



Looking at the Sea - por: SSPIVAK - tomada de: www.sxh.cu

DEPRESIÓN: RECORRIDO HISTÓRICO Y CONCEPTUAL¹

Depression: A historical and conceptual journey

RESUMEN

En el presente artículo se realiza un recorrido histórico y conceptual respecto al trastorno de la depresión, enfatizando en sus síntomas y relación que puede tener con la vida laboral, puntualmente con el trabajo policial que es considerado como una profesión de alto estrés, debido a que los policías frecuentemente son expuestos a los más violentos, perjudiciales y desconfiables elementos de la sociedad. La depresión es entendida como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta, caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, concentración etc., y es un factor desencadenante de los trastornos alimenticios y de sueño. Asimismo, se señalan diferentes investigaciones que afirman la importancia y prevalencia de la depresión en la población a nivel mundial.

Calderón, M.; Cortés, A.; Durán, E.;
Martínez, T.; Ramírez, L.²
Garavito, C.³
Universidad Piloto de Colombia

Palabras claves:

depresión, trastornos del estado de ánimo, trastornos alimenticios, trastornos del sueño.

Keywords:

depression, mood disorders, eating disorders, sleep disorders.

Recibido: Noviembre/2012

Aprobado: Diciembre/2012

1. Proyecto de investigación científica llevado a cabo por el Programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia y la Dirección de incorporaciones de la Policía Nacional de Colombia. Línea de investigación en Desarrollos Humanos. Grupo DHEOS.
2. Participan como investigadoras en formación las estudiantes de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia Marjorie Calderón, Andrea Cortes, Emely Duran, Tatiana Martínez, Luisa Ramírez
3. Investigador principal: Carlos Enrique Garavito Ariza. Coinvestigadores: Ildebrando Pinto Araque, Claudia Patricia Roa Mendoza. Correspondencia: proyectospsico8@gmail.com
Agradecimientos: en el marco del desarrollo del proyecto a la participación de Henry Rodríguez, Sandra Caro y Carlos Jiménez, pertenecientes a la Dirección Nacional de Incorporaciones (DINCO), Área de Investigaciones Estratégicas de la Policía Nacional de Colombia (ARIVE)



Universidad
Piloto de Colombia
UN ESPACIO PARA LA EVOLUCIÓN

ABSTRACT

This article provides a historical and conceptual journey to depressive disorder, emphasizing in its symptoms the relationship with working life, in particular the police work that is considered a high-stress profession, because the police often are exposed to the most violent, disruptive and unreliable elements of society. Depression is defined as a mental disorder, affective, intellectual and behavioral-like, characterized by sadness, pessimism, irritability, ideas of guilt, concentration etc., and is a trigger for eating and sleeping disorders. It also identifies various research affirming the importance and prevalence of depression in the population worldwide.

Depresión: una aproximación a su concepto

Desde el inicio de la historia del hombre se han identificado diferentes episodios que podrían catalogarse hoy en día como: Transtornos del Estado del Ánimo o Depresivos, en los primeros relatos del Génesis fue descrito cuando Dios expulsa del paraíso a Adán y Eva, donde el paraíso representa la felicidad y la alegría, (Hernández, 2007).

Asimismo, la descripción de la depresión está ya reflejada en el Antiguo Testamento, donde se narran los graves episodios de tristeza y melancolía de Saúl, quien inicialmente respondía a la terapia musical de su hijo David, pero llega a un estado de enajenación e intenta dar muerte a su propio hijo (Vásquez & Sanz, 1995).

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

Según Vallejo (1998), en los escritos hipocráticos la enfermedad gira en torno a la interacción de cuatro humores del ser humano (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema), que son la consecuencia de la combinación de las cuatro características de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad), donde sustenta que cualquier enfermedad se produce por el desajuste de estos humores básicos.

