111.pdf>
- Álvarez, Y., Ruiz, M. (2009). *Actitudes hacia las matemáticas en estudiantes de ingeniería en universidades autónomas venezolanas*, [en línea]. Venezuela: Revista de pedagogía, Vol. 31, No. 89. Recuperado el 21 de mayo de 2013, de <http://www.scielo.org.ve/pdf/p/v31n89/art02.pdf>
- Ansoleaga, E., Toro, J. (2008). *Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera*, [en línea]. Chile: Salud de los Trabajadores. Recuperado el 22 de Febrero de 2013, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382010000100002
- Asociación Americana de Psicología (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Autor.

- Barrera, H.; López, A.; y Mangaña, C., (2009). *Efectos de las instrucciones audiovisuales no explícitas sobre el comportamiento alimentario*, [en línea]. Colombia: Diversitas: Perspectivas en Psicología. Recuperado el 9 de febrero de 2013, de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67916261013.pdf&chrome=true>
- Beck, A.; Rush, J.; Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (2da Ed.). Bilbao: Desclée De Bruwer., España.
- Behar, R (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria*, [en línea]. Santiago de Chile, Chile: Mediterráneo. Recuperado el 11 de febrero de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200013.
- Bellido, D., y Luis, D. (2006). *Manual de nutrición y metabolismo*. España: SEEN
- Bermejo, J., Bencomo, B., Arnesi, N., Lesnaberes, P., Borda, N. & Notario, R. (2006). *Alta correlacion entre el consumo de ciprofloxacina y la prevalencia de Klebsiella Pneumoniae productora de B-lactamasas de espectro extendido*, [en línea]. Chile: Revista chilena de infectologia Vol. 23, No. 4. Recuperado el 21 de mayo de 2013, de <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v23n4/art04.pdf>
- Calderón N.G. (1990). *Depresión*. Trillas. México.
- Castro, Y., Orjuela, M., Lozano, C., Avendaño, B. & Vargas, N. (2011). *Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales*, [en línea]. Colombia. Recuperado el 17 de febrero de 2013 de http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_12/vol.8no.1/4_estado_de_salud_de_una_muestra.pdf

Charria V., Sarsosa K., Arenas F. (2011). *Factores de riesgo psicosocial laboral: métodos e instrumentos de evaluación*, [en línea]. Colombia: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 29, núm. 4. Recuperado el 12 de abril de 2013 de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/viewArticle/9715>

Clark, D. A., Beck, A. T. & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York, NY: John Wiley & Sons.

Constitución Nacional de Colombia (1991). Bogotá D.C., Colombia: Legis

Correa, A. (2007). *Depresión y estrógenos: ¿son los estrógenos una opción terapéutica?*, [en línea]. Colombia: Universitas Médica. Recuperado el 03 de Abril de 2012, de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=231018668008&iCveNum=18668>.

Coto, E., Gómez-Fontanil, Y., y Belloch, A. (1995). *Historia de la psicopatología*. En Manual de psicopatología, Vol. 1. (pp 3-45). Madrid, España: McGraw-Hill.

Cruz, E. y Vergara, L. (2011). *Presencia de síndrome de estrés laboral como predictor de síntomas de depresión en personal que labora en un centro de protección*. Trabajo de grado, psicología. Universidad Piloto de Colombia, Bogotá, Colombia.

Defensoría del Pueblo, Programa de Salud y Seguridad Social (2008). *Salud mental en Colombia*. Bogotá D.C., Colombia: Defensoría del Pueblo. Recuperado el 28 de Abril de 2012, de http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/i1_2008.pdf

Deniz, O. (2007). *Psico-hemopatía*. Gran Canaria: Ed. Lulu.

