



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Factores de riesgo y factores protectores asociados a los signos de depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia

Diego Fernando Rivera Camacho

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Bogotá D.C., Colombia

2013

Factores de riesgo y factores protectores asociados a los signos de depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia

Diego Fernando Rivera Camacho

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Salud Pública

Director:

Ph.D., Fernando Pio de la Hoz Restrepo

Grupo de Investigación:

Grupo De Epidemiología y Evaluación En Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Bogotá D.C., Colombia

2013

Dedicatoria

A mis padres, Hermes Rivera y Flor Elvia Rojas; por su paciencia en mi proceso de crecimiento.

Diego Rivera

Agradecimientos

A la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

Al Dr. Fernando De La Hoz, por su interés en la salud mental.

A la Policía Nacional por su apoyo logístico y colaboración incondicional.

A Nicolás Arturo Núñez Gómez, Silvia Leonor Olivera Plaza, Laiene Olabarrieta Landa por su apoyo incondicional en la elaboración de este documento.

Resumen

Los trastornos de salud mental, y en especial la depresión tienen un impacto negativo en la salud pública. A pesar de la importancia de la salud mental en el adecuado funcionamiento de una persona, es un área poco explorada en población policial activa. El objetivo de este estudio fue estimar los factores de riesgo y factores protectores asociados a los signos de depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia. La muestra estuvo conformada por 1674 activos de la Policía Nacional de Colombia, donde en su mayoría fueron hombres (87,6%), seleccionados a través de un muestreo multietapico en un estudio transversal. Según los resultados de la regresión logística binaria, trabajar en la Regional Llanos Orientales ($\beta = 2,627$, $p < 0,001$); estar en el estrato socioeconómico 1 y 2 ($\beta = 1,281$, $p < 0,05$); tener estrés percibido ($\beta = 9,945$, $p < 0,001$), y presentar eventos de maltrato intrafamiliar ($\beta = 2,031$, $p < 0,001$) son factores de riesgo asociados a los signos de depresión y en la población activa de la Policía Nacional de Colombia.

Palabras clave: Depresión, factores de riesgo, Policía Nacional de Colombia.

Abstract

Mental health disorders and particularly depression have a negative impact on public health. Despite the importance of mental health in the proper functioning of a person, is an unexplored area with active police population. The aim of this study was to estimate the risk factors and protective factors associated with signs of depression in active population of National Police of Colombia. The sample consisted of 1674 actives of the National Police of Colombia, the majority were male (87.6 %), selected through multistage sampling in a cross sectional study. A regression logistic binary found that work in the Llanos Orientales Regional ($\beta=2.627$, $p<0.001$), the socioeconomic levels 1 and 2 ($\beta=1.281$, $p< 0.05$), perceived stress ($\beta= 9.945$, $p<0.001$), and events of domestic abuse ($\beta=2.031$, $p< 0.001$) are risk factors associated with signs of depression and in the workforce of the National Police of Colombia.

Keywords: Depression, Risk factors, National Police of Colombia.

Contenido

INTRODUCCIÓN	16
1. JUSTIFICACIÓN.....	21
2. ANTECEDENTES.....	24
2.1. Antecedentes De Estudios De Factores De Riesgo En Policías y Militares	24
3. MARCO TEÓRICO	27
3.1. Características psicológicas de la depresión	27
3.2. Depresión en población policial	33
4. OBJETIVOS.....	34
4.1. Objetivo general	34
4.2. Objetivos específicos	34
5. METODOLOGÍA	35
5.1. Tipo de estudio.....	35
5.2. Población y muestra.....	35
5.2.1. Diseño muestral.....	35
5.2.2. Tamaño de muestra y asignación muestral.....	36
5.3. Información recogida en la encuesta	43
5.3.1. Análisis de validez de constructo del instrumento de Medición	43
5.3.2. Escalas incluidas para la evaluación del estado de la salud menta	44
5.4. Operacionalización de variables.....	46
5.5. Procesamiento de los datos	48
5.6. Análisis de los datos.....	48
5.6.1. Análisis descriptivo	48
5.6.2. Análisis bivariado.....	49
5.6.3. Análisis Multivariado	49
5.7. Aspectos Éticos.....	49

6. RESULTADOS	51
6.1. Análisis Univariado	51
6.2. Análisis bivariado	55
6.3. Análisis multivariado	61
7. DISCUSIÓN	63
7.1. Limitaciones del estudio.....	67
7.2. Recomendaciones	68

Lista de figuras

	<u>Pág.</u>
Figura 1. Distribución de los uniformados encuestados en la regional Antioquia.	37
Figura 2. Distribución de uniformados encuestados en la regional Valle	37
Figura 3. Distribución de uniformados encuestados en la regional Atlántico	38
Figura 4. Distribución de uniformados encuestados en la regional Santander....	38
Figura 5. Población de uniformados encuestados en la regional Caldas	39
Figura 6. Distribución de uniformados encuestados en la regional Llanos Orientales	39
Figura 7. Población de uniformados encuestados en la regional Huila	40
Figura 8. Población de uniformados encuestados en la regional Cundinamarca.	40
Figura 9. Distribución de los uniformados encuestados en la regional Bogotá ...	41

Lista de tablas

	<u>Pág.</u>
Tabla 1. Distribución de la muestra de activos esperados y entrevistados por regional	41
Tabla 2. Distribución de la muestra de activos según el grado	42
Tabla 3. Distribución de frecuencias de las características sociodemográficas de los activos de la Policía Nacional de Colombia.	51
Tabla 4. Distribución de frecuencias de las características de salud mental de los activos de la Policía Nacional de Colombia.....	53
Tabla 5. Características socio-demográficas asociadas con los signos de depresión en el personal activo de la Policía Nacional de Colombia	55
Tabla 6. Rangos de edad asociados con los signos de depresión en el personal activo de la Policía Nacional de Colombia	56
Tabla 7. Ubicación de la regional asociada con los signos de depresión en el personal activo de la Policía Nacional de Colombia.....	57
Tabla 8. Características de salud mental asociadas a los signos de depresión en la población de la Policía Nacional de Colombia.....	58
Tabla 9. Estratificación según género con Mantel-Haenszel.....	59
Tabla 10 Estratificación según rangos de edad con Mantel-Haenszel	60
Tabla 11. Factores asociados a los signos de depresión en la población de la Policía Nacional de Colombia	61

INTRODUCCIÓN

Los diferentes estudios epidemiológicos que muestran el aporte de los trastornos mentales a la carga global de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, OMS; 2011), convierten a la salud mental en un tema prioritario dentro del área de la salud pública (Restrepo y Jaramillo, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental 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*” (Organización Mundial de la Salud, OMS; 2011), siendo la salud mental parte integral de la salud, y no simplemente la ausencia de la enfermedad. Igualmente la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta (Organización Mundial de la Salud, OMS; 2004).

Cuando una persona tiene buena salud mental, generalmente es capaz de manejar los eventos positivos y negativos, funcionando de manera efectiva en la sociedad. Sin embargo, aún por pequeños que fueran los problemas de salud mental, se puede afectar su vida cotidiana y no funcionar como quisiera (Ministerio de la Protección Social, 2003).

La encuesta mundial de la OMS muestra que los trastornos mentales tienen una alta prevalencia, producen discapacidad, y con frecuencia no reciben

tratamientos tanto en países industrializados, como en los países en vía de desarrollo, siendo estos últimos donde se presenta una mayor deficiencia al momento de prevenir y mitigar las enfermedades relacionadas con la salud mental. En general, los costos del servicio social y de salud, la pérdida de empleo, la reducción de la productividad, el impacto en las familias y en los proveedores de cuidado personal, los niveles de criminalidad y seguridad pública y el impacto negativo de la mortalidad prematura de los problemas mentales son enormes y no se pueden medir fácilmente (Organización Mundial de la Salud, OMS; 2001).

Con relación a las enfermedades mentales, en concreto la depresión es la causante de la mayor proporción de discapacidad (12%), seguida de los trastornos por consumo de alcohol, la esquizofrenia, el trastornos afectivo bipolar, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, que en total son responsables del 30,8% de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad (Murray y Lopez, 1996).

Con respecto a la depresión, se puede definir como una enfermedad que recoge la presencia de síntomas afectivos y emocionales como la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. También están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2002). Se estima que la depresión ocupará el segundo lugar en 2020 como discapacidad mundial, después de las enfermedades cardiovasculares. Es una enfermedad que afecta aproximadamente a 350 millones de personas en el mundo (Federación Mundial de la Salud Mental, 2010).

Dentro de los factores que tienen un impacto negativo en la salud mental y en el bienestar psicológico de las personas, se encuentran las situaciones de conflicto armado y otros desastres de gran envergadura (Organización Mundial de

la Salud). Algunas situaciones del conflicto armado que afectan a la salud mental son el desplazamiento, la desintegración familiar, el maltrato físico y psíquico, la tortura, el secuestro, el terrorismo, la delincuencia entre otros (Palacio, 2013).

En Colombia, el conflicto armado y la violencia desde los años 50 tienen graves consecuencias en el ámbito político, económico y social. Según De la Hoz y Vélez (2010), la violencia (Homicidio) en Colombia en el 2008, cobró la vida de 15.251 personas, dejando graves secuelas a corto, mediano y largo plazo en la salud mental, e incrementando los riesgos de traumas psicológicos y de estrés postraumático. De igual manera, se evidencia que en los lugares donde han sucedido las confrontaciones armadas, los niños tienen diecinueve (OR=19) veces más probabilidad de sufrir trastorno de estrés postraumático bélico que los niños de municipios no expuestos. Otro grupo importante expuesto a factores de riesgo por el conflicto armado son los integrantes de las fuerzas militares y policías, como encargados del mantenimiento del orden público (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2002).

Durante los últimos años, hay una creciente preocupación por la salud mental de la población militar (Ritchie, Keppler y Rothberg, 2003). Igualmente, se sabe que el trabajo policial es considerado una profesión de alto estrés, ya que están expuestos a situaciones violentas, nocivas y exigentes. Estas alteraciones de salud mental se observan a nivel físico y psicológico que afectan directamente a su trabajo policial, su vida personal y familiar (Castro, Orjuela, Lozano, Avendaño y Vargas, 2012).

Algunos autores afirman que si bien la sociedad civil en Colombia se encuentra afectada de estrés postraumático, se tiene la hipótesis de que las personas que están directamente involucradas en el conflicto interno y la violencia son por una parte, los militares y policías, y por otra, los colombianos pertenecientes a los grupos armados ilegales (guerrilleros o paramilitares), los cuales tienen una mayor vulnerabilidad y exposición a factores de riesgo

asociados a trastornos de salud mental (Garzón, Parra, y Pineda, 2003). Son inexistentes las investigaciones sobre prevalencia de enfermedades de salud mental, como estrés, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y evaluación del soporte social en la población activa de la Policía Nacional colombiana; y tampoco se han determinado los factores de riesgo y factores protectores para la depresión, teniendo en cuenta el impacto negativo que puede tener a nivel personal, familiar y laboral.

Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le da a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física; en rigor, han sido más bien objeto de ignorancia o desatención (Organización Mundial de la Salud, OMS; 2004). Esto obliga a los profesionales de la salud a trabajar en la búsqueda de nuevo conocimiento y de propuestas preventivas, de atención y de rehabilitación de las víctimas de este fenómeno (Palacio, 2013).

Para reducir la carga a la salud y la carga social y económica de los trastornos mentales, resulta esencial que las instituciones presten mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental.

El concepto de promoción hace referencia a "la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas" (Hosman y Jané-Llopis, 1999). En cambio, la prevención hace referencia a "la reducción de la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad" (Mrazek, Haggerty, 1994).

Este estudio forma parte de una investigación más amplia denominada “Investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios” (De la Hoz, Narváez, Porras, Rico y Moreno, 2009), en el marco de un convenio institucional de la Universidad Nacional de Colombia y la policía Nacional de Colombia. Para el presente estudio se usaron los datos del personal activo de la policía Nacional. Teniendo en cuenta que la depresión es uno de los mayores problemas en salud mental a nivel mundial, el objetivo de este estudio fue estimar los factores de riesgos y factores protectores asociados a los signos de depresión en este colectivo. Igualmente, este estudio es el primero que se realiza y por tanto se puede considerar como línea base para futuros estudios relacionados con el estado de salud mental en esta población.

1. JUSTIFICACIÓN

En todos los lugares, las personas están expuestas a lo largo de su vida a una serie ilimitada de riesgos para su salud, en forma de enfermedades transmisibles o no transmisibles, traumatismos, productos de consumo, actos violentos o catástrofes naturales. A veces son poblaciones enteras las que están en peligro; otras veces, sólo una persona. Ningún riesgo existe de forma aislada. Cada uno de ellos tiene una causa, y algunos se deben a múltiples causas (Organización Mundial de la Salud, 2002).

La depresión es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD). En los países en desarrollo, esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud más importante, y se estima que para el año 2020 este trastorno podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo y mantenerse como causa principal de APD (Gómez-Restrepo, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón, y Díaz, 2004).

La depresión no solo es un problema médico, sino que también forma parte de un fenómeno social. Los pacientes deprimidos tienen múltiples factores de riesgo para desarrollar otras enfermedades. Dentro de los factores de riesgo asociados a la depresión, se conoce que la separación matrimonial, el status de divorciado, la pertenencia a estratos socioeconómicos bajos, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las

dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno (Josué Díaz, Lídice et al., 2006).

En México, la tasa de prevalencia anual de depresión fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0–5.6), solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8% (IC 95%=5.6–7.9) (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo, 2012). Por otra parte en Colombia, el estudio nacional de salud mental (Ministerio de la Protección Social, 2003) y el estudio publicado por Gómez-Restrepo et al. (2004), estima una prevalencia del 10 al 13% de depresión en la población general. En estos estudios se encontró una mayor proporción de mujeres con algún episodio depresivo, tanto en los 12 meses previos a la encuesta como en el último mes.

Por otra parte, si observamos los múltiples factores de riesgo asociados a la depresión en población general; estar en un ambiente laboral con una mayor carga de estrés, como lo tienen la población policial, incrementa el número de factores de riesgo y posiblemente su magnitud. Las agencias policiales tradicionales han sido, en términos profesionales, hacer cumplir la ley, mantener el orden y garantizar la seguridad de las personas. A diferencia de otras profesiones, la población policial de manera simultánea debe hacer cumplir la ley y satisfacer el servicio de los clientes (Castro et al., 2012).