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

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

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

Desde las tres perspectivas de la filosofía occidental se utilizan tres vocablos para mencionar la depresión: El primero de ellos habla de la melancolía como la alteración del equilibrio humoral, donde se mencionaba que uno de los cuatro humores producía el estado patológico melancólico



depresivo. El segundo es la Acedia, un síndrome de apatía, angustia y pereza y el principal introductor del concepto de acedia en Occidente es el monje Juan Casiano donde habla de ocho vicios principales:

Ocho son los vicios principales que afligen al género humano. El primero es la gula o la glotonería; el segundo, la lujuria; el tercero, la avaricia o el amor al dinero; el cuarto, la ira; el quinto, la tristeza; el sexto, la acedia, esto es, el desabrimiento o tedio del corazón; el séptimo, la jactancia o vanagloria; el octavo, la soberbia (Aguirre, 2008; pág. 574).

Y por último se habla de depresión que se refiere al síndrome de hundimiento vital que se debe a la incidencia que padece gran parte de la humanidad (Aguirre, 2008).

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

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

En la modernidad, surgen diferentes autores y obras literarias que dan un nuevo curso a la historia de los trastornos mentales, autores como Phillippe Pinel, considerado el padre de la psiquiatría elabora una clasificación sencilla de los trastornos psíquicos: “Melancolía (alteración de la función intelectual), Manía (excesiva excitación nerviosa, con delirio o sin él, Demencia (alteración de los procesos de pensamiento), e Idiocia (detrimento de las facultades intelectuales y afectos) (Vallejo, 1998).

Por otra parte, “Falret en 1854 describe el suicidio como resultado de un trastorno mental; Kahlbaum en 1882 hace sus consideraciones sobre la ciclotimia; Kraepelin en 1899 realiza sus descripciones de la psicosis maníacodepresiva y define la melancolía involutiva” (Hernández, 2007; pág. 231).

La tradición psicológica permaneció latente por un tiempo, solo para resurgir en el S. XX, en varias escuelas con enfoques y planteamientos muy diferentes.

El primer método importante fue el Psicoanálisis, basado en la elaborada teoría de Sigmund Freud (1856-1939), sobre la estructura de la mente y la función de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta. La segunda fue el Conductismo, asociado con John B. Watson, Ivan Pavlov y B.F. Skinner, quienes se concentraron en la forma en que influyen el aprendizaje y la adaptación en el desarrollo de la psicopatología (Barlow y Durand, 2001; pág. 19).

Por último, es importante mencionar que Aaron Beck en 1970, identifica la tríada cognitiva de la depresión: visión negativa de sí mismo, percepción hostil del mundo y una visión de futuro sufrida o fracasada (Hernández, 2007).

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

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

Por otra parte, según el DSM IV-TR, dentro de los trastornos depresivos se encuentra: Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo no Especificado. Se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de haber historia previa de episodio maniaco mixto o hipomaniaco, manifestándose con una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos que suelen obstaculizar la vida diaria y el desempeño normal del individuo que lo padece (Pereyra, 2010).



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



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

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

El estudio de los riesgos psico-sociales toma gran importancia puesto que el cumplimiento del sujeto se ve afectado debido a la sobredemanda

de funciones, creando así una sobrecarga psíquica y emocional que puede tener graves consecuencias en el área cognitiva. (Dejours, 1992; Parra, 2001, 2004 & Vezina, 2007 citado por Ansoleaga & Toro, 2010).

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

Se indica que la incidencia de los trastornos es consecuencia de múltiples razones sociales, culturales, económicas y ambientales (Giráldez, 2003; Serrano, 2008 citado por Londoño & cols, 2010), además de la influencia de los conflictos con el núcleo familiar en la infancia y la ausencia de un sistema de salud con cobertura para la salud mental, problemas de pareja entre otros (Londoño & cols, 2010 refiriéndose a Urrego, 2007).

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

También es cierto que las personas que padecen dicho trastorno tienen un predisponente que puede ser el (ánimo) y un precipitante el cual se puede presentar en diferentes contextos ejemplo: situaciones a nivel social como:

“La separación matrimonial, el status de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad

laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno” (Díaz , Torres, Urrutia, Moreno, Font & Cardona, 2006)

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

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

Siendo estos factores de riesgo predisponentes y precipitantes se definen como “una posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de los objetivos” (POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA, 2008), y que están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud (OMS, 2004).

Es así como el trabajo policial es considerado como una profesión de alto estrés, debido a que los policías frecuentemente son expuestos a los más violentos, perjudiciales y desconfiables elementos de la sociedad.