De Puellas, C., (2009). *Exigencia y carga emocional del trabajo policial: la intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas*, [en línea]. Madrid, España: Psicopatología Clínica Legal y Forense. Recuperado el 21 de febrero de 2013 de, <http://www.masterforense.com/pdf/2009/2009art8.pdf>

Díaz, J., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R. Font, I., Cardona, M. (2006). *Factores psicosociales de la depresión*. Vol.35 N^o.3, [en línea]. Ciudad de La Habana. Revista Cubana de Medicina Militar. Recuperado el 19 de febrero de 2013 de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v35n3/mil09306.pdf>

Domjan, M. (2010). *Principio de aprendizaje y conducta*. Texas: Cengage Learning.

Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Desclee de brouwer, New York.

Ellis, A. y Russell, G. (1981). *Manual de terapia racional - emotiva*. Desclee de brouwer, New York.

Fernández, P. (2010). *La influencia de los factores estresantes del trabajo en el rendimiento laboral*, [en línea]. Argentina: Invenio. Recuperado el 22 de febrero de 2013 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87715116007>

Garrido, J., Blanch, J., Uribe, A., Acevedo, J., Pedrozo, M. (2011). *El capitalismo Organizacional como factor de riesgo Psicosocial: Efectos psicológicos colaterales de las nuevas condiciones de trabajo en hospitales y universidades de naturaleza pública*, [en línea]. Colombia: Revista Psicología desde el Caribe, núm. 28. Recuperado el 30 de abril de 2013 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21320758008>

- Garrison, M. y Loredó, O. (2002). *Psicología (2da Ed.)*. México D.F, México: Mc. Graw Hill.
- Guadarrama, R; Vianney, K; Lopez, R; Toribio, L (2008). *Anorexia y bulimia y su relación con la depresión en adolescentes*, [en línea]. México: universidad veracruzana. Recuperado el 28 de abril de 2013 de, <http://www.psicoterapiasyconstelaciones.com/anorexia%20y%20bulimia.pdf>
- Gutiérrez, G., Celis, M., Moreno, S., Farías, F. y Suarez, J. (2006). *Síndrome de burnout*, [en línea]. México: Medigraphic. Recuperado el 19 de Febrero de 2013 de, <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4^a Edición). México: Editorial McGraw-Hill interamericana.
- Hernández, G. (2007). *Fenomenología de algunos síntomas de la depresión*, [en línea]. Colombia: Universitas Médica. Vol., 48 N° 3. Recuperado el 21 de febrero de 2013 de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/6-FENOMENOLOGIA.pdf>
- Horwits, A.; Wakefield, J. & Spitzer (2007). *The loss sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Nueva York, Oxford University Press.
- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). *Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión*, [en línea]. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol 15, N° 1. Recuperado el 21 de febrero de 2013 de, <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>

Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. (4ª Edición). México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Lazarevich, I., Carrasco, F. (2008) *Depresión y género: Factores psicosociales de riesgo*, [en línea]. México: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Recuperado el 20 de marzo de 2013 de, http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=5776&archivo=4-383-5776jlb.pdf&titulo=Depresi%C3%B3n%20y%20G%C3%A9nero:%20Factores%20Psicosociales%20de%20Riesgo

Londoño, N. & Ramírez, M. (2005). *Creencias centrales en pacientes diagnosticados con trastorno del estado de ánimo depresivo en una muestra colombiana*. Pensamiento psicológico, 5, 95-105.

Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B., Ochoa, N., Hurtado, M., Gómez, Y., Uribe, A., Rojas, A. (2010). *Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales*, [en línea], Bogotá, Colombia. Suma psicológica, Vol.17 No.1. Recuperado el 22 de febrero de 2013 de <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v17n1/v17n1a5.pdf>

López, J., & Salles, N. (2005). *Prevención de la anorexia y bulimia*. España: Naulibres.