La profesión policial es una actividad de reconocido riesgo de estrés. Además de los propiamente inherentes al trabajo policial, existen otros factores de estrés de carácter estructural que inciden negativamente en la motivación y disposición de los policías a la hora de realizar su labor (Sánchez-Milla, Sanz-Bou, Apellaniz-Gonzalez y Pascual-Izaola, 2001), siendo considerado un grupo de alto riesgo para desarrollar estrés postraumático y depresión (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2002).

Finalmente, la salud pública, definida como la ciencia y el arte de mejorar la

salud de la población mediante los esfuerzos organizados de la sociedad usando las técnicas de prevención de la enfermedad y de protección y promoción de la salud, actúa sobre la población y por ende, sobre el individuo. Entre sus funciones se encuentran la vigilancia del estado de salud de la sociedad y sus necesidades, elegir y desarrollar las mejores políticas de salud y garantizar la prestación de servicios sanitarios (Hernández-Aguado et al. 2005).

Esta ciencia se caracteriza por enfatizar la responsabilidad colectiva sobre la salud y el papel del Estado en la promoción de la salud, centrarse sobre todo en la prevención primaria, integrar múltiples disciplinas y metodologías, prestar atención tanto a los determinantes socioeconómicos de la salud como a los factores de riesgo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede inferir que conociendo los factores tanto de riesgo como protectores en este colectivo, puede ayudar a implementar estrategias y programas que reduzcan la probabilidad de aparición del riesgo en la población policial de Colombia.

2.ANTECEDENTES

2.1. Antecedentes De Estudios De Factores De Riesgo En Policías y Militares

- En el año 2000 se publicó el artículo *Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empírico en la policía municipal*, realizado por Torres et al. de la Universidad del País Vasco, cuyo objetivo principal consistió en identificar las fuentes de estrés laboral auto percibidas, así como analizar el distrés asociado en términos de síntomas de somatización, hostilidad y depresión en Policías Municipales de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). La muestra estuvo conformada por 353 sujetos (15%) pertenecientes a distintos centros de policía local de la C.A.P.V. De éstos, el 89,7% correspondiente a varones y el 10,3% a mujeres, con una media de edad de 39 años, y experiencia profesional de 13 años. Respecto al nivel de educación, el 32,7% con estudios de Formación Profesional, 29,1%, Bachiller, 16,7% Primaria, 12,3% titulación Media y titulación superior el 8,4% (Torres, San Sebastian, Ibarretxe y Zumalabe, 2002).

El distrés fue medido con tres subescalas del inventario autoevaluativo SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) correspondientes a depresión con 13 ítems, hostilidad con 6 ítems y somatización con 12 ítems, donde el individuo debe valorar en una escala de cinco categorías, la intensidad del síntoma que presenta el ítem.

Se identificó un grupo de estresores entre los que se encuentra el desempeño de rol, estilo de dirección, gestión de personal y sobrecarga de trabajo, que son comunes también en otro tipo de organizaciones y no son específicas de la policía municipal. La fuente de estrés proveniente de la imagen y credibilidad de la institución contiene un aspecto común a otras organizaciones, como son las relaciones con la ciudadanía, y un aspecto particular que hace referencia a la relación con el Sistema Judicial y con otras Políticas.

- Otro trabajo que se toma como antecedente es un estudio realizado en Kaohsiung, Taiwan que tuvo como objetivo investigar la calidad de vida, la probabilidad de depresión y los factores de riesgo relacionados con los agentes de policía en Kaohsiung, Taiwán. Se utilizó la encuesta de 12 ítems Short-Form Health (SF-12) y la Prueba de Evaluación Psicológica relacionadas con el desastre (DRPST) para evaluar la calidad de vida y la prevalencia de la depresión de 832 agentes de policía de Kaohsiung. Como resultado se encontró que la tasa estimada de probable depresión mayor fue del 21,6% (180/832). Las personas con un nivel educativo alto (ej. Universidad) y los agentes de policía no deprimidos tenían una puntuación más alta en cada subescala de calidad de vida en comparación con los policías deprimidos. Los agentes de policía de más de 50 años tuvieron una mayor puntuación en los aspectos mentales de la calidad de vida. Los problemas familiares y el estrés de trabajo relacionados con el rendimiento, la presión social sobre el rendimiento y la carga de trabajo fueron factores predictivos de la depresión, concluyendo que los agentes de policía pueden tener una tasa estimada más alta de depresión que se pensaba, repercutiendo en la calidad de vida (Chen, 2006).

En cuanto a la utilización de los resultados, se sugiere que una mejor organización del trabajo a realizar por los policías municipales y una mejora en la imagen y credibilidad de la institución puede ser efectiva para la disminución del estrés laboral.

- El estudio denominado *Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales* (Castro et al., 2012) tiene como un diseño descriptivo-correlacional, donde evaluaron a 171 policías adscritos a la Escuela de Investigación Criminal, Colombia. El 28,7% pertenecía a la planta mayor (personal administrativo) y el resto eran estudiantes. Se utilizó el SF-36 para establecer el estado de salud de los participantes. Este instrumento evalúa ocho dimensiones de la salud, a saber: función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de la salud. Los resultados mostraron que quienes estiman que las órdenes impartidas en la Escuela son apresuradas, manifiestan dolor en alguna parte del cuerpo, notifican menos vitalidad, se sienten más agotados, cansados, desanimados y tristes. Quienes consideran que el trabajo es excesivo, indican que el dolor corporal les ha dificultado su trabajo habitual (incluido su trabajo fuera de casa y las tareas domésticas).

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Características psicológicas de la depresión

La depresión es un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que se caracteriza por los siguientes síntomas cardinales: estado de ánimo decaído la mayor parte del día y casi todos los días, y disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer (Montes, 2004). La depresión fue uno de los primeros desórdenes mentales en ser reconocida y estudiada por psiquiatras y psicólogos, en busca de predecir y controlar la existencia de este trastorno esperando disminuir los costos que tienen que pagar las entidades encargadas de la prestación de la salud por tratamientos y las pérdidas económicas a causa de la disminución en la productividad en los afectados.

Este trastorno representa un problema de salud pública mundial, ya que afecta aproximadamente a 350 millones de personas en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2012), esto es el 5% de la población mundial. Su permanencia en el curso de la vida oscila entre el 2 y el 25% aproximadamente (Montes, 2004). Se estima que para el 2020 la depresión ocupará el segundo lugar como discapacidad mundial (Federación Mundial de la Salud, 2010).

En cuanto a la etiología, se habla de factores biológicos tales como la genética y bioquímica; factores cognitivos, que se centran en los esquemas de

pensamiento disfuncionales, estilos de procesamiento cognitivo erróneos y creencias centrales irracionales; y factores conductuales, que se centran en el condicionamiento clásico y condicionamiento operante (Chapi, 2013).

Con el fin de aclarar la connotación de la palabra depresión, se hace necesario exponer las diferentes concepciones que ésta puede tener en el ámbito de la psicología. Según Solloa, la depresión puede discutirse como un síntoma, un síndrome o como un trastorno del estado de ánimo” (Solloa, 2001).

El concepto síntoma depresivo es utilizado para designar un síntoma individual que tiene un significado muy amplio, desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico; o bien indicar un estado de ánimo disfórico. Estos síntomas depresivos son relativamente comunes a lo largo de la vida, pero también pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico determinado, aunque no necesariamente de tipo afectivo.

En cuanto al síndrome depresivo, se trata de un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos regularmente y no están asociados por casualidad. Se acepta de un modo generalizado que la depresión como síndrome consiste en nueve síntomas primarios junto con un estado de ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, por lo menos durante dos semanas.

Dichos síntomas no se refieren exclusivamente a cambios afectivos, incluyen también trastornos vegetativos, psicomotores, cognitivos y motivacionales. El uso de depresión para designar un trastorno no sólo significa que existe un síndrome depresivo, que es hasta cierto punto, incapacitante en importantes áreas de la vida; sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos.

Aunque es posible diagnosticar un episodio depresivo mayor superpuesto a un episodio de esquizofrenia, la manifestación simultánea de los dos síndromes suele dar lugar a un trastorno esquizoafectivo o trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo” (Fauman, 2002).

También cabe destacar el valor preponderante que se le asigna a los factores de riesgo en la adquisición de la depresión, eventos latentes en la vida de todo individuo, que pueden desencadenar un trastorno del estado del ánimo en cualquier etapa de la vida, incluso en la infancia.

Para poder diagnosticar una depresión mayor (F06.32), es necesario cumplir los siguientes criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV –Revisado (DSM IV-TR, por sus siglas en inglés) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2002).

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros.
 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones o inquietudes o de estar

- enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios par aun episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importante de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. Una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej. hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. Después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Los trastornos depresivos a su vez pueden clasificar como depresión mayor (episodio único y recidivante) o distimia.

El Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) contempla los siguientes criterios diagnósticos para la depresión (F32) (Organización Mundial para la salud):

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
 - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
 - Pérdida marcada del apetito
 - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
 - Notable disminución del interés sexual

En este estudio, se tiene en consideración la posible etiología de la depresión desde el modelo cognitivo respaldado por numerosos autores, entre ellos Beck, Rush y Show; que definen la depresión como “el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva” (Vallejo y Gastó, 2000). El modelo cognitivo ponen el énfasis en qué variables determinan que algunas personas se depriman y otras no ante los mismos acontecimientos. El modelo cognitivo de la depresión hace hincapié en que el aspecto explicativo nuclear de los síntomas depresivos son los esquemas de pensamiento disfuncionales, producidas por estilos de procesamiento cognitivo erróneos y creencias centrales irracionales.

Concretamente el modelo de Beck propone una cadena de elementos causales. El primero de los eslabones lo constituirían las experiencias negativas tempranas, como por ejemplo, las críticas y rechazo por parte de los padres. Fruto de esas experiencias se generarían los esquemas y actitudes disfuncionales. Los esquemas constituyen la base para ver e interpretar las circunstancias, y por tanto, influyen en el procesamiento de la información. Un esquema puede permanecer inactivo durante años y ser activada por estímulos ambientales que impulsan los sesgos de procesamiento (Vázquez, Hernán Gómez y Hérvas, 2008).

Los sesgos en el procesamiento de la información hacen que interpretemos los acontecimientos de manera que validamos nuestras creencias negativas; a pesar de que la evidencia sea la contraria. Beck identificó algunos sesgos como por ejemplo el pensamiento dicotómico (ver las cosas en blanco o negro), la sobregeneralización (generalizar un hecho negativo), la abstracción selectiva (poner la atención en los aspectos negativos), la descalificación de las experiencias positivas (no tener en cuenta las experiencias positivas), la inferencia arbitraria (ver las experiencias como negativas aunque no haya evidencia de ello), la magnificación de los errores y minimización de los éxitos, el razonamiento emocional (asumir que el sentirse mal es resultado de cosas negativas), los debería (imposiciones a uno mismo, los demás y el mundo), la etiquetación (calificarse a sí mismos de manera negativa) y la personalización (pensar que uno tiene la culpa de todo lo que ocurre) (Bas y Andrés, 1994).

Todos estos sesgos de procesamiento conllevan a pensamientos negativos (“no valgo para nada”, “todo es un desastre”) que conforman lo que Beck en particular denominó la Tríada Cognitiva de la Depresión (Beck, 1974). Este constructo abarca una visión negativa del sí mismo, del mundo y del futuro, que origina el resto de los síntomas afectivos, motivacionales, cognitivos, motores y fisiológicos que componen el cuadro depresivo.

3.2. Depresión en población policial

Mantener el orden y hacer cumplir la norma, es una de las ocupaciones más estresantes en el mundo (Anshel, 2000). Además, son tareas que generan alta incompatibilidad de expectativas de conducta, que pueden ubicar al policía en un estado de confusión acerca de cuál es el rol que exactamente debe cumplir (Schaible, 2006). Por otro lado, en este colectivo se observan varias situaciones estresantes tales como traslados, retraso de grado, tiempo de servicio y extensos horarios de trabajo que pueden afectar al estado de ánimo del trabajador. Asimismo, puede haber otros factores protectores que influyan, como pueden ser encontrarse en un ambiente académico, no estar expuestos diariamente a altos niveles de tensión, situaciones violentas o percepción de constante peligro físico, etc. (Castro et al., 2012).

En general, los estudios encontrados se centran en el estado de la salud mental de policías y militares que han abandonado su actividad profesional. Son escasos los estudios que tienen como objetivo determinar el perfil de salud mental y específicamente en los signos y síntomas de la depresión en los trabajadores activos de la policía y fuerzas militares. Es importante tener en cuenta, que el presente estudio evaluó los signos de depresión en la población activa policial y no se tiene un diagnóstico clínico de depresión.

4.OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Estimar los factores de riesgo y factores protectores asociados a los signos de depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar las características socio-demográficas y de salud mental asociadas a los signos de depresión en el personal activo de la Policía Nacional.
- Identificar los principales factores de riesgo asociados a los signos de depresión en población de la Policía Nacional.
- Identificar los principales factores protectores asociados a los signos de depresión en población de la Policía Nacional.

5.METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal, donde se buscó estimar la relación de las variables sociodemográficas y de salud mental con los signos de depresión en la población activa de la Policía Nacional (Londoño, 2004).

5.2. Población y muestra

Según los datos reportados por la Policía Nacional, a marzo del 2008 se contaba con una población aproximada de 527.155 integrantes entre activos, no activos, pensionados y retirados de las cuales el 42.30% corresponden a personal activo.

5.2.1.Diseño muestral

Con respecto al muestreo, se realizó un muestreo de tipo probabilístico, multi-etapico, donde la selección de las personas que conformaron la muestra se llevó a cabo mediante dos etapas: la primera etapa se estratifico de acuerdo a las regiones geográficas, y una segunda etapa, donde se seleccionó aleatoriamente a los activos.

Para la selección de las personas que conformaron la muestra, y con el objetivo de garantizar la aleatoriedad y confidencialidad del proceso, una persona del equipo de la Universidad Nacional de Colombia implementó un algoritmo para ser usado en las bases de datos de nómina de la policía, y acorde con los siguientes pasos (De la Hoz et al., 2009).

- Al interior de cada estrato, por región y condición de activo, se construyó un identificador único para cada persona.
- Para cada identificador se asignó un número aleatorio proveniente de una distribución uniforme continua y fue cada sub-estrato ordenado según este.
- Se seleccionó el número de personas requeridas según el ordenamiento previo.
- Todo el trabajo, se realizó bajo supervisión de la policía para garantizar la confidencialidad del proceso.