Se pueden mencionar dos factores que contribuyen al estrés:

Extraorganizacionales, que son aquellos conflictos que suceden fuera del ámbito laboral tales como muerte de un ser querido, conflictos conyugales, problemas en zona de residencia. 2) organizacionales, si bien podemos detallar una lista interminable, se pueden clasificar de acuerdo con el desempeño laboral con ejemplos como: trabajo de alta dificultad y concentración, creatividad res-

tringida, etc.; de acuerdo con la dirección como puede ser un mal liderazgo o ausencia de incentivos; factores relacionados con la organización y función, las tareas, el medio ambiente, entorno social. Cada factor con sus implicaciones y riesgos sobre el trabajador (Fernández, 2010).

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

A partir del estrés laboral se empieza hablar del síndrome de burnout “una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal” (Gutiérrez, Celis, Moreno, Farías & Suarez, 2006). Siendo causante de un deterioro en el nivel de bienestar de la persona y manifestándose en una combinación de “cansancio emocional, fatiga física, pérdida del interés por la actividad, baja realización laboral y deshumanización” (Martínez & Salanova, 2003 citados por Rodríguez, 2011).

Por su parte, Maslach y Jackson (1981) citados por Tutte & Garces (2010), “lo conceptualizan como cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”.

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

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

De esta manera se puede explicar el burnout como una de las formas que tiene el estrés laboral de progresar.

En un estudio realizado en Chile con una muestra de 115 carabineros, hombres y mujeres,

se les aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) y la Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento (C.O.P.E.) la prueba arrojó que el 48,7% del personal presenta un alto grado del síndrome de burnout debido a las múltiples problemáticas evidenciadas durante el desarrollo de esta labor como lo son el maltrato, muertes y delitos. Briones (2007) citado por Castro, Orjuela, Lozano, Avendaño & Vargas (2011).

Vista la depresión en este estudio como un factor desencadenante de los trastornos alimenticios, entendidos como alteraciones y cambios en los hábitos de alimentación que provocan estados alterados del comportamiento influyendo significativamente en el desarrollo tanto comportamental, cognitivo y afectivo del individuo (Déniz, 2007). El patrón comportamental en el estado alimenticio significa cómo el individuo a través de aspectos de sí mismo genera gusto o disgusto hacia la comida y su entorno social o el ambiente en general que influyen en sus hábitos alimenticios (Barrera, López, & Mangaña, 2009).

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

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

Lo que permite afirmar que al empezar a generar comportamientos de evitación hacia la ingesta alimentaria, se evidencia de igual forma cambios cognitivos en los estados alimentarios que son entendidos como: Los individuos que padecen de algún trastorno alimenticio generan mayor discrepancia hacia la idea corporal convirtiéndola en obsesiones permanentes como el peso y la figura dándole un valor agregado que incide directamente en su autoconcepto (Sanagua, 2007).

Mientras que a nivel afectivo el individuo comienza un proceso de aislamiento por su temor a ser rechazado por su apariencia física, pero también porque las reuniones, los encuentros se prestan para consumir alimentos o bebidas, por

este motivo se empieza a desarrollar un proceso de escape para relacionarse con su entorno social (Reidl & Jurado, 2007).

Existen diferentes trastornos relacionados con la depresión. En el estado alimenticio el más importante sería el trastorno del comportamiento alimenticio el cual es definido como cambios repentinos y radicales en la ingesta de alimentos, generando alteraciones en metabolismo y en su fisiología. (Bellido & Luis, 2006).

Las causas del trastorno del comportamiento alimenticio tienen diversos factores que influyen en su prevalencia y desarrollo del estado: la baja autoestima, la falta de autoreconocimiento y autoeficacia, como los ambientes familiares, laborales y sociales influyen significativamente para presentar este tipo de trastorno. (López & Salles, 2005).

El trastorno del comportamiento alimenticio tiene presencia tanto en el género femenino como el masculino manifestándose a partir de tres enfermedades específicas en la mujer, las más conocidas es la anorexia y la bulimia, mientras que en los hombres se encuentra trastornos Dismórficos Corporales como la vigorexia, que se centra en la búsqueda de una satisfacción corporal para alcanzar el éxito, felicidad y tranquilidad (Moreno & Ortiz, 2009).