López, I. (2007). *Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad*, [en línea]. Madrid: Anales de medicina interna. Recuperado el 15 de mayo de 2013, de <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n5/editorial.pdf>

- Marín, A., Franco, H., Vinaccia, S., Tobón, S., Sandin, B. (2008). *Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño*, [en línea]. Colombia: Suma Psicológica. Recuperado el 22 de febrero de 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134212604009>
- Martínez, J. (1998). *Avances en el modelo cognitivo comportamental*. Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana.
- Matud, M., Guerrero, K. & Matías, R. (2006). *Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión*, [en línea]. España: International Journal of Clinical and Health Psychology. Recuperado el 22 de febrero de 2013 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760101>
- Medina, O., Sánchez, N., Conejo, J., Fraguas, D., Arango, C., (2007). *Alteraciones del sueño en trastornos psiquiátricos*, [en línea]. Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXVI, N° 4. Recuperado el 15 de febrero de 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80636410>
- Mingote, J.; Gálvez, M.; Pino, P. & Gutiérrez, M. (2009). *El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo*, [en línea]. Madrid, España: Medicina y seguridad del trabajo. Recuperado el 15 de febrero de 2013 de, <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original2.pdf>
- Moix, J y Kovacs, F. (2009). *Manual del dolor: Tratamiento cognitivo conductual del dolor crónico*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Montesinos, M. (2009). *Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos*. Tesis doctoral, Enfermería, Universidad de Murcia, España.

Morales, C y Valderrama, J (2012). *Calidad de vida en policías: Avances y propuestas*, [en línea]. España: Recuperado el 18 de febrero de 2013, de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2036.pdf>.

Moran Astorga, Consuelo. (2006). *El cansancio emocional en servicios humanos: Asociación con acoso psicológico, personalidad y afrontamiento*, [en línea]. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, num. Sin mes, pp. 227-239, Recuperado el 13 de mayo de 2012 de, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=231317125005#>

Moreno, M y Ortiz, G. (2009). *Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes*, [en línea]. México: Recuperado el 18 de febrero de 2013, de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n2/art04.pdf>

Nezu, A; Nezu, C & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales*. Editorial El Manual Moderno.

Olmedilla, A., Ortega, E. & Madrid, J. (2008). *Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional*, [en línea]. España: Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Recuperado el 21 de febrero de 2013 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54222988003>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales*, [en línea]. Francia. Recuperado el 08 de febrero de 2013 de, http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Pelekais, C; Finol, M; Neuman, N; Parada, J. (2005). *El ABC de la Investigación. Una aproximación teórico-práctica*. (1ª Edición). Venezuela: Ediciones Astro Data.

Peñuela, M., Baquero, I., Amador, C., Castillo, E., Daza, J. (2004). *Factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes de la consulta dermatológica en los hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia)*, [en línea]. Colombia: Revista Salud Uninorte, núm. 18, enero-junio, 2004, pp. 20-29 .Recuperado de http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/18/3_factores_de_riesgo.pdf

Pereyra, E. (2010). *Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una Universidad privada de Lima, Perú 2010*, [en línea]. Lima, Perú: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Recuperado el 01 de abril de 2012 de, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36318511005>

Pérgola, F. (2002). *Breve Historia de la Depresión*, [en línea]. Buenos Aires, Argentina: Médicos y Medicina en la Historia. Vol. I – N° 1. Recuperado el 22 de Febrero de 2012 de, <http://www.fmv-uba.org.ar/Portada/Revista01/Breve.pdf>

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA. (2008). *Lineamientos metodológicos para la administración del riesgo en la Policía Nacional*. Policía Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia: Policía Nacional.

Prieto, M.; Vera, M.; Pérez, M. & Ramírez, I. (2007). *Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad*, [en línea]. Colombia: Clínica y salud. Recuperado el 15 de febrero de 2013, de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a05.pdf>

Quero, M. (2010). *Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach*, [en línea]. Venezuela: Telos, Recuperado el 20 de mayo de 2013, de <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=99315569010>

Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2007). *Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (sqt)"*, [en línea]. Colombia: Acta Colombiana de Psicología. Recuperado el 22 de Febrero de 2013 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>

Rava, F; Silber, T. (2004). *Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones*, [en línea]. Arch.argent.pediatr. Recuperado el 15 de febrero de 2013 de, <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a07.pdf>

Reidl, L., & Jurado, S. (2007). *Culpa y vergüenza*. Mexico: UNAM.