5.2.2. Tamaño de muestra y asignación muestral

El esquema muestral propuesto garantizó una confiabilidad mínima del 95% por región y por el hecho de ser activo, siempre que las prevalencias estimadas fueran al menos del 10%. De forma similar a ese mismo nivel de desagregación, el error absoluto máximo de muestreo esperado fue del 4% ($e = 0,04$).

El proceso de asignación muestral se llevó a cabo teniendo en cuenta las disparidades importantes presentadas entre los diferentes tamaños de los municipios al interior de las regiones.

A continuación se presentan los mapas de distribución de las encuestas aplicadas en las diferentes regionales, con sus respectivos departamentos:

Figura 1. Distribución de los uniformados encuestados en la regional Antioquia



La regional Antioquia está conformada por los departamentos de Antioquia, Córdoba y Chocó. Se recolectó información en la ciudad de Medellín y en el municipio de Llorica del departamento de Córdoba.

Fuente: Rico A. Informe investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios

Figura 2. Distribución de uniformados encuestados en la regional Valle



Regional Valle, conformada por los departamentos de Cauca, Nariño, Putumayo y Valle. Se recolectó información en las ciudades de Cali y Tumaco.

Fuente: Rico A. Informe investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios

Figura 3. Distribución de uniformados encuestados en la regional Atlántico

La regional Atlántico, conformada por los departamentos de Atlántico, Bolívar, Cesar, La Guajira, Magdalena y Sucre. Se recolectó información en el municipio de Aguachica y en el Distrito de Barranquilla



Fuente: Rico A. Informe investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios

Figura 4. Distribución de uniformados encuestados en la regional Santander



La regional Santander está conformada por los departamentos de Arauca, Santander y Norte de Santander. Se recolectó información en la ciudad de Arauca y Bucaramanga.

Fuente: Rico A. Informe investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios

Figura 5. Población de uniformados encuestados en la regional Caldas



La regional Caldas, conformada por los departamentos de Caldas, Quindío y Risaralda. Se recolectó información en los municipios de Dosquebradas y Manizales.

Fuente: Rico A. Informe investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios

Figura 6. Distribución de uniformados encuestados en la regional Llanos Orientales

La regional Llanos Orientales está conformada por los departamentos de Casanare, Guainía, Guaviare, Meta y Vaupés. Se recolectó información en los municipios de Granada y Villavicencio.



Fuente: Rico A. Informe investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios

Figura 7. Población de uniformados encuestados en la regional Huila



Regional Huila, conformada por los departamentos de Caquetá, Huila y Tolima. Se recolectó información en la ciudad de Ibagué y Pitalito.

Fuente: Rico A. Informe investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios

Figura 8. Población de uniformados encuestados en la regional Cundinamarca

Regional Cundinamarca, conformada por los departamentos de Amazonas, Boyacá, Cundinamarca y San Andrés y Providencia. Se captó beneficiarios en Tunja y San Andrés Islas.



Fuente: Rico A. Informe investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios

Figura 9. Distribución de los uniformados encuestados en la regional Bogotá



La Regional Bogotá, conformada por el Distrito Capital Bogotá.

Fuente: Rico A. Informe investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios

Se calculó una muestra esperada de 1839 sujetos activos, sin embargo se recolectaron 1674 entrevistas de activos de la Policía Nacional. En total la muestra tuvo una pérdida de 8,9%, habiéndose calculado una pérdida posible del 10%. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la muestra de activos esperados y entrevistados por regional

Regional	Muestra esperada	% de la muestra esperada	Muestra observados	% de la muestra observada
Antioquia	213	11,6%	190	11,4%
Atlántico	235	12,8%	221	13,2%
Bogotá	356	19,4%	278	16,6%
Caldas	148	8,0%	132	7,9%
Huila	168	9,1%	143	8,5%
Santander	182	9,9%	262	15,7%
Valle del Cauca	240	13,1%	205	12,2%

Cundinamarca	165	9,0%	142	8,5%
Llanos Orientales	132	7,2%	101	6,0%
Total	1839	100,0%	1674	100,0%

Tabla 2. Distribución de la muestra de activos según el grado

Grado	Recuento	% del N de la columna
Patrullero	910	54,4%
Agente	252	15,1%
Intendente	231	13,8%
Subintendente	188	11,2%
Sargento	27	1,6%
Mayor	19	1,1%
Subteniente	14	0,8%
Teniente	9	0,5%
Capitán	6	0,4%
Dragoneante	6	0,4%
Comisario	4	0,2%
Teniente coronel	4	0,2%
Subcomisario	3	0,2%
Cabo	1	0,1%
Total	1674	100,0%
Oficial	52	3,1%
Suboficial	1622	96,9%
Total	1674	100,0%

Con respecto a los grados de los activos evaluados, la encuesta estuvo orientada a todos los grupos según la distribución muestral, sin embargo el mayor pie de fuerza dentro de la Policía Nacional fueron los patrulleros con el 54,4% seguidos de los Agentes con el 15,1% y en tercer lugar los intendentes con el 13,8%. Dentro de la muestra se puede observar que la mayor proporción la tienen los suboficiales con un 96,9% frente a un 3,1% de los oficiales.

5.3. Información recogida en la encuesta

La información fue recolectada a través de la técnica encuesta, donde se utilizó un instrumento con preguntas dirigidas o preguntas cerradas.

El instrumento se desarrolló por el Grupo de Epidemiología y Evaluación en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia a partir de un estudio de carga de la enfermedad en la población de UNISALUD, que permitió dar un panorama del comportamiento de las enfermedades crónicas e identificar las diez principales causas de enfermedad e indagar sobre algunos factores de riesgo. Esta información se complementó con una revisión de la literatura para identificar los factores de riesgo publicados en la literatura científica, las escalas, test e instrumentos desarrollados con anterioridad que permitieran la elaboración de un instrumento aplicable a la población de la policía nacional.

5.3.1. Análisis de validez de constructo del instrumento de Medición

Este se llevó a cabo mediante la técnica de análisis multivariado conocida como análisis de factores. Con ello se pretendió identificar conjuntos de ítems que se agrupan naturalmente entre sí (llamados factores) de acuerdo con las características que están tratando de medir, y que a su vez pueden describir agrupamientos de los sujetos de estudio en términos de su comportamiento frente a dichos factores.

La validez de constructo se relaciona con la extensión en la cual un instrumento mide el concepto que se desea medir y para lo cual fue diseñado de acuerdo con las expectativas teóricas. El análisis factorial es, de manera general, el método utilizado para verificarla. Para el presente estudio este proceso será

implementado en dos etapas: el Análisis Factorial Exploratorio (EFA), orientado hacia la identificación de posible relaciones entre múltiples variables cuantitativas utilizadas en la encuesta, y, el Análisis Factorial Confirmatorio (CFA) para verificar, etapa posterior del estudio, la validez de la estructura factorial previamente obtenida con EFA y por consiguiente la validez de las deducciones teóricas inferidas del mismo.

5.3.2. Escalas incluidas para la evaluación del estado de la salud mental

Para el caso de salud mental, se incluyeron en la encuesta las siguientes escalas, todas caracterizadas por ser escalas de screening (Tamizaje):

Cuttingdown, Annoyance, Guilty & Eye-Opener (CAGE). Consistente en cuatro preguntas camuflables sobre aspectos subjetivos de la persona en relación con el alcohol y con la abstinencia alcohólica.

Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Test para valorar la gravedad del consumo de riesgo y consejos sobre cómo desarrollar una intervención breve. Los patrones de consumo son muy diversos, aunque las recomendaciones considerando una unidad de alcohol aproximadamente de 10 gramos, lo que equivale a una cerveza, un vaso de vino.

Escala de Percepción del Estrés (PCE). Es el instrumento psicológico más utilizado para medir la percepción del estrés de algunas situaciones de la vida, así como de su severidad. Consta de 10 preguntas con puntuaciones que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (siempre), donde una mayor puntuación implica una mayor percepción de estrés en un individuo (Cohen, y Williamson, 1988).

Eventos de maltrato intrafamiliar. Se creó una lista de 10 eventos de maltratos y violencia intrafamiliar; en los cuales se indaga por las lesiones provocadas con

objetos al disciplinarlo, forma de discutir, violencia sexual y explotación laboral infantil.

Encuesta de Trastornos del sueño (Sleep Disorders Screening). Se usó una adaptación de este instrumento para medir dificultades y problemas con el sueño.

Escala EORTC-QLQ. Es un instrumento para medir la calidad de vida desarrollados por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC; Por su iniciales en inglés). En este estudio se usó la subescala de funcionamiento autónomo, para determinar si la persona era autosuficiente (Sánchez, Veegas, Otero y Sánchez, 2009).

The Mental Health Inventory (MHI). Para medir los signos de depresión se usó la subescala de depresión del MHI. El MHI es uno de los instrumentos más usados para medir características de salud mental.

Una vez terminado el instrumento de recolección de la información, se hizo una prueba piloto con los empleados de la Universidad Nacional para determinar la estrategia de aplicación más adecuada, tiempos de aplicación, detectar errores en la formulación de las preguntas, dificultad para entender y explicar las preguntas y resolver dudas generales de los encuestadores. Posteriormente, se determinó que debía ser un instrumento suministrado por un encuestador entrenado.

5.4. Operacionalización de variables

Cuadro 1. Operacionalización de las variables

Categoría	Variable	Escala de medición	Valores posibles	Recodificación
Sociodemográfica	Regional	Nominal	Antioquia Atlántico Bogotá Caldas Huila Santander Valle del Cauca Cundinamarca Llanos Orientales	--
	Género	Nominal	Femenino Masculino	--
	Edad	Razón	Número de años cumplidos	18-24 25-34 35-44 >44
	Grado del Uniformado	Nominal	Patrullero Agente Intendente Subintendente Sargento Mayor Subteniente Teniente Capitán Dragoneante Comisario Teniente coronel Subcomisario Cabo	Suboficial Oficial

	Estado Civil	Nominal	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Unión libre Separado	Soltero / viudo/ separado Casado / Unión libre
	Zona donde vive	Nominal	Rural Urbana	--
	Estrato socioeconómico	Ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6	Estrato 1 y 2 Estratos > a 3
	Nivel Educativo	Ordinal	Primaria Bachiller Técnico-logo Universitario Posgrado	Primaria /Bachiller > Técnico-logo
	Ingresos económicos del Hogar	Ordinal	Menos de un salario mínimo Entre uno y dos salarios mínimos Entre dos y cuatro salarios mínimos Más de cuatro salarios mínimos No sabe/ No responde	2 salarios o menos más de 2 salarios
Salud Mental	Signos de Depresión	Nominal	Sí No	--
	Consumo de sustancias psicoactivas	Nominal	Sí No	--
	Riesgo de dependencia alcohólica	Nominal	Sí No	--
	Problemas de sueño	Nominal	Sí No	--

	Soporte social	Nominal	Sí No	--
	Perdida de un ser querido en el último año	Nominal	Sí No	--
	Percepción del estrés	Ordinal	Sí No	--
	Eventos de maltrato intrafamiliar	Nominal	Sí No	--

5.5. Procesamiento de los datos

Una vez recogida la información, ésta fue registrada en una base de datos en Excel. Posteriormente, se realizó la depuración y limpieza de la base de datos de los uniformados en donde se encontraron respuestas de “no se” o “se niega a responder” que se etiquetaron como valores perdidos. Los análisis estadísticos se realizaron en el programa SPSS versión 20.

5.6. Análisis de los datos

5.6.1. Análisis descriptivo

Se realizó una descripción general de las características socio-demográficas de la población de estudio aplicando medidas de tendencia central, dispersión o tablas de frecuencia según la naturaleza, escala de medición y distribución de cada variable. Las variables de escala nominal y ordinal fueron descritas usando frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se describieron

usando medianas, medias, modas, desviaciones estándar y coeficientes de variación.

5.6.2. Análisis bivariado

Después de realizar una descripción de cada variable, se llevó a cabo el cálculo de razón de ventaja (OR) a través de tablas de contingencias, donde como variable independiente se introdujo cada una de las variables sociodemográficas y de salud mental; y como variable dependiente los signos de depresión. Para el análisis se ha recodificado como dicotómicas la mayor parte de las variables, como se observa el cuadro 1.

Complementariamente, se realizó un análisis estratificado de las asociaciones más importantes detectadas con el estadístico la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel, donde se usaron como variables de estratificación la edad y el género para determinar posibles interacciones.

5.6.3. Análisis Multivariado

Se empleó un modelo de regresión logística binaria (Hernández Ávila, 2007). Con el objetivo de estimar el grado de asociación de cada factor de riesgo y los signos de depresión como variable dependiente; se realizó un modelo de regresión logística binaria, en donde la razón de momios fue la medida estadística utilizada. Se consideraron como variables independientes aquellas que mostraron asociación significativa en el análisis bivariado.

5.7. Aspectos Éticos

Toda investigación en humanos está sujeta a una serie de recomendaciones éticas internacionales, por tanto todos los procedimientos llevados a cabo en esta

investigación se desarrollaron conforme a la declaración de Helsinki, la Convención de los derechos humanos y la medicina y a la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993) del ministerio de protección social, quienes enfatizan principalmente en lo referente a la participación voluntaria e informada de los sujetos y la confidencialidad de la información suministrada, lo cual se desarrolló a través de la solicitud del consentimiento informado de los sujetos participante en estas actividades y para avalar su participación en el estudio.

Esta investigación únicamente obtiene información retrospectiva a través de una encuesta y procedimientos comunes que no implican modificar las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes. Al aplicar la encuesta, los sujetos de estudio no son identificados individualmente. Sólo se formulan algunas preguntas sobre aspectos de la conducta que pueden considerarse sensitivas. De acuerdo con estos criterios, la presente se considera una investigación de riesgo mínimo.

6.RESULTADOS

El presente apartado presenta los resultados de los diferentes análisis estadísticos aplicados para alcanzar los objetivos propuestos.

6.1. Análisis Univariado

Tabla 3. Distribución de frecuencias de las características sociodemográficas de los activos de la Policía Nacional de Colombia.

