

PREVALENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL EN
POLICÍAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD INCORPORADOS A LA
UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL-2010

MAIRA ALEJANDRA ARIAS DUSSAN
ELIANA CARDOZO TRIVIÑO
LISSETTE FRAGUA PEDROZA
YUDY MARCELA GONZÁLEZ OTÁLORA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA, HUILA
2010

PREVALENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL EN
POLICÍAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD INCORPORADOS A LA
UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE LA POLICÍA NACIONAL-2010

MAIRA ALEJANDRA ARIAS DUSSAN
ELIANA CARDOZO TRIVIÑO
LISSETTE FRAGUA PEDROZA
YUDY MARCELA GONZÁLEZ OTÁLORA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de psicólogo

Asesor
FABIO ALEXANDER SALAZAR
PSICÓLOGO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA, HUILA
2010

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, diciembre 16 de 2010

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de culminar satisfactoriamente mi carrera a pesar de los obstáculos que se presentaron durante este camino. A mis padres Ramon Arias y Olga Dussan, que con su apoyo incondicional me brindaron fortaleza suficiente para continuar. A mis hermanos Yuceth, Adriana y todas las personas que estuvieron en este proceso.

Maira Alejandra Arias Dussan

Doy gracias al señor Dios dador de vida, quien me permitió vivir esta experiencia y lleno mi vida de sabiduría para realizar esta tesis con éxito y me brindo tranquilidad todo momento. Dedico este trabajo a mis padres Luis Cardozo y María Triviño, por su constante apoyo no solo en la realización de esta investigación sino en toda mi formación personal. A mis hermanos Andrea y Luis David, por estar a mi lado incondicionalmente y estuvieron presentes en el arduo proceso de investigación.

Eliana Cardozo Triviño

Agradezco a Dios por iluminar mi mente y abrirme caminos que pensé no llegaría a recorrer. Dedico esta tesis a mi familia; a mis padres Ezequiel Fragua y Luz Dary Pedroza, por darme la vida y apoyarme en todo momento y lugar, por haberme formado y hacer de mí la persona que soy. A mis hermanas Melanie y María por el apoyo y alegría que me brindan a diario. A Víctor Cortés por acompañarme en mis logros, alegrías y tristezas.

Lissette Fragua Pedroza

Cinco años de gratas vivencias, alegrías, angustias y tristezas, para alcanzar uno de mis grandes anhelos, culminar mi carrera. Un camino largo en donde no estuve sola, y es por ello que debo dedicar y dar las gracias a: Dios por darme la fortaleza necesaria para salir adelante, a mis Padres y hermana porque siempre han creído en mí, me han acompañado y brindado amor y comprensión. Este es un pequeño reconocimiento en comparación a todo el tiempo que ustedes me han dedicado.

Yudy Marcela Gonzalez Otalora

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan su agradecimiento a:

A la POLICÍA NACIONAL quien fue la institución que contribuyo sustancialmente a la realización de la investigación; En especial al comité de investigación encabezado por la Teniente Coronel ADRIANA PATRICIA CAMERO LASCANO , directora del hospital central, la Teniente Coronel CLAUDIA SUSANA ARIAS GOMEZ líder oficina investigación y docencia y a la Unidad de Rehabilitación a cargo de la Teniente LUZ DARY NINCO, por aceptar, permitir y acompañar durante todo este proceso.

Al psicólogo FABIO ALEXANDER SALAZAR, quien con su apoyo, asesoramiento y conocimientos hizo posible el proceso y culminación satisfactoria de este trabajo.

A la trabajadora social DELIA CASTRO y la Dra. DIANA LÓPEZ por la asesoría brindada en el momento de construcción y aplicación de esta investigación.

Al Coronel JOSE WILLIAM ARIAS por su constante apoyo y compromiso adquirido con la investigación facilitándonos el acercamiento a la institución. Y finalmente al programa de psicología de la universidad Surcolombiana.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. JUSTIFICACIÓN	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GENERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. ANTECEDENTES	21
5. MARCO TEÓRICO	24
5.1 SALUD MENTAL	24
5.2 DISCAPACIDAD	28
5.3 DEPRESIÓN	32
5.4 ANSIEDAD	36
5.5 SATISFACCIÓN CON LA VIDA	37
5.6 APROXIMACIÓN A LA FELICIDAD	39
5.7 ENTORNO INSTITUCIONAL	41
6. METODOLOGÍA	44
6.1 TIPO DE ESTUDIO	44
6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	44
6.3 CRITERIOS INCLUSIÓN	45

	pág.
6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	45
6.5 MUESTRA	45
6.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	50
6.7 INSTRUMENTOS	50
6.7.1 Escala de Depresión de Zung.	50
6.7.2 Escala de Ansiedad de Zung	51
6.7.3 Cuestionario de Aproximaciones a la Felicidad.	51
6.7.4 Escala de Satisfacción con la Vida.	52
6.8 VARIABLES DE ESTUDIO	53
6.8.1 Depresión	53
6.8.2 Ansiedad	53
6.8.3 Aproximación a la felicidad	54
6.8.4 Satisfacción con la vida	54
7. ASPECTOS ÉTICOS	55
7.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DISCAPACITADO	58
8. RESULTADOS	60
8.1 VARIABLE DEPRESIÓN	60
8.2 VARIABLE ANSIEDAD	62
8.3 VARIABLE APROXIMACIONES A LA FELICIDAD	65
8.4 SATISFACCIÓN CON LA VIDA	72
9. DISCUSIÓN	76
10. CONCLUSIONES	82
11. RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	94

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Consentimiento informado	95
Anexo B. Cuadernillo de pruebas	98
Anexo C. Registro fotográfico	102

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1 Distribución porcentual edad	47
Tabla 2 Comparación depresión por género	60
Tabla 3 Comparación depresión por estado civil	61
Tabla 4 Comparación depresión por discapacidad	61
Tabla 5 Comparación depresión por nivel jerárquico	62
Tabla 6 Comparación ansiedad por género	63
Tabla 7 Comparación ansiedad por estado civil	63
Tabla 8 Comparación ansiedad por discapacidad	64
Tabla 9 Comparación ansiedad por nivel jerárquico	64
Tabla 10 Comparación aproximaciones a la felicidad por género	65
Tabla 11 Comparación vida comprometida por estado civil	66
Tabla 12 Comparación vida significativa por estado civil	66
Tabla 13 Comparación vida placentera por estado civil	67
Tabla 14 Comparación aproximación a la felicidad por estado civil	67
Tabla 15 Comparación vida comprometida por discapacidad	68
Tabla 16 Comparación vida significativa por discapacidad	68
Tabla 17 Comparación vida placentera por discapacidad	69
Tabla 18 Comparación aproximación a felicidad por discapacidad	69
Tabla 19 Comparación vida comprometida por nivel jerárquico	70
Tabla 20 Comparación vida significativa por nivel jerárquico	70
Tabla 21 Comparación vida placentera por nivel jerárquico	71
Tabla 22 Comparación aproximación a la felicidad por nivel jerárquico	71
Tabla 23 Comparación satisfacción con la vida por genero	72

pág.

Tabla 24 Comparación satisfacción con la vida por estado civil	73
Tabla 25 Comparación satisfacción con la vida por discapacidad	73
Tabla 26 Comparación satisfacción con la vida por nivel jerárquico	74
Tabla 27 Correlación de spearman	74

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1 Distribución porcentual género	46
Gráfica 2 Distribución porcentual estado civil	46
Gráfica 3 Distribución porcentual discapacidad	47
Gráfica 4 Distribución porcentual causa	48
Gráfica 5 Distribución porcentual acto de servicio	48
Gráfica 6 Distribución porcentual nivel jerárquico	49
Gráfica 7 Niveles de depresión	60
Gráfica 8 Niveles de ansiedad	62
Gráfica 9 Niveles de aproximación a la felicidad	65
Gráfica 10 Niveles de satisfacción con la vida	72

RESUMEN

Con el fin de medir los factores asociados a la salud mental en policías en condición de discapacidad de la unidad de rehabilitación de la Policía Nacional, se llevo a cabo un estudio descriptivo de corte transversal, aplicando las Escalas de Aproximaciones a la Felicidad de Peterson; Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener; Escalas de Depresión y Ansiedad de Zung, a una muestra de 100 personas.

El 45% de la muestra presenta algún grado de depresión mientras que el 33% presenta algún nivel de ansiedad. Siendo la puntuación más elevada el nivel leve en estas dos escalas. La Escala de Satisfacción con la Vida en un mayor porcentaje de la muestra se encuentra por debajo la media; mientras que el 44% de la muestra se aproxima a la felicidad.

Las variables que más influyeron en estos resultados fueron el estado civil, edad y cargo; contrario a esto, en el tipo de discapacidad no se hallaron diferencias significativas con ninguna de las variables de estudio.

PALABRAS CLAVES: Salud mental, felicidad, satisfacción con la vida, depresión, ansiedad, discapacidad.

ABSTRACT

In order to measure the factors associated with mental health officers in disability status of the rehabilitation unit of the National Police, conducted a cross sectional study, using the Peterson's Scales Approaches to Happiness, Diener's Scale of Life Satisfaction (SWLS), Zung's Scales Depression and Anxiety, a sample of 100 people.

45% of the sample shows some degree of depression, while 33% show some level of anxiety. Being the highest rating level light on these two scales. The Scale of Life Satisfaction in a greater percentage of the sample is below the average, while 44% of the sample is close to happiness.

The variables that most influenced these results were marital status, age and position; contrary to this, about the type of disability found no significant differences in any variables.

KEY WORDS: Mental health, happiness, life satisfaction, depression, anxiety, disability.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis es requisito de grado para optar al título de Psicólogo, otorgado por la Universidad Surcolombiana de la ciudad de Neiva Huila. Es un estudio que tiene el objetivo de concretizar las ideas, teorías y opiniones de las autoras en estos cinco años de estudio.

En la actualidad, el estudio de factores asociados a la salud mental en policías en condición de discapacidad, es un campo que aún no se había explorado por la investigación psicológica. La preocupación por mejorar y promover programas de intervención para el manejo de la salud mental en la muestra anteriormente mencionada, desde la perspectiva patológica y sano lógica de salud mental, nos permitieron incursionar en este campo, en donde inicialmente se hace necesario investigar y obtener datos importantes acerca de la prevalencia de los síntomas depresivos, ansiosos, satisfacción con la vida y aproximaciones a la felicidad en una muestra de policías en condición de discapacidad incorporados a la unidad médica de rehabilitación de la Policía Nacional.

De esta forma se inicia la investigación, en donde la muestra fue de 100 policías en condición de discapacidad, y las variables escogidas para dicha medición fueron: depresión, ansiedad, satisfacción con la vida y aproximaciones a la felicidad que fueron medidas con los instrumentos: Escalas de Depresión y Ansiedad de Zung, Escala de Satisfacción con la Vida y Escala de Aproximaciones a la Felicidad respectivamente. Permitiendo establecer la frecuencia de los síntomas de depresión y ansiedad; Se conoció el nivel de satisfacción con la vida y se identificó las Aproximaciones a la felicidad de cada uno de los participantes, para así, asociar cada una de las variables entre si, y del mismo modo compararlas con las variables de persona como edad, genero, tipo de discapacidad, estado civil y tiempo del evento.

1. JUSTIFICACIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), Salud Mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Estos requisitos cobran especial atención en el medio policial, pues este como ninguno, estimula la transmisión y perpetuación de actitudes, las cuales posteriormente van a tener impacto en la comunidad.¹

Lamentablemente, el enfoque dado a la salud mental a escala global ha sido paradójicamente centrado en los trastornos mentales. Así, los estudios de prevalencia demuestran la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, por ejemplo, en la muestra, pero no es frecuente encontrar estudios que den cuenta de factores positivos y, por ende, el abordaje de la salud mental en el estricto sentido se ha desviado. Aun así, el conocimiento de la presencia de síntomas depresivos y ansiosos es de importancia en una institución toda vez que se ha demostrado su asociación con consecuencias tales como deserción, ideación suicida, bajo rendimiento laboral, poca motivación, impacto en las capacidades de atención², entre otros; por lo tanto, se considera que la identificación temprana de los individuos a riesgo es de suma importancia, tanto a nivel de salud pública como en psicología preventiva. Los estudios orientados a determinar prevalencia y factores asociados son una guía útil para este fin³. Pero también ha sido cada vez más demostrado de manera empírica que la satisfacción con la vida y las aproximaciones a la felicidad se acompañan por procesos de alto rendimiento en lo laboral y lo académico por solo mencionar algunos.⁴

1. LEÓN CA. La Higiene Mental en el Medio Universitario. Rev Col Psiquiatría; XV:p. 143-163.1986

2. CLARK DC, Zeldow PB. Vicissitudes of Depressed Mood During Four Years of Medical School. JAMA;p. 260: 2521-2528.1988.

3. MYERS M. On the Importance of Anonymity in Surveying Medical Student Depression. Acad Psychiatry.;p. 27: 19 20.2003.

⁴ SALAZAR, FA. Felicidad en estudiantes de la Facultad de salud de la Universidad Surcolombiana. Revista Facultad de Salud. 2009; 1,(2): 17-23

Este estudio provee datos importantes acerca de la prevalencia de los síntomas depresivos, ansiosos, satisfacción con la vida y aproximaciones a la felicidad en una muestra de policías en condición de discapacidad incorporados a la unidad médica de rehabilitación de la Policía Nacional, lo cual brinda una guía para promover programas de intervención para el manejo de la salud mental en la muestra anteriormente mencionada no solo desde una perspectiva patológica sino también proporcionando las bases para incursionar en una perspectiva sanológica de la salud mental.

Dicho estudio permite avanzar en el camino de la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental positiva, tendencia creciente en el mundo en los últimos diez años.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Comprender la calidad de vida de una persona adulta en situación de discapacidad, supone la adopción de una perspectiva mas amplia que considere no solo al individuo como una entidad auto-organizada, auto dirigida y capaz de adaptarse, sino también a las comunidades e instituciones que proveen de experiencias y relaciones sociales, las cuales promueven la adquisición y fortalecimiento de recursos individuales, institucionales y comunitarios.

Debido a esto, se hace necesario comprender a estas personas en situación de discapacidad como seres en continuo cambio por el proceso de adaptación dentro de una sociedad que atraviesa profundas dificultades, que posiblemente generen igual o mayor impacto para su salud mental, que para el resto de la muestra.

En la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la Salud, de la OMS (Organización Mundial de la Salud), el término “discapacidad” comprende las deficiencias, las limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.⁵ La CIDDM (La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) dentro de la experiencia de la salud la definía como: *“Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”*⁶

En Colombia, los datos arrojados por el Censo General 2005, realizado por el DANE, aproximadamente 2.624.898 presentan alguna limitación permanente, lo cual equivale al 6. 3% del total de la población colombiana. De cada 100 personas con limitación, 43,5 tienen dificultades para ver; otras 29,3 tienen limitaciones permanentes para caminar o moverse. Otros 17,3 tienen limitaciones para oír, 14,7 para usar brazos y manos y 12,9 limitaciones permanentes para hablar, 12

⁵ GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN DERECHOS HUMANOS. La discapacidad desde el horizonte de los derechos humanos. Facultad de Jurisprudencia. Universidad del Rosario.2009.

⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cif. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. unidad 3. introducción. p. 3 [ca] 1999.

permanentes para entender o aprender, 9,8 para relacionarse con los demás, 9,4 tienen limitaciones permanentes para su auto- cuidado y 18,8 presentan otro tipo de limitación permanente. Adicionalmente, como resultado del conflicto armado, se ha cuantificado la existencia de aproximadamente 6.000 sobrevivientes de las minas antipersonales, y estas en su gran mayoría corresponden a personas pertenecientes a fuerzas armadas.⁷

En el último estudio de salud mental en Colombia se encontró que el 40.1% de la población alguna vez en la vida ha sufrido un trastorno mental, 16% en los últimos 12 meses, el 7.4% en los últimos 30 días; En un rango de edad entre 18 y 65 años

Cuatro de cada diez colombianos presentan al menos un trastorno mental en un momento de la vida, y este dato es uno de los resultados entregados por el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, realizado por el Ministerio de la Protección Social con el apoyo de la OPS y bajo los parámetros de la Organización Mundial de Salud, que realizó esta misma investigación en 26 países del mundo.

Según el estudio nacional de salud mental en personal uniformado 1993 , se muestra que 20,1 % del personal uniformado de la Policía Nacional presenta prevalencia de depresión clínica, y el 11,0 % de ansiedad; Y al analizar los factores asociados con satisfacción, como indicadores de calidad de vida, se encontró que la familia y los logros personales, así como el trabajo o estudio, (81, 5 % entre muy satisfecho y satisfecho) fueron informados como factores de protección para la amplia mayoría de la población estudiada⁸. Este estudio es anacrónico, por lo tanto se requiere una actualización, además de propiciar una visión alternativa en la que se identifiquen no solo los trastornos sino también factores salutogénicos como la satisfacción con la vida y las aproximaciones a la felicidad.

⁷ DANE. Discapacidad. Datos departamentales. Censo general 2005 (mayo 22 de 2005 a mayo 22 de 2006).