Rizo, F.M. (1991). *The controversy about quantification in social research: An extension of Gage's "historical sketch."* Educational Researcher, 20 (12), 9-12.

Rodríguez, O.; Rosero, R.; Botia, M.; Duarte, L. (2011). *Producción de conocimiento en psicometría en instituciones de educación superior de Bogotá y Chía*, [en línea]. Revista Colombiana de Psicología. Recuperado el 28 de abril de 2012 de, <http://unal.academia.edu/RevistaColombianadePsicolog%C3%ADaRCP/Papers/956714>

Rogers, Berg,Boettcher,Howard,Justice,Schenk, (2009). *Distance learning*. Estados unidos: IGI Global.

Saettler, P. (1990). *The evolution of american educational technology*. Englewood, CO: Libraries Unlimited, Inc.

Sanagua, N. (2007). *Córtex Insular y su rol putativo en la configuración de trastornos alimenticios*, [en línea]. Chile: Universidad de la frontera. Recuperado el 11 de febrero de 2013, de <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.redalyc.org/pdf/1793/179317882001.pdf&chrome=true>.

Seligman, Martin E.P. (1975), *Indefensión*. Madrid: Editorial Debate.

Skinner, B.F. (1974). *Sobre el conductismo*. España: Planeta Agostini

Tarpy, R. (1989). *Condicionamiento instrumental*. In R. Tarpy (Ed.), Principios básicos del aprendizaje (pp. 63-104). Madrid: Debate.

Tutte, V. & Garces, E. (2010). *Burnout en Iberoamérica: líneas de investigación*, [en línea]. España: Cuadernos de Psicología del Deporte. Recuperado el 21 de febrero de 2013 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227014930004>

Vallejo, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (4ª Ed.)*. Barcelona, España: Masson S.A.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos*. En A. Belloch, B. Sandin, y F, Ramos, Manual de Psicopatología. Vol. 2. (pp. 299-340). Madrid, España: McGraw-Hill.

Villalobos Galvis, Fredy H. (2010, Febrero). *Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia*, [en línea].Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado el 01 de abril de 2012 de, <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a04v27n2.pdf>

Watson, J.B, y Rayner, R. (1920). *Conditioned emotional*. Journal of Experimental Psychology, 1-14.

Watson, J.B. (1980). *Outlaw motorcyclists: An outgrowth of lower class cultural concerns*, [en línea]. Deviant behavior. Recuperado el 08 de mayo de 2013 de, http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01639625.1980.9967541#.UY0Uh_bVdDoY

Wolman, B. & Stricker, G. (1993). *Trastornos depresivos*. España: Ed. Ciba

Zúñiga, A; Sandoval, M & Bayardo, S (2005). *Trastornos del estado de ánimo*, [en línea]. Revista Digital Universitaria. Recuperado el 01 de abril de 2013 de, http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf.

ANEXOS

Anexo 1. Frecuencias General Hombres

		PD		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	19	2	,8	,8
	20	4	1,6	2,3
	21	5	2,0	4,3
	22	10	3,9	8,2
	23	5	2,0	10,2
	24	9	3,5	13,7
	25	14	5,5	19,1
	26	4	1,6	20,7
	27	10	3,9	24,6
	28	14	5,5	30,1
	29	13	5,1	35,2
	30	13	5,1	40,2
	31	13	5,1	45,3
	32	16	6,3	51,6
	33	8	3,1	54,7
Válidos	34	14	5,5	60,2
	35	16	6,3	66,4
	36	12	4,7	71,1
	37	12	4,7	75,8
	38	10	3,9	79,7
	39	14	5,5	85,2
	40	14	5,5	90,6
	41	7	2,7	93,4
	42	5	2,0	95,3
	43	5	2,0	97,3
	45	2	,8	98,0
	47	2	,8	98,8
	48	1	,4	99,2
	49	1	,4	99,6
	51	1	,4	100,0
	Total	256	100,0	100,0