		Recuento	% del N de la columna
Género	Masculino	1466	87,6
	Femenino	208	12,4
Edad	18 a 24	465	27,8
	25 a 34	715	42,7
	35 a 44	415	24,8
	> a 44	79	4,7
Estado civil	Soltero, viudo, separado	721	43,1
	Casado, unión libre	953	56,9
Nivel educativo	Primaria y bachillerato	1139	68,0
	>Técnico	535	32,0
Estrato socioeconómico	1 – 2	690	41,2
	3 – 6	984	58,8
Zona vive	Rural	52	3,1
	Urbano	1622	96,9
Ingresos Hogar	2 salarios mínimos o menos	838	51,5
	más de 2 salarios mínimos	790	48,5

Ingresos Suficientes	Son suficientes	779	46,5
	Son insuficientes	737	44,0
	No está seguro	158	9,4

En relación a las características sociodemográficas, la muestra presenta una mayor proporción masculina (87,6%). Los policías activos se caracterizan por tener un estado civil de casado o unión libre (56,9%), con edad promedio de $30,3 \pm 7,9$ años, siendo 25 a 34 años de edad (42,7%) el rango de mayor frecuencia, y tener nivel educativo de primaria y bachillerato (68%). Por otra parte hacen están en estrato socioeconómico del 3 al 6 (58,8%), viven en la zona urbana y sus ingresos familiares son de dos salarios mínimos o menos (51,5%), y el 46,5% refieren que son ingresos son suficientes.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de las características de salud mental de los activos de la Policía Nacional de Colombia.

		Recuento	Proporción (%)	IC 95%	
Signos de Depresión	Si	850	50,8	48,2	53,2
	No	824	49,2	46,8	51,8
Consumo de sustancias psicoactivas	Si	7	,4	,2	,8
	No	1648	98,4	97,8	99,0
Riesgo de dependencia alcohólica según AUDIT	Si	914	54,6	52,2	57,0
	No	760	45,4	43,0	47,8
Riesgo de dependencia alcohólica según CAGE	Si	695	41,5	39,2	43,8
	No	979	58,5	56,2	60,8
Soporte Social	Si	1343	80,2	78,3	82,3
	No	331	19,8	17,7	21,7
Pérdida de un ser querido en el último año	Si	314	18,8	16,8	20,6
	No	1360	81,2	79,4	83,2
Problemas de sueño	Si	1202	71,8	69,7	73,8
	No	472	28,2	26,2	30,3
Ser autosuficiente	Si	1469	87,8	86,1	89,4
	No	205	12,2	10,6	13,9
Tener estrés percibido	Si	136	8,1	6,8	9,5
	No	1538	91,9	90,5	93,2
Eventos de maltrato intrafamiliar	Si	483	28,9	26,7	31,1
	No	1191	71,1	68,9	73,3

Con respecto al componente de salud mental, el 50,8% (IC 95%; 48,2%-53,2%) de los evaluados presentan signos de depresión. El 0,4% de los evaluados refiere consumir sustancias psicoactivas. Según las puntuaciones del AUDIT (54,6%) y el CAGE (41,5%), se evidencia que los activos de la Policía Nacional evaluados presentan un riesgo para adquirir una dependencia alcohólica.

El 20,6% de los evaluados refieren haber perdido un ser querido en el último año. Por otra parte el 82,3% del personal activo evaluado refieren tener una persona que los apoye en caso de tener algún tipo de necesidad o problema. El 71,8% (IC 95%; 69,7%-73,8%) de la muestra evidenció problemas de sueño y el 87,8% refirió ser autosuficiente en las actividades físicas diarias.

Con respecto al estrés percibido, el 8,1% (IC 95%; 6,8%-9,5%) de los activos evaluados presentan características relacionadas con el estrés. Finalmente, el 28,9% (IC95; 26,7%-31,1%) de los evaluados refieren haber tenido eventos de maltrato intrafamiliar en su infancia o en el transcurso de su vida.

6.2. Análisis bivariado

Tabla 5. Características socio-demográficas asociadas con los signos de depresión en el personal activo de la Policía Nacional de Colombia

		Signos de Depresión				OR	IC 95%	
		Si		No				
		Recuent o	% de la fila	Recuent o	% de la fila			
Género	Masculino	740	50,5%	726	49,5%	0,90	0,67	1,25
	Femenino	110	52,9%	98	47,1%			
Grado	Oficial	25	48,1%	27	51,9%	0,89	0,86	1,55
	Suboficial	825	50,9%	797	49,1%			
Zona vive	Rural	31	59,6%	21	40,4%	1,44	0,82	2,54
	Urbano	819	50,5%	803	49,5%			
Ingresos	Son suficientes	399	51,2%	380	48,8%	1,07	0,87	1,30
Suficientes	Son insuficientes	365	49,5%	372	50,5%			
Estado civil	Soltero, viudo, separado	362	50,2%	359	49,8%	0,98	0,79	1,22
	Casado, unión libre	488	51,2%	465	48,8%			
Estrato socioeconómico	1-2	378	54,8%	312	45,2%	1,38	1,11	1,72 ⁺
	3-6	472	48,0%	512	52,0%			
Nivel educativo	Primaria y bachillerato	583	51,2%	556	48,8%	1,05	0,85	1,29
	>Técnico	267	49,9%	268	50,1%			
Ingreso económico	2 salarios o menos	432	51,6%	406	48,4%	1,08	0,89	1,31
	más de 2 salarios	391	49,5%	399	50,5%			

⁺ Asociación significativa de riesgo

Para el análisis bivariado, se tomó como variable independiente o variable exposición cada uno de las características sociodemográficas, y como variable dependiente o variable resultado los signos de depresión.

Se observa una asociación entre el estrato socioeconómico y la depresión (OR=1,38; IC: 1,11: 1,72), donde estar en un estrato socioeconómico de 1 y 2 predice el riesgo de depresión frente a las personas que están en el estrato 3 al 6. Las restantes variables sociodemográficas no tienen una asociación significativa.

Tabla 6. Rangos de edad asociados con los signos de depresión en el personal activo de la Policía Nacional de Colombia

		Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
				Inferior	Superior
Edad		,036*			
Paso 1 ^a	Rango edad 18-24(1)	,059	1,252	,991	1,582
	Rango edad 34-44(2)	,006	1,410	1,106	1,798 ⁺
	Rango edad >44(3)	,395	1,224	,769	1,949
Constante		,093	,882		

* $p < 0,05$

⁺ Asociación significativa de riesgo

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: edadref2534.

Teniendo en cuenta que la edad se ha recodificado en una variable categórica ordinal, se ha estimado la asociación de la edad y los signos de depresión. Se tomó como referente el rango de edad de 25 a 34 años. Se encontró que la edad está asociada significativamente con los signos de la depresión ($p < 0,05$). Se identifica que el rango de edad de 34 a 44 años es un factor de riesgo asociado a los signos de depresión ($\beta = 1,4$; IC: 1,10: 1,79).

Tabla 7. Ubicación de la regional asociada con los signos de depresión en el personal activo de la Policía Nacional de Colombia

	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
Regional	,000**			
Regional Atlántico (1)	,637	1,089	,765	1,551
Regional Antioquia (2)	,883	1,028	,711	1,487
Regional Caldas (3)	,833	,956	,632	1,447
Regional Huila (4)	,998	1,000	,668	1,496
Paso 1 ^a Regional Santander (5)	,185	,795	,567	1,116
Regional Valle del Cauca (6)	,032	,671	,466	,966 ⁺⁺
Regional Cundinamarca (7)	,048	1,514	1,004	2,282 ⁺
Regional Llanos Orientales (8)	,000	2,702	1,639	4,452 ⁺
Constante	,905	1,014		

** $p < 0,001$

+ Asociación significativa de riesgo

++ Asociación significativa de protección

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: regionrefbog.

Se observa una asociación significativa entre la variable regional y los signos de depresión ($p < 0,001$). Para el análisis se tomó como referencia la regional Bogotá; y se observa que la regional Cundinamarca ($\beta = 1,51$; IC: 1,00: 2,28) y la regional Llanos Orientales ($\beta = 2,70$; IC: 1,63: 4,45) son factores de riesgos asociados a los signos de depresión en la muestra de Policías activos.

La regional Valle del Cauca ($\beta = 6,71$; IC: ,46: ,96) se asocia como factor protector de los signos y signos de depresión.

Tabla 8. Características de salud mental asociadas a los signos de depresión en la población de la Policía Nacional de Colombia

	Signos de Depresión							
		Si		No		OR	IC 95%	
		Recuento	% de la fila	Recuento	% de la fila			
Soporte social	Si	674	50,2%	669	49,8%	0,88	0,69	1,12
	No	176	53,2%	155	46,8%			
Pérdida de un ser querido durante el último año	Si	190	60,5%	124	39,5%	1,6	1,20	2,0 ⁺
	No	660	48,5%	700	51,5%			
Riesgo AUDIT	Si	482	52,7%	432	47,3%	1,18	0,98	1,44
	No	368	48,4%	392	51,6%			
Riesgo CAGE	Si	363	52,2%	332	47,8%	1,10	0,90	1,34
	No	487	49,7%	492	50,3%			
Ser autosuficiente	Si	723	49,2%	746	50,8%	0,5	0,44	0,80 ⁺⁺
	No	127	62,0%	78	38,0%			
Tener estrés percibido	Si	124	91,2%	12	8,8%	11,5	6,30	21,0 ⁺
	No	726	47,2%	812	52,8%			
Eventos de maltrato intrafamiliar	Si	314	65,0%	169	35,0%	2,2	1,80	2,8 ⁺
	No	536	45,0%	655	55,0%			

⁺ Asociación significativa de riesgo

⁺⁺ Asociación significativa de protección

Con respecto a variables relacionadas a la salud mental, se observa que haber perdido un ser querido en el último año (OR=1,6; IC: 1,2: 2,0); tener estrés percibido (OR=11,5; IC: 6,3: 21,0) y haber tenido eventos de violencia intrafamiliar (OR=2,2; IC: 1,8: 2,8) son factores de riesgos asociados a los signos de depresión en la población activa de la Policía Nacional de Colombia.

Por otra parte, ser una persona autosuficiente se asocia como factor protector (OR=0,5; IC: 0,44: 0,80) para los signos de depresión en la población activa de la Policía Nacional de Colombia.

Tabla 9. Estratificación según género con Mantel-Haenszel

	Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel	IC 95%	
		Inferior	Superior
Estrato socioeconómico * Signos de Depresión * Género	1,32	1,08	1,60
Autosuficiente * Signos de depresión * Género	0,59	0,44	0,80
Estrés percibido * Signos de Depresión * Género	11,48	6,30	20,9
Eventos de Maltrato intrafamiliar * depresión * Género	2,26	1,82	2,82
Pérdida de un ser querido durante el último año * signos de Depresión * Género	1,62	1,26	2,08

Se ha calculado la posible interacción que pueda tener el género en las diferentes asociaciones significativas encontradas hasta el momento. Según los resultados de la estratificación y el valor de la estimación de Mantel-Haenszel, se pueden observar que la variable género no afecta las diferentes asociaciones encontradas. Esto se puede concluir ya que no hay cambios significativos (>30%) en el valor de la asociación (OR) y en los intervalos de confianza para las diferentes asociaciones.

Tabla 10 Estratificación según rangos de edad con Mantel-Haenszel

	Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel	IC	
		Inferior	Superior
Estrato socioeconómico * Signos de Depresión * edad	1,33	1,09	1,62
Ser autosuficiente * Signos de Depresión * edad	0,59	0,44	0,81
Tener estrés percibido * Signos de Depresión * edad	11,48	6,30	20,9
Eventos de Maltrato intrafamiliar * Signos de Depresión * edad	2,26	1,81	2,81
Pérdida de un ser querido durante el último año * Signos de Depresión * edad	1,62	1,26	2,08

Se ha calculado la posible interacción que pueda tener la edad en las diferentes asociaciones significativas encontradas hasta el momento. Según los resultados de la estratificación y el valor de la estimación de Mantel-Haenszel, se pueden observar que la variable edad no afecta las diferentes asociaciones encontradas. Esto se puede concluir ya que no hay cambios significativos (>30%) en el valor de la asociación (OR) y en los intervalos de confianza para las diferentes asociaciones.

6.3. Análisis multivariado

Tabla 11. Factores asociados a los signos de depresión en la población de la Policía Nacional de Colombia

	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. EXP(B)	
					Inferior	Superior
Edad	5,993	3	,112			
Rango 18-24 (1)	,734	1	,392	1,117	,867	1,438
Rango 34-44 (2)	5,585	1	,018	1,368	1,055	1,773
Rango >44 (3)	,015	1	,901	,968	,583	1,609
Regional	26,78	8	,001			
Regional Atlántico (1)	,214	1	,644	1,094	,748	1,598
Regional Antioquia (2)	,129	1	,719	1,074	,727	1,588
Regional Caldas (3)	,002	1	,966	1,009	,654	1,558
Regional Huila (4)	,104	1	,748	,932	,606	1,432
Paso 1 ^a Regional Santander (5)	1,068	1	,301	,829	,581	1,183
Regional Valle del Cauca (6)	2,961	1	,085	,716	,489	1,048
Regional Cundinamarca (7)	1,566	1	,211	1,323	,853	2,050
Regional Llanos Orientales (8)	12,80	1	,000	2,627	1,548	4,459 ⁺
Estrato socioeconómico 1 y 2	5,018	1	,025	1,281	1,031	1,590 ⁺
Ser autosuficiente	8,694	1	,003	,614	,444	,849 ⁺⁺
Tener estrés percibido	54,59	1	,000	9,945	5,407	18,29 ⁺
Eventos de Maltrato intrafamiliar	36,48	1	,000	2,031	1,614	2,55 ⁺
Constante	,223	1	,637	,905		

⁺ Asociación significativa de riesgo

⁺⁺ Asociación significativa de protección

a. Variable(s) en Paso 1: edadref2534, regionrefbog, estrato, autosuficiente, Estrés percibido, Maltrato

Una vez ingresados las variables identificadas con asociaciones significativas en el análisis bivariado, se calculó a través de la regresión logística binaria los

factores de riesgo y factores protectores asociados a los signos de depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia.

Según los resultados de la regresión logística binaria, se puede observar que de manera independiente, trabajar en la Regional Llanos Orientales ($\beta = 2,627$, $p < 0,001$); estar en el estrato socioeconómico 1 y 2 ($\beta = 1,281$, $p < 0,05$); tener estrés percibido ($\beta = 9,945$, $p < 0,001$), y presentar eventos de maltrato intrafamiliar ($\beta = 2,031$, $p < 0,001$) son factores de riesgo asociados a los signos de depresión en la población activa de la Policía Nacional de Colombia.

Por otra parte, Ser autosuficiente se asocia como factor protector ($\beta = 0,614$, $p < 0,05$) a los signos de depresión en la población activa de la Policía Nacional de Colombia. La edad deja de ser significativa ($p > 0,05$) al momento de entrar al modelo multivariado

El modelo tiene un valor de $R^2 = 0,15$ y los valores de las pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo es $p < 0,001$.