⁸ POLICIA NACIONAL. Estudio nacional de salud mental en personal uniformado. 1993

El presente estudio se enfoca en los integrantes de la Policía Nacional, los cuales se ven notoriamente afectados por esta problemática ocasionando cambios en su esfera psicológica, y en su proceso de adaptación a la discapacidad, pues se cree que su salud mental es afectada en diversos aspectos del comportamiento normal en sus vidas.

Contribuye además a los múltiples esfuerzos a nivel de protección y promoción de la institución, que cuenta con un íntegro programa de rehabilitación para discapacitados, conociendo de esta manera, algunos de los factores que inciden en la salud mental del discapacitado y por ende a su entorno familiar y social. En cierta medida los resultados arrojados por este estudio contribuyen a la perspectiva del perfil de salud mental del personal uniformado de la Policía Nacional, debido a que la calidad de vida y el bienestar de sus discapacitados, es importante para la institución.

Teniendo en cuenta todas las implicaciones que aparecen en el momento en que la salud mental del individuo se ve alterada y su repercusión en el transcurso de la vida cotidiana, es de suma importancia conocer y determinar la aparición de factores que afecten el normal desarrollo social, económico, familiar y demás componentes que estructuran la salud mental y por ende el bienestar de los individuos pertenecientes a un grupo determinado. Específicamente se conoció la prevalencia de factores asociados a la salud mental en policías en condición de discapacidad incorporados a la unidad de rehabilitación de la Policía Nacional.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Definir la prevalencia de factores psicológicos asociados a la salud mental en policías en condición de discapacidad incorporados a la unidad médica de rehabilitación de la policía nacional.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer la frecuencia de síntomas depresivos entre los policías en condición de discapacidad incorporados a la unidad médica de rehabilitación de la Policía Nacional.

Establecer la frecuencia de síntomas de ansiedad entre los policías en condición de discapacidad incorporados a la unidad médica de rehabilitación de la Policía Nacional.

Conocer el nivel de satisfacción con la vida de los policías en condición de discapacidad incorporados a la unidad médica de rehabilitación de la Policía Nacional.

Identificar las aproximaciones a la felicidad por parte de los policías en condición de discapacidad incorporados a la unidad médica de rehabilitación de la Policía Nacional

Asociar cada una de las variables de estudio con las variables persona como edad, tipo de discapacidad, estado civil y tiempo del evento.

4. ANTECEDENTES

A continuación se dan a conocer algunas investigaciones anteriores, que se han realizado en diversos centros universitarios nacionales e internacionales, que se relacionan con las variables de estudio de la presente investigación como son: prevalencia de ansiedad, depresión, aproximaciones a la felicidad y satisfacción con la vida de los policías en condición de discapacidad. Cabe aclarar que los estudios realizados en este campo son muy pocos y no existe ninguna investigación con la misma población estudio.

A nivel internacional se encontró una investigación en Guatemala llamada “Prevalencia de síntomas del trastorno por estrés postraumático en miembros del cuerpo Voluntario de Bomberos” De los autores Paola María Letona Montoya de la UFM Universidad Francisco Marroquín⁹. Este estudio fue diseñado para examinar la prevalencia de síntomas del trastorno por estrés Postraumática» (TPEP) en miembros del Cuerpo Voluntario de Bomberos. Además, se examinó si existía diferencia entre los dos subgrupos de bomberos: permanentes y voluntarios. Una muestra de 60 bomberos (30 permanentes y 30 voluntarios) completó un cuestionario demográfico y el Impact of Event Scale-Revised (IES-R, Weiss & Marmar, 1997). Los hallazgos mostraron que aproximadamente el 20% de los participantes podrían estar sufriendo de TPEP, sin haber diferencias significativas entre los dos subgrupos. La importancia de este estudio radica en la atención a los riesgos psicológicos que resultan de la exposición frecuente a eventos traumáticos, confirmando la necesidad de la inclusión de programas de prevención e intervención.

En España se realizó una investigación llamada “Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad”. Sus autores; Paquita Abulí Picart, Pere Comas Casanovas, Rosa Suñer Soler, Armand Grau Martín¹⁰. Como objetivo general esta el conocer como la sensación de gravedad del enfermo y sus perspectivas de mejoría pueden estar influidas por

⁹ LETONA MONTOYA Paola María. Prevalencia del síntoma por trastornos por estrés postraumático en miembros del cuerpo voluntario de bomberos, Guatemala, p. 3.2004

¹⁰ ABULÍ PICART Paquita, COMAS CASANOVAS Pere , SUÑER SOLER Rosa , GRAU MARTÍN Armand , Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad Vol. 120, N°. 10 , p. 370-375.2003

la ansiedad y la depresión y concluye afirmando que la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, sin guardar relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a una percepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría.

A nivel nacional se encontró una tesis llamada “Descripción del proceso de duelo en militares víctimas de minas antipersona” cuyos autores eran Paulo Daniel Acero Rodríguez y María Andrea Castillo, de la Universidad Manuela Beltrán¹¹ – Colombia. La investigación se propuso comprender y describir las características de los procesos de duelo y las vivencias psico-emocionales de un grupo de militares afectados por las minas antipersona en período de recuperación en el Batallón de Sanidad de Bogotá. Llegando a la conclusión que todos los militares afrontan de la misma manera su proceso de duelo. Algunos no reportan la negación sino que, por el contrario, aceptan con mucho dolor su pérdida desde un comienzo.

En Cali estudiantes de la Universidad Javeriana realizaron la investigación “Efectos de la Psicoterapia de Grupo en Policías con Estrés Postraumático producto de confrontaciones con la guerrilla o grupos ilegales armados al margen de la ley”, Autores: Álvaro R. Vallejo Samudio. Ph.D. Asistente: Psicóloga Lina María Terranova. Monitoras: Viviana Carolina Montes, Jennifer Andrea Cáceres¹². El objetivo de esta investigación es describir y analizar los efectos terapéuticos que tiene la psicoterapia de grupo psicoanalíticamente orientada, en policías con estrés postraumático producto de confrontaciones con la guerrilla o grupos ilegales armado al margen de la ley. Además de estudiar cuáles son y cómo funcionan los mecanismos psíquicos que el policía utiliza para superar el hecho traumático, e Identificar los principales síntomas que presentan los Policías de la Metropolitana de Cali con estrés postraumático producto de confrontaciones con la guerrilla o grupos ilegales armado al margen de la ley.

¹¹ ACERO RODRÍGUEZ Paulo Daniel, CASTILLO María Andrea, “Descripción del proceso de duelo en militares víctimas de minas antipersona”[ca] 2000.

¹² VALLEJO SAMUDIO Álvaro, TERRANOVA Lina María, ARANGO Carlos Arturo. Efectos de la Psicoterapia de Grupo en Policías con Estrés Postraumático producto de confrontaciones con la guerrilla o grupos ilegales armados al margen de la ley.” Policía Nacional de Colombia. 2008 – 2009.

A nivel nacional encontramos además, el estudio nacional de salud mental en personal uniformado de la Policía Nacional de Colombia realizado entre 1996 - 1998 conto con una muestra de 2068 personas en donde se tuvo en cuenta variables como, depresión, ansiedad, alcoholismo e intento de suicidio, llegando a las siguientes conclusiones: el 20.1% presenta prevalencia en depresión clínica y el 11.0% de ansiedad, este comportamiento concuerda con el comportamiento con estas dos patologías. Pero un hallazgo importante, es la fuerte asociación con el intento de suicidio, lo que las coloca como indicadores de riesgo para este último.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 SALUD MENTAL

Colombia es un país históricamente afectado por diversas formas de violencia, que perjudican a millones de colombianos diariamente; todos somos en alguna forma víctimas de la guerra que vive nuestro país. Para nadie es desconocido que los miembros de la fuerza pública han sido víctimas permanentes de los actos de violencia de sus diversos agentes, generando un grupo creciente en situación de discapacidad, (la mayoría por el efecto de las minas antipersonal). Pero las agresiones recibidas no se quedan simplemente en un plano físico; esta discapacidad implica el adaptarse a una nueva situación que en muchos casos puede ser realmente estresante tanto para el individuo, como para su red de apoyo, y muchas veces durante este proceso de adaptación pueden surgir estados mentales que inhabiliten su desenvolvimiento normal en la vida cotidiana.

Existen diferentes mecanismos dirigidos a los miembros de la fuerza pública para permitir sobrellevar su situación actual, además de estar cobijados por diferentes leyes que garantizan el cumplimiento de sus derechos. Uno de ellos es el Sistema de rehabilitación integral que está conformado por un conjunto de acciones sectoriales interrelacionadas, cuyo objetivo común es el logro de la inclusión social de los miembros de la fuerza pública en situación de discapacidad; de ahí que todos los estamentos de orden médico, laboral, social, familiar y de bienestar se unen, aportando desde sus estructuras diversas y especializadas, para interactuar alrededor de un sujeto que recibe los servicios integrales como unas herramientas facilitadoras, que le permiten estructurar un nuevo proyecto de vida, hasta asumir su propio proceso que potencie los factores individuales positivos para el logro de sus objetivos, redundando en su propio beneficio, el de su familia y el de la comunidad que lo rodea.¹³

Específicamente para proteger los derechos de las personas con discapacidad, además de los derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales

¹³CLOPATOFSKY, Jairo. Proyecto de Ley No 317 DE 2009.

inherentes a todos los colombianos, la constitución política incluyó el artículo 47, que dice: “El estado adelantará una política de previsión rehabilitación e integración social, para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”¹⁴

El hecho de estar cobijados por el estado colombiano es una gran ventaja para atenuar su situación, pero no indica que su salud mental no se vaya a ver afectada de algún modo y no permita una adaptación adecuada, cabe aclarar qué se conoce como salud mental de una manera global; según la OMS, la salud mental es “un estado de bienestar en el que el individuo desarrolla sus propias habilidades, puede lidiar con el estrés normal de la vida, trabaja de manera productiva y placentera y esta en capacidad de contribuir a su comunidad”¹⁵

Esta salud mental incluye entonces elementos como bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia inter generacional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente¹⁶. En conclusión es un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajan de forma productiva y fructífera, y contribuyen a la vez a sus comunidades.

La salud mental se ve afectada por muchos motivos, entre estos el envejecimiento de la población, el empeoramiento de los problemas sociales y el desorden civil. Por este motivo se presentan los llamados trastornos mentales que aumentan considerablemente y es un fenómeno a nivel mundial.

¹⁴ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Artículo 47. 1991.

¹⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION, strengthening mental health promotion. Fact sheet No 220; 2003.

¹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Catalogación por la Biblioteca de la OMS Organización Mundial de la Salud, Invertir en salud mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2004

Según Miguel Ángel Verdugo Alonso en su ponencia calidad de vida y calidad de vida familiar¹⁷, cada persona con discapacidad es diferente por sus propias características así como por su entorno y la interacción que establece con él. El papel del ambiente que rodea a la persona con discapacidad, ya sea niño o adulto, influye directamente y con la misma importancia que las características individuales de la persona en la construcción social que se hace de la discapacidad. En ese ambiente, es la familia el lugar primero, principal, y más permanente de apoyo para el individuo, y de cuya actuación va a depender sin lugar a dudas muchas de las expectativas, posibilidades y bienestar de la persona. Las familias que tienen un miembro con discapacidad se ven involucradas en desempeñar un mayor número de tareas y roles personales que las familias cuyos miembros no presentan esas características.

El estrés familiar mantiene una estrecha relación con el grado de bienestar e integridad de la familia, así como con la salud física y mental de cada uno de sus miembros. Existe un amplio acuerdo sobre el alto nivel de estrés al que están sometidas las familias con hijos con discapacidad, que está motivado por distintos acontecimientos que rodean a la situación del niño: enfrentarse al diagnóstico, a su cuidado diario, a los contactos con el sistema de servicios sociales, con el dolor crónico e intenso, con el aislamiento, los cuidados agregados que el niño o adulto necesita, los trastornos del sueño, o los problemas de comportamiento¹⁸.

La adaptación o la falta de ajuste familiar no dependen exclusivamente de la presencia o ausencia de estrés, sino que es la interacción entre el suceso estresante, los recursos de la familia y la estimación de la seriedad del suceso, lo que determina el grado en que la familia será vulnerable al estrés y a las crisis.¹⁹

La mayor parte de las familias en cuyo seno vive un niño o adulto con discapacidad no presentan problemas graves de adaptación o estrés. Pero el que no sea lo más frecuente las situaciones de estrés no implica que las familias con

¹⁷ VERDUGO, Miguel Ángel. Catedrático de psicología de la discapacidad, Calidad de vida y calidad de vida familiar, II congreso internacional de discapacidad mental: enfoque y realidad: un desafío. Medellín 2004.

¹⁸ *Ibíd.*, Pág. 11

¹⁹ *Ibíd.*, Pág. 11

hijos con discapacidad no tengan necesidades de apoyo. Al contrario, un hijo con discapacidad implica muchas mas necesidades de apoyo personal y social que un hijo sin discapacidad, pues debe superar muchas mas situaciones difíciles. Además, a mayor discapacidad, en extensión, gravedad o duración, las necesidades de apoyo se multiplican. Por eso tiene sentido preocuparse de y hablar sobre la calidad de vida de las familias junto a la calidad de vida de los hijos con discapacidad.²⁰

Desde una perspectiva profesional y de las organizaciones conviene ubicar los objetivos de trabajo en el ámbito familiar con una perspectiva centrada en la calidad de vida de la familia, que es mucho más amplia y eficaz que una visión estrictamente psicopatológica y de intervención terapéutica. Este planteamiento debe hacerse tanto en la evaluación de la situación y necesidades de la familia como para establecer objetivos de intervención y prioridades de la misma. La perspectiva es generar estructuras de pensamiento y trabajo en un plano de colaboración familias-profesionales en lugar de establecer una jerarquía profesional-familia en la cual esta última es solamente receptora pasiva de las orientaciones e intervenciones. La participación activa de la familia en todas las fases del proceso de atención a la persona con discapacidad es fundamental, lo que no debe obviar el estudio de las necesidades de apoyo de la propia familia.²¹

La calidad de vida en el ámbito familiar se puede entender desde el impacto que causa la discapacidad en la calidad de vida de la familia, o desde el impacto de la discapacidad en el individuo y el rol a desempeñar por la familia. En el primer caso, corresponde examinar las transformaciones que ocurren en el seno familiar y generar servicios de apoyo a la familia en las diferentes fases de evolución del individuo con discapacidad, siendo el objeto de atención la propia la familia. En el segundo caso, el usuario de los servicios es la persona con discapacidad, y el rol de la familia es la colaboración estrecha con los profesionales.²²

²⁰ *Ibíd.*, Pág. 11

²¹ *Ibíd.*, Pág. 12

²² *Ibíd.*, Pág. 12

El estudio de la calidad de vida en las familias todavía cuenta con escasa investigación, pero se puede apreciar que los modelos estudiados sobre calidad de vida en los niños con discapacidad presentan muchas interrelaciones con los referidos a la familia. Además, parece que los valores sociales, imágenes y estereotipos se extienden más allá de las personas con discapacidades hacia sus familias. Sin embargo, las familias aportan una gran dosis de fuerza, flexibilidad y creatividad en los procesos de adaptación y colaboración.²³

5.2 DISCAPACIDAD

La discapacidad ha sido considerada como una problemática, que tiene consecuencias personales, familiares y sociales que llevan a la exclusión social. La condición de discapacidad causa múltiples cambios en la vida de una persona y sus familiares, los cuales se relacionan con la condición de dependencia asociada a una limitación física o mental, la alteración del estado de salud, y la modificación en el rol y en las actividades sociales. Las personas se describen a sí mismas en términos más negativos, tiene menos aspiraciones y expectativas sobre el futuro, lo cual puede llegar a ocasionar depresión y ansiedad.²⁴

Teniendo en cuenta que la discapacidad es una variable dependiente que responde a un proceso dinámico que varía en severidad duración y magnitud. En las últimas tres décadas han sido formuladas distintas metodologías de estimación de las condiciones de salud en el mundo, en términos de conocer la carga global y particular de la morbilidad y la discapacidad, y de estimar la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la salud pública. En el mundo, las medidas más comúnmente usadas en discapacidad incluyen aquellas referidas a las actividades de la vida diaria , los años de vida ajustados por discapacidad , las clasificaciones internacionales propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) , los censos poblacionales, las encuestas nacionales de calidad de vida y de salud, y las bases de datos de vigilancia epidemiológica²⁵

²³ Ibid.. Pag. 12

²⁴AQUICHAN.¿Qué significa la discapacidad?, octubre, año/vol.6 numero 001,universidad de la sabana, chíá Colombia

²⁵ CRUZ, Israel y HERNADEZ, Janeth: Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes En: Revista Ciencias de la Salud. Vol. 6, Núm. 3, p. 23-35 Universidad del Rosario Bogotá, Colombia.2008.