Anexo 2. Frecuencias Estado de Alimenticio Hombres

PD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	9	6	2,3	2,3	2,3
	10	2	,8	,8	3,1
	11	15	5,9	5,9	9,0
	12	24	9,4	9,4	18,4
	13	13	5,1	5,1	23,4
	14	18	7,0	7,0	30,5
	15	38	14,8	14,8	45,3
	16	27	10,5	10,5	55,9
Válidos	17	25	9,8	9,8	65,6
	18	29	11,3	11,3	77,0
	19	20	7,8	7,8	84,8
	20	17	6,6	6,6	91,4
	21	14	5,5	5,5	96,9
	22	5	2,0	2,0	98,8
	23	1	,4	,4	99,2
	24	1	,4	,4	99,6
	25	1	,4	,4	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Anexo 3. Frecuencias Estado de Sueño Hombres

		PD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	10	30	11,7	11,7	11,7
	11	6	2,3	2,3	14,1
	12	17	6,6	6,6	20,7
	13	16	6,3	6,3	27,0
	14	19	7,4	7,4	34,4
	15	14	5,5	5,5	39,8
	16	34	13,3	13,3	53,1
	17	14	5,5	5,5	58,6
	18	20	7,8	7,8	66,4
Válidos	19	22	8,6	8,6	75,0
	20	26	10,2	10,2	85,2
	21	16	6,3	6,3	91,4
	22	10	3,9	3,9	95,3
	23	5	2,0	2,0	97,3
	24	3	1,2	1,2	98,4
	25	1	,4	,4	98,8
	26	2	,8	,8	99,6
	31	1	,4	,4	100,0
	Total	256	100,0	100,0	

Anexo 4. Frecuencias General Mujeres

		PD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	19	1	1,3	1,3	1,3
	21	1	1,3	1,3	2,5
	22	2	2,5	2,5	5,1
	23	2	2,5	2,5	7,6
	24	2	2,5	2,5	10,1
	26	1	1,3	1,3	11,4
	27	3	3,8	3,8	15,2
	28	2	2,5	2,5	17,7
	29	2	2,5	2,5	20,3
	30	2	2,5	2,5	22,8
	31	5	6,3	6,3	29,1
	32	5	6,3	6,3	35,4
	33	3	3,8	3,8	39,2
	34	4	5,1	5,1	44,3
	35	7	8,9	8,9	53,2
	36	2	2,5	2,5	55,7
	37	5	6,3	6,3	62,0
	38	12	15,2	15,2	77,2
	39	3	3,8	3,8	81,0
	40	4	5,1	5,1	86,1
	41	2	2,5	2,5	88,6
	42	3	3,8	3,8	92,4
	43	1	1,3	1,3	93,7
	44	2	2,5	2,5	96,2
	45	1	1,3	1,3	97,5
	47	1	1,3	1,3	98,7
48	1	1,3	1,3	100,0	
Total		79	100,0	100,0	

Anexo 5. Frecuencias Estado Alimenticio Mujeres

PD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	9	1	1,3	1,3	1,3
	11	1	1,3	1,3	2,5
	12	7	8,9	8,9	11,4
	13	5	6,3	6,3	17,7
	14	3	3,8	3,8	21,5
	15	9	11,4	11,4	32,9
	16	11	13,9	13,9	46,8
Válidos	17	9	11,4	11,4	58,2
	18	8	10,1	10,1	68,4
	19	8	10,1	10,1	78,5
	20	7	8,9	8,9	87,3
	21	6	7,6	7,6	94,9
	22	1	1,3	1,3	96,2
	23	2	2,5	2,5	98,7
	24	1	1,3	1,3	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