El modelo obtenido a partir de la regresión logística binaria es el siguiente:

$$Y = \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon$$

Signos de depresión

= 2,627 * trabajar en la Regional Llanos Orientales + 1,281

* estrato socioeconómico 1 y 2 + 9,945 * tener estrés percibido + 2,031

* eventos de maltrato intrafamiliar + (0,614) * ser autosuficiente + ε

7.DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo estimar los factores de riesgo y factores protectores en una muestra representativa de activos de la Policía Nacional de Colombia. Para lo anterior, se realizó un estudio epidemiológico transversal usando el cálculo de razón de ventaja (OR) y valores beta (β) para predecir los signos de depresión, iniciando con análisis de menor complejidad a mayor complejidad.

Con respecto a la muestra, los sujetos evaluados hacen parte de las diferentes regionales que conforman la Policía Nacional a lo largo del territorio colombiano, con una mayor frecuencia de suboficiales (96,9%), hombres (87,6%), con un estado civil de casado o unión libre (56,9%), con edades comprendidas entre 25 a 34 años de edad (42,7%); en su mayoría con nivel educativo de primaria y bachillerato (68%), viven en la zona urbana y tienen como ingreso económico de uno a dos salarios mínimos (47,7%).

Estimando la proporción de signos de depresión, se halló que el 50,8% de los activos los presentan. Al comparar la proporción de signos de depresión de la Policía Nacional de Colombia con la muestra de agentes de policía de Taiwán (21,6%) (Chen, 2006), se observa que los activos colombianos presentan una mayor proporción. Según los datos publicados por el Ministerio de la Protección Social (2011), la población general de Colombia presentaba una prevalencia en

trastornos del estado de ánimo de 15%; y según Restrepo y Jaramillo (2012), la prevalencia de depresión en población general en Colombia es de 10 %. Por tanto, los activos de la Policía Nacional de esta muestra presentan mayor proporción de signos de depresión en comparación con la población general.

Con respecto al género, la literatura muestra asociación entre el género y la depresión, debido a la desigualdad en factores macrosociales como la pobreza, estatus educativos y falta de control para tomar decisiones (Gove, 1972). Sin embargo, en el presente estudio no se encuentra asociación entre el género y signos de depresión. Esto podría deberse a la no representatividad de mujeres en la muestra, limitando la generalización de los resultados.

Continuando con las características sociodemográficas de la muestra, la única asociación significativa encontrada fue entre el estrato socioeconómico y la depresión, siendo que los activos que están en el estrato socioeconómico 1 y 2 tienen 1,38 veces más riesgo para la aparición de signos de depresión que los activos que refieren estar en otros estratos socioeconómicos. Esto se apoya con la teoría de la evolución de los trastornos mentales y de comportamiento que está determinada por la situación económica del individuo y por el ciclo pobreza-inequidades y enfermedad. Por tanto, la privación económica y el bajo nivel académico se constituyen factores de riesgo para la aparición de signos de depresión (Tuesca-Molina et al., 2003).

Con respecto a la regional en la cual desarrollan sus actividades laborales los activos de la Policía Nacional, se observa que las regionales de Cundinamarca y Llanos Orientales son factores de riesgo asociados a los signos de depresión en la población activa policial. Lo anterior se puede explicar desde la perspectiva socioambiental, donde la baja accesibilidad a la zona, lo que dificulta la comunicación con la familia. Por otra parte, en la región de los llanos orientales presentan un alto número de combates con grupos al margen de la ley como lo muestran diferentes informes estadísticos de la Policía Nacional (Naciones

Unidas, 2013). Sin embargo, los activos que se encuentran la regional Valle del Cauca es un factor protector asociado a los signos de depresión.

Con respecto al componente de salud mental, las escalas AUDIT y CAGE, muestran que más del 50% de la muestra podrían tener dependencia alcohólica. El consumo inmoderado de licor y otras sustancias psicoactivas debilita la vida en sociedad por sus consecuencias en la salud pública, la accidentalidad, la convivencia y la seguridad ciudadanas. Este tipo de población expuesta a diferentes eventos de estrés, son consumidores abusivos y en riesgo a los que no les dicen nada las campañas de prevención del consumo divulgadas a través de medios masivos de comunicación, las cuales normalmente son de alta recordación entre consumidores de bajo riesgo. Es importante tener en cuenta que el consumo de licor, a pesar de ser un evento cultural de mucho arraigo, es un evento individual, lo cual se interpreta como un evento que se puede prevenir y minimizar los efectos a mediano y largo plazo creando un ambiente que facilite la construcción de una nueva capacidad social e institucional para la reducción del consumo.

Otra variable de salud mental evaluada, fue la pérdida de un ser querido en el último año (OR=1,6; IC: 1,2: 2,0), siendo un factor de riesgo asociado a los signos de depresión. Se relaciona con el soporte social que pueda tener el individuo, bien sea la pareja o alguna persona al círculo familiar, y dependerán de características como tipo de relación, personalidad del sujeto, tipo de muerte, antecedentes personales y ambientales del sujeto (Vargas, 2012).

Por otro lado, tener estrés percibido (OR=11,5; IC: 6,3: 21,0), y de la misma manera ser víctima de eventos de maltrato en actividades de la vida cotidiana intrafamiliar, son un factor de riesgo que se asocia a los signos de depresión (OR=2,2; IC: 1,8: 2,8). Algunos estudios presentan que ser víctima del maltrato, bien sea en la niñez o edades posteriores, se convierte en un factor de riesgo para experimentar depresión, donde los padres que fueron disciplinados con

castigo físico creen que este método es apropiado y necesario, aceptando más el empleo de castigo físico (Gaxiola y Frías, 2008).

Finalmente la percepción de ser una persona autosuficiente se asocia como factor protector (OR=0,5; IC: 0,44: 0,80). Tal y como propone Bandura, considerarse capaz de desarrollar diferentes tareas influye en la utilización de estrategias de afrontamiento y respuesta emocional. Específicamente las expectativas de autoeficacia parecen ser uno de los factores que influyen en la depresión, lo cual brinda herramienta a cada uno de los sujetos para resolver problemas y afrontar adversidades (Vallejo, Comeche, Ortega, Rodríguez y Díaz, 2009).

Como conclusión del análisis multivariado, se puede observar que los factores de riesgo para los signos de depresión en población de la Policía Nacional de Colombia son: haber perdido un ser querido en el último año, tener estrés percibido, haber tenido eventos de maltrato intrafamiliar y trabajar en la regional de los Llanos Orientales. Finalmente, ser autosuficiente en el desarrollo de las actividades está asociado como factor protector a los signos de depresión en población de la Policía Nacional de Colombia.

Por otra parte, es importante mencionar que la depresión está relacionada de manera significativa con otras patologías como la ansiedad, donde el 65% de los casos con ansiedad reportaron sintomatología depresiva. Entre las manifestaciones depresivas, se encuentran las alteraciones de sueño, ingesta, tristeza, melancolía, y en el sistema cognitivo denotan pensamientos deformados respecto a su autoconcepto con preocupaciones excesivas orientadas a la incapacidad de resolver problemas, toma de decisiones y percepción catastrófica de la realidad de acuerdo con el síndrome de desamparo aprendido de Selligman (Castro, Carrillo, Vidaña, González, Vázquez y González, 2007). A sí mismo, según DSM-IV-TR, la depresión es un factor de riesgo importante para el suicidio (Castro et al., 2007).

Es importante tener en cuenta que este es el primer estudio que profundiza en las características de salud mental en personal activo de la Policía Nacional de Colombia, siendo necesario evaluar de manera continua para hacer seguimiento a las variables evaluadas en el presente estudio. Los resultados del presente estudio se pueden considerar una línea base para próximos estudios relacionados con la salud mental y los signos y síntomas de la depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia.

7.1. Limitaciones del estudio

Cabe mencionar que el presente estudio tiene algunos aspectos que deben ser tenidos en cuenta en el momento de la interpretación de los resultados. Uno de ellos es la distribución de la muestra según género, donde el 87,6% son hombres. Los resultados evidencian un perfil de riesgo alto entre los hombres, pero este aspecto limita la extrapolación de los resultados al no permitir hacer conclusiones generalizables.

De igual manera, es importante recordar que este estudio tiene un diseño de corte transversal, lo que no garantiza la permanencia temporal de los datos analizados. Sin embargo, esta limitación se puede controlar al tener en cuenta que el muestreo se realizó de manera aleatoria y la estratificación por otras variables fue adecuada, lo que aumenta la validez externa de la investigación.

Finalmente, los estudios publicados donde se evalúen características en salud mental de la fuerza policial o militar activa son muy pocos, lo cual dificulta hacer una comparación completa con otras poblaciones específicas; en general la literatura muestra estudios con personal retirado de la actividad militar.

7.2. Recomendaciones

Este estudio ha permitido identificar los factores de riesgo y factores protectores asociados a la depresión en población activa de la Policía Nacional de Colombia. Desde el enfoque de riesgo y atendiendo el llamado de la promoción de la salud como mecanismo para contrarrestar la aparición de los factores de riesgo, se propone las siguientes estrategias a tener en cuenta en los diferentes programas de prevención de los signos de depresión y promoción de la salud en la población activo de la Policía Nacional de Colombia:

1. Charlas informativas para ayudar a la persona a entender qué es la depresión, las causas de la misma, como herramienta que ayude a identificar los primeros signos de depresión.
2. Actividades de promoción de estilos de vida saludable (Ballenato, 1996; Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS; 2011). Se debe incluir una dieta equilibrada, sueño suficiente, horarios regulares, restricción y control de alcohol y otras sustancias, y la realización de ejercicio diario. Las personas con depresión tienen alteradas estas áreas y es recomendable fortalecerlas para evitar su aparición.
3. Fomentar la comunicación con los compañeros de trabajo para formar una red de apoyo dentro de la policía. Estudios demuestran que el apoyo social es uno de los factores protectores ante la depresión (Ballenato, 1996). Es por ello que proporcionar actividades colectivas, realizar ejercicio continuado en compañía de otros, disponer las instalaciones de manera que favorezcan el contacto con el otro, etc. ayudan a este propósito.
4. También se puede poner a su disposición un teléfono de escucha psicológica mediante el cual la persona pueda hablar de lo que le ocurre y recibir apoyo y asesoramiento.

5. Terapias grupales dirigidas por un psicólogo o psiquiatra para fomentar el compañerismo, la comunicación, la identificación de emociones, realizar ejercicios para la autoestima, etc.(Ballenato, 1996; Vázquez y Torres, 2005). La terapia grupal puede ser una excusa para verse entre ellos y compartir sus experiencias. Además, pueden aplicar técnicas de escucha y comunicación con el otro.
6. Por otro lado, es recomendable realizar ejercicios de identificación de emociones para que la persona sepa cuándo se está sintiendo mal y poder así actuar. El tener una autoestima buena ayuda a prevenir la depresión, por lo que sería un aspecto a trabajar en el grupo.
7. Favorecer las actividades placenteras en grupos (Ballenato, 1996). Uno de los problemas con las personas que presentan signos de depresión es la falta de reforzamiento. Proporcionarles actividades agradables que puedan hacer en compañía hará que se centren en aspectos positivos y al mismo tiempo, se favorecerá el compañerismo y la red de apoyo.
8. Dado que los policías están expuestos a eventos estresantes que no se puede evitar, sería recomendable enseñarles técnicas de relajación y de resolución de problemas para poder manejar mejor el estrés (Vázquez y Torres, 2005).
9. Fortalecer las técnicas de manejo del estrés en el cuerpo de policía de las diferentes regionales (relajación, resolución de problemas, etc.) (Vázquez y Torres, 2005).
10. Comunicación más regular con la familia. Proporcionar contacto más regular con sus familiares puede ayudarles a manejar mejor los factores estresores. Una posibilidad sería acortar el tiempo de servicio para de esta

manera mantener un contacto regular con los familiares sin que esto repercuta en la labor.

Por otra parte se recomienda implementar estudios de corte longitudinal donde se evalúen de manera periódica las características de salud mental para encontrar posibles etiologías a la aparición de signos de depresión; teniendo que la depresión es una patología recurrente a lo largo del tiempo y que con este tipo de estudios se puede de una manera mucho más confiable identificar los factores de riesgo asociados a la aparición de signos y síntomas de la depresión en la población muestra de estudio. Otro diseño que podría determinar los factores de riesgo y factores protectores asociados a la aparición de signos y síntomas de depresión, son los estudios con diseños de casos y controles.

Por otra parte se recomienda implementar otro tipo de instrumento para medir la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), teniendo en cuenta que la encuesta no es un instrumento suficiente para determinar la proporción de activos que consumen SPAs. Para el presente estudio se puede tener una subestimación en la medición de esta variable.

Finalmente se recomienda y como compromiso ético, los resultados del presente estudio se deben socializar con las directivas del departamento de sanidad de la Policía Nacional de Colombia.

Bibliografía

- Anshel, M. H. (2000). A Conceptual Model and Implications for Coping with Stressful Events in Police Work. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 375-400
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2002). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed., Texto rev.). Barcelona: Masson.
- Aspectos éticos en investigaciones en salud. Ministerio de Salud, Resolución N° 008430 (1993)
- Ballenato, G. (1996) Vencer la depresión. Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/m-13106/images/Art%C3%ADculoDepresi%C3%B3n.pdf>
- Bas, F. y Andrés, V. (1994) *Terapia cognitivo conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. En R. Friedman, & M. Katz (Eds.), *Psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 3-27). Washington, DC: Winston-Wiley.
- Castro, A.; Carrillo, I.; Vidaña, M.; González, M.; Vázquez, P.; González, G. (2007). *Convergencias entre ansiedad y depresión en universitarios*. Comité Universitario de Salud: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Castro, Y.; Orjuela, M. A.; Lozano, C. A.; Avendaño, B. L.; Vargas, N. M. (2012). Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales. *Divers.: Perspect. Psicol.* 8 (1), 53-71
- Chapi, J. L. (2013) Principales modelos etiológicos de la depresión. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <http://www.slideshare.net/jorgelchm/articulo-chapi-modelos-depresin>

- Chen, H.C. et al. (2006). A survey of quality of life and depression for police officers in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of Life Research*, 15 (5), 925–932
- Cohen, S. y Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En Spacapan, S. & Oskamp, S. (Eds.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.
- De la Hoz, F.; Narváez, J.; Porras, A.; Rico, A.; Moreno, J. (2009). *Investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores de la salud en la población policial tanto en los funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios*. Documento Institucional. Grupo de epidemiología y evaluación en salud pública. Universidad Nacional de Colombia.
- De la Hoz, G. y Vélez, M. (2010). Homicidios en Colombia. Instituto Nacional de Medicina legal y ciencias forenses. Recuperado de www.medicinalegal.gov.co
- Fauman, M. A. (2002). *Study Guide to DSM-IV-TR*. Washington, D.C. American Psychiatric Publishing Inc.
- Federación Mundial de la Salud Mental. *Depresión: lo que sabes, puede ayudarte: Un documento sobre la sensibilización de la salud mental internacional, 2010*. Woodbridge: USA. Recuperado de www.wfmh.org
- Garzón, J.D.; Parra, A.P.; Pineda A. (2003). *El posconflicto en Colombia: coordenadas para la paz*. (Tesis inédita de maestría). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
- Gaxiola, R.J. y Frías, A.M. (2008). Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 9 (1y2),13–31.
- Gómez-Restrepo, C.; Bohórquez, A.; Pinto, D.; Gil, J.; Rondón, M. y Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev. Panam Salud Pública*, 16 (6), 378-86
- Gove, W.R. (1972). The relationship between sex roles, marital status, and mental illness. *Social Forces*, 51, 34-44.