Las cuales tienen diferentes causas y sintomatología, aunque estas mismas comparten una variable sintomática característica en general que es la obsesión por pérdida de peso y un estado corporal perfecto. El estado corporal es una de las variables características del trastorno del comportamiento alimenticio, la cual se ha asociado frecuentemente con la modificación de los hábitos alimentarios, convirtiéndola en un problema de salud (Moreno & Ortiz, 2009).

Según Sánchez (2001) citado por Moreno & Ortiz (2009) se ha sugerido que la alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia.

Las personas que presentan algún síntoma de anorexia, bulimia, comer compulsivo y ortorexia generalmente utilizan como mediador de escape hacia el estrés, conflictos emocionales, presiones sociales o laborales a la comida, ya que este tipo de mecanismos permiten mantener una atención del otro hacia la persona afectada de cuidado y protección. El comer compulsivo permite a la persona evadir situaciones emocionales y sentimientos que generan algún tipo de conducta desencadenante en algún entorno social o laboral. DSM IV- TR (APA, 2002, p. 653).

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

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

Dando a conocer las diferentes descripciones de cómo el individuo altera su estado alimenticio a partir de situaciones, o eventos de su vida, como lo sustentan (Barrera, López & Mangaña, 2009), la evidencia científica ha demostrado que las instrucciones u órdenes juegan un papel fundamental en el establecimiento del patrón alimenticio, la preferencia, la selección, su consumo y desarrollo de patrones depresivos.

Existen diversos ambientes tanto laborales como personales que desencadenan comportamientos alterados en el estado de ánimo de una persona, dichos comportamientos generan problemas físicos y mentales, los cuales se relacionan con el bajo rendimiento en el trabajo. (Morales y Valderrama, 2012).

Según Cass, Volk, & Nease (1999) citado por Morales y

Valderrama (2012) muestran que situaciones de alto estrés contribuyen a la aparición de un transtorno depresivo, y éste se encuentra acompañado de una marcada reducción de la calidad de vida, lo cual conlleva a evaluar cuáles pueden ser sus respuestas frente a la salud mental del individuo.

En las fuerzas armadas el nivel de instrucción y seguimiento a la regla desarrolla situaciones estresantes limitando al personal a formar respuestas óptimas hacia su comportamiento como lo sustenta Chen et al. (2006) citado por Morales y Valderrama (2012). El trabajo policial tiende a ser considerado como estresante y peligroso debido a la exposición que se tiene a la confrontación, la violencia y los incidentes traumáticos, incluyendo la posibilidad de ser herido o fallecer y asimilar un permanente grado de instrucción dado por sus superiores.

La continua ejecución de tareas o labores que implican contacto directo con la ciudadanía,



los turnos, el entrenamiento y las constantes órdenes, definen a esta profesión como un contribuyente de alta tensión para generar niveles de estrés y cambios comportamentales en el individuo (Morales & Valderrama, 2012).

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

por: Steve Knight - tomada de: www.sxh.eu



Y en segundo lugar, los trastornos del sueño, son una variable determinante en la probabilidad de padecer un trastorno del estado de ánimo, según el DSM IV- TR (APA, 2002, p.395) las alteraciones del sueño, insomnio o hipersomnia se encuentran como criterio diagnóstico o síntoma asociado en trastornos como episodio depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar I, tienen en común los siguientes síntomas:

Alteraciones de la continuidad del sueño, como una latencia de sueño prolongada, mayor frecuencia de despertares intermitentes y despertar precoz; 2) reducción de los movimientos oculares lentos (NREM) en los estadios 3 y 4 (sueño de ondas lentas), con un cambio de la actividad de ondas lentas más allá del primer periodo NREM; 3) disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (REM) (p. ej., acortamiento

de la duración del primer periodo NREM); 4) aumento de la actividad de la fase REM (p.ej., el número de los movimientos oculares verdaderos durante el REM), y 5) aumento de la duración del sueño REM al principio de la noche DSM IV – TR (APA, 2002, p.395).

Marín (2008) refiriéndose a Miró, Lañez & Cano-Lozano (2002) menciona que el equilibrio entre las horas de sueño y vigilia hace parte del ciclo circadiano y está regido por el contexto cultural, socioeconómico, estado de salud y edad, debido a que esta proporción se ve obligada a modificarse de acuerdo con estas condiciones. Cuando este equilibrio no se mantiene a pesar de los múltiples esfuerzos, pueden surgir consecuencias irreversibles para la salud del individuo.

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

El insomnio predomina entre los síntomas que mencionan los pacientes que consultan por trastornos psiquiátricos, ocasionando en ellos una variedad de síntomas tanto físicos como mentales que pueden llegar a incrementar el riesgo de padecer un trastorno depresivo (Kales y cols. 1984 citado por Medina, Sánchez Conejo, Fraguas, Arango & López, 2007).

Según un estudio realizado en el 2003 cuando una persona presenta estas alteraciones en el ciclo del sueño se encuentra predispuesta a padecer de un trastorno asociado a la depresión. Si los síntomas continúan son parte del inicio de un nuevo episodio del trastorno.

Estas alteraciones no solo se deben a la ausencia del sueño, también se pueden presentar en las pesadillas, intermitencia y mala calidad (Medina

y cols, 2007, citando a Riemann y Voder Holzer, 2003).

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

En un estudio realizado por la Revista de sanidad del personal militar español desplegado en una provincia Afgana, de 172 casos de consulta psicológica, 10 personas asistieron por motivos de alteraciones en el sueño, especialmente insomnio, de ellos 5.49% presentó trastornos del sueño. Como tratamiento se restablecieron parámetros para la mejora de la higiene del sueño a un 9,25% de los casos evaluados, mientras que un 5.78% necesitó tratamiento con fármacos.

“Tanto la ansiedad como la depresión son de los factores que más contribuyen a la percepción negativa de la calidad de vida” (Olmedilla, Ortega & Madrid, 2008).

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

La explicación de las diferencias de género en salud se ha hecho desde cuatro niveles según (Kawachi, Kennedy, Gupta & Prothrow-Stith, 1999 citado por Matud, Guerrero & Matías,

2006). El modelo biomédico, donde prevalecen los factores hormonales, a los que tradicionalmente se les ha atribuido cualquier diferencia en la salud de la mujer respecto a la de los hombres. El modelo psicosocial trata de explicar las diferencias entre mujeres y hombres analizando las diferencias en variables tales como personalidad, afrontamiento, autoeficacia o en la experiencia y la información de signos y síntomas. Desde la epidemiología se tratan de buscar las conductas y exposiciones a sustancias que puedan explicar las diferencias de género en salud. Y a nivel social se intentan analizar los procesos culturales, sociales, económicos y políticos que dan lugar a diferentes riesgos para la salud de mujeres y hombres.

En un estudio en la facultad de medicina de la Universidad Pontificia Universidad Católica de Chile en un grupo de 15 a 24 años se encontró una prevalencia de 10,6% de depresión y distimia, y la Encuesta Nacional de salud realizada en Chile (2003) citada por Santander, Romero, Hitschfeld, Zamora (2011), mostró una incidencia de 15,7% distribuida de la siguiente manera 13,4% en hombres y 18,1% en mujeres, encontrando una relación significativa entre el género y una situación ocurrida recientemente, además de la carga académica y tanto como los rasgos de la personalidad de los estudiantes.

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

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



Referencias bibliográficas

- Aguirre, A. (2008). *Antropología de la depresión*, [en línea]. Brasil: Revista Mal-estar E Subjetividade. Recuperado el 19 de Febrero de 2013, de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27180302>
- Ansoleaga, E., Toro, J. (2008). *Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera*, [en línea]. Chile: Salud de los Trabajadores. Recuperado el 22 de Febrero de 2013, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382010000100002
- Asociación Americana de Psicología (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: Autor.
- Barrera, H.; López, A.; y Mangaña, C., (2009). *Efectos de las instrucciones audiovisuales no explícitas sobre el comportamiento alimentario*, [en línea]. Colombia: Diversitas: Perspectivas en Psicología. Recuperado el 9 de febrero de 2013, de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67916261013.pdf&chrome=true>
- Beck, A.T. (2005). *The current state of Cognitive Therapy*. Archives of General Psychiatry.
- Behar, R (2008). *Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria*, [en línea]. Santiago de Chile, Chile: Mediterráneo. Recuperado el 11 de febrero de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200013.
- Bellido, D., y Luis, D. (2006). *Manual de nutrición y metabolismo*. España: SEEN
- Calderón N.G. (1990). *Depresión*. Trillas. México.
- Castro, Y., Orjuela, M., Lozano, C., Avendaño, B. & Vargas, N. (2011). *Estado de salud de una muestra de policías y su relación con variables policiales*, [en línea]. Colombia: Recuperado el 17 de febrero de 2013 de http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_12/vol.8no.1/4_estado_de_salud_de_una_muestra.pdf
- Correa, A. (2007). *Depresión y estrógenos: ¿son los estrógenos una opción terapéutica?*, [en línea]. Colombia: Universitas Médica. Recuperado el 03 de abril de 2012, de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=231018668008&iCveNum=18668>.
- Coto, E., Gómez-Fontanil, Y., y Belloch, A. (1995). *Historia de la psicopatología*. En Manual de psicopatología, Vol. 1. (pp 3-45). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Cruz, E. y Vergara, L. (2011). *Presencia de síndrome de estrés laboral como predictor de síntomas de depresión en personal que labora en un centro de protección*. Trabajo de grado, psicología. Universidad Piloto de Colombia, Bogotá, Colombia.
- De Puellas, C., (2009). *Exigencia y carga emocional del trabajo policial: la intervención policial ante catástrofes y emergencias masivas*. [en línea]. Madrid, España: Psicopatología Clínica Legal y Forense. Recuperado el 21 de febrero de 2013 de <http://www.masterforense.com/pdf/2009/2009art8.pdf>
- Deniz, O. (2007). *Psico-hemopatía*. Gran Canaria: Ed. Lulu.
- Díaz, J., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R. Font, I., Cardona, M. (2006). *Factores psicosociales de la depresión*. Vol.35 N°.3 [en línea]. Ciudad de La Habana. Revista Cubana de Medicina Militar. Recuperado el 19 de febrero de 2013 de <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v35n3/mil09306.pdf>
- Fernández, P. (2010). *La influencia de los factores estresantes del trabajo en el rendimiento laboral*. [en línea]. Argentina: Invenio. Recuperado el 22 de febrero de 2013 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87715116007>
- Gutiérrez, G., Celis, M., Moreno, S., Farías, F. y Suarez, J. (2006). *Síndrome de burnout*. [en línea]. México: Medigraphic. Recuperado el 19 de Febrero de 2013 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>

- Hernández, G. (2007). *Fenomenología de algunos síntomas de la depresión*. [en línea]. Colombia: Universitas Médica. Vol., 48 N° 3. Recuperado el 21 de febrero de 2013 de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/6-FENOMENOLOGIA.pdf>
- Horwits, A.; Wakefield, J. & Spitzer (2007). *The loss sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*, Nueva York, Oxford University Press.
- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). *Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión*. [en línea]. Subjetividad y Procesos Cognitivos, Vol 15, N° 1. Recuperado el 21 de febrero de 2013 de, <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>.
- Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B., Ochoa, N., Hurtado, M., Gómez, Y., Uribe, A., Rojas, A & cols (2010). *Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales*, Vol.17 No.1, [en línea], Bogotá, Colombia. Suma psicológica. Recuperado el 22 de febrero de 2013 de <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v17n1/v17n1a5.pdf>
- Londoño, N. & Ramírez, M. (2005). *Creencias centrales en pacientes diagnosticados con trastorno del estado de ánimo depresivo en una muestra colombiana*. Pensamiento psicológico, 5, pp. 95-105.
- López, J., & Salles, N. (2005). *Prevención de la anorexia y bulimia*. España: Naulibres.
- Marín, A., Franco, H., Vinaccia, S., Tobón, S., Sandin, B. (2008) *Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño*, [en línea]. Colombia: Suma Psicológica. Recuperado el 22 de febrero de 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=134212604009>
- Martínez, J. (2012). *Análisis descriptivo del personal militar español asistido por el Servicio de Psicología del ROLE 2 de Heart, Afganistán*. [en línea]. España: Revista de Sanidad de las Fuerzas Armadas de España. Recuperado el 17 de febrero de 2013, de http://www.defensa.gob.es/Galerias/_config_/destacados/docs/Sanidad-68-3.pdf.
- Matud, M., Guerrero, K. & Matías, R. (2006). *Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión*, [en línea]. España: International Journal of Clinical and Health Psychology. Recuperado el 22 de febrero de 2013 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760101>
- Medina, O., Sánchez, N., Conejo, J., Fraguas, D., Arango, C., (2007) *Alteraciones del sueño en trastornos psiquiátricos*. [en línea Colombia: Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. XXXVI, N° 4. Recuperado el 15 de febrero de 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80636410>
- Mingote, J.; Gálvez, M.; Pino, P. & Gutiérrez, M. (2009). *El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo*, [en línea]. Madrid, España: Medicina y seguridad del trabajo. Recuperado el 15 de febrero de 2013 de, <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n214/original2.pdf>
- Montesinos, M. (2009). *Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de recursos humanos*. Tesis doctoral, Enfermería, Universidad de Murcia, España.
- Morales, C y Valderrama, J (2012). *Calidad de vida en policías: Avances y propuestas*, [en línea]. España: Recuperado el 18 de febrero de 2013, de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2036.pdf>.
- Moreno, M y Ortiz, G. (2009). *Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes*, [en línea]. México: Recuperado el 18 de febrero de 2013, de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n2/art04.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales*, [en línea]. Francia. Recuperado el 08 de febrero de 2013 de, http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Olmedilla, A., Ortega, E. & Madrid, J. (2008). *Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional*, [en línea]. España: Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Recuperado el 21 de febrero de 2013 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54222988003>



- Pereyra, E. (2010). *Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una Universidad privada de Lima, Perú 2010*, [en línea]. Lima, Perú: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Recuperado el 01 de abril de 2012 de, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36318511005>
- Pérgola, F. (2002). *Breve Historia de la Depresión*. [en línea]. Buenos Aires, Argentina: Médicos y Medicina en la Historia. Vol. I – N° 1. Recuperado el 22 de Febrero de 2012 de, <http://www.fmv-uba.org.ar/Portada/Revista01/Breve.pdf>
- POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA. (2008). *Lineamientos metodológicos para la administración del riesgo en la Policía Nacional / Policía Nacional de Colombia*. Bogotá, Colombia: Policía Nacional.
- Prieto, M.; Vera, M.; Pérez, M. & Ramírez, I. (2007). *Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad*, [en línea]. Colombia: Clínica y salud. Recuperado el 15 de febrero de 2013, de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a05.pdf>
- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2007). *Burnout: “síndrome de quemarse en el trabajo (sqt)”*. [en línea]. Colombia: Acta Colombiana de Psicología. Recuperado el 22 de Febrero de 2013 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>
- Rava, F; Silber, T. (2004). *Bulimia nerviosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones*, [en línea]. Arch.argent.pediatr. Recuperado el 15 de febrero de 2013 de, <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v102n5/v102n5a07.pdf>
- Reidl, L., & Jurado, S. (2007). *Culpa y vergüenza*. Mexico : UNAM.
- Sanagua, N. (2007). *Córtex Insular y su rol putativo en la configuración de trastornos alimenticios*, [en línea]. Chile: Universidad de la frontera. Recuperado el 11 de febrero de 2013, de <https://docs.google.com/viewer?url=http://www.redalyc.org/pdf/1793/179317882001.pdf&chrome=true>
- Santander, J., Romero, M., Hitschfeld, M. & Zamora, V. (2011) *Prevalencia de la ansiedad y la depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*: Chile, [en línea]. Revista chilena de neuro- psiquiatría. Recuperado el 22 de febrero de 2013 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272011000100006&script=sci_arttext
- Tutte, V. & Garces, E. (2010). *Burnout en Iberoamérica: líneas de investigación*. [en línea]. España: Cuadernos de Psicología del Deporte. Recuperado el 21 de febrero de 2013 de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227014930004>
- Vallejo, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (4ª Ed.). Barcelona, España: Masson S.A.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos*. En A. Belloch, B. Sandin, y F. Ramos, Manual de Psicopatología. Vol. 2. (pp. 299-340). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Villalobos Galvis, Fredy H. (2010, Febrero). *Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia*. [en línea]. Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado el 01 de abril de 2012 de, <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a04v27n2.pdf>
- Wolman, B. & Stricker, G. (1993). *Trastornos depresivos*. España: Ed. Ciba