Anexo 6. Frecuencias Estado de Sueño Mujeres

		PD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10	5	6,3	6,3	6,3
	11	4	5,1	5,1	11,4
	12	1	1,3	1,3	12,7
	13	1	1,3	1,3	13,9
	14	4	5,1	5,1	19,0
	15	11	13,9	13,9	32,9
	16	4	5,1	5,1	38,0
	17	7	8,9	8,9	46,8
	18	6	7,6	7,6	54,4
	19	6	7,6	7,6	62,0
	20	12	15,2	15,2	77,2
	21	6	7,6	7,6	84,8
	22	2	2,5	2,5	87,3
	23	4	5,1	5,1	92,4
	24	4	5,1	5,1	97,5
	25	1	1,3	1,3	98,7
	26	1	1,3	1,3	100,0
	Total	79	100,0	100,0	

Anexo 7. Baremos General Hombres

NIVEL	PUNTAJE DIRECTO	PERCENTIL
Nivel Bajo ¹	19	1
	21	10
	24	20
	26	30
Nivel Medio ²	28	40
	30	50
	32	60
	33	70
	36	80
Nivel Alto ³	38	90
		99

¹ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 19 – 23 corresponden a valores centiles entre 1 a 10.

² Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 24 – 37 corresponden a valores centiles entre 20 a 80.

³ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos de 38 en adelante corresponden a valores centiles entre 90 a 99.

Anexo 8. Baremos Hombres Factor Sueño

NIVEL	PUNTAJE DIRECTO	PERCENTIL
Nivel Bajo ⁴	9	1
	9	10
	10	20
	11	30
Nivel Medio ⁵	12	40
	14	50
	15	60
	16	70
	17	80
Nivel Alto ⁶	18	90
		99

⁴ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 9 corresponden a valores centiles entre 1 a 10.

⁵ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 10 – 17 corresponden a valores centiles entre 20 a 80.

⁶ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos de 18 en adelante corresponden a valores centiles entre 90 a 99.

Anexo 9. Baremos Hombres Factor Alimenticio

NIVEL	PUNTAJE DIRECTO	PERCENTIL
Nivel Bajo ⁷	9	1
	12	10
	13	20
	14	30
Nivel Medio ⁸	15	40
	16	50
	17	60
	18	70
	19	80
Nivel Alto ⁹	20	90
		99

⁷ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 9 – 12 corresponden a valores centiles entre 1 a 10.

⁸ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 13 – 19 corresponden a valores centiles entre 20 a 80.

⁹ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos de 20 en adelante corresponden a valores centiles entre 90 a 99.

Anexo 10. Baremos General Mujeres

NIVEL	PUNTAJE DIRECTO	PERCENTIL
Nivel Bajo ¹⁰	18	1
	23	10
	27	20
	29	30
Nivel Medio ¹¹	31	40
	33	50
	35	60
	35	70
	37	80
Nivel Alto ¹²	39	90
		99

¹⁰ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 18 – 26 corresponden a valores centiles entre 1 a 10.

¹¹ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 27 – 37 corresponden a valores centiles entre 20 a 80.

¹² Los puntajes directos que se encuentren comprendidos de 39 en adelante corresponden a valores centiles entre 90 a 99.

Anexo 11. Baremos Mujeres Factor Sueño

NIVEL	PUNTAJE DIRECTO	PERCENTIL
Nivel Bajo ¹³	9	1
	10	10
	12	20
	13	30
Nivel Medio ¹⁴	14	40
	16	50
	17	60
	17	70
	19	80
Nivel Alto ¹⁵	20	90
		99

¹³ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 9 – 11 corresponden a valores centiles entre 1 a 10.

¹⁴ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 12 – 19 corresponden a valores centiles entre 20 a 80.

¹⁵ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos de 20 en adelante corresponden a valores centiles entre 90 a 99.

Anexo 12. Baremos Mujeres Factor Alimenticio

NIVEL	PUNTAJE DIRECTO	PERCENTIL
Nivel Bajo ¹⁶	9	1
	12	10
	14	20
	15	30
Nivel Medio ¹⁷	16	40
	17	50
	18	60
	19	70
	20	80
Nivel Alto ¹⁸	21	90
		99

¹⁶ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 9 – 13 corresponden a valores centiles entre 1 a 10.

¹⁷ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos entre 14 – 20 corresponden a valores centiles entre 20 a 80.

¹⁸ Los puntajes directos que se encuentren comprendidos de 21 en adelante corresponden a valores centiles entre 90 a 99.

Anexo 13. Ficha Técnica

Nombre: Batería de Riesgo Psicosocial para la Policía Nacional de Colombia.

Factor: Depresión.

Autor Institucional: Universidad Piloto de Colombia – Dirección de Incorporación - Policía Nacional de Colombia.

Autores Personales: Carlos Enrique Garavito Ariza, Claudia Patricia Roa, DINCO.

Auxiliares de Investigación: Andrea Cortes Herrera, Carolina Pineda, Emely Durán Guzmán, Erika Lucero, Luisa Fernanda Ramírez, Marjorie Calderón Gámez, Sandra Patricia Henao, Sandra Rodríguez, Tatiana Martínez Restrepo, Yuly Cucaita.

Población: Población heterogénea de hombres y mujeres entre 17 y 24 años que aspiren ingresar a la Policía Nacional de Colombia.

Objetivo: Evaluar el Riesgo Psicosocial en población aspirante a la Policía Nacional de Colombia.

Numero de Ítems: 18

Escala: Tipo Likert.

Tiempo de Aplicación: Promedio entre 18 y 20 minutos, sin incluir instrucciones.

Aplicación: Individual y colectiva

Ámbito de aplicación: Adolescentes, Adultos Jóvenes (17 años en adelante)

Baremación: Baremos en puntuaciones centiles, a partir de una muestra de personal uniformado de la Policía Nacional de Colombia, a nivel país en una muestra heterogénea.

Material: Manual, cuadernillo, hoja de respuestas.

Anexo 14. Hoja de Respuestas Escala Depresión

NOMBRES: _____
 DOCUMENTO: _____
 GENERO: _____ EDAD: _____
 FECHA: _____
 GRADO ESCOLARIDAD: _____

INSTRUCCIONES

1. Rellene totalmente el círculo

● (A) (D) (TD)

2. En caso de rellenar la opción equivocada, enciérrela con un círculo y rellene la respuesta correcta.

○ (A) ● (TD)

3. Tenga en cuenta los siguientes criterios:

(TA) = Totalmente Acuerdo
 (A) = Acuerdo
 (D) = Desacuerdo
 (TD) = Totalmente Desacuerdo

HOJA DE RESPUESTAS

1. (TA) (A) (D) (TD)
 2. (TA) (A) (D) (TD)
 3. (TA) (A) (D) (TD)
 4. (TA) (A) (D) (TD)
 5. (TA) (A) (D) (TD)
 6. (TA) (A) (D) (TD)
 7. (TA) (A) (D) (TD)
 8. (TA) (A) (D) (TD)
 9. (TA) (A) (D) (TD)
 10. (TA) (A) (D) (TD)
 11. (TA) (A) (D) (TD)
 12. (TA) (A) (D) (TD)
 13. (TA) (A) (D) (TD)
 14. (TA) (A) (D) (TD)
 15. (TA) (A) (D) (TD)
 16. (TA) (A) (D) (TD)
 17. (TA) (A) (D) (TD)
 18. (TA) (A) (D) (TD)

PD PC