- Hernández Ávila, M. (2007). *Epidemiología, diseño y análisis de estudios*. México: Editorial panamericana.
- Hernandez-Aguado, I.; Gil, A.; Delgado, M.; Bolumar F.; Benavides, F.G.; Porta, M.; Álvarez-Dardet, C.; Vioque, J.; Lumbreras, B.(2005). *Manual de epidemiología y salud pública*. Editorial medica Panamericana. 2005.
- Hosman, C.; Jané-Llopis, E. (1999). Retos políticos 2: salud mental. En: *Unión Internacional para la Promoción de Salud y Educación. La evidencia de la efectividad de la promoción de la salud: forjando la salud pública en una nueva Europa* (29-41). Bruselas, ECSC-EC-EAEC.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Catálogo maestro de guías de práctica clínica, 2011*. México: México. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/046GRR.pdf>
- Josué Díaz, Lídice et al. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Rev Cub Med Mil*, 35 (3), 0-0. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&Ing=es.
- Londoño, J.L. (2004). *Metodología de la investigación epidemiológica (3º ed.)*. Bogotá: Editorial Manual Moderno.
- Ministerio de la Protección Social. *Estudio nacional de salud mental Colombia, 2003*. Bogotá: Colombia. Recuperado de http://onasm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Ministerio de la Protección Social. *Indicadores básicos en salud. Colombia, 2011*. Bogotá: Colombia. Recuperado de http://achc.org.co/documentos/investigacion/estadisticas_sector/externas/OPS/10.%20Indicadores%20Basicos%20de%20Salud%20Colombia%202011.pdf
- Montes, C. (2004). La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. *Vitae: Academia Biomédica Digital*, 18. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=825625>

- Mrazek, P.; Haggerty, R. (1994). *Reduciendo los riesgos de desarrollar trastornos mentales: fronteras para la investigación de intervenciones preventivas*. Washington: National Academy Press.
- Murray, C.J.L.; Lopez, A. (1996). *The Global Burden of Disease*. Boston: Harvard University Press.
- Naciones Unidas, derechos humanos. *Las verdades del conflicto en los Llanos Orientales, 2013. Colombia. Oficina de alto comisionado*. Recuperado de http://www.hchr.org.co/acnudh/index.php?option=com_content&view=article&id=3359:las-verdades-del-conflicto-en-los-llanos-orientales&catid=73:conflicto-armado&Itemid=91
- Organización mundial de la Salud (OMS). *10 datos sobre la salud mental*. Ginebra: Suiza
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index3.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *El informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevo entendimiento, nueva esperanza, 2001*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Invertir en salud mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2004*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *La depresión, 2012*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Promoción de la salud mental: conceptos – evidencia- práctica, 2004*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud mental: un estado de bienestar, 2011*. Ginebra: OMS. Tomado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo-Reducir los riesgos y promover una vida san, 2002*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/es/>

- Organización Mundial para la salud (O.M.S). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Paramericana.
- Palacio, C.A. (2013). Violencia y salud mental. *Rev.colomb.psiquiater.*, 42 (1), 7-8. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000100002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-7450.
- Restrepo, D.A. y Jaramillo, J.C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30 (2), 202-211 Recuperado de <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000200009&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0120-386X.
- Ritchie, E.C.; Keppler, W.C. Rothberg, J. M. (2003) Suicidal admissions in the United States military. *Mil Med.*;168 (3),177–181.
- Sánchez, R.; Veegas, M.; Otero, J.; Sánchez, O. (2009). Adaptación transcultural de dos escalas para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer en Colombia: EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. *Rev Colomb CanCeRol*;13(4),205-212
- Sánchez-Milla, J.J.; Sanz-Bou, M.A.; Apellaniz-Gonzalez, A.; Pascual-Izaola, A. (2001) Policía y estrés laboral. Estresores organizativos como causa de morbilidad psiquiátrica. *Rev la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública S.E.S.L.A.P.*, 1(4),21-28.
- Schaible, L.M. (2006). *The Impact of Emotional Labor, Value Dissonance, and Occupational Identity on Police Officers Levels of Cynicism and Burnout* of the Department of Sociology. (Tesis de doctorado, Universidad de Washington State). Recuperado de:http://www.dissertations.wsu.edu/Dissertations/Spring2006/L_SCHAIBLE_042506.pdf
- Solloa, L.M. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Editorial Trillasa

- Torres, E; San Sebastian, X; Ibarretxe R. y Zumalabe, J.M. (2002). Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empírico en la policía municipal. *Psicothema*, 14 (2), 215-220
- Tuesca-Molina, R.; Fierro, N.; Molinares, A.; Oviedo, F.; Polo, Y.; Polo, J. y Sierra, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas: Baranquilla, Colombia. *Rev. Esp. Salud Publica*, 77 (5), 595-604. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-5727.
- Vallejo, J. y Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Vallejo, M. A.; Comeche, M.I; Ortega, J.; Rodríguez, M.F., Díaz, M.I. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2 (2), 28-34. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000100004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1989-3809.uy
- Vargas, R.E. (2012). Duelo y pérdida. *Med. leg. Costa Rica*, 20 (2), 47-52. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1409-0015.
- Vázquez, C.; Hernán Gómez, L.; Hérvás, G. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En Vázquez-Barquero, J. L. (ed.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos*. Barcelona: Masson & Elsevier.
- Vázquez, F.L.; Torres, A. (2005). Prevención del comienzo de la depresión estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44
- Wagner, F.A.; González-Forteza, C.; Sánchez-García, S.; García-Peña, C. y Gallo, J.J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es&tlng=es.

**A. Anexo: Encuesta en Salud
aplicada a la Policía Nacional de
Colombia**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
**GRUPO DE EPIDEMIOLOGIA Y EVALUACION
 EN SALUD PÚBLICA**
 FACULTAD DE MEDICINA



POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
 DIRECCIÓN DE SANIDAD

INVESTIGACIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN POLICIAL TANTO EN LOS FUNCIONARIOS ACTIVOS COMO RETIRADOS, PENSIONADOS Y SUS BENEFICIARIOS.

Información importante para los participantes

Esta encuesta hace parte de la investigación para la identificación de los factores de riesgo y factores protectores en la población policial tanto de funcionarios activos como retirados, pensionados y sus beneficiarios, un proyecto de investigación-extensión llevado a cabo mediante alianza entre la Policía Nacional de Colombia y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. El propósito principal de este estudio es identificar los principales factores de riesgo que pueden producir enfermedades o afectar el estado de salud de las personas protegidas por el subsistema de salud de la Policía Nacional. Se espera de esta manera contribuir a la prevención de enfermedades y al control de los factores asociados con su ocurrencia.

La información que se recolecta en este cuestionario es de carácter **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL** solo se utilizará para los propósitos de la investigación y para contribuir al cuidado de la salud de quienes han sido encuestados. Si se recolecta alguna información que permita identificarlo individualmente, ésta solo se utilizará para verificar la calidad de los registros de información. Se han tomado todas las precauciones para que dicha información no se divulgue de manera pública y para que los informes que se generen a partir de este trabajo no permitan identificar a quien sea encuestado.

Es importante que usted sepa que su participación en cualquiera de las actividades de este estudio es voluntaria, es decir, usted es libre de aceptar o no participar en él. Sin embargo, su colaboración es supremamente valiosa por cuanto los resultados permitirán mejorar los programas de prevención de las enfermedades más comunes en nuestra población. Cualquier duda que usted tenga con respecto a su participación en la encuesta podrá ser aclarada por la persona que le está haciendo la entrevista.

Si usted acepta participar en esta encuesta, por favor responda a las siguientes preguntas de la manera más veraz y precisa posible.

En nombre de todo el equipo investigador, gracias. Cordialmente,

Grupo de Epidemiología y Evaluación en Salud Pública
 Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Colombia.

Dirección de sanidad
 Policía Nacional de Colombia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

 Firma Encuestado

d	d	m	m	a	a
---	---	---	---	---	---

Fecha Entrevista

 Firma testigo

 Huella Dactilar

Iniciales encuestador

Departamento

Municipio

N° Encuesta

1. INFORMACIÓN GENERAL

1. Género: 1 Masculino 2 Femenino *(Marque con una X la opción contestada).*
2. Cuál es su edad en años cumplidos? _____
3. En el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, usted es *(Marque con una X la opción contestada).*
1 Titular 2 Beneficiario
4. ¿El afiliado principal de su grupo familiar, pertenece al personal activo, retirado o pensionado? *(Marque con una X la opción contestada).*
1 Activo 2 Retirado 3 Pensionado 4 Otro 5 ¿Cual Otro? _____
5. ¿El afiliado principal de su grupo familiar, pertenece (o pertenecía, en caso de estar pensionado o retirado) al personal uniformado o no uniformado? *(Marque con una X la opción contestada).*
1 Uniformado 2 No uniformado

Si SU RESPUESTA ES UNIFORMADO INDIQUE EL GRADO

¿Cuál es el grado del afiliado principal de su grupo familiar? _____

6. Estado civil *(Marque con una X la opción contestada).*
- 1. Soltero
 - 2. Casado
 - 3. Separado
 - 4. Viudo
 - 5. Unión Libre

LAS SIGUIENTES TRES PREGUNTAS HACEN REFERENCIA A LA VIVIENDA ACTUAL DE LA PERSONA QUE ESTÁ SIENDO ENTREVISTADA

7. En qué municipio: _____ y qué departamento _____ está ubicada su vivienda actual?
8. Su vivienda actual se encuentra en un predio rural o urbano? *(Marque con una X la opción contestada).*
1 Rural 2 Urbano
9. ¿En qué estrato está ubicada su vivienda actual? _____
10. ¿Cuál es el máximo nivel educativo que usted alcanzó? *(Marque con una X la opción contestada).*
- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 Ninguno | <input type="checkbox"/> | 2 Primaria | <input type="checkbox"/> |
| 3 Bachillerato | <input type="checkbox"/> | 4 Técnico o Tecnológico | <input type="checkbox"/> |
| 5 Profesional Universitario | <input type="checkbox"/> | 6 Postgrado | <input type="checkbox"/> |
11. ¿Actualmente usted vive con el titular? (ver pregunta 3) *(Marque con una X la opción contestada).*
 1 Sí 2 No **NO APLICA PARA EL TITULAR**
12. En total cuántas personas viven actualmente en su hogar? _____

REALICE LAS SIGUIENTES TRES PREGUNTAS SOLO A MAYORES DE 18 AÑOS

13. Cuál es su ocupación o actividad principal, a la cual dedica la mayor parte de su tiempo?
- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Estudio | <input type="checkbox"/> 2 Trabajo fuera del hogar | <input type="checkbox"/> 3 Hogar |
| <input type="checkbox"/> 4 Está desempleado | <input type="checkbox"/> 5 Está pensionado/retirado | <input type="checkbox"/> 6 Otro |

14. Cuál es el nivel promedio de ingresos de su hogar?

(Marque con una X la opción contestada).

- 1 Menos de un salario mínimo
- 2 Entre uno y dos salarios mínimos
- 3 Entre dos y cuatro salarios mínimos
- 4 Más de cuatro salarios mínimos
- 5 No Sabe/no responde

15. Siente usted que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades y las de su familia?

(Marque con una X la opción contestada).

- 1 Son suficientes 2 Son insuficientes 3 No está seguro

2. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA EXPOSICIÓN A HUMOS (INCLUYE EL HUMO DE CIGARRILLO Y COMBUSTIBLES)

EXPOSICIÓN A HUMO DE CIGARRILLO

16. Fuma actualmente?

(Marque con una X la opción contestada).

- 1 Sí 2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASE AL PUNTO 19

17. Cuántos cigarrillos fuma usted en un día habitualmente? _____

Menos de 1 cigarrillo/día

18. Durante cuánto tiempo ha sido usted fumador? _____ Años _____ Meses

SI LA PERSONA ES FUMADORA ACTUAL, PASE A LA PREGUNTA 21

19. Alguna vez en el pasado fue usted fumador?

(Marque con una X la opción contestada)

- 1 Sí 2 No

SI RESPONDIÓ NO SALTE A LA 21

20. Cuánto hace que dejó de fumar? _____ Años _____ Meses

21. Convive actualmente usted con una persona que sea fumadora? (o comparte su espacio laboral o en el hogar con una persona fumadora?)

(Marque con una X la opción contestada)

- 1 Sí 2 No

SI LA RESPUESTA ES NO PASE AL PUNTO 23

22. Quién (es) es (son) esa (s) persona (s)?

(Marque con una X la opción contestada)

- 1 Cónyuge 2 Padres 3 Hijos(as) 4 Otro familiar 5 Otra persona fuera de la familia

EXPOSICIÓN A HUMOS DE COMBUSTIBLES DE BIOMASA

23. Con que tipo de combustible cocina sus alimentos?

(Marque con una X la opción contestada)

- 1 Gas
- 2 Gasolina
- 3 Energía Eléctrica (Incluye Horno Microondas)
- 4 Carbón
- 5 Madera
- 6 Otro 6.1 Cuál: _____

24. El sitio donde usted cocina sus alimentos está 1 Dentro de su dormitorio?

2 Fuera de su dormitorio?

EXPOSICIÓN A HUMOS, POLVO, GASES Y VAPORES INDUSTRIALES U OCUPACIONALES

25. En su trabajo usted tiene que respirar continuamente humos, gases, vapores o polvo de minerales?

- 1 Sí 2 No 3 No Sabe

(Marque con una X la opción contestada)

3. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y FACTORES RELACIONADOS CON LOS ESTILOS DE VIDA

EL SIGUIENTE ENCABEZADO SE REFIERE A LAS PREGUNTAS 26, 27 y 28

“Sufre usted, o le han diagnosticado, alguna de las siguientes enfermedades?”