Estimativos de la organización mundial de la salud, un 12% del total de los habitantes de un país pueden estar en condición de discapacidad, si la población colombiana fuera de 44 millones, cerca de 5 millones de personas se encuentran en situación de discapacidad, muchas víctimas de la violencia y del conflicto armado. La tasa de discapacidad en Colombia es de 18 por 1000 habitantes distribuidos así: del cuidado personal (2,3%); de la conducta (2,7%); de la locomoción (36,6%); y de la comunicación (61,8%).²⁶

De acuerdo a esta problemática actualmente el reconocimiento del funcionamiento y la discapacidad como problema mayor de salud pública, tanto en países desarrollados como emergentes, es lo que ha llevado a la OMS a desarrollar la CIF como lenguaje internacional estandarizado capaz de describir y clasificar la salud y las dimensiones relacionadas con ella, y así promover un marco común para la medición de los resultados sanitarios.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud aprobada en 2001, más comúnmente conocida como CIF, constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud.

Se la denomina habitualmente CIF porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento, que en la discapacidad, entendiendo funcionamiento como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación, y la discapacidad como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, una perspectiva corporal, individual y social. Adicionalmente la CIF también considera los factores contextuales (ambientales y personales) que interaccionan con estos componentes.

Anteriormente la discapacidad se entendía como un estado que empieza donde termina la salud, pasando entonces a constituir una categoría separada (modelo biomédico). En este punto la CIF supone un cambio conceptual radicalmente

²⁶ HERNANDEZ, Janeth y HERNANDEZ, Iván; Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad. En: Revista de salud pública, julio, año/vol.7 en Colombia Universidad Nacional, Bogotá Colombia, 2005.

distinto. Asume que todos podemos experimentar en un momento determinado de nuestra vida un deterioro de la salud y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Así, salud y discapacidad se extienden por igual a lo largo de nuestra vida y de todas sus facetas y no son, por tanto, categorías separadas. Discapacidad no es, pues, la característica de algunos grupos sociales sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico. Indicando los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud dada) y sus factores contextuales.²⁷

En Colombia, el avance más significativo en relación con la discapacidad es el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, elaborado por el DANE en 2003-2005. La presente investigación usó los datos del Registro, analizó los factores contextuales ambientales, personales y sociales de la CIF con el propósito de identificar las relaciones determinantes de la discapacidad.²⁸

De acuerdo con los datos preliminares del censo general del 2005, la tasa de Prevalencia para el total de la población (6.3%) es mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%). Teniendo en cuenta el número de limitaciones por persona, el 71,2% presentan una limitación, el 14,5% dos limitaciones, el 5,7% tres limitaciones y el 8,7% tres o más limitaciones permanentes.

Del total de personas que reportaron alguna limitación, el 29,3% poseen limitaciones para moverse o caminar, el 14,6% para usar brazos y manos, el 43,4% para ver a pesar de usar lentes o gafas, el 17,3% para oír aun con aparatos especiales, el 13,0% para hablar, el 11,7% para entender o aprender, 9,4% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, el 9,9% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo y el 18,8% presentan otra limitación.

²⁷ FERNÁNDEZ, Juan Antonio, FERNÁNDEZ, María, GEOFFREY, Reed, STUCKI, Gerold y CIEZA, Alarcos. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento. En: Revista española de salud pública, vol. 83, núm. 6, p. 775-783. Ministerio de Sanidad y Consumo España. 2009

²⁸ DANE. Censo General. Departamento administrativo nacional de estadística. 2005

Entre las estructuras y funciones corporales afectadas con mayor frecuencia se encuentran las relacionadas con el movimiento del cuerpo, presentes en el 54,9% de las personas, seguidas por las deficiencias en el sistema nervioso (48,9%), visual (43,8%), cardiorrespiratorio e inmunitario (41,8%), digestivo (23,9%), auditivo (19,1%) y en la voz y habla (17,3%) de las personas registradas. Por su parte, las deficiencias en el sistema reproductivo (11,5%), las de la piel (5,1%), así como las del olfato, tacto y gusto (4,0%).²⁹

Es cada vez más evidente que las funciones mentales están interconectadas con el funcionamiento físico y social, y con el estado de salud. Por ejemplo, la depresión constituye un factor de riesgo en la adherencia al tratamiento en personas afectadas por un trastorno físico.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) producidos por la Organización Mundial de la Salud, distingue entre las funciones del cuerpo (por ej.: fisiológico o psicológico, visión) y las estructuras del cuerpo (piezas anatómicas, e.g. el ojo y las estructuras relacionadas). La debilitación en estructura o la función corporal se define como participación de la anomalía, del defecto, de la pérdida o de la otra desviación significativa de ciertos estándares generalmente aceptados de la población, que pueden fluctuar en un cierto plazo. La actividad se define como la ejecución de una tarea o de una acción.³⁰

Dentro de las discapacidades más frecuentes en la población estudio se encuentran primeros las amputaciones, que se define como la separación total de un segmento del miembro del resto del cuerpo. En la amputación incompleta o parcial queda algo de tejido blando de conexión, pero hay sección completa de los vasos principales y, al menos, del 75% de las partes blandas.³¹ La cuadriparesia que es la debilidad por parálisis incompleta de los cuatro miembros.³² La paraplejia

²⁹ DANE. Dirección de Censos y Demografía. Base de Datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. 2003. Bogotá DC, Colombia

³⁰ EBABLE, Naciones unidas. Secretaría de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <http://www.un.org/spanish/disabilities>.

³¹ MERLE, M, DAUTEL, G y LODA, G. Mano traumática. Urgencias; Vol. 1. 4-5; Vol. 2. 249-303.[ca]1997.

³² BÉRUBÉ, Louise. Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement, Montréal, Les Éditions de la Chenelière Inc, 176 p., p. 98.1991.

que es la parálisis de los miembros inferiores debida al compromiso de las vías motoras secundaria a una lesión medular en los segmentos toracolumbares.³³ Cuando la lesión es completa, se afectan las vías motoras, sensitivas y autónomas, con pérdida de la sensibilidad somática y de la movilidad voluntaria por debajo del nivel de la lesión, incontinencia urinaria y fecal, espasticidad, hiperreflexia, atrofia muscular,³⁴ infertilidad y disfunción sexual en los hombres³⁵ La monoparesia que es la parálisis ligera de un único miembro³⁶. La Hemiparesia que se refiere a la disminución de la fuerza motora o parálisis parcial que afecta un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo.³⁷ y La paraparesia entendida como parálisis parcial que afecta los miembros inferiores.³⁸

5.3 DEPRESIÓN

La depresión es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva³⁹.

³³ US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE AND THE NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. Medical Dictionary. [Medical Dictionary]. Disponible En: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/plusdictionary.html>>.

³⁴ JIMÉNEZ E, PEÑA G, HAKIM F y CARREÑO JN. Trauma Espinal. En: Toro J, Yepes M, Palacios E. Neurología. Bogotá: McGraw Hill Interamericana, p.507-510.2001

³⁵ GROSS AJ, SAUERWEIN DH, KUTZENBERGER J y RINGERT RH. Penile prostheses in paraplegic men. BJU International, p.8(2): 262-264.1996

³⁶ DICCIONARIO DE NEUROLOGÍA. En: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/monoparesia>

³⁷ DORLAND. Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina (30 edición). Elsevier, España. p. 903.2005

³⁸ BÉRUBÉ, Louise. Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement, Montréal, Les Éditions de la Chenelière Inc. p. 98.1991.

³⁹ ALBERDI Sodupe J, TABOADA O, CASTRO Dono C. Depresión. Guías clínicas. Fisterra. 2003. 1 octubre 2007. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/Depresion.asp>

Cabe resaltar que para diferenciar estos cambios patológicos de aquellos síntomas comunes, se debe basar en la persistencia, la gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social. En cuanto a estos signos y síntomas que se deben evaluar y tomar en cuenta encontramos a la tristeza persistente, ansiedad o “vacío” cambios de humor en los patrones de sueño, la Reducción del apetito y pérdida de peso o aumento del apetito y aumento de peso, la pérdida de placer e interés en actividades que antes disfrutaba , incluyendo el sexo , Inquietud e irritabilidad, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento, tales como el dolor crónico o trastornos digestivos, dificultad para concentrarse en el trabajo o en la escuela, o dificultad para recordar cosas o tomar decisiones, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa, desesperanza o inutilidad y pensamientos de suicidio o muerte.⁴⁰

Teniendo en cuenta que estos síntomas son aptos para ser valorados y ordenados según criterios diagnósticos operativos, las clasificaciones más utilizadas tanto en estudios de investigación como en clínica son: la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE 10⁴¹ con los códigos F32 (episodios depresivos) y F33 (trastorno depresivo recurrente) y por la American Psychiatric Association (DSMIV)⁴².

Aunque no se conoce una causa específica de la depresión, existen diferentes factores que podrían influir o intervenir en su inicio, como lo son los factores genéticos, alguna vivencia de la infancia, adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad).

Asimismo se podrían considerar factores de riesgo, las dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico o disfunciones

⁴⁰ MENTAL HEALTH AMERICA. depression.Signs of Depression Checklist

⁴¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. . Madrid: Meditor; 1992

⁴² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson; 2003.

cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos (genéticos), psicológicos, familiares y sociales⁴³⁻⁴⁴.

Dentro de la influencia de las circunstancias sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales⁴⁵, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco⁴⁶ y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia⁴⁷.

El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión⁴⁸, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos⁴⁹.

En Colombia, durante los últimos años se han realizado diversos análisis de la prevalencia de la depresión, tomando como base los datos obtenidos en la

⁴³ GEDDES J, Butler R, HATCHER S, Cipriani A, PRICE J, Carney S, et al. Depression in adults. Clin Evid p.15:1366-406.2006

⁴⁴ INGRAM RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. J Abnorm Psychol. p109(4):588-96.2000

⁴⁵ NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline number 23; 2004

⁴⁶ HAMALAINEN J, Kaprio J, ISOMETSA E, Heikkinen M, POIKOLAINEN K, Lindeman S, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. J Epidemiol Community Health 2001;55(8):573-6.

⁴⁷ HARO JM, Palacin C, VILAGUT G, Martinez M, BERNAL M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-Espana. Med Clin (Barc) 2006;126(12):445-51

⁴⁸ NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline number 23; 2004 December 2004.

⁴⁹ TURNER RJ, Lloyd DA. Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: racial and ethnic contrasts. Arch Gen Psychiatry 2004;61(5):481-8.

Primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, que fue aplicada a 25.135 en 1993⁵⁰.

En 1997 se volvió a hacer este estudio mediante la aplicación de la Escala de Zung para la depresión, demostrando que 11,8% de la población encuestada mostraba depresión leve, mientras que el 4% sufría de depresión mayor (moderada o grave), lo que indicaba que en Colombia había una elevada prevalencia de síndrome depresivo en 1993⁵¹.

En cuanto a la relación entre la prevalencia de episodios depresivos y el estado de salud, los resultados conseguidos ratifican estudios que se han hecho con anterioridad, en donde la depresión es más frecuente entre las personas afectadas por una enfermedad o discapacidad física⁵².

Incluso en América Latina, también se han llevado a cabo varias investigaciones sobre este tema, como las realizadas en Chile⁵³, Brasil⁵⁴ y México⁵⁵, que han aportado una valiosa información para la realización de investigaciones epidemiológicas a gran escala en la Región. Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un período de 12 meses en Chile, Brasil y México, variaban entre 4,5% y 7,1%.

⁵⁰ POSADA JA, Torres de Galvis Y. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia, 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.

⁵¹ GÓMEZ-RESTREPO C, Rodríguez MN. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Rev Col Psiquiatría. 1997;26(1):23–35

⁵² KATONA C, Livingston G. Impact of screening old people with physical illness for depression. Lancet. 2000;356(9224):91–2

⁵³ VICENTE B, Rioseco P, VALDIVIA S, KOHN R y TORRES S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica [ca]2004.

⁵⁴ KRATZ GF, Silva de Lima M, FRANK TB, Curi HP. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. Rev Saude Pública.p.;38(3):365–71.2004

⁵⁵ CARAVEO-ANDUAGA J, COLMENARES E y SALDÍVAR G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud mental. P.22(2).1999

5.4 ANSIEDAD

Por otra parte los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, muestran que cuatro de cada 10 individuos presentaron al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. Los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes y más crónicos⁵⁶.

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva carece de eficacia adaptativa y es necesario pensar en la presencia de patología. La ansiedad patológica se presenta en diferentes trastornos psiquiátricos (afectivos, psicóticos, tóxicos) y médicos, siendo imprescindible un buen diagnóstico diferencial basado en la historia, exploración y pruebas complementarias. Cuando la ansiedad se transforma en el centro del cuadro podemos hablar de síndromes o trastornos ansiosos específicos: trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia o ataques de pánico.

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en, trastornos físicos y trastornos mentales. Entre los trastornos físicos más comunes se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos, como trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.), trastornos digestivos (colon irritable, úlcera), Trastornos respiratorios (asma), trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema) y otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico,

⁵⁶MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Fundación FES social. Estudio nacional de salud mental 2003.2003

disfunciones sexuales, infertilidad, etc.). Además la ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también se encontraron niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos se encuentran los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.), las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.), los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia), trastornos del sueño, trastornos sexuales, trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.) y trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.)

5.5 SATISFACCIÓN CON LA VIDA

El propósito de la vida humana es la vida en si misma, más que el servicio al rey o a Dios. La realización personal y la felicidad son valores centrales. La sociedad es considerada como un medio para proporcionar a los ciudadanos una buena vida. En el siglo XIX, esta convicción se manifestó en el credo utilitarista de que la mejor sociedad es aquella que proporciona “la mayor felicidad para el mayor número de personas”⁵⁷.

Los esfuerzos para crear una sociedad más “vivable” comenzaron por el ataque a los males más llamativos: ignorancia, enfermedad y pobreza. En consecuencia, se medía el progreso en términos de alfabetización, control de enfermedades epidémicas y eliminación del hambre. Se desarrollaron estadísticas sociales para registrar los logros del progreso, Los avances en la lucha contra estas plagas fueron seguidos por esfuerzos para asegurar un estándar de vida material razonable para todos. El progreso en esta área se midió sobre todo por los incrementos en los ingresos de dinero, seguridad de ingresos e igualdad de ingresos. Esto fomentó una abundancia de investigación social sobre la pobreza y

⁵⁷VEENHOVEN, Ruut. El estudio de la satisfacción con la vida. Intervención Psicosocial, 1994, vol. 3, págs. 87-116.

las desigualdades sociales, que es todavía una importante área de investigación hoy en día.⁵⁸

En los años sesenta apareció un nuevo tema de investigación. En esa época, la mayoría de las naciones occidentales se habían convertido en ricos estados de bienestar. Se reconocieron límites al crecimiento económico y ganaron importancia los valores post-materiales. Esto trajo consigo concepciones y medidas más amplias de la buena vida. Como resultado de esto, se introdujo el término “calidad de vida”. Inicialmente el concepto era polémico. Sirvió para denotar que hay algo más que simplemente bienestar material.⁵⁹

La satisfacción con la vida es el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuanto le gusta a una persona la vida que lleva.⁶⁰ Sus sinónimos corrientes son “felicidad” y “bienestar subjetivo”. Una ventaja del término de satisfacción con la vida sobre la palabra “felicidad” es que enfatiza el carácter subjetivo del concepto. La palabra “felicidad” es usada también para referirse al bien objetivo, especialmente por los filósofos. Una ventaja sobre la etiqueta de “bienestar subjetivo” es que la satisfacción con la vida se refiere a una evaluación global de la vida más que a sentimientos actuales o a síntomas psicossomáticos específicos.

El concepto de satisfacción con la vida denota una evaluación global de la vida. De esta manera, la apreciación de que la vida es «excitante» no la señala como “satisfactoria”. Puede haber mucha excitación en la vida y muy poco de otras cualidades. La evaluación global de la vida implica todos los criterios que figuren en la mente del individuo: como se siente, si se cumplen sus expectativas. Hasta qué punto se considera deseable, etc. El objetivo de evaluación es la *vida en conjunto*, no el estado momentáneo. Por tanto, sentirse eufórico no es lo mismo que estar satisfecho con la vida. El afecto momentáneo puede influir en la percepción de experiencias vitales y en el juicio global sobre la vida, pero no es sinónimo de satisfacción con la vida. El objeto de evaluación no es un dominio

⁵⁸ *Ibíd.*, p. 88

⁵⁹ *Ibíd.*, p. 91

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 95

específico de la vida, como la vida laboral. Disfrutar del trabajo será parte de una apreciación positiva de la vida, pero no la constituye.⁶¹

Se define como una evaluación global que la persona hace sobre su vida (Pavot, Diener, Colvin, y Sandvik, 1991). Esta definición señala que al realizar esta evaluación la persona examina los aspectos tangibles de su vida, sopesa lo bueno contra lo malo, lo compara con un estándar o criterio elegido por ella (Shin y Johnson, 1978), y llega a un juicio sobre la satisfacción con su vida (Pavot et al., 1991). Por tanto, los juicios sobre la satisfacción dependen de las comparaciones que el sujeto hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado.⁶²

Según Diener (1984) las investigaciones sobre la satisfacción con la vida se deben centrar en los juicios subjetivos que hace la persona sobre su propia vida. Por tanto, en lugar de sumar la satisfacción a través de dominios específicos para obtener una medida de la satisfacción general, es necesario preguntarle a la persona por una evaluación global sobre su vida (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985).

5.6 APROXIMACIÓN A LA FELICIDAD

Tradicionalmente la felicidad ha sido objeto de reflexión desde el punto de vista filosófico, pero no desde la óptica de otras disciplinas debido, básicamente, a la dificultad en la medición del objeto. Sin embargo, en los últimos años han surgido diversos trabajos, los cuales, basados en el autorreporte de los individuos, intentan establecer los determinantes de la felicidad: cómo podrían alcanzar las

⁶¹ Ibid., p.116

⁶² ATIENZA , Francisco Luis, PONS, Diana, BALAGUE ,Isabel r y GARCÍA-MERITA ,Marisa. Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. Universidad de Valencia.[ca]2001-2002

sociedades estados de felicidad más elevados, así como explicar ciertas paradojas⁶³

Martin Seligman en su discurso inaugural como presidente de la APA (Seligman, 1999) denominó psicología positiva a lo que supone dar un impulso definitivo a una aproximación que surge como una necesidad complementaria al modo habitual de contemplar la realidad psicológica. Sin duda, muchos de los temas en los que la psicología se ha centrado en estas últimas décadas (creatividad, optimismo, amor, inteligencia emocional, capacidades de afrontamiento,...) entran de lleno en esta perspectiva positiva (Fernández-Ballesteros, 2002). Pero hay otras áreas de la experiencia humana (flujo, perdón, gratitud, asombro, curiosidad, o humor) que también se están incorporando por primera vez como temas de investigación por propio derecho (Gable y Haidt, 2005) abriendo vías hasta ahora insospechadas.

Para la psicología cognitiva es claro que la información positiva tiene una enorme importancia en gran parte de los procesos psicológicos. “Se comprobó entonces que sesgos positivos en la sensación de control (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenwald, 2000), el recuerdo de elementos positivos (Matt, Vázquez y Campbell, 1992) o las atribuciones causales (Mezulis, Abramson, Hyde y Hankin, 2004), estaban ligados de un modo posiblemente protector a la salud física y mental. Una gran cantidad de estudios experimentales ponía de manifiesto que el procesamiento de la información positiva parece tener sus propias reglas (Isen, 1987; Vázquez y Avia, 1998) y afecta a la mayoría de las personas. Irónicamente, se descubría que quienes participaban como sujetos control en estudios cognitivos sobre la ansiedad o sobre la depresión, gente normal y sin ningún tipo de problema mental diagnosticable, presentaban de modo bastante consistente sesgos al procesar información congruente con su estado de ánimo”⁶⁴

Enfatizando en la variable Aproximación a la Felicidad, cabe denotar que la felicidad es un constructo al que autores como Aristóteles, Buda y Confucio han

⁶³ GERSTENBLUTH, Mariana, ROSSI, Máximo, TRIUNFO, Patricia Felicidad y salud: una aproximación al bienestar en el Río de la Plata. Estudios de economía. Vol. 35 – No 1, Julio 2008. Pág. 65-78.

⁶⁴ CARMELO VÁZQUEZ, Gonzalo Hervás y Samuel M. Y. Ho. intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. Universidad Complutense de Madrid (España); University of Hong Kong (China).

prestado particular atención. Hay un sinnúmero de definiciones para dicho constructo, incluso existen instrumentos psicométricos para su medición.

Martin Seligman (2003) ha propuesto un marco desde el cual pretende mostrar de forma ordenada diversas vías que parecen conducir al bienestar y la felicidad, sin embargo, su propuesta no está dispuesta como una teoría, ni siquiera como un modelo, sino más bien como una forma de estructurar inicialmente la investigación realizada en este campo y de proyectarla hacia el futuro (Duckworth, Steen y Seligman, 2005). Según este autor, la investigación ha mostrado que hay al menos tres vías fundamentales por las cuales las personas se pueden acercar a la felicidad; la vida placentera (*pleasant life*), que incluiría aumentar las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro; la vida comprometida (*engaged life*), que se refiere a la puesta en práctica cotidiana de las fortalezas personales con el objetivo de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas («flow»); y la vida significativa (*meaningful life*), que incluiría el sentido vital y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo.⁶⁵

5.7 ENTORNO INSTITUCIONAL

De acuerdo a los propósitos del presente estudio, éste se centro en la comprensión de la salud mental del personal policial con discapacidad perteneciente a la unidad de rehabilitación en la ciudad de Bogotá.

La dirección de sanidad de la Policía Nacional específicamente ESP nivel II rehabilitación, Esta ubicada en la Avenida Caracas No. 2-65 sur, Barrio San Antonio, en sede propia con áreas amplias (susceptibles de remodelación y adecuación), para los usuarios en condición de discapacidad.

Cuenta con un talento humano muy completo, conformado en el área de atención de salud por ramas como: Medicina General y Fisiatría, en consulta externa; y en

⁶⁵ *Ibíd.*, Pág. 5

apoyo diagnóstico y terapéutico con servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Educación Especial, Psicología, Trabajo Social, Terapia Recreativa, Enfermería; entre otros que hacen posible cumplir con la misión y objetivos trazados para una excelente prestación del servicio de rehabilitación terapéutica integral, con talento humano calificado y tecnología adecuada, para que alcancen la máxima funcionalidad e independencia posible, a fin de lograr un mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración a su medio familiar, social y ocupacional

Su atención va dirigida a adultos y niños en condición de discapacidad, brindándoles una evaluación interdisciplinaria Individual, Atención Domiciliaria, Salidas Terapéuticas, Celebración día de los niños en Abril y Octubre, Participación en la celebración día blanco, Práctica Deportiva, Recreativa y Cultural, Salidas terapéuticas, Jornadas Preventivas de Salud, Alianzas Interinstitucionales para Capacitación Vocacional, Programa de integración al aula regular, Vinculación de niños a entidades de atención Terapéutica Integral-pre vocacional, Orientación en Reubicación Laboral y Ejercicio Terapéutico Grupal para Pacientes Adultos Mayores.

La atención integral promueve desde la salud el establecimiento de estilos de vida saludables y estados de salud óptimos de la persona con discapacidad; Y previene a través de la Identificación oportuna de riesgos que aumenten la condición de la discapacidad por medio de acciones *Primarias* que previenen deficiencias diferentes a las ya existentes, de *Intervención* en disminución de deficiencia y eliminación o disminución de la limitación en la actividad, y *Equiparación de oportunidades* que previene la restricción en la participación a nivel individual y social.

Demostrando de esta manera que la institución ha centrado su esfuerzo en el desarrollo de recurso humano, diseñando para ello políticas y estrategias en beneficio del uniformado, su familia a su comunidad, caracterizado por la creación de un organismo descentralizado, responsable de la salud, la recreación, la vivienda y la atención a los discapacitados (art.33, ley 62 de 1993).

Posteriormente, el decreto 128 del 13 de enero de 1995 en su artículo 5 contempla el fomento del bienestar mental y físico de los miembros de la Policía Nacional a través del desarrollo de programas adecuados incluyendo en su numeral 13 la realización y patrocinio de investigaciones que permitan el mejoramiento de los servicios prestados por el instituto.

Como complemento, el acuerdo 002 del 20 de junio de 1995 del consejo superior de salud de las fuerzas militares y de la Policía Nacional trae como una de sus políticas generales, el desarrollo de una cultura de salud en la institución y dentro de sus programas prioritarios de salud mental.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo , en donde el diseño utilizado se inscribe como un estudio epidemiológico, observacional y descriptivo que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de algunos factores asociados a la salud mental como lo son: depresión, ansiedad, aproximaciones a la felicidad, y satisfacción con la vida en un momento describiendo la situación.

Por medio de esta investigación descriptiva se observa, describe y documenta aspectos de una situación que ocurre de manera natural, integrando múltiples variables pero siendo el objetivo primordial, describir el estado de cada una, es decir, que este tipo de investigación no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Demostrando de esta manera que los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento, proporcionando de esta manera el punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de una teoría.⁶⁶

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio corresponde a 511 policías en condición de discapacidad que se encuentran incorporados a la Unidad Médica de Rehabilitación de la

⁶⁶ SAMPIERI, Roberto. Metodología de la investigación. Segunda parte, El proceso de la investigación cuantitativa. Capítulo 7, concepción o elección del diseño de investigación. Edición No 4 Páginas. 205-216. 2006

Policía Nacional, en el año 2010, entidad encargada de la rehabilitación integral y el mejoramiento de la calidad de vida de estos policías.

6.3 CRITERIOS INCLUSIÓN

- Mayor de 18 años
- Con capacidad de lecto-escritura
- Encontrarse en proceso de rehabilitación en la unidad médica de rehabilitación de la Policía
- Estar catalogado en la base de presentar discapacidad física.
- Las personas que decidieron participar voluntariamente en el estudio

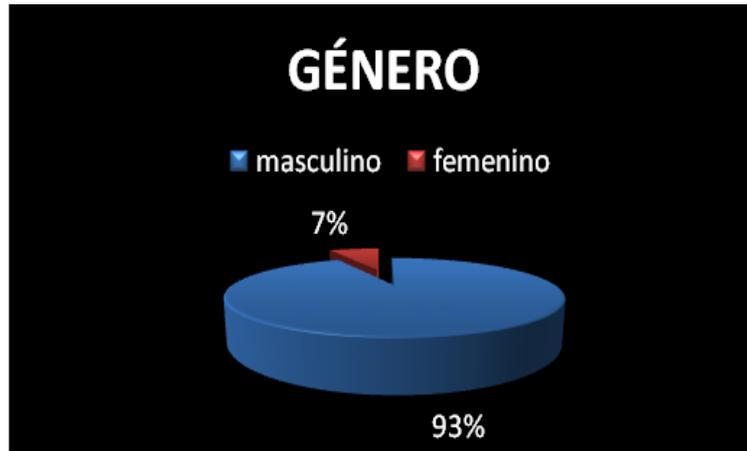
6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Presentar discapacidad visual, discapacidad sensorial, psíquica, mental o auditiva.

6.5 MUESTRA

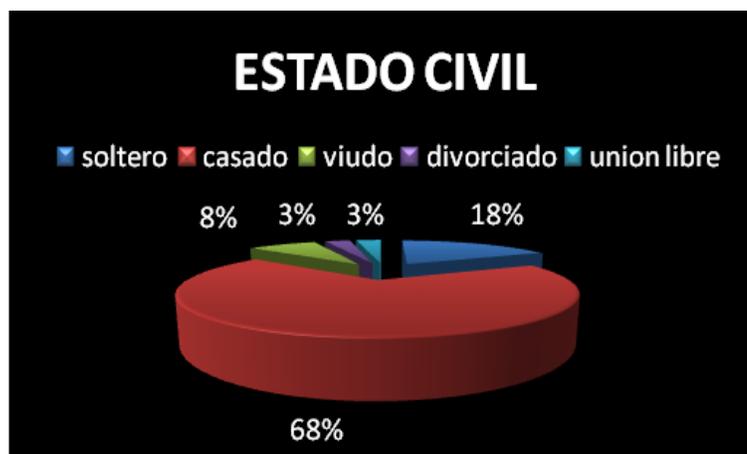
Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron a las personas idóneas para este proceso; estas contaron con la información necesaria para decidir su participación en el estudio. 100 personas fueron las que atendieron a la convocatoria. En este proceso, cada una de los participantes que conforman la muestra, se identificaron con un número único. Las características de esta muestra son las siguientes:

Gráfica 1 Distribución porcentual género



La muestra final a la cual se aplicó el estudio fue de 100 personas, de las cuales el 93% corresponde al género masculino.

Gráfica 2 Distribución porcentual estado civil



Con relación a la variable estado civil, se evidencia que la mayor parte de la población es casada, presentando una proporción del 68%.

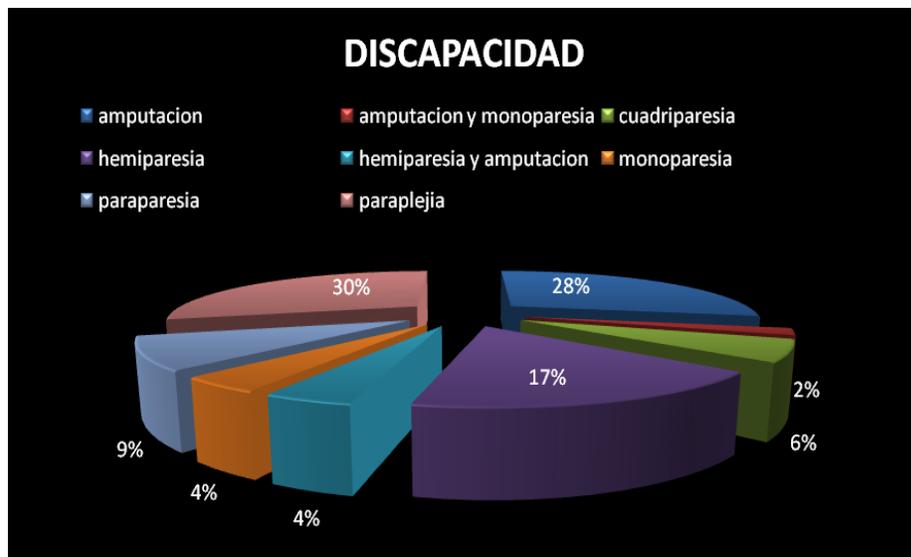
Tabla 1 Distribución porcentual edad

	N	Mínimo	Máximo	M	DT
EDAD	100	23	85	48,41	16,185
N	100				

M= Media; DT= Desviación típica.

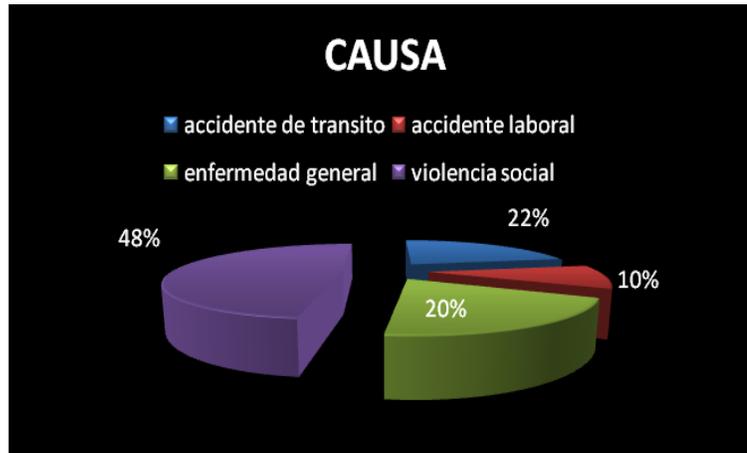
La muestra esta conformada por personas con edades que oscilan entre los 23 y 81 años de edad; la edad mas frecuente dentro del grupo es 40 y 47 años de edad.

Gráfica 3 Distribución porcentual discapacidad



La mayor parte de la muestra presenta discapacidad por paraplejía, mientras que una minoría están las personas con discapacidad por amputación y monoparesia.

Gráfica 4 Distribución porcentual causa



Dentro del estudio, la violencia social es el factor que predomina como causante de discapacidad, mientras que los accidentes laborales son las causas que menos generan discapacidad dentro de la población estudiada.

Gráfica 5 Distribución porcentual acto de servicio



La mayor parte de los sujetos estudios adquirieron la discapacidad mientras se encontraba en su jornada laboral, es decir que estando en actos del servicio policial, es como adquirieron su discapacidad.

6.5.1. Nivel jerárquico. La Policía Nacional tiene organizados jerárquicamente a sus miembros uniformados, en cuatro escalafones correspondientes a oficiales, suboficiales, nivel ejecutivo y agentes; en cada uno de estos niveles se encuentran los siguientes grados organizados de mayor a menor mando:

1. OFICIALES	2. SUBOFICIALES	3. NIVEL EJECUTIVO	4. AGENTES
<ul style="list-style-type: none"> • General • Mayor General • Brigadier General • Coronel • Teniente Coronel • Mayor • Capitán • Teniente • Subteniente 	<ul style="list-style-type: none"> • Sargento Mayor • Sargento Primero • Sargento Viceprimero • Sargento Segundo • Cabo Primero • Cabo Segundo 	<ul style="list-style-type: none"> • Comisario • Subcomisario • Intendente Jefe • Intendente • Subintendente • Patrullero 	Agentes

Gráfica 6 Distribución porcentual nivel jerárquico



Como ya se ha informado el estudio presenta como uno de sus ejes de análisis el nivel jerárquico, como un reflejo de la población estudiada, el rango con mayor proporción es el de agentes, y el mas bajo es el de oficial.

6.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se aplicó el paquete de cuestionarios (Escala de Depresión y Ansiedad de Zung, Cuestionario de Aproximaciones a la Felicidad y Escala de Satisfacción con la Vida) a los sujetos, con previa información acerca del tipo de investigación y el objetivo de la misma; se obtuvo el consentimiento y/o aceptación, a través de una carta firmada (ver anexo) de cada uno de los miembros que participaron voluntariamente en este estudio. Se brindó las respectivas instrucciones estándar de forma colectiva, por parte de las personas encargadas. Por último, se procedió a la elaboración de la base de datos para los respectivos análisis estadísticos.

6.7 INSTRUMENTOS

Para realizar el trabajo de campo y recolectar la información se recurrió a la aplicación de cuatro pruebas: Escala de Ansiedad de William Zung, Escala de Depresión de William Zung, y Cuestionario de Aproximaciones a la Felicidad y Escala de Satisfacción con la Vida.

6.7.1 Escala de Depresión de Zung. La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la Escala de Depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Originalmente su escala de medición es numérica de intervalo la cual va de 25 a 100 puntos, el punto de corte para un tamizaje positivo de depresión es menor a 50. Establece que de 25 a 49 puntos es “sin depresión”, “depresión leve” de 50 a 59 puntos, “depresión moderada” de 60 a 69 puntos y “depresión severa” de 70 a 100 puntos, de acuerdo con la versión validada en Colombia.

6.7.2 Escala de Ansiedad de Zung. Fue diseñada por Zung⁶⁷ en 1971 con objeto de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad. Según su autor, debería permitir el seguimiento, cuantificar los síntomas, ser corta y simple y estar disponible en dos formatos.

En realidad se trata de dos escalas, una, la que aquí reproducimos, heteroadministrada (*Anxiety Status Inventory*) (ASI) y otra autoadministrada (*Self-rating Anxiety Scale*) (SAS). La ASI se encuentra validada en nuestro país⁶⁸ y la SAS se encuentra en proceso de validación en el proyecto NORMACODEM⁶⁹.

La escala de medición del instrumento originalmente es numérica de intervalo la cual va de 25 a 100 puntos, el punto de corte para un tamizaje positivo de ansiedad es menor a 45, establece que de 25 a 44 puntos “sin ansiedad”, “ansiedad leve” de 45 a 64 puntos, “ansiedad moderada” de 65 a 74 puntos y “ansiedad severa” de 75 a 100 puntos, de acuerdo con la versión validada en Colombia.

6.7.3 Cuestionario de Aproximaciones a la Felicidad. (Christopher Peterson, 2005). Consta de 18 afirmaciones, de las cuales la persona elige el grado en el que responde, dependiendo la concepción de vida que posea, según la

⁶⁷ ZUNG, William. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971; 12(6): 371-9.

⁶⁸MP. Lusilla , SÁNCHEZ A, SANZ C y LÓPEZ J. Validación estructural de la escala heteroevaluada de Ansiedad de Zung (XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría). *Anales de Psiquiatría*.p.6, Suppl 1: 39.1990.

⁶⁹ PEÑA-CASANOVA J, AGUILAR M, BERTRAN-SERRA I, SANTACRUZ P, HERNÁNDEZ G, INSA R, PUJOL A, SOL JM, BLES R y Grupo normacodem. Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia (normacodem) (I): objetivos, contenidos y población. *Neurología*; p. 2: 61-8.1997.

cotidianidad. El cuestionario evalúa el nivel de aproximación a la felicidad desde tres variables: vida placentera, vida buena o comprometida y vida significativa. Las respuestas son el promedio de proporcionar una puntuación total de aproximación a la felicidad en un rango que va desde (a: Muy parecido a mí=5; b: Bastante parecido a mí= 4; c: Algo parecido a mí= 3; d: Poco parecido a mí= 2; e: En absoluto parecido a mí= 1)

La consistencia interna de las tres sub-escalas formadas por un promedio de los temas respectivos corresponden: (placer $\alpha = 0.84$, flujo $\alpha = 0,77$, y el sentido $\alpha = 0,88$)⁷⁰. Se utilizó una escala ponderada donde 3 representa un punto medio en la escala, un puntaje de 1, un puntaje muy bajo y 5 el puntaje más alto y de mayor aproximación a la felicidad.

6.7.4 Escala de Satisfacción con la Vida. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) Diener et al., 1985. 71. El SWLS consta de cinco ítems en donde el individuo, puede manifestar su medida a partir de la evaluación de la satisfacción con la vida en general (por ejemplo “Estoy satisfecho con mi vida”, “Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida”). Los encuestados seleccionan una de las siete opciones (que van desde “Completamente de acuerdo” hasta “Completamente en desacuerdo”) para cada pregunta. Cada ítem requiere una respuesta en una escala de 7 puntos (7=Completamente de acuerdo, 6= De acuerdo, 5= Más bien de acuerdo, 4= Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3= Más bien en desacuerdo, 2= En desacuerdo y 1= Completamente en desacuerdo). El índice de fiabilidad calculado para la Escala Alpha de Cronbach, indica que la escala tiene una muy buena consistencia interna ($\alpha = .84$)⁷².

⁷⁰ MORALES ALVARADO, Carla Yojana y OYOLA, Gina Paola. Satisfacción con la vida y Aproximaciones a la Felicidad en estudiantes de educación media de las instituciones educativas públicas de la ciudad de Neiva - Huila. Tesis de grado, Universidad Surcolombiana, Facultad de ciencias de la Salud. Programa de Psicología. 2008.

⁷¹ DIENER, E., R.A. EMMONS, R.J. LARSEN AND GRIFFIN, S., ‘The satisfaction with life scale’, Journal of Personality Assessment 49, P. 71–75.1995.

⁷² ATIENZA, Francisco Luis; PONS, Diana; BALAGUER, Isabel y GARCÍA-MERITA, Marisa. (2000) Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. Universitat de Valencia. Vol. 12, nº 2, Pág. 314-319

Adaptación al lenguaje por expertos. Los dos últimos Instrumentos (Cuestionario de Aproximaciones a la Felicidad y Escala de Satisfacción con la Vida) fueron obtenidos del portal de Psicología Positiva (www.authentichappiness.org), los cuales se sometieron a validación del lenguaje para adaptar el instrumento al lenguaje del contexto cultural de la ciudad de Neiva-Huila, por cuatro expertos docentes del Programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana. Al realizar esta adaptación se realizó una prueba piloto con 34 estudiantes de primer semestre de Psicología de la Universidad Surcolombiana. El cual demostró que los ítems de las pruebas discriminan adecuadamente, los coeficientes de correlación entre las sub escalas y el total fueron similares al estudio de CHRISTOPHER, Peterson; PARK, Nansook, y SELIGMAN, Martin E.P realizado en el año 2005 y las de Pavot Y Diener y S. GRIFFIN en el año de 1993⁷³.

6.8 VARIABLES DE ESTUDIO

Se estudiaron como variables de persona, la edad, el género, el estado civil, rango (nivel jerárquico).

6.8.1 Depresión: Es una variable independiente. Se define como una alteración del estado de ánimo que influye en todas las esferas del individuo, se instala progresivamente y es persistente en el tiempo y se refleja en el pensamiento, conducta, actividad psicomotora, manifestación somáticas y en la forma como el individuo se relaciona y percibe el medio ambiente.

6.8.2 Ansiedad: Es otra variable independiente. Se define como una alteración del efecto que se caracteriza por sensación de temor y aprensión frente a algo desconocido, esta alteración influye en todas las esferas del individuo, se instala abrupta o progresivamente y se puede ser persistente en el tiempo. Se refleja igualmente en el pensamiento, conducta, actividad psicomotora y manifestaciones somáticas.

⁷³ MORALES ALVARADO, Carla Yojana; OYOLA, Gina Paola. (2008). Satisfacción con la vida y Aproximaciones a la Felicidad en estudiantes de educación media de las instituciones educativas públicas de la ciudad de Neiva - Huila. Tesis de grado, Universidad Surcolombiana, Facultad de ciencias de la Salud. Programa de Psicología.

6.8.3 Aproximación a la felicidad: Martin Seligman propuso diversas vías que conducen al bienestar y la felicidad. Según este autor, la investigación ha mostrado que hay al menos tres vías fundamentales por las cuales las personas se pueden acercar a la felicidad; la vida placentera (*pleasant life*), que incluiría aumentar las emociones positivas sobre el pasado, el presente y el futuro; la vida comprometida (*engaged life*), que se refiere a la puesta en práctica cotidiana de las fortalezas personales con el objetivo de desarrollar un mayor número de experiencias óptimas («flow»); y la vida significativa (*meaningful life*), que incluiría el sentido vital y el desarrollo de objetivos que van más allá de uno mismo.

6.8.4 Satisfacción con la vida: Es una evaluación global que la persona hace sobre su vida, examinando los aspectos tangibles de su vida, sopesa lo bueno contra lo malo, lo compara con un estándar o criterio elegido por ella y llega a un juicio sobre la satisfacción con su vida. Por tanto, los juicios sobre la satisfacción dependen de las comparaciones que el sujeto hace entre las circunstancias de su vida y un estándar que considera apropiado.

7. ASPECTOS ÉTICOS

La psicología es una ciencia que se sustenta en la investigación para comprender la complejidad del ser humano, busca comprender la esencia del hombre desde todas sus esferas: emocional, cognitivo, y social. Este conocimiento adquirido a través de la investigación científica contribuye a crear estrategias que mejoren el bienestar del individuo y de su entorno propiciando una mejor calidad de vida.

Encaminarse a una investigación en la cual los participantes principales son humanos requiere una indagación profunda acerca de cómo esta investigación pueda contribuir a un mejor desarrollo de la psicología y del mismo modo el beneficio que puedan obtener nuestros participantes, todo esto soportado en el respeto hacia su dignidad y bienestar, bajo el resguardo de las normas legales y el reglamento del ejercicio de la profesión.⁷⁴

En psicología la ley 1090 de 2006 reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, dicta el Código Deontológico y Bioética y otras disposiciones. Declara que en un proceso de investigación el psicólogo debe tener en cuenta al momento de construir o estandarizar tests psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos tests deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad.⁷⁵

Además el psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. no son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los solos tests psicológicos, entrevistas, observaciones

⁷⁴ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1090 de 2006, t i t u l o II disposiciones generales.art 19. Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006.

⁷⁵ *Ibíd.*, Capítulo VI: del uso de material psicotécnico, artículo 46.

y registro de conductas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundo e integral.⁷⁶

Según la resolución 8430 de 1993, toda investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios: a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos, c. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución, f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación, g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.⁷⁷

Para la presente investigación se debe tener en cuenta además que los participantes son una población especial por dos criterios, primero, por que son personas discapacitadas y segundo, por que pertenecen a un grupo subordinado (fuerzas armadas, *policías*); y por lo tanto deben tener un manejo muy especial protegiendo la privacidad, sus derechos como persona ante decisiones que puedan afectar su salud física y emocional.

No obstante, esta investigación no implica un riesgo ni para los participantes, ni para la institución a la cual ellos pertenecen, pues en este estudio no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio,

⁷⁶ *Ibid.*, Capítulo VI: del uso de material psicotécnico, artículo 47.

⁷⁷ MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 8430 de 1993, título II: de la investigación en seres humanos. capítulo 1: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 6.

entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta⁷⁸. Adicionalmente proporcionará conocimientos generalizables sobre la condición del discapacitado que sean de gran importancia para comprender el trastorno.⁷⁹

Para investigaciones con grupos subordinados es importante que participe uno o más miembros de la población de estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

- Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieren sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia del caso, b) Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, c) Que la institución investigadora y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias perjudiciales de la investigación.⁸⁰

Finalmente y a modo de conclusión se remite al Artículo 50 de la ley 1090 de 2006 la cual dicta que los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.⁸¹

⁷⁸ *Ibíd.* , Título II: de la investigación en seres humanos. capítulo 1: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 11.

⁷⁹ *Ibíd.* , Capítulo III: de las investigaciones en menores de edad o discapacitados. Artículo 28.

⁸⁰ *Ibíd.*, Capítulo V. de las investigaciones en grupos subordinados. Artículo 46.

⁸¹ CONGRESO DE COLOMBIA .Ley 1090 de 2006, capítulo VII: de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones. Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006.

7.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DISCAPACITADO

En la relación clínica profesional (comprendiendo a profesionales de la salud que se rigen por códigos de conducta éticos) hay una confrontación de principios bioéticos, que es preciso analizar, al abordar el tema del consentimiento informado. Fundamentalmente, el profesional se guía por el principio de la beneficencia y primariamente, por el de la no maleficencia, mientras que el paciente cuenta con el principio de autonomía, para decidir racionalmente lo que le es beneficioso.

La persona enferma, o que presenta algún grado de deficiencia, es el único que decide en las cuestiones relativas a su cuerpo. El médico u otro profesional del área, no pueden decidir sobre eso. "Lo único que puede hacer el médico es llevar, la contraria al paciente cuando éste quiera hacer algo que atente contra los principios de no maleficencia o de justicia, ya que esos dos principios, son de rango superior y deben ser respetados aun en contra de la voluntad de los intervinientes. E incluso en esos casos no será el médico el que tome las decisiones, sino que el juez".⁸²

El consentimiento informado requiere dos elementos básicos: una información amplia y completa por parte del profesional y una capacidad de decidir racionalmente ("competencia") por parte del paciente. Es indudable que ésta se ve afectada en muchos casos de discapacidad mental o sensorial, que determinan la necesidad de crear una metodología de instrucción adaptada a la persona discapacitada o, en caso extremo, de un responsable legal que tome la decisión y de "un tercero" (normalmente el Estado, a través del poder judicial) que vele por los derechos de esa persona vulnerable.

Según la Resolución 8430 de 1993 en su Artículo 14 ,define el Consentimiento Informado como el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y

82 GRACIA D. Bioética Clínica. Vol II Ética y Vida. Santa Fe de Bogotá: El Búho; p 37.1998

riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Además el consentimiento informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.⁸³

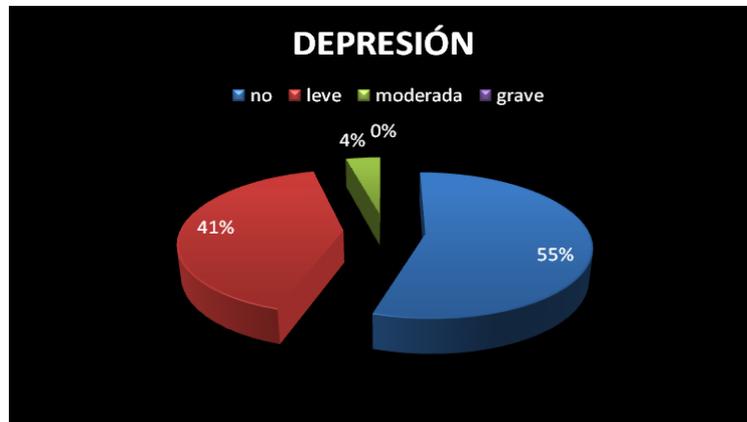
La justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales, las molestias o los riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento, la seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando, la disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación, en caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma

⁸³ MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. artículo 15. pág. 4

8. RESULTADOS

8.1 VARIABLE DEPRESIÓN

Gráfica 7 Niveles de depresión



Según los resultados obtenidos de la escala de depresión de Zung, el 45% de la muestra, presentó algún grado de depresión. Con relación al nivel de depresión, se observa que la mayor proporción de prevalencia se encuentra la depresión leve, mientras que no se presenta ningún caso de depresión grave.

Tabla 2 comparación depresión por género

	GÉNERO	N	M	DT	T	P
DEPRESIÓN	M	93	47,30	9,37	-,114	,910
	F	7	47,71	7,45		
	GENERAL	100	47,33	9,22		

M= Masculina; Femenino= F; N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica; t= Valor t de student; p= significancia.

Se observa que no existe una diferencia significativa en la Escala de depresión entre hombres y mujeres, indicando que la depresión no está directamente relacionada con el género.

Tabla 3 Comparación depresión por estado civil

		N	M	DT	F	P
DEPRESIÓN	Soltero	18	48,16	11,22		
	Casado	68	47,20	8,97		
	Viudo	8	47,12	7,77	,15	,95
	Divorciado	3	49,00	10,81		
	unión libre	3	44,00	9,16		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia.

Se observa que no existe una diferencia significativa entre las variables estado civil y depresión; aunque los estados civiles: soltero y divorciado, presentan los porcentajes más alto de depresión, y la unión libre son los menos depresivos.

Tabla 4 Comparación depresión por discapacidad

		N	M	DT	F	P
DEPRESIÓN	Amputación	28	48,92	8,14		
	Amputación y monoparesia	2	47,50	14,84		
	Cuadriparesia	6	53,66	7,84		
	Hemiparesia	17	49,23	7,65		
	Hemiparesia y amputación	4	51,75	6,94	1,40	0,21
	Monoparesia	4	44,25	1,25		
	Paraparesia	9	44,00	9,31		
	Paraplejia	29	44,55	11,01		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia.

Todas las discapacidades físicas dentro de la muestra poseen cierto grado de depresión. Sin embargo estas diferencias no son significativas, pues los datos no tienen gran dispersión.

TABLA 5 Comparación depresión por nivel jerárquico

		N	M	DT	F	P
DEPRESIÓN	Ejecutivo	24,	45,95	9,94	0,33	0,80
	Oficiales	12	46,16	11,33		
	Suboficial	15	48,26	8,59		
	Agentes	48	47,85	8,69		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Los niveles de depresión son mas altos, en el grupo de suboficiales, sin embargo esta diferencia presenta una significancia de 0,8.

8.2 VARIABLE ANSIEDAD

Gráfica 8 Niveles de ansiedad



La frecuencia de ansiedad , para cualquier nivel de severidad es de 33%, predominando la ansiedad leve y en menor frecuencia ansiedad severa.

Tabla 6 Comparación ansiedad por género

	GENERO	N	M	DT	T	P
ANSIEDAD	Masculino	93	41,65	13,07	-,42	,67
	Femenino	7	43,85	14,71		
	GENERAL	100	41,81	13,12		

N= Muestra; M=Media; DT= Desviación Típica; t= t Student; p= significancia.

Se observa que las mujeres son más ansiosas que los hombres aunque esta diferencia no es de gran relevancia.

Tabla 7 Comparación ansiedad por estado civil

		N	M	DT	F	P
ANSIEDAD	Soltero	18	38,44	8,98	1,24	0,29
	Casado	68	43,04	14,15		
	Viudo	8	45,12	13,47		
	Divorciado	3	36,0	5,56		
	unión libre	3	31,0	6,24		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Las personas cuyo estado civil es unión libre y divorciado presentan el menor grado de ansiedad. Por el contrario los casados y viudos tienen una mayor frecuencia respecto a la variable ansiedad. Estas diferencias no son significativas.

Tabla 8 Comparación ansiedad por discapacidad

	N	M	DT	F	P	
ANSIEDAD	Amputación	28	43,64	15,02	1,99	0,06
	Amputación y monoparesia	2	40,50	13,43		
	Cuadriparesia	6	44,16	16,97		
	Hemiparesia	17	45,41	11,35		
	Hemiparesia y amputación	4	56,75	7,93		
	Monoparesia	4	41,50	2,64		
	Paraparesia	9	39,44	12,58		
	Paraplejia	29	36,03	11,17		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Las discapacidades hemiparesia y amputación, presentan mayores niveles de ansiedad; sin embargo no existe una diferencia significativa con respecto a las demás discapacidades, pues los datos no se encuentran dispersos.

Tabla 9 Comparación ansiedad por nivel jerárquico

	N	M	DT	F	P	
ANSIEDAD	Ejecutivo	24	41,41	11,48	0,64	0,58
	Oficiales	12	38,33	10,96		
	Suboficial	15	45,33	14,94		
	Agentes	48	41,47	13,86		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

El nivel jerárquico que presenta mayor ansiedad son suboficiales, sin embargo esta diferencia no es significativa.

8.3 VARIABLE APROXIMACIONES A LA FELICIDAD

Gráfica 9 Niveles de aproximación a la felicidad



En el comportamiento de la Escala de Aproximaciones a la Felicidad se observa que la mayor proporción de la muestra no se aproxima a la felicidad mientras que no se presenta ningún caso de puntuación muy alta.

Tabla 10 Comparación aproximaciones a la felicidad por género

	SEXO	N	M	DT	t	P
Vc	Masculino	93	2,50	,67	,64	,52
	Femenino	7	2,33	,79		
Vs	Masculino	93	2,32	,86	,32	,75
	Femenino	7	2,21	,64		
Vp	Masculino	93	2,49	,86	1,75	,08
	Femenino	7	1,90	,55		
Af	Masculino	93	2,43	,69	1,07	,28
	Femenino	7	2,15	,51		

N= Muestra; M=Media; DT= Desviación Típica; t= t Student; p= significancia.

Dentro de la población estudiada, los hombres tienden a utilizar sus destrezas para obtener gratificación, en mayor proporción que las mujeres, sin embargo esta diferencia no es significativa.0,47

Las frecuencias entre géneros no son representativas con respecto a la variable vida significativa, aunque esta es mayor en los hombres, se evidencia que los hombres, poseen una tendencia a llevar una vida placentera, aunque no tiene una diferencia representativa con respecto a las mujeres, las mujeres se aproximan en una menor proporción a la felicidad aunque la diferencia con respecto al género masculino no es significativa.

Tabla 11 Comparación vida comprometida por estado civil

	N	M	DT	F	P	
VC	Soltero	18	2,60	,80	1,309	,272
	Casado	68	2,50	,65		
	Viudo	8	2,08	,71		
	Divorciado	3	2,94	,38		
	Unión libre	3	2,22	,09		
	GENERAL	100	2,49	,68		

En la Escala aproximación a la felicidad en su dimensión vida comprometida se observa que no existe una diferencia significativa tomando como eje la variable estado civil; aunque los divorciados puntúan mayor, mientras que viudo tiene una menor proporción

Tabla 12 Comparación vida significativa por estado civil

	N	M	DT	F	P	
VS	Soltero	18	2,39	,70	2,99	,022
	Casado	68	2,30	,85		
	Viudo	8	1,60	,56		
	Divorciado	3	3,33	1,15		
	Unión libre	3	2,77	,25		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

El comportamiento de la frecuencia de la dimensión vida significativa en la muestra, presenta como el grupo de puntuación más alta los divorciados y la más baja los viudos; mostrando una diferencia significativa.

Tabla 13 Comparación vida placentera por estado civil

	N	M	DT	F	P	
VP	Soltero	18	2,62	1,05	1,550	,194
	Casado	68	2,42	,80		
	Viudo	8	1,89	,64		
	Divorciado	3	2,94	1,29		
	<u>Unión libre</u>	3	<u>2,94</u>	<u>,48</u>		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Tomando en cuenta la variable estado civil, se muestra que los viudos presentan la menor puntuación en vida placentera, mientras que los divorciados y los que se encuentran en unión libre presentan la más alta.

Tabla 14 Comparación aproximación a la felicidad por estado civil

	N	M	DT	F	P	
AF	Soltero	18	2,54	,68	2,373	,058
	Casado	68	2,41	,67		
	Viudo	8	1,86	,56		
	Divorciado	3	3,07	,93		
	<u>Unión libre</u>	3	<u>2,64</u>	<u>,06</u>		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Dentro de la muestra de estudio las personas con estado civil divorciado se aproximan en mayor proporción a la felicidad, sin embargo los viudos son los que más alejados se encuentran.

Tabla 15 Comparación vida comprometida por discapacidad

	N	M	DT	F	P
	28	2,75	0,56		
	2	2,41	0,11		
	6	2,22	1,05		
VC	17	2,33	0,58	1,51	0,17
	4	3,00	0,45		
	4	2,41	0,70		
	9	2,46	0,88		
	29	2,32	0,67		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Tabla 16 Comparación vida significativa por discapacidad

	N	M	DT	F	P
	28	2,56	0,76		
	2	2,00	0,00		
	6	2,41	1,18		
VS	17	2,07	0,79	0,94	0,47
	4	2,66	1,11		
	4	2,50	0,47		
	9	2,29	1,21		
	29	2,11	0,76		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Tabla 17 Comparación vida placentera por discapacidad

	N	M	DT	F	P	
	Amputación	28	2,80	0,90		
	Amputación y Monoparesia	2	2,41	1,29		
	Cuadriparesia	6	2,44	1,19		
VP	Hemiparesia	17	2,16	0,73	1,26	0,27
	Hemiparesia y Amputación	4	2,70	0,47		
	Monoparesia	4	2,50	0,36		
	Paraparesia	9	2,42	1,12		
	Paraplejia	29	2,23	0,75		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Tabla 18 Comparación aproximación a felicidad por discapacidad

	N	M	DT	F	P	
	Amputación	28	2,70	0,54		
	Amputación y Monoparesia	2	2,27	0,39		
	Cuadriparesia	6	2,36	1,10		
AF	Hemiparesia	17	2,19	0,62	1,56	0,15
	Hemiparesia y Amputación	4	2,79	0,60		
	Monoparesia	4	2,47	0,49		
	Paraparesia	9	2,39	0,97		
	Paraplejia	29	2,22	0,62		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Dentro de las variables satisfacción con la vida y aproximación a la felicidad no existen diferencias significativas entre las diferentes discapacidades; Sin embargo las discapacidades hemiparesia y amputación, y amputación puntuaron más altos niveles de felicidad.

Tabla 19 Comparación vida comprometida por nivel jerárquico

		N	M	DT	f	P
VC	Ejecutivo	24	2,53	,68	,21	,88
	Oficiales	12	2,37	,68		
	Suboficial	15	2,42	,77		
	<u>Agentes</u>	48	<u>2,51</u>	<u>,66</u>		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Los agentes y ejecutivos se sitúan en las mayores puntuaciones con respecto al compromiso que tienen con su vida mientras los oficiales muestran un menor compromiso, cabe aclarar que las diferencias entre rangos son muy pequeñas.

Tabla 20 Comparación vida significativa por nivel jerárquico

		N	M	DT	F	P
VS	Ejecutivo	24	2,45	1,02	,38	,76
	Oficiales	12	2,25	,74		
	Suboficial	15	2,37	,96		
	<u>Agentes</u>	48	<u>2,24</u>	<u>,74</u>		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Dentro de los rangos incluidos en el estudio los ejecutivos tienden a llevar una vida más significativa con respecto a los oficiales y agentes.

Tabla 21 Comparación vida placentera por nivel jerárquico

		N	M	DT	F	P
VP	Ejecutivo	24	2,52	,96	,09	,96
	Oficiales	12	2,47	,69		
	Suboficial	15	2,46	,88		
	Agentes	48	2,40	,86		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Los promedios entre los cuatro niveles jerárquicos estudiados oscilan en proporciones similares con respecto a la búsqueda de vida placentera.

Tabla 22 Comparación aproximación a la felicidad por nivel jerárquico

		N	M	DT	F	P
AF	Ejecutivo	24	2,50	,82	,17	,91
	Oficiales	12	2,36	,61		
	Suboficial	15	2,42	,79		
	Agentes	48	2,38	,60		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= Significancia

Encabezando el promedio que indican las aproximaciones a la felicidad se encuentra el nivel ejecutivo, aunque las diferencias entre un rango y otro no presenten mayor relevancia.

8.4 SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Gráfica 10 Niveles de satisfacción con la vida



La mayor parte de la muestra se encuentra insatisfecha con su vida. por otra parte ninguno de los sujetos se encuentra totalmente satisfecho.

Tabla 23 Comparación satisfacción con la vida por genero

	GENERO	N	M	DT	T	P
SWLS	Masculino	93	13,53	6,47	1,24	,21
	Femenino	7	10,42	3,99		
	GENERAL	100	13,32	6,37		

N= Muestra; M=Media; DT= Desviación Típica; t= t Student; p= significancia.

La frecuencia nos muestra que los hombres tienen una vida más satisfecha que las mujeres, aunque esta diferencia no es significativa.

Tabla 24 Comparación satisfacción con la vida por estado civil

		N	M	DT	F	P
Swls	Soltero	18	15,44	6,35	2,10	0,08
	Casado	68	13,04	6,30		
	Viudo	8	9,12	5,35		
	Divorciado	3	19,0	4,58		
	Unión libre	3	12,33	7,02		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

El grupo más satisfecho con la vida son los divorciados, mientras que los menos satisfechos son los viudos, aunque la diferencia no es significativa entre los distintos grupos.

Tabla 25 Comparación satisfacción con la vida por discapacidad

		N	M	DT	F	P
Swls	Amputación	28	13,46	7,26	0,92	0,49
	Amputación y monoparesia	2	15,50	0,70		
	Cuadriparesia	6	17,16	9,32		
	Hemiparesia	17	12,58	5,75		
	Hemiparesia y amputación	4	18,50	8,66		
	Monoparesia	4	11,00	5,71		
	Paraparesia	9	13,22	5,97		
	Paraplejia	29	12,31	5,18		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

La discapacidad hemiparesia y amputación posee altos niveles de satisfacción con la vida, pero esta diferencia no es significativa.

Tabla 26 Comparación satisfacción con la vida por nivel jerárquico

		N	M	DT	f	P
Swls	Ejecutivo	24	14,58	6,21	0,53	0,66
	Oficiales	12	13,25	5,41		
	Suboficial	15	13,46	7,29		
	Agentes	48	12,56	6,48		

N= Muestra; M= Media; DT= Desviación Típica= f = Valor f de Fisher; p= significancia

Se evidencia que el nivel jerárquico de menor satisfacción con la vida son los agentes, aunque no hay una diferencia marcada con los ejecutivos que son los que tienen la mayor puntuación.

Tabla 27 Correlación de spearman

Rho de Spearman		EDAD	TIEMPO EVENTO	Vc	Vs	Vp	Af	swls	Depr
TIEMPO EVENTO	R	,345(**)							
	P	,003							
VIDA COMPROMETIDA	R	-,026	-,038						
	P	,797	,755						
VIDA SIGNIFICATIVA	R	-,082	,008	,572(**)					
	P	,415	,947	,000					
VIDA PLACENTERA	R	-,044	-,001	,514(**)	,710(**)				
	P	,661	,992	,000	,000				
APROXIMACIONES A LA FELICIDAD	R	-,084	-,039	,763(**)	,888(**)	,886(**)			
	P	,407	,744	,000	,000	,000			
SATISFACCIÓN CON LA VIDA	R	-,190	,145	,318(**)	,379(**)	,304(**)	,396(**)		
	P	,058	,229	,001	,000	,002	,000		
DEPRESIÓN	R	-,153	,076	,002	,195	,151	,154	,327(**)	
	P	,128	,528	,988	,052	,134	,126	,001	
ANSIEDAD	R	,085	,045	,105	,211(*)	,180	,192	,137	,431(**)
	P	,399	,711	,298	,035	,073	,055	,175	,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La correlación de Spearman, establece que al aumentar la edad, se reduce la vida placentera y la vida comprometida, y la satisfacción con la vida. Cuando ha pasado un largo periodo de tiempo desde la adquisición de la discapacidad, se produce más ansiedad, se da menos vida comprometida, menos vida placentera, menos felicidad, pero la vida significativa aumenta. Siendo esta correlación significativa e inversamente proporcional.

Entre mas tiempo exista con respecto al evento en el que se ocasionó la discapacidad, la satisfacción con la vida aumenta y de igual forma la depresión, esta correlación no es significativa. A mayor tiempo del evento menos felicidad y mas depresión.

La correlación entre vida comprometida, vida placentera, vida significativa, aproximación a la felicidad y satisfacción con la vida es directamente proporcional. La correlación entre vida comprometida y depresión es significativa y directamente proporcional.

A partir de los resultados arrojados por el estudio se decidió someter a discusión aquellos datos considerados por las investigadoras más relevantes y significativos del estudio.

9. DISCUSIÓN

Este estudio fue realizado con policías en condición de discapacidad de la unidad de rehabilitación de esta institución, se contó con la participación de 100 policías, en donde se buscaba medir algunos factores asociados a la salud mental como son aproximación a la felicidad, satisfacción con la vida, depresión y ansiedad; los datos fueron obtenidos a través de la aplicación de las Escalas de Ansiedad y Depresión (Zung), Cuestionario de Aproximaciones a la Felicidad (Christopher Peterson) y Escala de Satisfacción con la Vida (Ed Diener).

Teniendo en cuenta la variable género, se observa que las mujeres obtuvieron una mayor puntuación en comparación con los hombres en la escala de depresión y ansiedad de Zung. Una de las teorías que da respuesta a esta diferencia entre género es la propuesta por Silvia Gaviria, quien afirma que los factores hormonales relacionados con el ciclo reproductivo de las mujeres juegan un papel importante en el incremento de la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión, que provoca una mayor incidencia de esta enfermedad mental que en los hombres.⁸⁴

Asimismo, este estudio muestra una alta puntuación de los hombres en las escalas de aproximación a la felicidad y satisfacción con la vida, contrario a lo que dice la psicóloga canadiense Susan Pinker quien defiende que la naturaleza de las mentes es distinta según el género: ellos quieren poder y dinero y ellas relaciones humanas, afirmando de esta manera, que las mujeres son más felices que los hombres. Además consideramos que los hombres puntuaron más alto en vida significativa debido a su tendencia a desarrollar con plena libertad sus virtudes y vivir de acuerdo a ellas por el entorno cultural e institucional en el que se desenvuelven, campo en el cual las mujeres solo hace poco tiempo han estado ganando espacios en comparación con los hombres. Aunque se debe aclarar que en la muestra, había un mayor número de hombres que de mujeres.

⁸⁴ GAVIRIA, Silvia. Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad CES de Medellín (Colombia), Silvia Gaviria, en el marco del II Foro de Psiquiatras Españolas.2009

En cuanto al estado civil de estas personas en condición de discapacidad, se puede decir que el tener un compromiso legal, puede ser un factor desencadenante de ansiedad, como se ha demostrado en estudios anteriores⁸⁵; evidenciado en la alta puntuación que obtuvieron los casados, que puede ser causada por influencia de factores como mala relación de pareja y pobre apoyo del cónyuge⁸⁶. Mientras que las personas que viven en unión libre presentan un menor grado de ansiedad, que podría estar asociada al no tener un compromiso jurídico y social establecido.

Por otra parte, puede observarse que los divorciados poseen lo que se denomina una vida plena, en razón a los puntajes superiores en las tres diferentes orientaciones para encontrar la felicidad; por la vía del flow (VP), hedonismo y eudemonia*, percibiendo su vida en general como satisfactoria.

Teniendo en cuenta la investigación teoría homeostática del bienestar⁸⁷, con respecto al estado civil, el bienestar percibido fue mayor en las personas separadas que en las casadas. Lo anterior se da en consonancia con lo señalado por Argyle (1992) de que el estado civil (variable relacionada con otra que es el estilo de vida) sí ha mostrado diferencias; así, se ha observado que las personas solas –solteras y viudas, entre otras- son dueñas de menor bienestar que las casadas. En este tema Diener (1994) y García (2002) comentan que la calidad de la relación matrimonial es también un indicador importante de la satisfacción y el bienestar de las personas.

El comportamiento de la variable ansiedad según el nivel jerárquico, no presenta diferencias estadísticas significantes, sin embargo puede observarse, que el grupo

⁸⁵ PIMENTEL, Beatriz; Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la c. n. s, la paz- Bolivia .2007

⁸⁶ .MEDINA,ALVARADO R y ARANDA W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Revista Médica de Chile 2005

*Eudemonia: es un concepto utilizado por Aristoteles para plasmar la idea de la felicidad derivada de la realización plena de las capacidades humanas orientadas a una vida significativa.

⁸⁷ JIMÉNEZ, Israel.La teoría homeostática del bienestar. Bienestar psicológico y satisfacción por la vida en adultos mayores Universidad de Guadalajara. Vol. 2, No. 1, 2010. Pag.52

que puntúa mas alto es aquel conformado por los suboficiales contrario a los resultados que se obtuvieron en el estudio nacional de salud mental del personal uniformado de 1996-1998⁸⁸, que afirma que que estos son el segundo grupo que presenta la menor prevalencia de ansiedad, mientras que un punto de encuentro en estos dos estudios es aquel hallazgo que afirma que el grupo de los oficiales son los que presenta la prevalencia mas baja.

Cabe notar que a menor rango, es menor la posibilidad económica que se tiene, por esta razón estos policías poseen un mayor compromiso con su vida, buscando mejorar su calidad de vida, esto se evidencia con el hecho de que son los ejecutivos los que puntúan más alto en cuanto a la vida comprometida, en la misma línea son los que puntúan mas alto en todas las dimensiones de aproximación a la felicidad.

En cuanto a satisfacción con la vida, podemos observar que los ejecutivos continúan siendo el grupo que puntúa mas alto, lo cual se correlaciona con la variable aproximación a la felicidad, es decir que los ejecutivos además de ser los mas aproximados a la felicidad también se encuentran mas satisfechos con su vida, esta afirmación contradice la concepción que las personas en general tienen en cuanto a la relación entre el estrato socioeconómico con la felicidad. Esto se da en sintonía con lo comentado por Moyano y Ramos (2007), quienes informan que se ha registrado una correlación positiva entre ingresos económicos y bienestar; sin embargo, comparaciones entre países muestran que esta relación es así para los países pobres, pero no para los países ricos, donde la correlación es casi nula. Asimismo, la relación entre ingreso y bienestar tendría efectos relevantes en situaciones de extrema pobreza ya que, al parecer, más importante que la cantidad de dinero lo es la satisfacción con el ingreso.⁸⁹

La cuadriparesia es una de las discapacidades que mas tiene relación con la depresión puesto que la perdida total de la movilidad en los sujetos puede alterar el trascurso normal de sus vidas afectando de una manera inadecuada la adaptación nuevamente al medio ocasionando quizás cuadros depresivos en ellos.

⁸⁸ POLICIA NACIONAL. Estudio nacional de salud mental en personal uniformado. 1993

⁸⁹ JIMÉNEZ.D Israel. La teoría homeostática del bienestar. Bienestar psicológico y satisfacción por la vida en adultos mayores. Universidad de Guadalajara. Vol. 2, No. 1. p.53.2010

Ordinariamente se creen que cuando una persona se enfrenta a un acontecimiento vital de estas características debe pasar inexorablemente por un periodo de depresión o aflicción grave⁹⁰

Los sujetos quizás al sentir la pérdida de la movilidad o de un miembro de su cuerpo pueden llegar a experimentar algún grado de ansiedad, al creer que no se recuperaran ni saldrán de esta dificultad, esto se corrobora en el estudio de Wittkower en 1947, que examinó a 200 amputados de guerra, a los que se entrevistaron, descubriendo que las reacciones dominantes sobre la conducta eran expresiones de ansiedad, resentimiento, desconfianza, resignación e indiferencia.

Sin embargo por esta pérdida los sujetos tienden a preocuparse más por su vida y su recuperación lo que los lleva a esforzarse por mantener una vida más comprometida, significativa y placentera y lograr estar satisfechos en las cosas de su vida cotidiana. Lo anterior se puede relacionar con el y el de Hughes y White en 1946, con 350 pacientes, en el Hospital Naval de U.S.A. encontró que los amputados conservaban normales sus reacciones personales. Estas investigaciones encontraron un número de pacientes que se ajustaban relativamente bien a la pérdida del miembro, mientras que otros se ajustaban con gran dificultad. E indican que después de que pasa el agotamiento emotivo inicial, y el individuo empieza a ajustarse a las experiencias asociadas con la amputación, la conducta de casi todos los amputados desciende a los límites de lo que llamamos normal⁹¹

Según los resultados obtenidos de la escala de depresión de Zung, el 45% de la muestra, presentó algún grado de depresión, que en comparación con los resultados obtenidos para la población general en el estudio nacional de salud

⁹⁰ GALA LEON, Francisco Javier, BAS SARMIENTO Pilar, LUPIANI GIMÍNEZ Mercedes y DÍAZ RODRÍGUEZ Mercedes; Depresión y ajuste psicosocial en lesionados de Médula espinal, Clínica y Salud, Universidad de Cádiz .1995

⁹¹ FISHMAN S. Aspectos psicológicos de la amputación, En "psychological practices with the physically Disabled" edito por Garret y Levine ,publicado por columbia university press,1961

mental del personal uniformado de 1996-1998, 20.1% mostrando una diferencia significativa.⁹²

En la relación, de la vida placentera con la depresión, resulta interesante observar un aumento de manera directa de las dos variables, esta relación se evidencia por los vacíos de significados que existen en el desarrollo de una vida hedonista de los sujetos. Por el contrario, la correlación entre edad y placer, se da de manera inversamente proporcional. Esto supondría que con el paso de los años la persona se va orientando cada vez menos por la búsqueda del placer y prefiere orientarse hacia la búsqueda de significado y compromiso, para aumentar su satisfacción con la vida.

En relación con la escala de satisfacción con la vida, se encontró correlación positiva con la escala de depresión con un porcentaje de (0,32) y de ansiedad con un porcentaje de (0,03) contrario a lo que propone en su teoría Arrindel et al., (1991) encontraron que la SWLS estaba significativamente correlacionada de forma negativa con los 8 síntomas evaluados entre los que se incluían; ansiedad ($r=-.54$), depresión ($r=-.55$) y distrés psicológico general ($r=-.55$).⁹³

Teniendo en cuenta el estudio Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal⁹⁴ Los pacientes suelen ser considerados por el personal de salud como personas que cuidan de si mismas, mas autónomas, lo que de alguna forma hace que ciertas pérdidas se compensen por su conducta de autocontrol; no obstante, puede existir el temor de que esta técnica fracase, lo cual podría traducirse en otra fuente de ansiedad para ellos.

⁹² POLICIA NACIONAL, Op. Cit , pag. 92.

⁹³ ATIENZA, Francisco Luis , PONS Diana , BALAGUER Isabel y GARCÍA Marisa. Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. Universitat de Valencia. Psicothema ISSN 0214 - 9915 .Vol. 12, nº 2, pp. 314-319.2000

⁹⁴ GRACÍA, Hecmy, CALVANESE, Nicolina. Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. Psicología y salud, enero-junio, año/vol. 18, número 001. Universidad veracruzana, Xalapa, México. Pp 5-15. p.12.2008

En otro estudio, Jofré, López, Moreno y Rodríguez (1999) evaluaron a un grupo de pacientes en hemodiálisis, encontrando que 70% manifestó depresión, lo cual tiene a su vez un gran impacto en su calidad de vida; dichos resultados coinciden con los obtenidos en el estudio mencionado anteriormente; en cuanto a que la depresión y la calidad de vida tuvieron una relación directa y positiva, y es un factor psicoemocional en la muestra de un estudio que puede influir a su vez en la percepción de la enfermedad y la valoración de su calidad de vida.⁹⁵

Además, se muestra que con el paso del tiempo, se van alcanzando metas y las expectativas se van cumpliendo. Debido a ello el estudio muestra como las variables edad y satisfacción con la vida se relacionan de manera directa. Contrario a esto cuando se pierde la esperanza que se tenía por la recuperación de la lesión que presentan los participantes del estudio, aparece la desesperanza al darse cuenta de que no podrán recuperarse, se pueden generar cuadros de ansiedad.

En el estudio denominado teoría homeostática del bienestar. Bienestar psicológico y satisfacción por la vida en adultos mayores⁹⁶, se observa que las correlaciones Spearman, estadísticamente significativas apuntan a que, en la medida que los individuos de la muestra eran mayores, menor era su satisfacción con su vida global, su nivel de vida, su salud, sus relaciones personales, la seguridad sentida, ser miembros de su comunidad y también su índice de bienestar personal. Esto se da en el contexto de una lógica esperada y significa que los sujetos de los menores rangos de edad poseen mejores condiciones de vida que sus pares respecto de estos particulares dominios, dada la menor mella que el paso del tiempo ha hecho en sus vidas, esto indica que el grupo que llega al período de transición a la vejez muestra un descenso en estos rubros, para luego “adaptarse” y recuperar un tanto la satisfacción con la vida en la etapa tardía de su vejez.

⁹⁵ JOFRÉ, R., LÓPEZ, J., MORENO, F. Y RODRÍGUEZ, J. Changes on quality of life after renal transplantation. American Journal of Kidney Disease, p. 32,93-100.1999

⁹⁶ JIMÉNES, D. Israel. La teoría homeostática del bienestar. Bienestar psicológico y satisfacción por la vida en adultos mayores. Universidad de Guadalajara. Vol. 2, No. 1. p. 52.2010

10.CONCLUSIONES

El estudio permitió definir la prevalencia de factores psicológicos asociados a la salud mental en policías en condición de discapacidad incorporados a la unidad médica de rehabilitación de la Policía Nacional, utilizando pruebas psicométricas estandarizadas a nivel nacional, lo que lo hace ser un estudio confiable y un antecedente relevante para futuras investigaciones. Permitiendo de este modo concluir que:

- Un 55% de los sujetos evaluados no presentaron ningún grado de depresión, además de no encontrarse casos de depresión grave.
- El 67% de la muestra no presentó ningún grado de ansiedad, en contraste se encontraron 2 casos de ansiedad grave.
- Al analizar los factores asociados con satisfacción con la vida, como indicadores de calidad de vida se encontró que en un 59% de la muestra se encuentra entre insatisfecho y muy insatisfecho, considerando como factor importante a tener en cuenta en su proceso de rehabilitación.
- El 47% de la muestra presenta una baja aproximación a la felicidad, en contraste a esto, tan solo un 9% puntúa muy alto, aunque también existe un numeroso grupo, situado en una calificación media.
- Las mujeres obtuvieron una mayor puntuación en comparación con los hombres en la escala de depresión y ansiedad de Zung, mientras que los hombres son más felices al obtener una mayor puntuación en las escalas de aproximación a la felicidad y satisfacción con la vida, aunque no existe una diferencia significativa, de la variable género, con las variables de estudio.

- En cuanto al estado civil, se evidencia que las personas divorciadas perciben su vida como satisfactoria al mismo tiempo que una vida llena, feliz, demostrado en puntuaciones altas en la escala de satisfacción con la vida y aproximación con la felicidad. A diferencia de los casados quienes fueron los que obtuvieron mayor porcentaje en la escala de ansiedad posiblemente producto de mala relación de pareja y pobre apoyo del cónyuge.
- Los suboficiales son el grupo a nivel jerárquico que puntúa más alto en cuanto a los niveles de depresión y ansiedad encontrados, a pesar de que son el segundo grupo mas aproximado a la felicidad y satisfecho con la vida, esto comportamiento también se presenta con el grupo ejecutivo que son los que tienen mas alta puntuación en las escalas de satisfacción con la vida y aproximación a la felicidad y aun así están dentro del segundo grupo con mayor prevalencia de ansiedad y depresión.
- Se evidencia cómo las diferentes discapacidades pueden alterar el transcurso normal de la vida de los sujetos de una manera positiva o negativa enfrentándolos a la posibilidad de implementar mecanismos que vayan encaminados a lograr la adaptación y superación de su discapacidad.

11.RECOMENDACIONES

- Utilizar los resultados de estudios de este tipo, para realizar estrategias encaminadas a mejorar la salud mental de las personas en condición de discapacidad, interviniendo en aquellas variables que puntúan mas bajo, y potenciando las variables positivas que puntuaron alto en las escalas de satisfacción con la vida y aproximación a la felicidad teniendo en cuenta que la única forma de tratamiento para la ansiedad y la depresión , no es solamente trabajar con terapias para disminuirlas, si no también, al trabajar en los factores positivos puede haber una disminución en estas dos variables.
- Se debe reunir el comité interdisciplinario de la unidad de rehabilitación de la policía nacional, para observar los resultados obtenidos en la investigación, y de esta forma reevaluar el proceso de rehabilitación que brinda la institución a las personas en condición de discapacidad.
- Implementar a futuro estudios que vayan encaminados no solo a medir las consecuencias o secuelas negativas que deja la condición de discapacidad, si no también estudios que vayan encaminados a medir e investigar lo positivo que puede ser, contar con una adecuada rehabilitación.
- Realizar otros estudios en los que se amplié la muestra para observar de que forma varían los resultados que arroja con relación a este estudio.
- A partir de los resultados obtenidos se podría implementar un programa de intervención desde el enfoque cognitivo- conductual, que permita fortalecer los factores positivos que intervenga en las variables negativas.
- Implementar programas que permitan una mayor vinculación y acogida hacia los discapacitados en los programas brindados por la unidad de rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

ABULÍ PICART, Paquita, COMAS CASANOVAS, Pere , SUÑER SOLER, Rosa , y GRAU MARTÍN, Armand .Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad Vol. 120, Nº. 10, 2003.

ACERO RODRÍGUEZ, Paulo Daniel y CASTILLO, María Andrea, “Descripción del proceso de duelo en militares víctimas de minas antipersona” [ca] 2000.

ALBERDI, Sudupe J, TABOADA O, y CASTRO Dono C. Depresión. Guías clínicas. Fistera. 2003. 1 octubre 2007. Disponible en: [http://www.fistera.com/guias2/ Depresión.asp](http://www.fistera.com/guias2/Depresión.asp).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR .Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson; 2003.

AQUICHAN. ¿Qué significa la discapacidad?, octubre, año/vol.6 numero 001, universidad de la sabana, chía Colombia.

ATIENZA, Francisco Luis, PONS, Diana, BALAGUE, Isabel r y GARCÍA-MERITA, Marisa. Propiedades Psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en Adolescentes. Universidad de Valencia.[ca]2001-2002.

BÉRUBÉ, Louise. Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement, Montréal, Les Éditions de la Chenelière Inc.1991.

CARAVEO-ANDUAGA J, COLMENARES E y SALDÍVAR G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud mental.(2).1999.

CARMELO VÁZQUEZ, Gonzalo Hervás y Samuel M. Y. Ho. intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. Universidad Complutense de Madrid (España); University of Hong Kong (China).

CLARK, DC; Zeldow PB. Vicissitudes of Depressed Mood During Four Years of Medical School. JAMA; 1988.

CLOPATOFISKY, Jairo. Proyecto de Ley No 317 DE 2009.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Artículo 47. 1991.

CRUZ, Israel y HERNANDEZ, Janeth: Magnitud de la discapacidad en Colombia: una aproximación a sus determinantes En: Revista Ciencias de la Salud. Vol. 6, Núm. 3, Universidad del Rosario Bogotá, Colombia.2008.

CONGRESO DE COLOMBIA .Ley 1090 de 2006, capítulo VI: del uso de material psicotécnico, artículo 46. Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006.

DANE. Dirección de Censos y Demografía. Base de Datos del Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. 2003. Bogotá DC, Colombia.

DANE. Discapacidad. Datos departamentales. Censo general 2005 (mayo 22 de 2005 a mayo 22 de 2006).

DICCIONARIO DE NEUROLOGÍA. En: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/monoparesia>.

DIENER, E., R.A. EMMONS, R.J. LARSEN AND GRIFFIN, S.: 'The satisfaction with life scale', Journal of Personality Assessment 49.1995.

DORLAND. Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina (30 edición). Elsevier, España.2005.

EBABLE, Naciones unidas. Secretaría de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <http://www.un.org/spanish/disabilities>.

FERNÁNDEZ, Juan Antonio, FERNÁNDEZ, María, GEOFFREY, Reed, STUCKI, Gerold y CIEZA, Alarcos Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento. En: Revista española de salud pública, vol. 83, núm. 6. Ministerio de sanidad y consumo España.2009.

FISHMAN S. Aspectos psicológicos de la amputación, En "psychological practices with the physically Disabled" edito por Garret y Levine ,publicado por columbia university press,1961.

GALA LEON Francisco Javier, BAS SARMIENTO Pilar, LUPIANI GIMÍNEZ Mercedes y DÍAZ RODRÍGUEZ Mercedes; Depresión y ajuste psicosocial en lesionados de Médula espinal, Clínica y Salud, Universidad de Cádiz .1995

GAVIRIA, Silvia; jefa del Departamento de Psiquiatría de la Universidad CES de Medellín (Colombia), Silvia Gaviria, en el marco del II Foro de Psiquiatras Españolas.2009.

GEDDES J, Butler R, HATCHER S, Cipriani A, PRICE J, Carney S, et al. Depression in adults. Clin Evid .2006.

GERSTENBLUTH, Mariana, ROSSI, Máximo, TRIUNFO, Patricia Felicidad y salud: una aproximación al bienestar en el Río de la Plata. Estudios de economía. Vol. 35 – No 1, Julio 2008.

GÓMEZ-RESTREPO C, Rodríguez MN. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana.Revista Colombiana de Psiquiatría. 1997.

GRACIA D. Bioética Clínica. Vol II Ética y Vida. Santa Fe de Bogotá: El Búho.1998.

GRACÍA, Hecmy, CALVANESE, Nicolina. Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. Psicología y salud, enero-junio, año/vol. 18, número 001. Universidad veracruzana, Xalapa, México. 2008.

GROSS AJ, SAUERWEIN DH, KUTZENBERGER J y RINGERT RH. Penile prostheses in paraplegic men. BJU International.1996.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN DERECHOS HUMANOS. La discapacidad desde el horizonte de los derechos humanos. Facultad de Jurisprudencia. Universidad del Rosario.2009.

HAMALAINEN J, Kaprio J, ISOMETSA E, Heikkinen M, POIKOLAINEN K, Lindeman S, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. J Epidemiol Community Health 2001.

HARO JM, Palacin C, VILAGUT G, Martinez M, BERNAL M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-Espana. Med Clin (Barc) 2006.

HERNANDEZ, Janeth y HERNANDEZ, Iván; Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad. En: Revista de salud publica, julio, año/vol.7 en Colombia Universidad Nacional, Bogotá colombia, 2005.

INGRAM RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. J Abnorm Psychol. 2000.

JIMÉNEZ.D Israel. La teoría homeostática del bienestar. Bienestar psicológico y satisfacción por la vida en adultos mayores. Universidad de Guadalajara. Vol. 2, No. 1.2010.

JIMÉNEZ E, PEÑA G, HAKIM F y CARREÑO JN. Trauma Espinal. En: Toro J, Yepes M, Palacios E. Neurología. Bogotá: McGraw Hill Interamericana.2001.

JOFRÉ, R., LÓPEZ, J., MORENO, F. Y RODRIQUEZ, J. Changes on quality of life after renal transplantation. American Journal of Kidney Disease.1999.

KATONA C, Livingston G. Impact of screening old people with physical illness for depression. Lancet. 2000.

KRATZ GF, Silva de Lima M, FRANK TB, Curi HP. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. Rev Saude Pública.2004.

LEÓN CA. La Higiene Mental en el Medio Universitario. Rev Col Psiquiatría; XV.1986.

LETONA MONTOYA Paola María. Prevalencia del síntoma por trastornos por estrés postraumático en miembros del cuerpo voluntario de bomberos, Guatemala.2004.

MEDINA,ALVARADO R y ARANDA W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Revista Médica de Chile. 2005.

MERLE,M, DAUTEL,G y LODA,G. Mano traumática. Urgencias; Vol. 1. 4-5; Vol. 2. [ca] 1997.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Fundación FES social. Estudio nacional de salud mental 2003.2003.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 8430 de 1993, título II: de la investigación en seres humanos. Capítulo 1: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 6.

MORALES ALVARADO, Carla Yojana y OYOLA, Gina Paola. Satisfacción con la vida y Aproximaciones a la Felicidad en estudiantes de educación media de las instituciones educativas públicas de la ciudad de Neiva - Huila. Tesis de grado, Universidad Surcolombiana, Facultad de ciencias de la Salud. Programa de Psicología. 2008.

MP. Lusilla , SÁNCHEZ A, SANZ C y LÓPEZ J. Validación estructural de la escala heteroevaluada de Ansiedad de Zung (XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría). Anales de Psiquiatría. Suppl 1: 39.1990.

MYERS M. On the Importance of Anonymity in Surveying Medical Student Depression. Acad Psychiatry.2003.

NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline number 23; December 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Catalogación por la Biblioteca de la OMS Organización Mundial de la Salud, Invertir en salud mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cif. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Unidad 3. Introducción. p. 3 [ca] 1999.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. . Madrid: Meditor; 1992.

PEÑA-CASANOVA J, AGUILAR M, BERTRAN-SERRA I, SANTACRUZ P, HERNÁNDEZ G, INSA R, PUJOL A, SOL JM, BLESA R y Grupo normacodem. Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia (normacodem) (I): objetivos, contenidos y población. Neurología; p. 2: 61-8.1997.

PIMENTEL, Beatriz; Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la c. n. s , la paz- Bolivia .2007.

POLICIA NACIONAL. Estudio nacional de salud mental en personal uniformado. 1993.

POSADA JA, Torres de Galvis Y. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia, 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.

SALAZAR, FA. Felicidad en estudiantes de la Facultad de salud de la Universidad Surcolombiana. Revista Facultad de Salud; 1, (2).2009.

SAMPIERI, Roberto. Metodología de la investigación. Segunda parte, El proceso de la investigación cuantitativa. Capitulo 7, concepción o elección del diseño de investigación. Edición No 4. 2006

TURNER RJ, Lloyd DA. Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: racial and ethnic contrasts. Arch Gen Psychiatry 2004.

US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE AND THE NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. Medical Dictionary. [Medical Dictionary]. Disponible En: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/mplusdictionary.html>>.

VALLEJO SAMUDIO Álvaro, TERRANOVA Lina María, ARANGO Carlos Arturo. Efectos de la Psicoterapia de Grupo en Policías con Estrés Posttraumático producto de confrontaciones con la guerrilla o grupos ilegales armados al margen de la ley." Policía Nacional de Colombia. 2008 – 2009.

VEENHOVEN, Ruut. El estudio de la satisfacción con la vida. Intervención Psicosocial, vol. 3. 1994.

VERDUGO, Miguel Ángel. Catedrático de psicología de la discapacidad, Calidad de vida y calidad de vida familiar, II congreso internacional de discapacidad mental: enfoque y realidad: un desafío. Medellín 2004.

VICENTE B, Rioseco P, VALDIVIA S, KOHN R y TORRES S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica [ca] 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, strengthening mental health promotion. Fact sheet No 220; 2003.

ZUNG, William. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics 1971.

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

YO _____, identificado con c.c. _____, expedida en _____, manifiesto que he sido informado (a) sobre los objetivos y los procedimientos a utilizar en el proceso de investigación acerca de la PREVALENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL EN POLICIAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD INCORPORADOS A LA UNIDAD DE REHABILITACION DE LA POLICIA NACIONAL-2010; el cual se llevará a cabo como parte del desarrollo profesional en psicología de las estudiantes Yudy Marcela González Otálora con código estudiantil: 2005101319, Eliana Hasleidy Cardozo Triviño código: 2006134152 , Maira Alejandra Arias Dussan código: 2006135047, Lissette Fragua Pedroza código: 2006133848 de La Universidad Surcolombiana.

Se ha solicitado mi participación en este proyecto acorde con la RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993 en su ARTICULO 26. El cual establece que: Cuando la capacidad mental y el estado psicológico del menor o del discapacitado lo permitan, deberá obtenerse, su aceptación además la explicación correspondiente de la investigación en la cual ira a participar. El Comité de Etica en Investigación de la respectiva entidad deberá velar por el cumplimiento de estos requisitos.

Es por esto que mediante el actual documento autorizo a los representantes de la investigación mencionada con anterioridad, para consignar especialmente la información registrada por mí en los instrumentos: Escala de Ansiedad y depresión de William K. Zung, cuestionario de aproximación a la felicidad y Escala de satisfacción con la vida.

Se me ha explicado el objetivo de la investigación y no me representará ningún riesgo a nivel físico, psicológico, social y laboral.

La realización de este estudio no requiere de mi inversión financiera y seré participe de los resultados obtenidos en este estudio. En la investigación se me asignara el código N° ____ para mantener la privacidad y reserva en la aplicación de las pruebas y en la muestra de los resultados.

Las posibles dudas que presente durante el estudio me serán resueltas inmediatamente por los investigadores. Los resultados se archivarán en la Universidad Surcolombiana, Programa de psicología de la ciudad de Neiva Huila .

FIRMA
C.C

Consentimiento informado

YO _____, identificado con c.c. _____, expedida en _____, manifiesto que he sido informado (a) sobre los objetivos y los procedimientos a utilizar en el proceso de investigación; el cual se llevará a cabo como parte del desarrollo profesional en psicología de los estudiantes Yudy Marcela González Otálora con código estudiantil: 2005101319, Eliana Hasleidy Cardozo Triviño código: 2006134152 , Maira Alejandra Arias Dussan código: 2006135047, Lissette Fragua Pedroza código: 2006133848 de La Universidad Surcolombiana.

Se ha solicitado mi participación en este proyecto y mediante el actual documento autorizo a los representantes de esta investigación denominada PREVALENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL EN POLICIAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD INCORPORADOS A LA UNIDAD DE REHABILITACION DE LA POLICIA NACIONAL-2010, para consignar especialmente la información registrada por mí en los instrumentos: Escala de Ansiedad y depresión de William K. Zung, cuestionario de aproximación a la felicidad y Escala de satisfacción con la vida.

Se me ha explicado el objetivo de la investigación y no me representará ningún riesgo a nivel físico, psicológico, social y laboral, el estudio se encuentra clasificado como investigación sin riesgo, según el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y atendiendo a lo planteado en su TÍTULO II del CAPÍTULO 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Se tendrá en cuenta los siguientes artículos en la investigación: Art. 5, Art. 6, Art. 8, Art. 11, Art. 12, Art. 14.

La información que consigne es de absoluta confidencialidad durante y después del proceso, tal como está contemplado en la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. En el título II, donde se consigna lo referente al principio de confidencialidad, responsabilidad, competencia, estándares legales y morales, bienestar del usuario y el título VII Del Código Deontológico Y Bioética Para el ejercicio de la profesión de Psicología. Se tendrá en cuenta los: Capítulo IV: De los deberes con los colegas y otros profesionales correspondiente al Art 42. También el Capítulo V: Del uso de material psicotécnico correspondiente al Art 47. Además el Capítulo VII normatiza la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones proporcionados en los artículos 49, 50, y 56. Además contaré permanentemente y durante el desarrollo

del estudio con la opción de retirar mi consentimiento informado en cualquier momento de la investigación.

La realización de este estudio no requiere de mi inversión financiera y seré participe de los resultados obtenidos en este estudio. Asimismo estos resultados ayudaran a mejorar el proceso de rehabilitación por el que estamos pasando. En la investigación se le asignara el código N° ____ para mantener la privacidad y reserva en la aplicación de las pruebas y en la muestra de los resultados.

Las posibles dudas que se presenten durante el estudio serán resueltas inmediatamente por los investigadores. Los resultados se archivarán en la Universidad Surcolombiana, Programa de psicología. La base de datos tendrá uso restrictivo en diferentes niveles de manejo teniendo la responsabilidad mayor y las claves los investigadores principales.

FIRMA

CC

Anexo B. Cuadernillo de pruebas

Nombre: _____

Estado civil: _____ No de hijos: _____

Tiempo de servicio: _____ Labor actual: _____

Ciudad de residencia: _____ Tiempo de rehabilitación: _____

Cuestionario 1

A continuación hay 18 afirmaciones que para muchas personas serían deseables, pero queremos que usted responda sólo en función de si la afirmación describe cómo vive usted su vida. Lea cada afirmación y marque sobre el listado que hay junto al texto y seleccione su respuesta. ¡Por favor sea honesto y preciso!

- 1 Muy parecido a mí
- 2 Bastante parecido a mí
- 3 Algo parecido a mí
- 4 Poco parecido a mí
- 5 En absoluto parecido a mí

PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
1. Sea lo que sea que esté haciendo, el tiempo se me pasa muy deprisa.					
2. Mi vida sirve a un fin elevado.					
3. La vida es demasiado corta como para aplazar los placeres que puede proporcionar					
4. Busco situaciones que desafíen mis destrezas y capacidades					
5. Al decidir qué hacer siempre tengo en cuenta si beneficiará a otras personas.					
6. Ya sea en el trabajo o en el tiempo libre, normalmente estoy abstraído en lo que hago y sin ser consciente de mí mismo.					
7. Siempre estoy muy concentrado/absorto en lo que hago					
8. Hago todo lo posible para sentirme eufórico.					
9. Al decidir qué hacer, siempre tengo en cuenta si puedo					

sumergirme en ello.					
10. Raramente me distraigo con las cosas que hay a mi alrededor.					
11. Me siento responsable de hacer del mundo un lugar mejor					
12. Mi vida tiene un sentido duradero.					
13. Al decidir lo que hacer, siempre tengo en cuenta si será agradable.					
14. Lo que hago importa a la sociedad.					
15. Estoy de acuerdo con esta afirmación: "No dejes para mañana lo que puedas disfrutar hoy".					
16. Me encanta hacer cosas que estimulen mis sentidos.					
17. He empleado mucho tiempo pensando en lo que la vida significa y en cómo encajo yo en ese gran escenario.					
18. Para mí, la vida buena es una vida llena de placeres.					

Cuestionario 2

Más abajo hay cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 7, indique su acuerdo con cada una poniendo el número apropiado en la línea anterior al número de cada afirmación. Por favor, responda a las preguntas abierta y sinceramente.

- 1 Completamente de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 Más bien de acuerdo
- 4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5 Más bien en desacuerdo
- 6 En desacuerdo
- 7 Completamente en desacuerdo

PREGUNTAS	RESPUESTAS						
	1	2	3	4	5	6	7
1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.							
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.							
3. Estoy satisfecho con mi vida.							
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.							
5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.							

Cuestionario 3

A continuación se expresan varias opciones posibles a cada uno de los 20 aportados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

- A. Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente
- B. Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando
- C. Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente
- D. Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo

	1	2	3	4
1. Me siento triste y deprimido				
2. por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
3. frecuentemente tengo ganas de llorar, y a veces lloro				
4. me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches				
5. ahora tengo tanto apetito como antes.				
6. todavía me siento atraído por el sexo opuesto				
7. creo que estoy adelgazando				
8. estoy estreñado.				
9. tengo palpitaciones				
10. me canso por cualquier cosa				
11. mi cabeza esta tan despejada como antes				
12. hago las cosas con la misma facilidad de antes				
13. me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto				
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro				
15. me siento mas irritable que habitualmente				
16. encuentro fácil tomar decisiones				
17. me creo útil y necesario para la gente				
18. encuentro agradable vivir , mi vida es plena				
19. creo que seria mejor para los demás si me muriera				
20. me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban				

Cuestionario 4

Puntúen según la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas de acuerdo a estos criterios:

- 1. Ausente 2. Ligera 3. Moderada 4. Fuerte

	1	2	3	4
1. ¿se siente usted nervioso, ansioso?				
2. ¿se siente usted asustado?				
3. ¿se aterroriza usted con facilidad?				
4. ¿se siente usted como si fuese a volverse loco?				
5. ¿se siente usted como si fuese a ocurrir algo terrible?				
6. ¿se siente usted tembloroso?				
7. ¿tiene usted dolores de cabeza, cuello o espalda?				
8. ¿se cansa usted con facilidad? ¿Se siente usted débil a ratos?				
9. ¿se encuentra usted inquieto? ¿Hasta el punto de poner permanecer sentado?				
10. ¿siente usted que su corazón late deprisa?				
11. ¿siente usted mareos a ratos?				
12. ¿se ha desmayado usted a veces? ¿Ha sentido como si fuera a desmayarse?				
13. ¿siente usted dificultad para respirar?				
14. ¿tiene usted sensaciones de acorchamiento en los dedos o alrededor de la boca?				
15. ¿siente usted nauseas? ¿Vómitos?				
16. ¿necesita usted ir a orinar con mucha frecuencia?				
17. ¿se siente usted sudoroso, con las manos húmedas y frías?				
18. ¿tiene usted bochornos?				
19. ¿Le cuesta a usted trabajo dormirse?				
20. ¿Tiene usted sueños que lo asustan, pesadillas?				

Anexo C. Registro fotográfico