26. Hipertensión arterial (tensión alta) 1 Sí 2 No 3 No Sabe **SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE:**
Qué tratamiento(s) recibe actualmente para controlar la Hipertensión Arterial?

27. Diabetes mellitus (azúcar alta en sangre) 1 Sí 2 No 3 No Sabe **SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE:**
Qué tratamiento(s) recibe actualmente para el control de la Diabetes:

28. **¿Sufre usted, o le han diagnosticado, alguna de las siguientes enfermedades?”**

(Marque con una X la opción contestada)

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1. Infarto o angina de pecho | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 2. Accidente cerebrovascular (derrame cerebral) | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 3. Gota | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 4. Cirrosis hepática | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 5. Hepatitis B | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 6. Hepatitis C | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 7. Leishmaniasis | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 8. Enfermedad de Chagas | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 9. Malaria | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 10. Dengue | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 11. Enfermedades de transmisión sexual: | |
| VIH | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Virus de papiloma humano. | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Herpes genital | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Sífilis | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Enfermedades por gonococo | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Otras | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Cuáles: _____ | |
| 12. Enfermedad óseas, articulares y musculares. | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 13. Enf. pulmonar obstructiva crónica,
enfisema o bronquitis crónica | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 14. Otras enfermedades pulmonares crónicas | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Cuáles: _____ | |
| 15. Asma | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 16. Otros problemas respiratorios agudos a repetición | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Cuáles: _____ | |
| 17. Enfermedad inflamatoria del intestino | |
| Síndrome de colon irritable | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Enfermedad de Crohn | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Colitis ulcerativa | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 18. Depresión | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| 19. Otras enfermedades psiquiátricas | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Cuáles: _____ | |
| 20. Otras enfermedades | 1 Sí ___ 2 No ___ 3 No Sabe ___ |
| Cuáles: _____ | |

29. Actualmente toma algún suplemento multivitamínico 5 o más veces por semana? 1 Sí 2 No

30. Toma usted actualmente un complemento de vitamina D todos los días? 1 Sí 2 No

31. Toma usted actualmente una aspirina todos los días por indicación de su médico? 1 Sí 2 No

32. Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

(Marque con una X la opción contestada)

- 1 Nunca
 2 Una vez al mes o menos (incluye los consumidores ocasionales)
 3 Dos a cuatro veces al mes
 4 Dos a Tres veces por semana
 5 Cuatro o más veces a la semana

SI LA RESPUESTA ES NUNCA SALTE A LA 37, EN CUALQUIER OTRO CASO SIGA A LA 33

33. Cuántas copas o tragos de bebidas alcohólicas suele tomar en un día de consumo normal?

(Se busca cuantificar el número de unidades estándar de consumo, una unidad estándar de consumo es una copa de vino, una botella de cerveza, una onza de whisky o un trago de licor fuerte) (Marque con una X la opción contestada)

- 1 Una o dos 2 Tres o cuatro 3 Cinco o seis
 4 Siete a nueve 5 Diez o más

34. Cuando consume bebidas alcohólicas, con qué frecuencia toma 6 o más copas o tragos? (Marque con una X la opción contestada)

- 1 Nunca
 2 Menos de una vez al mes
 3 Mensualmente
 4 Semanalmente
 5 A diario o casi a diario

35. Cuando toma bebidas alcohólicas, conduce o maneja un vehículo? 1 Sí 2 No

36. Para cada uno de estos planteamientos conteste si alguno se ajusta a su condición actual:

Planteamiento	1 Sí	2 No
¿Alguna vez usted ha sentido la necesidad de reducir su consumo de alcohol?		
¿Se ha sentido molesto porque las personas le critican su forma de consumir alcohol?		
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol?		
¿Ha tenido la necesidad de tomar alcohol como la primera cosa que hace en el día, para “despertarse”, o para calmar sus nervios?		

37. Cómo se desplaza a su lugar de trabajo o (de estudio) regularmente? (Marque con una X la opción contestada)

- 1 Caminando
 2 En bicicleta
 3 En un vehículo de motor
 4 Otro

4.1 Cuál: _____

38. Hace usted alguna forma de ejercicio? 1 Sí 2 No

39. No todas las personas reconocen que algunas de sus actividades diarias pueden ser formas de ejercicio. Podría usted decirme si practica alguna de las siguientes actividades?

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 Caminar | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No |
| 2 Trotar | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No |
| 3 Subir escaleras | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No |
| 4 Gimnasia/aeróbicos | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No |
| 5 Montar en bicicleta | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No |
| 6 Deporte que implique movimiento intenso | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No |
| 6.1 Cuál(es)? _____ | | |
| 7 Otro tipo de actividad física | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No |
| 7.1 Cuál(es)? _____ | | |

40. Con qué frecuencia realiza usted estas actividades?

- 1 Menos de un día por semana
 2 Una vez a la semana
 3 Dos a Tres días por semana
 4 Cuatro a Siete días por semana

41. Cuando practica estas actividades lo hace por lo menos durante 30 minutos? 1 Sí 2 No

4. FACTORES DE RIESGO NUTRICIONALES

42. Cuántas veces al día consume usted los siguientes alimentos? (Escriba el número de porciones)

- | | | |
|---|-------|--|
| 1 Una rebanada de pan integral | _____ | <input type="checkbox"/> Menos de una vez al día |
| 2 30 g de granola o cereal para desayuno | _____ | <input type="checkbox"/> Menos de una vez al día |
| 3 Media taza de avena | _____ | <input type="checkbox"/> Menos de una vez al día |
| 4 Media taza de pasta integral (cocinada) | _____ | <input type="checkbox"/> Menos de una vez al día |
| 5 Media taza de arroz integral (cocinado) | _____ | <input type="checkbox"/> Menos de una vez al día |
| 6 Otro cereal. 6.1 Cuál(es)? _____ | | |

43. Usted come 3 o más porciones de nueces, almendras o maní por semana? (Esto incluye: maní, nueces, nueces del Brasil, almendras, avellanas, castañas, nuez de marañón, pistacho, etc.).

1 Sí 2 No

44. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume usted al día?

1 Menos de una porción al día 2 Una a Cuatro porciones al día 3 Cinco o más porciones por día

"1 porción equivale a una fruta de tamaño mediano, tres cuartos de vaso de jugo, o media taza de fruta picada

"1 taza de vegetales de hoja como espinaca, lechuga o acelga, o media taza de vegetales enteros como zanahoria, habichuelas, tomate"

45. Cuántas veces al día usted consume los siguientes alimentos?

1 Leche entera	___	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al día
2 Mantequilla	___	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al día
3 Queso entero	___	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al día
4 Manteca	___	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al día
5 Carne roja	___	<input type="checkbox"/> Menos de una vez al día

46. Cuántas veces a la semana usted consume los siguientes alimentos?

1 Margarina de untar	___	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana
2 Manteca vegetal	___	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana
3 Paquetes de papas fritas, chitos etc.	___	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana
4 Tortas, mantecadas, ponqués	___	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana
5 Comidas rápidas	___	<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana

47. Usted suele consumir ensaladas aderezadas con aceite? (incluya vinagreta) 1 Sí 2 No

48. Usted usa aceite vegetal líquido para freír sus alimentos?. 1 Sí 2 No

49. Qué tipo de aceite compran y usan en su casa? (puede marcar varias opciones)

1 Canola 2 Soya 3 Girasol 4 Maíz 5 Oliva 6 Otro 6.1 Cuál? _____

50. Usted toma café habitualmente? 1 Sí 2 No **SI LA RTA ES NO SALTE A 52**

51. Cuántas tazas de café consume usted al día, en promedio? _____

52. Usted toma té habitualmente (excluya el té de frutas)? 1 Sí 2 No **SI LA RTA ES NO SALTE A 54**

53. Cuántas tazas de té consume usted al día, en promedio? _____

54. Agrega sal a la comida una vez ha sido servida en la mesa?

1 Nunca o casi nunca
 2 Ocasionalmente
 3 Siempre o casi siempre

HAGA UN ALTO, RECUERDELE AL ENTREVISTADO EL CARACTER CONFIDENCIAL DE LA ENCUESTA

5. FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES NEUROPSIQUIÁTRICAS

55. ¿Consumo usted alguna sustancia psicoactiva o alucinógena? (si es necesario, aclare qué son sustancias psicoactivas)

1 Sí 2 No 3 Prefiere No responder

56. ¿Ha consumido alguna sustancia psicoactiva o alucinógena en el pasado?

1 Sí 2 No 3 Prefiere No responder

57. Indique si alguno de los siguientes enunciados se ajusta a su situación (*puede marcar varias opciones*)
- 1 Me siento con ganas de dormir durante el día, independientemente de que haya pasado una buena noche.
 - 2 A menudo me despierto en la noche y tengo dificultades para volverme a quedar dormido.
 - 3 Usualmente me cuesta trabajo quedarme dormido.
 - 4 A menudo me despierto muy temprano y no puedo volver a dormir.
 - 5 Suelo experimentar una sensación molesta en mis piernas cuando me acuesto a dormir.
 - 6 A menudo mis piernas se mueven o sacuden durante la noche.
 - 7 A menudo la persona con la que yo duermo se queja de no poder dormir por mis ronquidos.
 - 8 Me he quedado dormido realizando actividades durante el día que requieran atención.

58. Usted se considera autosuficiente para su actividad diaria 1 Sí 2 No

59. Indique si alguna de las siguientes situaciones se ajusta a su condición actual (*puede marcar varias*):
- 1 Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa pesada o una maleta?
 - 2 Tiene alguna dificultad física para dar un paseo fuera de casa?
 - 3 Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?
 - 4 Necesita ayuda para comer, vestirse, bañarse o ir al baño?

60. Durante el último mes, ¿se ha sentido deprimido/a? (marque la opción que mejor describa su situación)

- 1 Sí, al punto que durante días, no me importaba nada.
- 2 Muy deprimido/a casi todos los días
- 3 Bastante deprimido/a varias veces
- 4 Un poco deprimido/a de vez en cuando
- 5 No, nunca me he sentido deprimido/a

61. Usted cuenta con una persona que lo apoya en el evento de alguna necesidad (Biológica, Económica o Psicológica) 1 Sí 2 No

62. Ha sufrido la pérdida de un ser querido durante el último año? 1 Sí 2 No

63. El siguiente conjunto de preguntas hace referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, indique con una "X" qué tan frecuentemente le ha ocurrido cada una de estas situaciones de acuerdo con la escala presentada. (*nunca, casi nunca, de vez en cuando, a menudo, muy a menudo*)

DURANTE EL ULTIMO MES	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. Se ha sentido afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente	0	1	2	3	4
2. Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida	0	1	2	3	4
3. Se ha sentido nervioso o estresado (lleno de tensión)	0	1	2	3	4
4. Se ha sentido seguro sobre su capacidad de manejar sus problemas personales	0	1	2	3	4
5. Ha sentido que las cosas le están saliendo bien	0	1	2	3	4
6. Ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía por hacer	0	1	2	3	4
7. Ha podido controlar las situaciones molestas de su vida	0	1	2	3	4
8. Ha sentido que tenía todo bajo control	0	1	2	3	4
9. Ha estado enojado por cosas que estaban fuera de su control	0	1	2	3	4
10. Ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas	0	1	2	3	4

6. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL USO Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

64. Usted estuvo enfermo (a) en los últimos 15 días?

(Marque con una X la respuesta)

1 Sí 2 No

SI ES NO SALTE A LA 78

65. ¿Sabe cuál fue la enfermedad?*(Consigne la enfermedad que refiere el encuestado o describa los síntomas (Ej.:diarrea, fiebre etc.)*

66. ¿A dónde consultó **cuando comenzó** su enfermedad?

(Marque con una X la respuesta)

- 1. Hospital
- 2. Dispensario o centro de salud
- 3. Clínica privada
- 4. Droguería
- 5. Médico Particular
- 6. Curandero *(incluya aquí brujos, chamanes y teguas).*
- 7. Otra. 7.1 Cual? _____
- 8. No consultó.

SI ES NO SALTE A LA 71

67. ¿Por qué eligió a *(respuesta de la pregunta anterior)* como primera opción?

(Puede marcar varias respuestas)

- 1. Buena atención
- 2. Porque no le cobran o es más económico
- 3. Por confianza
- 6. Porque fue un caso leve
- 7. Porque es la única que existe
- 8. Porque es cerca de su residencia
- 9. Otra razón
- 9.1 Cuál? _____

68. Qué tratamiento recibió cuando consultó?

(Puede marcar varias respuestas)

- 1. Le suministraron información o indicaciones para que no vuelva a pasar
- 2. Le formularon medicamentos
- 3. Lo remitieron a un servicio más especializado
- 4. Lo remitieron para realizarle exámenes de diagnóstico
- 5. Otros 5.1 ¿Cuáles? _____

69. ¿Usted fue hospitalizado por esta causa?

(Marque con una X la opción correspondiente)

1 Sí 2 No

70. Días de estancia en el hospital.

(Escriba en número los días que estuvo hospitalizado).

Días _____

71. Usted mejoró o tuvo una recaída? *(Recuerde que recaída se refiere a si el encuestado volvió a enfermarse por la misma causa.*

1. Mejoró 2. Recaída

Marque con una X la opción correspondiente).

72. ¿Consumió medicamentos sin prescripción médica? *(Marque con una X la opción correspondiente, incluir los medicamentos que son suministrados por el curandero: brujo, chamán o tegua)*

1. Sí 2 No

SI ES NO SALTE A LA 74

73. ¿Cuáles?

(Escriba el Nombre de los medicamentos que refiere la persona encuestada).

74. ¿Usted tuvo que pagar por la consulta?

(Marque con una X la opción correspondiente)

1. Sí 2. No

SI ES NO SALTE A LA 76

75. ¿Cuánto? (Escriba la cantidad de dinero que gastó la persona por la consulta médica).

76. ¿Usted tuvo que pagar por los medicamentos que le formularon? (Marque con una X la opción correspondiente.)

1. Sí 2 No

SI ES NO SALTE A LA 78

77. ¿Cuánto tuvo que pagar por los medicamentos? (Escriba la cantidad de dinero que gastó por los medicamentos)

78. ¿Usted ha sido hospitalizado en el último año? (Informe aquí sobre hospitalizaciones diferentes a las de la pregunta 69)

1. Sí 2 No

(Marque con una X la opción correspondiente)

SI ES NO SALTE A LA 83

79. ¿Cuál hospital? (Escriba el nombre del hospital donde estuvo hospitalizado)

80. Días de estancia en el hospital. Escriba en número los días que estuvo hospitalizado).

Días _____

81. ¿La última vez que estuvo hospitalizado, usted tuvo que pagar por la hospitalización?

(Marque con una X la opción correspondiente)

1. Sí 2 No

SI ES NO SALTE A LA 83

82. ¿Cuánto? _____ (Escriba la cantidad de dinero que gastó la persona por la hospitalización).

83. ¿A cuál(es) de los siguientes servicios acude cuando está enfermo? (Puede marcar varias opciones)

- 1. Droguería
- 2. Hospital Central
- 3. Dispensario
- 4. Clínica privada
- 5. Brujo o chaman
- 6. Médico particular
- 7. Otro 7.1 Cual otro? _____
- 8. Ninguno
- 9. No Sabe

84. ¿Cuál de esos servicios prefiere? _____

84.1 Por qué prefiere ese servicio? _____

(Indague las razones de preferir un servicio de salud

(Puede marcar varias respuestas)

- 1. Buena atención
- 2. Porque no le cobran
- 3. Por confianza
- 4. Porque allí es donde lo atienden cuando está enfermo
- 5. Porque allí es donde tiene derecho
- 6. Otra 6.1Cuál? _____

85. ¿Cuánto tiempo gasta usted en acudir al servicio de salud donde lo atienden por parte de la Policía? (Escriba el número de minutos u horas que se demora la persona en llegar al servicio de salud más cercano y el medio de transporte utilizado: a pie, bus etc)

1 Desde la oficina _____ minutos _____ horas en _____

2 Desde la casa _____ minutos _____ horas en _____

7. FACTORES RELACIONADOS CON LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

86. Cómo percibe usted su estado general de salud durante el último año? (Marque con una X la opción correspondiente)

- 1. Muy bueno
- 2. Bueno
- 3. Regular
- 4. Malo
- 5. Muy malo

87. Ha sufrido usted algún accidente o lesión durante el último año? 1 Sí 2 No

SI ES NO SALTE A LA 88

87.1 Esta lesión le generó

(Puede marcar varias respuestas)

- 1. Dolor
- 2. Limitación para la movilidad
- 3. Alteración en su estado de ánimo
- 4. Afectación de sus relaciones interpersonales
- 5. Limitaciones para su auto cuidado personal
- 6. Disminución de su energía vital
- 7. Limitaciones sensoriales (disminución de la visión, de la audición, etc.)
- 8. Limitaciones en su capacidad intelectual
- 9. Limitaciones para desempeñar su trabajo u ocupación habitual

88. Ha sufrido alguna enfermedad que usted considere importante durante el último año?

1 Sí 2 No

SI ES NO SALTE A LA 89

88.1 Esta enfermedad le generó

(Puede marcar varias respuestas)

- 1. Dolor
- 2. Limitación para la movilidad
- 3. Alteración en su estado de ánimo
- 4. Afectación de sus relaciones interpersonales
- 5. Limitaciones para su autocuidado personal
- 6. Disminución de su energía vital
- 7. Limitaciones sensoriales (disminución de la visión, de la audición, etc.)
- 8. Limitaciones en su capacidad intelectual
- 9. Limitaciones para desempeñar su trabajo u ocupación habitual

8. FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

REALICE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO A MAYORES DE 15 AÑOS QUE RESIDAN ACTUALMENTE EN MUNICIPIOS POR DEBAJO DE 1.800 METROS SOBRE EL NIVEL DEL MAR

89. Su vivienda tiene anjeos (mallas) en las ventanas? 1 Sí 2 No

90. Acostumbra usted dormir todos los días con un mosquitero?

- 1 Sí, todos los días uso un mosquitero impregnado con insecticida
- 2 Sí, todos los días uso un mosquitero no impregnado con insecticida
- 3 Uso un mosquitero, pero no todos los días
- 4 No uso un mosquitero

SI NO USA UN MOSQUITERO, SALTE A LA PREGUNTA 93

91. El mosquitero está en buen estado, o presenta agujeros o rupturas?

1 Está en buen estado ___ 2 Presenta agujeros ___

92. Cuando viaja o duerme fuera de su casa, lleva consigo la red o mosquitero?

1 Sí, siempre ___ 2 No ___ 3 Ocasionalmente ___

93. Existen en los alrededores de su casa acumulaciones de agua?

(estanques, recipientes descubiertos, neumáticos viejos, albercas, aljibes, etc.)

1 Sí ___ 2 No ___ 3 No está seguro ___

94. Realiza usted su ocupación o actividades principalmente en la ciudad, o en el campo/monte?

1 En la ciudad ___ 2 En el campo ___ 3 En el monte ___

95. Usted usa repelente? 1 Sí ___ 2 No ___

96. Usted ha sido vacunado contra fiebre amarilla? 1 Sí ___ 2 No ___

9. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON ALGUNOS TIPOS DE CÁNCER

97. Alguna persona en su familia inmediata (padre, madre, hermanos, hermanas) ha sido diagnosticada con cáncer de colon?

- 1 Sí 2 No 3 No está seguro

98. Alguna persona en su familia inmediata (padre, madre, hermanos, hermanas) ha sido diagnosticada con cáncer gástrico?

- 1 Sí 2 No 3 No está seguro

99. Alguna vez su médico le ha dicho que usted tiene una infección por *Helicobacter pylori*? (Si es necesario explique qué es el *H. pylori*)

- 1 Sí 2 No 3 No está seguro

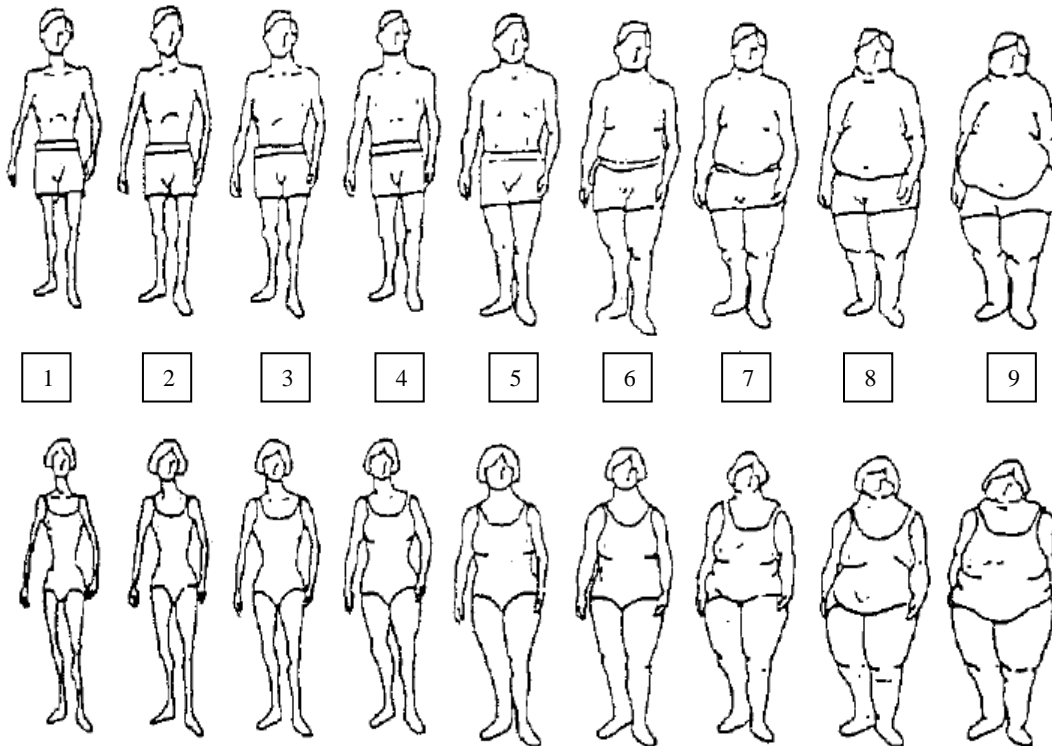
100. Cuál es su tipo de sangre?

- 1 A 2 B 3 AB 4 O 5 No Sabe___

10. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PESO CORPORAL

Observe atentamente las siguientes figuras. Por favor identifique la figura que más se asemeja a su silueta corporal actual. (Indíquele al encuestado que observe el tamaño del cuello, pecho, brazos, cadera, abdomen, muslos y piernas)

101. Marque el número correspondiente a la figura que más se asemeja a su silueta corporal actual. (Utilice el conjunto de imágenes que corresponda de acuerdo con el sexo de la persona entrevistada)



11. PREGUNTAS RELACIONADAS CON LA VACUNACIÓN EN ADULTOS:

102. Usted ha sido vacunado (a) contra:

- | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| 1. Fiebre amarilla | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 3 No sabe | Número de dosis _____ |
| 2. Tétanos | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 3 No sabe | Número de dosis _____ |
| 3. Fiebre tifoidea | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 3 No sabe | Número de dosis _____ |
| 4. Hepatitis B | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 3 No sabe | Número de dosis _____ |
| 5. Influenza | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 3 No sabe | Número de dosis _____ |
| 6. Neumococo | <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 3 No sabe | Número de dosis _____ |

12. PREGUNTAS RELACIONADAS CON VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

EN ESTE PUNTO RECUÉRDELE NUEVAMENTE A LA PERSONA ENTREVISTADA EL CARACTER CONFIDENCIAL DE LA ENCUESTA

103. Por favor responda las siguientes preguntas, teniendo en cuenta si cada situación aplica o no a su vida o a su familia. Agradecemos que las responda con sinceridad. (Marque con X todas las opciones que correspondan)

SITUACIÓN
¿Se ha sentido maltratado(a) (Física, psicológica, emocional o verbalmente, abuso sexual, u otro tipo) Si respondió afirmativamente, por favor diga CUÁL? _____
¿Usted o alguien de su familia presenta cicatrices, quemaduras o huellas de lesiones provocadas con objetos, al disciplinarlo o castigarlo por una falta cometida?
¿Cuando usted disciplina o lo disciplinan, utiliza(n) objetos que pueden causarle daño como: palos, cables, zapatos, planchas, entre otros?
¿Las discusiones en familia están acompañadas de ofensas, gritos, humillaciones, amenazas o golpes?
¿Usted o alguno de su familia ha sido ridiculizado o se han burlado cuando ha intentado dar una opinión?
¿En su familia se utilizan calificativos como “el tonto”, “el malo”, “el bruto” “la oveja negra”?
¿Usted o alguien de su familia ha sido manoseado o tocado en sus genitales sin su consentimiento?
¿Usted o alguien de su familia ha sido obligado a presenciar actos sexuales?
¿Sufrió algún tipo de abuso sexual en la infancia o adolescencia?
¿Algún miembro de la familia menor de 18 años trabaja?
¿Considera que en su trabajo, escuela o colegio ha sido maltratado frecuentemente?

PREGUNTAS SOLO PARA MUJERES:

13. PREGUNTAS SOLO PARA MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS:

104. Usted ha cesado definitivamente la menstruación? 1 Sí 2 No 3 No está segura

SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE SIGA A LA 105, SI LA RESPUESTA ES NO SALTE A LA 107

105. ¿La menopausia fue? 1. Natural 2. Quirúrgica 3. Otra 3.1 Cuál: _____

106. Ha tomado o toma en la actualidad medicamentos para el control de Síntomas relacionados con la menopausia?

1 Sí 2 No 2.1 Cuáles _____

14. FACTORES DE RIESGO APLICABLES A TODAS LAS MUJERES MAYORES DE 12 AÑOS

107. Alguna persona en su familia inmediata (madre, hermana) ha sido diagnosticada con cáncer de mama?
 1 Sí 2 No 3 No sabe

108. Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera menstruación?

_____años 1. No recuerda 2. No ha tenido su primera menstruación

109. Utiliza o ha utilizado anticonceptivos orales?

1 Sí 2 No

SI RESPONDIÓ NO, SALTE A LA PREGUNTA 111

110. Durante cuánto tiempo? _____años _____meses

111. Tiene hijos?

1 Sí 2 No

SI RESPONDIÓ NO, SALTE A LA PREGUNTA 121

112. Cuántos hijos tiene? _____

113. Hasta qué edad alimentó a sus hijos con leche materna?

Hijo 1 _____ años _____ meses

Hijo 2 _____ años _____ meses

Hijo 3 _____ años _____ meses

Hijo 4 _____ años _____ meses

114. Qué edad tenía usted cuando tuvo a su primer hijo? _____ años

115. Tiene niños menores de 2 años? 1 Sí 2 No **SI RESPONDIÓ NO, SALTE A LA PREGUNTA 121**

116. El mayor de sus hijos de menos de 2 años tiene carné de vacunación? (por ejemplo, si tiene un niño de 12 meses, otro de 23 meses, y un tercero de 36 meses, pida el carné del niño de 23 meses)
 1 Sí 2 No **SI RESPONDIÓ NO, SALTE A LA PREGUNTA 118**

PIDA EL CARNÉ DE VACUNACIÓN DEL NIÑO(A)

117. Escriba el número de dosis por biológico aplicadas al niño
(Escriba el número de dosis que aparece en el carné. Tenga en cuenta que no se están indagando todas las vacunas actualmente presentes en el PAI, sino solo algunas vacunas trazadoras)

BCG	POLIO		DPT	Hib	HEPATITIS B		TRIPLE VIRAL	Neumococo	Influenza
	RN	ESQ			RN	OTRAS			

118. ¿El niño es llevado a consulta específica de crecimiento y desarrollo (o control de niño sano)?

1 Sí 2 No **SI RESPONDE NO, SALTE A LA 120**

119. ¿Hace cuánto fue la última consulta de crecimiento y desarrollo del niño (a)?
_____ días _____ meses _____ años

SI RESPONDIÓ SÍ EN LA PREGUNTA 118, PASE AHORA A LA 121

120. ¿Por qué no ha podido llevar a su niño a consulta de crecimiento y desarrollo?

- 1. No tiene tiempo
- 2. El centro de salud queda lejos
- 3. No tiene carné
- 4. Le cobran por la consulta
- 5. No tiene dinero para llevarlo
- 6. Otra 6.1 Cual? _____

121. ¿Se ha realizado una citología y ha reclamado el resultado durante el último año?

1 Sí 2 No 3 No recuerda

**LA INFORMACIÓN AQUÍ CONSIGNADA ES UN INSUMO FUNDAMENTAL PARA EL PRESENTE ESTUDIO.
EN CONSECUENCIA SE MANEJARÁ CON ABSOLUTA DISCRECIÓN Y CONFIDENCIALIDAD**

SEÑOR(A) ENCUESTADOR ESCRIBA AQUÍ SUS OBSERVACIONES:
