

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
UNIDAD DE POSGRADO**



TRABAJO DE POSGRADO

**“FACTORES BIOLÓGICOS, SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES ASOCIADOS
A EPISODIOS DEPRESIVOS EN AGENTES DE LA POLICÍA NACIONAL CIVIL EN
EL DEPARTAMENTO DE AHUACHAPÁN DE MARZO - JUNIO 2014.”**

PRESENTADO POR:

DR. CARLOS EDGARDO MOLINA HERRADOR

DR. OSWALDO ARÍSTIDES MENA ROMERO

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

DOCENTE DIRECTOR:

LICDA. Y MSP. MARÍA TERESA GUEVARA DE RENDEROS

AGOSTO DE 2014

SANTA ANA

EL SALVADOR

CENTROAMÉRICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**



**RECTOR
INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO**

**VICE-RECTORA ACADÉMICA
MASTER ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO**

**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
LCDO. OSCAR NOE NAVARRETE ROMERO**

**SECRETARIA GENERAL
DOCTORA ANA LETICIA DE AMAYA**

**FISCAL GENERAL
LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**



**DECANO
LICENCIADO RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ**

**VICE-DECANO
INGENIERO WILLIAM VIRGILIO ZAMORA GIRÓN**

**SECRETARIO
LICENCIADO VÍCTOR HUGO MERINO QUEZADA**

**JEFE DE LA ESCUELA DE POSGRADO
MEd. MAURICIO ERNESTO GARCÍA EGUIZÁBAL**

**COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADO
DR. Y MASTER JOSÉ MANUEL ESCOBAR CASTANEDA**

AGRADECIMIENTOS

- **Dios Todo Poderoso:**

Por haberme concedido, la fuerza, conocimientos, concentración, perseverancia y salud para culminar mi postgrado.

- **A mi Madre**

Imelda de Molina con amor por su apoyo, ayuda y sacrificios que me permitieron coronar mi postgrado, que definitivamente no hubiese podido ser realidad sin su ayuda.

- **A mi Amada Esposa:**

Por su amor, apoyo incondicional, confianza, sinceridad.

- **Amigos:**

En especial a Lic. Francisco Aquino Castro y Subcomisionado Guillermo Enrique Torres, por el apoyo que me brindaron en todo momento.

Carlos Edgardo Molina Herrador.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a mi Señor Jesucristo que hace lo imposible, posible.

Oswaldo Arístides Mena Romero.



CONTENIDO

CAPITULO I: “INTRODUCCIÓN.”	i
CAPITULO II: “OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.”	1
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	2
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	2
CAPITULO III: “MARCO TEÓRICO.”	3
3.1. Aspectos Generales de La Policía Nacional Civil.	4
3.1.1. Antecedentes Históricos de la Policía Nacional en El Salvador.	4
3.1.2. Antecedentes Históricos de la Guerra en El Salvador.....	5
3.1.3. Reseña Histórica de la Policía Nacional Civil	7
3.1.4. Evolución de la Policía Nacional Civil.....	10
3.1.5. Ejes de trabajo con los que cuenta la Policía Nacional Civil.	11
3.1.6. Visión y Misión Institucional.	13
3.1.7. Valores de la Institución	14
3.1.8. Situación Actual Institucional de la Policía Nacional Civil.....	14
3.2. Marco Conceptual	17
3.2.1. Definición de Depresión	18
3.2.2. Signos y Síntomas	18
3.2.3. Epidemiología.-	22
3.2.4. Clasificación.-	23
3.2.5. Etiología	28
3.2.6. Diagnóstico:	30



3.2.7. Tratamiento.-	32
3.2.8. Indicaciones	35
CAPITULO IV: “DISEÑO METODOLOGICO”	38
4.1. Tipo de Estudio.....	39
4.2. Determinación del Universo.-	39
4.3. Instrumentos de Investigación.....	39
4.4. Tamaño de la Muestra.....	40
4.5. Periodo de la Investigación.....	40
4.6. Tipo de Investigación.....	40
4.7. Procesamiento y Análisis de la Información	40
4.8. Análisis e Interpretación de La Tabulación de Datos.....	41
CAPITULO V: “RESULTADOS Y ANÁLISIS”	45
5.1. Análisis de la tabla I: Síntomas.....	49
5.2. Análisis de Tabla II: Personalidad	53
5.3. Análisis de la tabla II: Estilo de vida	56
5.4. Análisis de Tabla IV: Empleo y ocupación.....	60
5.5. Análisis de la tabla V: Relaciones.....	63
5.6. Análisis de Tabla VI: Ambiente.....	66
CAPITULO VI: “CONCLUSIONES”	67
CAPITULO VII: “RECOMENDACIONES”	70
BIBLIOGRAFÍA.....	73
ANEXOS.....	74



CAPITULO I: “INTRODUCCIÓN.”



I. INTRODUCCIÓN

La depresión es una patología de índole diversa que aqueja a gran parte de la humanidad, presentándose de diversas maneras desde una simple sensación de tristeza que persiste con el tiempo, hasta el extremo del intento suicida.

Según Pascual Salín La depresión es un trastorno de primer orden, en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los adultos, la existencia de tratamientos eficaces que puedan atender mejor el manejo de episodios depresivos la calidad de vida de quienes padecen este trastorno obliga a prestar especial atención a este problema. (Pascual, 1997)

Según últimos datos estadísticos de Organización Mundial para la Salud, la progresión de la depresión se calcula en más del 80% de la población mundial en 2001, además indica que este trastorno se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo (Prevención de los trastornos mentales, 2001).

En El Salvador para el año 2001, Según el Ministerio de Salud Pública y asistencia social reportaba el total de consultas por episodios depresivos a nivel nacional, dando un total de 2,394 casos para la población masculina, mientras que el número de casos en la población femenina reportaba un total de 5,324 casos, observándose una mayor incidencia en este último grupo etario (Prevalencia de alteraciones afectivas, 2001).



Siendo los episodios depresivos, razones frecuentes, de consulta por parte de los adultos existe una relación fuerte entre la edad y diversas determinantes de la salud, entre ellos factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y estrés, etc. Se hace necesario realizar una investigación con el fin de determinar los factores asociados y la frecuencia con que se presentan los episodios depresivos, en los adultos que buscan atención médica en la clínica empresarial y unidad jurídica de la policía nacional civil de Ahuachapán.

La información se obtendrá por medio de un estudio de tipo descriptivo transversal, empleándose para ello la escala Stress - Depresión así como un cuestionario y los componentes del funcionamiento social como herramienta para recabar información.

De donde se deriva la problemática de interés que dice: Factores biológicos, socioeconómicos y culturales asociados a episodios depresivos en agentes de la policía nacional civil en el departamento de Ahuachapán de Marzo - Junio 2014.

En el trabajo de investigación logramos constatar que el nivel de stress que manejan los agentes de la PNC de Ahuachapán es altamente elevado lo cual predispone también la existencia del episodio depresivo en un elevado porcentaje.

Encontrándose también la necesidad de un tratamiento holístico pues las necesidades afectivas de esta población abarca no solo su ámbito laboral sino también todas las áreas de su vida como lo son lo socio económico cultural.

Todas estas facetas deben encontrar satisfacción personal puesto que al no lograr la misma se genera un grado mayor de stress que predispone a patologías depresivas más frecuentes.



Esta situación indica la necesidad de la detección temprana de niveles altos de stress y episodios depresión para evitar el avance de la patología a zona de mayor riesgo como lo son la depresión perse y el conato suicida.

Esta detección temprana debe estar a cargo de personal médico no psiquiatra y psicólogos capacitados en dicha función.



CAPITULO II: “OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.”



II.OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores biológicos, socioeconómicos y culturales asociadas a los Episodios depresivos en los agentes de la Policía Nacional Civil del departamento de Ahuachapán de Marzo a Junio 2014.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar aspectos biológicos que influyen en los episodios depresivos.
- Determinar aspectos socioeconómicos que desencadenan los episodios depresivos.
- Analizar aspectos culturales que influyen en los episodios depresivos.



CAPITULO III: “MARCO TEÓRICO.”



3.1. Aspectos Generales de La Policía Nacional Civil.

3.1.1. Antecedentes Históricos de la Policía Nacional en El Salvador.

Entre los antecedentes de la Policía Nacional se puede destacar que le correspondía la función de mantener el orden público y hacer respetar las normas de salubridad y de buenas costumbres, en un principio se limitaban solo a la ciudad de San Salvador, luego se expandieron a Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate.

En ese momento no contaban con profesionales dentro del cuerpo de seguridad y estos se dedicaban a proteger los intereses dominantes de la nación y no al delito por lo que su capacidad de investigación era nula. Pero a pesar de esto la efectividad como instrumento de control y represión popular fue superior a la de las unidades del ejército, ya que en conflictos que acechaban la estabilidad política y social, el cuerpo de seguridad, era el que protagonizaba el control dejando al ejército en términos secundarios.

La guerra civil de El Salvador, fue un conflicto bélico interno ocurrido entre 1980 y 1992, una de las guerras civiles más sangrientas que ha sufrido un país de América Latina. “El sistema político resultante—autoritario, excluyente, cerrado y la precariedad de sus instituciones democráticas así como la concentración de la riqueza y del poder que perpetuaba, sirvieron de telón de fondo para la guerra civil que estalló en 1980 - alimentada sin duda, por la revolución sandinista de julio de 1979”.

En ese entonces había un sistema político en donde las elecciones periódicas y las prácticas democráticas eran inexistentes, el uso de la fuerza era la forma natural de resolver los conflictos, combatir las críticas de la oposición y silenciar las protestas de las personas que no estaban de acuerdo con ese sistema. Las personas en El Salvador vivían en opresión, esa cultura



autoritaria impidió el desarrollo de un sistema democrático, basado en la división de poderes y el respeto a la Ley.

3.1.2. Antecedentes Históricos de la Guerra en El Salvador

El Ejército Nacional de El Salvador fue fundado por el General Manuel José Arce en el año de 1824 después de la independencia de España, con la finalidad de garantizar la soberanía Nacional y el mantenimiento de los derechos de los ciudadanos.

Hacia 1979 la violencia entre el gobierno que en ese momento mandaba y la oposición a este, degeneró en una guerra civil. Se organizó una agrupación que buscaba recoger el testigo de Farabundo Martí, el denominado Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), liderada por Schafik Handal y otras personas, con algún apoyo popular en las zonas rurales y entre los sectores obreros urbanos siendo este sector el más afectado por las opresiones de los gobernantes. A medida que el conflicto avanzaba, la guerrilla obtuvo apoyo indirecto y directo también de Cuba, la Unión Soviética y más tarde el pleno respaldo del régimen sandinista de Nicaragua, una vez este se hizo del poder en 1979.

El gobierno, por su parte, contaba con cuerpos de seguridad de carácter militar, dependientes del Ministerio de Defensa y Seguridad Pública, los cuales eran: Guardia Nacional, cuerpo de accionar represivo que tenía jurisdicción en el territorio nacional, en el área urbana y rural; la Policía Nacional, de accionar urbano que en su organización interna integraba la Policía de Tránsito; la Policía de Hacienda, que se desempeñaba en el área rural, urbana y en las fronteras controlando el contrabando. Adjunta a esta institución había un cuerpo paramilitar, llamado ORDEN que prestaba gratuitamente sus servicios en el área rural. Las alcaldías contaban con sus



cuerpos de policía las cuales tenían autoridad para capturar y recluir a los reos en sus propias bartolinas.

En la década de los ochentas se desató la guerra en El Salvador que duró más de doce años y fue hasta en los noventas que finalizó con la intervención de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En 1990 las dos partes aceptaron que la ONU oficiara de mediador en el conflicto y se iniciaron conversaciones a fin de encontrar una solución a la guerra. Tras intensas negociaciones, la ONU diseñó un plan, a cumplirse por etapas, según el cual:

- La guerrilla debía desmovilizarse y permitir el paso de las autoridades y cuerpos policiales. Además debían destruir sus armas e indicar la localización de todos sus arsenales y municiones.
- El gobierno por su parte tendría que desmovilizar a los antiguos Cuerpos de Seguridad, Guardia Nacional, Policía Nacional, Policía de Hacienda, batallones y patrulleros.

Este proceso de desmovilización fue supervisado por la Misión de observadores de las Naciones Unidas en El Salvador (ONUSAL). A finales del año noventa y uno la ONU certificó que ambos bandos habían cumplido con sus compromisos y los convocó a la firma de los Acuerdos de Paz el 16 de enero de 1992 en Chapultepec, México.

La desmovilización de los ex combatientes, su reinserción a la vida civil, el inicio y funcionamiento de las nuevas instituciones que contribuyeran a la seguridad fueron productos de los Acuerdos de Paz.

La Policía Nacional Civil es producto de estos acuerdos siendo el ideal, contar con una nueva policía de carácter civil, profesional, eficiente y al servicio de la comunidad con una nueva doctrina.



3.1.3. Reseña Histórica de la Policía Nacional Civil

El 16 de enero de 1992, marcó el fin de más de una década de conflicto armado en El Salvador con la firma de Acuerdos de Paz que dieron paso a la creación de instituciones democráticas, siendo una de ellas la Policía Nacional Civil. El 1 de febrero de 1993, se creó en El Salvador la nueva Policía, una entidad responsable de resguardar la paz, el orden y la seguridad con apego a los principios democráticos y a las libertades individuales.

Según los Acuerdos de Paz, la Policía Nacional Civil tendría las siguientes características básicas: Ser un cuerpo nuevo de seguridad, con una organización reestructurada, implementando mecanismos de formación, adiestramiento y una doctrina innovadora. La idea principal era formar un nuevo cuerpo de seguridad con cambios drásticos que beneficiarían a la población en general y al país en el proceso democrático.

La Policía Nacional Civil tiene su base de operaciones en el edificio conocido como “El Castillo”, lugar en el que con anterioridad había funcionado la Policía Nacional, el cual se ubica en la 6° Calle Oriente N° 42, entre la 8ª y 10ª Avenida Sur, San Salvador.

El primer Director de la Policía Nacional Civil fue el Licenciado José María Monterrey, quien inició la dispersión de los nuevos agentes. El departamento de Chalatenango fue donde se inició el despliegue de las fuerzas policiales en febrero de 1993. En escala nacional este culminó a principios de 1994, después de cubrir los 14 departamentos y las cabeceras departamentales con mayor densidad poblacional. El Director General en ese momento fue el que enfrentó el proceso de transición hacia un nuevo modelo de Seguridad Ciudadana.

El segundo Director, fue el Ingeniero Rodrigo Ávila, quien dió continuidad al cumplimiento de los Acuerdos de Paz pendientes en esos momentos e



impulsando la organización de la Institución, creó las unidades especializadas del Mantenimiento del Orden (UMO), Grupo de Reacción Policial (GRP) y el Grupo Aéreo Policial (GAP).

El tercer Director, fue el Licenciado Mauricio Sandoval, impulsó desde su nombramiento en 1999, un nuevo modelo de seguridad pública basado en la participación ciudadana, un eje fundamental para la prevención del delito. Bajo esta administración, se creó la División Elite contra el Crimen Organizado (DECO) y se fortaleció la División Antinarcoóticos (DAN), así como la Policía Científica del Delito y la Fundación de Bienestar Policial. Como parte de su consolidación y fortalecimiento, a finales de 1999 y principios de 2000, la Policía destituyó a más de 1200 oficiales y agentes de todas sus categorías por resultar involucrados en diversos actos de corrupción y otros hechos adversos a la doctrina policial. Este proceso de depuración ha continuado permanentemente con el propósito de que la población cuente con una Policía eficiente.

Luego de este proceso, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el informe sobre el cese de la función de verificación de los Acuerdos de Paz en El Salvador, agregó que la Policía Nacional Civil recuperó parte de su prestigio y la confianza que la población había depositado en ella tras firmarse los Acuerdos de Paz. (Informe de la ONU 1990 – 1995; New York)

A medida que pasa el tiempo, la Policía Nacional Civil ha intentado establecer una estrategia operativa a corto, mediano y largo plazo en concordancia con los objetivos institucionales prioritarios que son: fomentar la participación ciudadana, promover el bienestar policial y disminuir los índices delictivos.

Desde sus inicios la Policía Nacional Civil ha creado y desarrollado diversas acciones orientadas a fortalecer la eficacia policial para lograr el combate de toda clase de hechos delictivos. Además incentiva al personal policial con los



ascensos policiales, las condecoraciones, entre otros, para que estos tengan una motivación de superación dentro de la carrera policial y ser tomados en cuenta como profesionales dentro de la sociedad.

Por primera vez, desde su creación, la Dirección General recayó en un policía de carrera, se trató del Comisionado Mauricio Menesses Orellana. Quien fue juramentado como Director General el 9 de Mayo de 2003 por el ex presidente Francisco Flores, dió seguimiento al plan General de Seguridad Ciudadana establecido para el quinquenio 2000-2005. Tras la culminación del periodo del Presidente Flores, el Comisionado Menesses fue ratificado en el cargo por el actual Presidente Don Elías Antonio Saca, el 7 de junio de 2004, cargo en el que se mantuvo hasta el 31 de diciembre de 2005. Con dicha administración, se ejecutó el Plan Súper Mano Dura que posibilitó la lucha frontal contra las pandillas en el país. Asimismo, el despliegue de la Policía Rural, durante este periodo generó mayor impacto en la prevención de los delitos fuera de la zona urbana.

El 1 de enero del año 2006, el ingeniero Rodrigo Ávila retomó nuevamente la administración policial tras ser juramentado por el Presidente Saca. En esa administración se suman la creación de la División de Cumplimiento Judiciales, así como el Grupo de Operaciones Policiales Especiales y la Fuerza Antiextorsión. Dichas unidades llegaron en momentos en que el accionar delincencial, principalmente de las pandillas, adoptó la modalidad de extorsionar a diversos sectores productivos. Asimismo, se reactivaron las Divisiones de Investigación Anti- homicidios y de Investigación Criminal.

Estos esfuerzos han buscado fortalecer la confianza de la población, y las víctimas amparadas con la Ley de Protección de Víctimas y Testigos, aprobada en el año 2006 por la Asamblea Legislativa, quienes poco a poco vencen el temor y denuncian los hechos criminales. El fortalecimiento del sistema de emergencias 911, tanto en personal como en equipo de



transporte, es otro de los esfuerzos con los que la Policía busca ofrecer a la población mayor eficacia para responder ante cualquier emergencia. La reorganización en los diversos mandos a escala nacional, es otra de las acciones del Jefe Policial en la lucha frontal contra todas las manifestaciones criminales.

La apertura hacia otros sectores de la vida nacional ha permitido el logro de convenios de cooperación interinstitucionales como la Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador (COMURES), el Ministerio de Turismo (MITUR), Fiscalía General de la República (FGR), Instituto Integral para el Desarrollo de la Niñez y la Adolescencia (ISNA) y otros que junto a la Policía desarrollan alianzas contra la prevención del delito desde un enfoque comunitario.

3.1.4. Evolución de la Policía Nacional Civil.

La Policía Nacional Civil, desde su creación ha tenido avances significativos para la evolución institucional, dentro de las estrategias operativas se puede mencionar la creación de la División Élite Contra el Crimen Organizado (DECO), el fortalecimiento de la División Antinarcoóticos (DAN), así como la adquisición de equipo para la División de la Policía Científica, la modernización del centro de emergencia 911, el Grupo Antiextorsión. Tecnológicamente cuenta con su propio sitio de Internet para mantener al ciudadano informado de la administración y operatividad de la Policía, servicio electrónico de correo, medios de comunicación adecuados, como también la creación de la Fundación de Bienestar Policial que tiene como fin apoyar el desarrollo integral del personal operativo, cuenta también con ascensos de las diferentes categorías siendo un incentivo para cada agente u oficial.



Aparte de contar con un proceso de evaluación y depuración del personal operativo para destituir a los oficiales y agentes en todas las categorías que se ven vinculados o involucrados en actos de corrupción y otros delitos, la Policía Nacional Civil ha logrado crecer y madurar como institución, estableciendo estrategias operativas a corto, mediano y largoplazo, cumpliendo con los objetivos institucionales prioritarios como es fomentar la participación ciudadana, promover el bienestar policial y disminuir los índices delincuenciales.

3.1.5. Ejes de trabajo con los que cuenta la Policía Nacional Civil.

En el marco de las prioridades nacionales, la Policía Nacional Civil con el propósito de mantener altos niveles de efectividad en la prevención y el combate a la delincuencia, la institución ha planteado seis ejes de trabajo a desarrollar, los cuales se mencionan a continuación:

3.1.5.1. Organización Policial y Administración

Desarrollar una estructura organizativa flexible que responda a las necesidades de trabajo contra la delincuencia en el país, así como promover la maximización de todos los recursos empleados para ejercer la función de prevención y control de criminalidad, propiciando condiciones que favorezcan el servicio, el orden y la seguridad ciudadana.

3.1.5.2. Operatividad de Servicios de Orden y Seguridad

Promueve la mejora, definición y/o desarrollo de los mecanismos adecuados que permitan mejorar significativamente la operatividad de la labor policial, con énfasis en la disminución de los tiempos de respuesta a los



requerimientos ciudadanos y en el fomento de la cultura de denuncia, a fin de identificar y priorizar las zonas que requieren mayor atención policial.

3.1.5.3. Operatividad de Servicios de Investigación e Inteligencia Policial

Establece la integración de todos los elementos estratégicos operativos de la Institución, reforzando el conjunto de herramientas fundamentales para el desarrollo de un trabajo investigativo más eficiente, cuyo impacto se vea reflejado en el incremento del número de casos resueltos, y en consecuencia el número de detenciones y/o capturas efectuadas.

3.1.5.4. Coordinación Interinstitucional e Internacional

Se orienta al establecimiento de lazos de cooperación recíproca con Agencias de Seguridad Internacionales, Policías de otros países e Instituciones del Estado que complementen la labor que realiza la Policía Nacional Civil en sus distintos ámbitos de trabajo a través de capacitación técnica y la obtención de recursos materiales y financieros que permitan desarrollar todas las acciones encaminadas al cumplimiento de los objetivos institucionales.

3.1.5.5. Recurso Humano

Consiste en la implementación de acciones encaminadas a mejorar los sistemas de trabajo, así como de acciones de mejora del equipo y desarrollo profesional, promoción del bienestar policial a través de la ampliación de la cobertura de los programas de prestaciones y servicios, que contribuyen a mejorar el nivel de vida del personal de la Institución.

3.1.5.6. Doctrina institucional

A través de este eje, se desarrollan las acciones encaminadas al fortalecimiento de los principios y valores que rigen la misión institucional, promoviendo con ello una cultura de trabajo compartido, complementario y



de acercamiento, así como de trabajo conjunto con la comunidad a fin de obtener mayores niveles de profesionalismo, reflejados en la entrega y empeño a la labor encomendada por cada uno de los miembros de la corporación policial.

3.1.6. Visión y Misión Institucional.

La Policía Nacional Civil tiene una visión en la cual se proyecta sobre lo que quiere o se debe ser a fin de garantizar el orden y la tranquilidad ciudadana y una Misión con la que se compromete ha respetar los Derechos Humanos y proteger a los ciudadanos, es por eso que la Visión y Misión en la Policía Nacional Civil resalta siempre en ofrecer un servicio de protección a la sociedad salvadoreña que conlleve a la Eficacia Policial y a una armonía entre el personal policial y la comunidad.

3.1.6.1. Visión

Ser una institución policial moderna y profesional, con alto prestigio nacional e internacional que goce de la confianza y credibilidad ante la población salvadoreña, por la eficacia de sus servicios orientados a la comunidad.

3.1.6.2. Misión

Ser una institución dedicada a proteger y garantizar los derechos y libertades de las personas, con estricto apego al respeto de los derechos humanos, al servicio de la comunidad creada para garantizar el orden y la tranquilidad pública a fin de contribuir al desarrollo integral del país y con ello al fomento de un auténtico estado de derecho y democracia.



3.1.7. Valores de la Institución

La institución tiene sus valores bien establecidos, que rigen el objetivo por el cual la Policía Nacional Civil ha sido creada, estos se mencionan a continuación:

- ✓ Respeto a los Derechos Humanos.
- ✓ Disciplina
- ✓ Justicia
- ✓ Espíritu de Servicio
- ✓ Integridad

3.1.8. Situación Actual Institucional de la Policía Nacional Civil.

La Policía Nacional Civil está compuesta por el Director General quien depende directamente de la Presidencia de la República de El Salvador, de la Dirección General depende la Unidad de Auditoría Interna, Inspectoría General, el Consejo Técnico el cual es conformado por la Secretaría Ejecutiva, Secretaría General, Secretaría de Relaciones con la Comunidad, Secretaría de Comunicaciones, además el Centro de Inteligencia Policial y los Tribunales. También la Subdirección General depende directamente de la Dirección General y de esta dependen las diferentes Sub Direcciones que a continuación se mencionan: La Sub Dirección de Seguridad Pública, Sub Dirección de Investigaciones, Sub Dirección de Áreas Especializadas Operativas, Sub Dirección de Tránsito Terrestre, Sub Dirección de Policía Rural, Sub Dirección de Administración y Finanzas y la regional Policial.

Además de contar con las diferentes divisiones: División Elite Contra El Crimen Organizado (DECO); División de Investigación Criminal (DIC); División de Investigación De Homicidios (DIHO); División de Policía Técnica y Científica (DPTC); División de Protección al Transporte (DPT) División



Antinarcóticos (DAN); División de Finanzas (DIF); División de Fronteras (DFRO); División de Puertos y Aeropuertos (DPA); División de INTERPOL (INTERPOL); División de Cumplimiento de Disposiciones Judiciales (Marshall); División de Protección y Víctimas y Testigos (DPVT); División de Protección a Personalidades Importantes (PPI); División de Armas y Explosivos (DAE); Unidad Mantenimiento del Orden (UMO); Grupo Marítimo Policial (GMP); Grupo de Reacción Policial (GRP); Grupo de Operaciones Policiales Especiales (GOPES); Grupo Aéreo Policial (GAP); División de Seguridad Vial; División de Educación Vial; División de Investigación de Accidentes de Tránsito; División de Control Vehicular; División de Control del Transporte Público; Unidad de Interceptores de Transito; División de Bienestar Policial; División de Personal; División de Logística; División de Informática y Telecomunicaciones; División de Infraestructura; Unidad Secundaria Ejecutora Financiera Institucional; Unidad de Adquisiciones; Contrataciones Institucional; División de Seguridad Pública; División de Servicios Juveniles y Familia; División de Servicios Privados de Seguridad; División de Emergencias 911; División de Policía de Turismo; División de Comando Conjunto y Policía Rural; División de Medio Ambiente; División Policía Montada; las cuales en conjunto hacen una labor policial con eficiencia, que se debe gracias a los diferentes planes estratégicos que se ejecutan a través de las diferentes divisiones que componen el cuerpo policial.

Entre las acciones policiales contra la delincuencia se ejecutan los siguientes Planes Operativos: Plan Antihomicidios, Plan de Prevención Delincuencial, Planes Antidelincuenciales Regionales, Plan Ciudad Segura, Plan Escuela Segura, Plan Regional Contra el Crimen Organizado, Plan de Combate del Robo y Hurto de Vehículos, Operaciones Relámpago, Plan Bloqueo, Plan de Prevención del uso tenencia y aportación de armas de fuego, Plan de Control Portuario y Aeroportuario, Plan de Interceptación Aérea.



Entre otras acciones estratégicas la Policía cuenta con una mejor coordinación con las otras instituciones del sistema judicial, lo que permite el trabajo operativo que la Policía efectúa, no se vea afectado en el proceso judicial y se culmine la labor contra los delincuentes. A esto se le agrega la participación ciudadana que en este momento se ha elevado, debido a la confianza que los ciudadanos reflejan en la institución en estos momentos, con la instalación del programa víctimas y testigos, se ha logrado que las personas hagan las denuncias, con la seguridad que no correrán el riesgo de ser ultimadas por los delincuentes.

También se pueden mencionar otros logros que han reflejado el servicio efectivo que la institución brinda a los ciudadanos, como es el fortalecimiento del acercamiento con la comunidad por medio de la conformación de 187 comités de seguridad ciudadana y 394 subcomités, la juramentación de 50 comités de apoyo en zonas rurales, habilitación de oficina para asistencia por teléfono, creación de punto de atención social en centro histórico San Salvador, desarrollo de jornadas de acercamiento con gremiales y diferentes sectores. Sin dejar atrás la calificación del personal institucional dando diversas capacitaciones para Seguridad Pública, Seguridad Turística, Técnicas 911, en Investigaciones contra Extorsión, Homicidios e Investigación Criminal, entre otros.



3.2. Marco Conceptual

Ambiente: Condiciones o circunstancias físicas, humanas, sociales, culturales, entre otras que rodean a las personas, animales o cosa. Conjunto de características típicas de un marco histórico o social.

Aspectos sociales: trata de la influencia que tiene la sociedad sobre el individuo, estudiando el estatus y el rol que después de todo define la posición final del individuo.

Calidad de vida: conjunto de variables culturales que condicionan de manera directa e indirecta la vida humana, de cuya combinación compatibilizada con el mantenimiento del ecosistema resulta el máximo grado de bienestar individual y social.

Factores sociales: se refiere a los parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno.

Salud: estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

Estrés: Elestrés (del inglés *stress*, 'tensión') es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

Episodio depresivo: La depresión (del latín *depressio*, que significa 'opresión', 'encogimiento' o 'abatimiento') es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia)



3.2.1. Definición de Depresión

La depresión es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad de ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparece otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma. Sin embargo, se calcula que menos de un 2% de pacientes, en Atención Primaria, consulta explícitamente por tristeza.¹

3.2.2. Signos y Síntomas

La depresión o enfermedad depresiva es un trastorno muy frecuente que se caracteriza por una perturbación del estado de ánimo en la que predomina un sentimiento de tristeza injustificado, y que casi siempre se acompaña de ansiedad, ideas repetidas de tipo pesimista, sentimientos de culpa y minusvalía personal, así como también de síntomas somáticos, entre los que destacan el insomnio, la fatiga, las molestias gastrointestinales, la pérdida o exceso de apetito, y la disminución o ausencia del deseo sexual. Con frecuencia se produce un enlentecimiento mental y físico: hacer las cosas cuesta más, se pierde memoria y capacidad de concentración. Por lo tanto, más que una enfermedad psiquiátrica, podemos decir que la depresión es un trastorno de todo el organismo: afecta al estado de ánimo, al pensamiento y al comportamiento, a la forma de comer y dormir, a la manera de sentirse con uno mismo y de pensar.²

¹Román Francés, "Guía de Depresión y ansiedad" 2006

²Manuel Martín Carrasco, Psiquiatra, Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (Bibao)



No todas las depresiones son iguales, ni por su gravedad ni por su duración, lo que da lugar a distintos tipos de depresiones. Generalmente, la enfermedad cursa en episodios auto-limitados de gran intensidad, que pueden durar semanas o meses, y que aparecen una o más veces a lo largo de la vida. En ocasiones, los episodios depresivos se alternan con otros de euforia igualmente injustificada. Otras veces, los síntomas son menos graves ("hay días buenos y malos"), pero más persistentes, pudiendo llegar a durar años.

La depresión afecta a una de cada 5 mujeres y a uno de cada 10 hombres, de manera que se calcula que sólo en España hay entre 1.200.000 y 1.500.000 enfermos con depresión. Según un estudio recientemente publicado, realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard (Estados Unidos) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), la depresión será en el año 2020 el segundo mayor problema de salud del mundo, solo superado por los problemas cardiovasculares.

Pero no podemos decir que la depresión sea únicamente un problema de nuestro tiempo. Existen datos de que el término "melancolía", equivalente durante siglos al concepto de depresión, fue acuñado en la Grecia clásica, y desde luego fue utilizado por Hipócrates de Cos (460-375 a.C.), considerado el "padre de la medicina" en nuestra cultura occidental. La etimología de la palabra "melancolía" hay que buscarla en el griego (melas: negro; chole: bilis), ya que se pensaba que la enfermedad se producía por el acumulo anómalo de "bilis negra". En las obras de Hipócrates, Homero, Aristóteles, Areteo, Plutarco y otros, encontramos descripciones vívidas de pacientes depresivos. Pero estos relatos son comunes también en otras culturas y textos; por ejemplo en la Biblia podemos leer acerca de la enfermedad del rey Antíoco



Epífanés: "En cuanto el rey se enteró de todos estos hechos, fue presa de estupor, se sintió profundamente agitado; cayó en el lecho y enfermó de tristeza... Allí permaneció muchos días porque se le renovaba la gran tristeza, pensando que iba a morir. Llamó a todos sus amigos y les dijo: el sueño se aparta de mis ojos y mi corazón desfallece por la preocupación... Ahora me acuerdo de los males que hice... Me doy cuenta de que por causa de esto me han sobrevenido estos males; y de ahí que muero de gran tristeza en tierra extraña (Macabeos 6, 8-13).

Tan importante como saber qué es la depresión es saber lo que no es depresión. No es algo imaginario o que la persona se invente. Tampoco aparece por propia voluntad, ni se puede mejorar solo con deseárselo. No es una tristeza pasajera, un signo de debilidad personal o de pecado. Por eso, algunos comentarios que se hacen con frecuencia a las personas deprimidas, tales como "hay que poner algo de tu parte", "anímate y date una vuelta" o "lo que necesitas son unas buenas vacaciones", suelen ser nocivos para los pacientes, y provocan sentimientos de no ser comprendidos, e incluso de culpa e incapacidad, que pueden provocar incluso un agravamiento de la tristeza. No hay que confundir la depresión con la reacción normal de tristeza ante alguna circunstancia que nos afecta: la depresión siempre tiene un sello de injustificación o reacción desproporcionada que la diferencia de los altibajos en el estado de ánimo que todos podemos tener.

Como ocurre en la mayoría de las enfermedades, no existe una causa única de depresión. Hay más riesgo de padecer la enfermedad si existen antecedentes familiares, lo que indica una cierta predisposición genética. También existen fases hormonales en la mujer especialmente propicias a la aparición de la depresión, como son el postparto y la menopausia. Asimismo, existen personas con una personalidad que podríamos denominar "pre-depresiva", y que tienen más facilidad para padecerla. Se trata de personas



con autoestima baja, tendencia a ver el mundo desde una perspectiva pesimista ("siempre me pongo en lo peor"), poca capacidad para apreciar los aspectos lúdicos y placenteros de la vida, y un gran sentido de la responsabilidad, lo que suele dar lugar a sentimientos de culpa, ya que tienden a pensar que no han cumplido satisfactoriamente con las obligaciones que les correspondían. Ciertas experiencias infantiles traumáticas, como las carencias afectivas, pueden estar en el origen de este tipo de personalidades, aunque también en ello se aprecia una tendencia familiar.³

Hay otros factores que pueden estar implicados en la aparición de una depresión: una pérdida importante, una enfermedad crónica, conflictos familiares o de pareja, problemas financieros o cambios bruscos del modo de vida (ej. cambio de casa o de barrio, aunque sea "a mejor"; un ascenso, porque enfrenta a la persona con sus límites) pueden desencadenar un episodio depresivo. Por otra parte, también hay aspectos socioculturales que pueden influir de forma negativa, como el materialismo, la lucha por el éxito o el individualismo, que dificultan el establecimiento de relaciones personales profundas y significativas, y tienden a aumentar el nivel de estrés y de fatiga, haciendo a las personas más sensibles a otros factores.

En cualquier caso, ya actúen uno o más factores, el resultado final es la puesta en marcha de unos mecanismos patológicos en el sistema nervioso central, que condicionan ciertos cambios bioquímicos; en concreto, la disminución de la disponibilidad cerebral de unas sustancias denominadas neurotransmisores, como la serotonina y la noradrenalina.

³Manuel Martín Carrasco, Psiquiatra, Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (Bilbao)



La mayoría de los episodios depresivos se curan con el tratamiento apropiado; este puede consistir en medidas de tipo farmacológico, psicoterapéutico y ambiental.⁴

3.2.3. Epidemiología.-

La prevalencia puntual de casos de depresión mayor en el estudio Epidemiological Catchment Área 1988 (ECA) es de 2.2%. El riesgo que un individuo tiene de sufrir un episodio depresivo mayor durante su vida es de un 4.4 %⁵

La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, con una edad promedio de 20 años. Entre los factores que favorecen su aparición según la OMS se encuentran cambios de estructura familiar, urbanización creciente, longevidad, cambios rápidos psicosociales, aumento de enfermedades crónicas, exagerado consumo de ciertas drogas como los tranquilizantes, Antihipertensivo, anticonceptivos. La depresión es más frecuente en el sexo femenino y esto ha sido atribuido a transmisión genérica, fisiología genérica, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en la sociedad.-

En relación a la edad, aunque puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el trascurso del tiempo. El máximo de frecuencia en las mujeres esta entre 30-60 años y en los hombres 40-70 años. Desde el punto de vista psicosocial parece que los cambios vitales tanto positivo (matrimonio, nacimiento de un hijo), como los negativos (divorcio, muerte de un familiar) son importantes como precipitantes.

⁴Manuel Martín Carrasco, Psiquiatra, Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (Bilbao)

⁵(Toro G, 2000)



3.2.4. Clasificación.-

3.2.4.1. Depresión mayor.-

La depresión mayor, también llamada depresión endógena, primaria o no reactiva, es la melancólica clásica, siguiendo criterios diagnósticos puramente descriptivos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Un síndrome depresivo mayor se define por la presencia, durante al menos dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas, siendo obligada la presencia de los dos primeros:

- a)** Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. puede ser referido por el propio paciente en forma de tristeza, o sentimientos de vacío (lo que va a ser menos frecuente en el anciano) u objetivarse por la presencia de llanto.
- b)** Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.-
- c)** Aumento o pérdida importante de peso y o aumento o pérdida de apetito
- d)** Insomnio o hipersomnia
- e)** Agitación o enlentecimiento psicomotores
- f)** Fatiga o pérdida de energía.-
- g)** Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
- h)** Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- i)** Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de



suicidio o un plan específico para suicidarse.- (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV))

Si los síntomas son debidos a un duelo, no cumplirían criterios para depresión mayor. Tampoco debe haberse presentado nunca un episodio maniaco o hipomaniaco ni evidenciarse características que puedan explicarse mejor por un trastorno esquizoafectivo.

La clínica persiste durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. Podrá presentarse como un episodio único ser recidivante, si se presentan dos o más episodios. Puede tener o no patrón estacional o tender a la cronicidad sin periodos asintomáticos. La intensidad abarcara desde episodios leves a los más graves con síntomas psicóticos.-

3.2.4.2. Distimia

El trastorno distimico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves pero crónicos, mantenidos incluso durante años. Los criterios DSM-IV, para su diagnóstico incluyen:

- a)** Estado de ánimo crónicamente deprimido, la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.-

- b)** Debe presentar dos o más de los siguientes síntomas:
 - ✓ Perdida o aumento de apetito.
 - ✓ Insomnio o hipersomnia
 - ✓ Astenia



- ✓ Baja autoestima
- ✓ Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- ✓ Sentimientos de desesperanza.-

c) Durante ese periodo de dos años, el individuo no ha de estar sin síntomas durante más de dos meses seguidos.

Además debe cumplirse que no haya existido un episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración y que nunca haya habido un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco, Las alteraciones no deben aparecer exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o un trastorno delirante. Ha de descartarse que los síntomas sean debidos a enfermedad médica o a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga o un medicamento). Para cumplir todos los criterios, los síntomas han de causar un malestar clínicamente significativo, deterioro social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Según el DSM-IV, los síntomas más característicos del trastorno distímico son los somáticos (afectación del apetito, sueño y nivel de energía) además de los cognoscitivos e interpersonales. La distimia parece la segunda forma más frecuente, después de los trastornos adaptativos, de presentación de depresión en el anciano. Los síntomas depresivos pueden acelerar o incrementar el deterioro inmunológico que acompaña típicamente al envejecimiento y en este sentido es más importante la prolongación de la depresión y su cronicidad de su gravedad.⁶

⁶(Allen Frances MD, 1995)



3.2.4.3. Depresión Bipolar

Este tipo de depresión se incluye en los trastornos bipolares, que son aquellos en los que la alteración del estado de ánimo se ve afectada en sus dos polaridades, alternando periodos depresivos y maniacos en una misma persona a diferencia de las depresiones anteriores o “unipolares” con afectación única del polo depresivo. Los trastornos bipolares, suelen ser cuadros de presentación en el adulto joven, en torno a los 20-40 años, generalmente con antecedentes familiares y afectando por igual a hombres y mujeres. La manía es el estado opuesto a la depresión y en ella existe un ánimo expansivo, con euforia, hiperactividad, aceleración del pensamiento, verborrea, irritabilidad y conductas impulsivas. En los cuadros más graves pueden existir, además de alteraciones del curso, alteraciones del contenido del pensamiento con ideación megalomaniaca, en ocasiones delirantes.

3.2.4.4. Trastorno adaptativo.

Los criterios DSM IV para el diagnóstico de trastorno adaptativo son los siguientes:

- a) Síntomas emocionales 0 conductuales en respuesta a un estrés identificable que aparecen dentro de los 3 meses siguientes a este estrés
- b) Síntomas que producen malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante y deterioro de la actividad laboral o social.-
- c) La alteración no es un trastorno específico ni es una exacerbación de un trastorno preexistente, los síntomas no responden a un duelo



- d) Una vez desaparecido el estrés a sus consecuencias, los síntomas no persisten más de 6 meses.-

El trastorno adaptativo con humor depresivo se considera el tipo de depresión más frecuente en el anciano, o al menos la más diagnosticada, a pesar de que se considera una categoría relegada la exclusión de otros trastornos y que apenas pueden aportarse datos de investigación epidemiológica.-

En el anciano son frecuentes desencadenantes la enfermedad física, sobre todo si se acompaña de pérdida funcional y dependencia, que actúan como factor estresante identificable que desestabiliza y rompe el equilibrio psíquico del anciano, apareciendo ansiedad (más frecuente) o clínica depresiva. La recuperación puede ocurrir en 6 meses o evolucionar hacia la cronicidad.-

Debe diferenciarse el trastorno adaptativo del duelo normal, que es la reacción emocional frente a una pérdida. Entre las manifestaciones pueden incluir sentimientos de culpa, ansiedad con síntomas corporales como opresión en el pecho, falta de apetito, mayor irritabilidad, etc.-

Clásicamente, el duelo se divide en distintas fases o etapas, que incluyen básicamente: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Si el duelo se elabora satisfactoriamente, debe evolucionar hacia la resolución en un plazo menor de seis meses. Estas características no son siempre de obligado cumplimiento en el anciano, el cual puede presentar en determinadas circunstancias, tendencia al duelo patológico.-

En este sentido las reacciones de duelo en el anciano tienden a ser más sostenidas en el tiempo. En muchas ocasiones aparecen duelos retrasados o ausentes de pena, con negociaciones prolongadas de la pérdida. El duelo patológico puede acompañarse de síntomas delirantes o hipocondriacos con enfermedad psicósomática franca, de hostilidad manifiesta e incluso



dedepresiones graves con cuadros de agitación, que requieren intervención farmacológica obligada.⁷

3.2.5. Etiología

3.2.5.1. Causas primarias.-

Bioquímicos cerebrales: La teoría más popular ha postulado cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). La teoría de las catecolaminas postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales.-

Posteriormente se ha sugerido que un déficit de serotonina sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión.-

Las hipótesis más recientes postulan cambios en las neuronas postsinápticas, especialmente en los mecanismos de transducción (la proteína F) y de mensajeros secundarios y terciarios. A los opioides y los neuropéptidos (hipersecreción del factor liberador de la corticotrofina CRF) también se les ha atribuido papel en este trastorno.-

- ✓ **Neuroendocrinos:** Los trastornos depresivos mayores parecen estar asociados a anomalías de la función neuroendocrina. Ciertos síntomas del síndrome clínico (trastorno del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito) sugieren disfunción hipotalámica. Además las monoaminas regulan las células endocrinas hipotalámicas.-
- ✓ **Neurofisiológicas:** Uno de los hallazgos más consistentes en el EEG del paciente deprimido es el acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño. También

⁷(Allen Frances MD, 1995)



disminución de los estadios 3 y 4 del sueño NMOR así como mayor incidencia de las crisis depresivas en la primavera y el otoño sugieren alteraciones patológicas de los ritmos cronos fisiológicos cerebrales.

- ✓ **Genéticos y familiares:** El trastorno depresivo mayor es 1.5 a 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren este trastorno que en la población general. En algunos subgrupos de unipolares se ha demostrado que es frecuente que los hombres manifiesten alcoholismo y las mujeres depresiones recurrentes.⁸

3.2.5.2. Causas secundarias

- ✓ **Factores psicológicos:** Se ha demostrado un aumento de depresiones después de situaciones estresantes tales como desastres naturales, guerras, periodo de desintegración social, viudez, perdida de seres queridos.-
- ✓ **Drogas:** Se han descrito más de 200 drogas que pueden causar depresión, pero la mayoría de ellas solo la producen ocasionalmente, sin embargo algunas lo hacen a menudo esto es de primordial importancia para el medico no psiquiatra, quien debe conocer las drogas que como efecto secundario producen depresión.-

Entre los fármacos relacionados con la aparición de síntomas depresivos se encuentran:

Diuréticos	IECA	aines	Neurolépticos
Digitalicos	Corticoide	Indometacina	Carbamazepina
Beta bloqueador	ACO	Ibuprofeno	Fenitoina

⁸(“Masson”, 1988)



- ✓ **Enfermedades Orgánicas:** Cualquier enfermedad especialmente grave puede causar depresión como reacción psicológica, por ejemplo, cáncer de páncreas , cefaleas, hipotiroidismo, infarto de miocardio.-

3.2.6. Diagnóstico:

Los sistemas más importantes de clasificación de los trastornos psiquiátricos DSM-IV Y CIE10 no incluyen criterios diagnósticos que se apliquen de forma específica a la depresión del adulto mayor. Los criterios de episodio depresivo mayor del DSM-IV se elaboraron a partir de la clínica de pacientes depresivos jóvenes por lo que no siempre pueden aplicarse a pacientes mayores.⁹

Cuadros con sintomatología predominantemente depresiva son identificados con mayor facilidad pero en aquellos pacientes movidos por síntomas somáticos el profesional utiliza su punto de vista médico o lo refiere al especialista de acuerdo a la sintomatología, el médico debe realizar un interrogatorio cuidadoso que confirme o excluya la existencia de los síntomas del síndrome depresivo. Además es de vital importancia explorar y valorar el riesgo suicida del paciente el cual se aumenta si hay antecedentes personales de otros intentos en situaciones de soledad, en el sexo masculino , en mayores de cincuenta años de edad y cuando hay circunstancias personales agravantes como enfermedad física dolorosa o crónica, pérdida de trabajo o muerte de un familiar cercano.-

⁹(“Masson”, 1988)



3.2.6.1. Diagnóstico diferencial:

- **Condiciones no psiquiátricas:** Entre estas se encuentra el duelo no complicado, La adecuación del paciente a su ambiente cultural lo distingue de los episodios depresivos primarios. Cuando persiste más de tres meses o presenta marcado menoscabo psicosocial se diagnostica depresión.-
Síntomas depresivos secundarios a divorcio, separación, pérdida de empleo, también son normales y en general no requieren tratamiento específico.-
- **Trastornos del ajuste:**Una persona puede tener una reacción mal adaptativa con síntomas depresivos como reacción a un estrés psicosocial. Esta reacción se encuentra dentro de los tres meses siguientes a la ocurrencia del estrés. La identificación de la causa y la desaparición de la depresión al eliminar el estrés o al lograr una mejor adaptación, confirman este diagnóstico.-
- **Trastorno bipolar:** En los casos típicos la diferenciación es fácil, la presencia o la historia de un episodio maniaco o hipomaniaco claramente confirman la presencia de este trastorno.-
- **Otras enfermedades psiquiátricas:** La ansiedad es un síntoma frecuente en la depresión, por lo que a menudo se confunden los cuadros depresivos con los trastornos de ansiedad.-



La presencia y predominancia de otros síntomas del síndrome depresivo favorecen el diagnóstico. En los cuadros de trastornos de pánico se puede manifestar una etapa depresiva secundaria a los ataques de pánico. La presencia o historia de estos ataques define el diagnóstico ya que anteceden la depresión.

- **Enfermedades orgánicas:** Existen múltiples enfermedades que pueden producir depresión ya mencionadas anteriormente.-
- **Secundarias a drogas:** Ya descritas en etiología. Es importante una anamnesis completa que incluya la historia de ingestión de drogas.-¹⁰

3.2.7. Tratamiento.-

La depresión, al igual que cualquier otro proceso de enfermedad que acontece en el adulto mayor, ha de ser valorada en el contexto en el que aparece. La estimación de los distintos componentes etiológicos, tanto de orden biológico como psicosocial, orientara hacia el balance que hará de hacerse de los diferentes tratamientos. Entre los tratamientos se encuentra la psicofarmacología, también el apoyo psicológico y las acciones de corte terapéutico, El objetivo del tratamiento antidepresivo ha de ser no solo la respuesta al fármaco (mejoría de los síntomas) si no la remisión de los mismos (supresión sintomática y vuelta a la situación asintomática original)

Una vez obtenido el efecto antidepresivo, es preciso realizar una terapia de mantenimiento para evitar las recaídas. La aparición de dos episodios depresivos en la edad avanzada puede ser indicativo de tratamiento

¹⁰(Allen Frances MD, 1995)



antidepresivo de por vida. Se puede hablar de tres generaciones de antidepresivos que serán expuestas a continuación.-¹¹

3.2.7.1. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico consiste en unos fármacos llamados antidepresivos, que restablecen el equilibrio de los neurotransmisores cerebrales. Existe un buen número de sustancias antidepresivas, y aunque alguna de ellas ha llegado a ser muy populares, es al médico al que corresponde la elección del fármaco y las dosis a utilizar.

En cualquier caso, una característica común de todos los antidepresivos es que no comienzan a hacer efecto hasta pasados varios días de utilización, y que los síntomas depresivos no desaparecen bruscamente, sino de forma paulatina a lo largo de varias semanas. Durante las primeras semanas de tratamiento es más frecuente que aparezcan efectos secundarios, como boca seca, náusea, somnolencia, molestias gástricas o hipotensión. Los fármacos modernos son tan eficaces como los más antiguos, y se toleran mejor. Es posible que su médico añada otros tratamientos, como hipnóticos o tranquilizantes, en caso de que el insomnio o la ansiedad sean muy importantes.

Es muy importante que durante las primeras semanas no se abandone el tratamiento ni se disminuyan las dosis para intentar disminuir los efectos secundarios. Si se toma una dosis menor de la prescrita, el fármaco puede ser ineficaz, pero tiene que tener en cuenta que tampoco se aumenta su eficacia si se toma en dosis mayores; en cambio, sin que

¹¹(“Masson”, 1988)



aumentarían probablemente los efectos adversos. Si estos son muy molestos, hay que consultarlo con el médico, para que tome la decisión oportuna. Nunca debe dejarse un tratamiento sin consultar antes. Ninguno de los fármacos antidepresivos provoca adicción o causa dependencia: el paciente no se convierte en un drogadicto. Tampoco cambia la forma de ser. Cuando el médico tome la decisión de suspender el tratamiento, que debe prolongarse un tiempo después de la recuperación de los síntomas para evitar la aparición de recaídas, simplemente hay que retirarlos de forma gradual y escalonada.¹²

3.2.7.2. Tratamientos psicoterapéuticos

Los tratamientos psicoterápicos se basan en la interacción verbal entre un profesional adiestrado y el paciente. No consiste únicamente en "hablar de lo que me pasa", y ciertamente, es totalmente desaconsejable ponerse en manos de personas poco expertas o que utilicen métodos poco contrastados científicamente. No hay una única forma de psicoterapia válida. Pueden ser muy útiles, porque ayudan al paciente a comprender mejor la enfermedad, a ponerse en contacto con su vida emocional y a enfrentarse con los problemas que le afectan evitando los mecanismos de autoinculpação que favorecen la aparición de episodios depresivos.

Por último, también existen medidas ambientales para el tratamiento de la depresión. En general, estas no consisten en "huir de los problemas", sino en afrontarlos cuando se esté preparado para ello. Hay que evitar realizar cambios drásticos o viajes prolongados en el curso de una depresión, siendo más aconsejable posponerlos hasta que esta se haya resuelto.

Es muy importante ayudarse a sí mismo en el curso de una depresión, especialmente cuando ya ha empezado a producirse una mejoría. Sobre todo,

¹²(Carrasco, 1990)



hay que entender que la desconfianza y el pesimismo que se siente es una consecuencia de la propia depresión, y que progresivamente van a ir desapareciendo conforme el tratamiento vaya haciendo su efecto. También es importante aprender a conocernos y a evitar las situaciones o circunstancias que nos entristecen, si son evitables.¹³

3.2.8. Indicaciones

En cualquier caso, las siguientes indicaciones pueden servir de ayuda:

1. Es conveniente mantener la actividad en tanto sea posible, pero sin plantearse metas difíciles ni aceptar grandes responsabilidades.
2. Asumir que la enfermedad ha limitado nuestra capacidad: hacer lo que permitan las fuerzas. No dar prioridad al rendimiento, sino a la curación de la enfermedad.
3. Dividir las grandes actividades en pequeñas tareas; establecer prioridades.
4. No aislarse; esforzarse por estar con otras personas. Intentar que comprendan lo que nos pasa, pero sin sentirnos obligados a contárselo a todo el mundo. Podemos elegir con quien compartir nuestra intimidad.
5. Participar en actividades que nos hagan sentirnos mejor, sin grandes esfuerzos (ej. leer, ir al cine). Es muy recomendable hacer ejercicio físico, de forma suave.
6. No tomar decisiones trascendentes, por ejemplo, cambio de trabajo o de domicilio, casarse, divorciarse, etc. Es aconsejable posponerlas para cuando haya desaparecido la depresión.
7. No aceptar pensamientos negativos: forman parte de la enfermedad.

¹³(Carrasco, 1990)



8. Cumplir las indicaciones médicas o de los profesionales que nos atienden. No cambiar o iniciar tratamientos por nuestra cuenta. Acudir a las consultas con regularidad. Nunca deben consumirse drogas, alcohol o sustancias euforizantes; con frecuencia tienen el efecto contrario a medio plazo. Suspender las dietas o regímenes no controlados médicamente.
9. Rechazar los sentimientos de culpa. La depresión es una enfermedad, no un signo de debilidad.
10. Una vez se ha superado la enfermedad, reflexionar sobre aquellos factores de nuestra forma de ser y de nuestra forma de vida que puedan haber contribuido al desencadenamiento de la enfermedad.¹⁴

Los antidepresivos se clasifican en tres grupos:

1. **Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos:** Han sido la base fundamental de la terapéutica farmacológica de la depresión durante muchos años-. Entre estos se encuentran la imipramina, la amitriptilina, nortriptilina. Las dosis terapéuticas deben ser administradas cinco a seis meses después de obtener la mejoría, La duración de un episodio depresivo es de seis a ocho meses y por lo tanto es el tiempo durante el cual el paciente debe ser tratado.-

Los efectos secundarios más frecuentes de estos fármacos son: sedación, hipotensión postural y efectos anticolinérgicos tales como sequedad de mucosas, especialmente de la boca, constipación, retención urinaria y dificultad de acomodación visual.

¹⁴(Carrasco, 1990)



2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: Este grupo se caracteriza por inhibir más selectivamente recaptación de la serotonina que la de la noradrenalina. Por sus escasos efectos anticolinérgicos y cardiovasculares son droga de primera elección en pacientes ancianos, pacientes con problemas cardíacos, hipertrofia prostática, asma y glaucoma.-

Entre estos fármacos se encuentran la fluoxetina, sertralina, paraxetina, fluvoxamina y escitalopram. Sus efectos secundarios más comunes son: náuseas, diarrea, cefalea, nerviosismo e insomnio.-

3. inhibidores de la monoaminoxidasa: En la actualidad estos fármacos se usan por lo general como fármacos de tercera línea para la depresión (después de un fracaso con los fármacos mencionados anteriormente)Entre estos fármacos se encuentran: fenelzina, isocarboxacid, tranilcipromina.-(Pascual, 1997).



CAPITULO IV: “DISEÑO METODOLOGICO”



4.1. Tipo de Estudio

Para la realización de esta investigación se utilizó el enfoque cualicuantitativo para conocer las percepciones y opiniones acerca de los factores relacionados a episodios depresivos en adultos que buscan atención médica de la delegación de la Policía Nacional Civil (PNC) de Ahuachapán y ha sido considerada descriptiva, fundamentalmente porque la intención es recopilar datos que permitan describir dichos factores.

Por lo tanto fue de rigor la búsqueda de datos de carácter descriptivos sobre los principales componentes del tema, y para ello el diseño del estudio fue transversal.

Un aspecto importante en la toma de la información fue el aspecto ético, con el objetivo de resguardar la identidad de los participantes en el proceso de recolección de datos.

4.2. Determinación del Universo.-

El universo de estudio fueron las personas adultas de ambos sexos, de la Policía Nacional Civil del departamento de Ahuachapán, el cual fue de 760 agentes.

4.3. Instrumentos de Investigación.

Los instrumentos que se utilizaron para la ejecución de la investigación se detallan a continuación:

- Entrevistas
- El cuestionario stress depresión de Universidad Newbold Inglaterra



4.4. Tamaño de la Muestra

La muestra a elegir fue el 10 % del total de adultos de ambos sexos, lo que correspondió a 75 agentes, de los cuales 60 son masculinos y 15 femeninos que tiendan a adolecer de Episodios depresivos y que buscan atención médica en la consulta de la clínica de la delegación de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán, a ellos se les realizó el cuestionario de Stress – Depresión.

4.5. Periodo de la Investigación

Para realizar esta investigación se tomó como contexto espacial la consulta de la clínica y de la delegación de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán, a nivel temporal, comprendida en el periodo de Marzo - Junio 2014.

4.6. Tipo de Investigación

La investigación se realizó tomando como base el método de estudio tipo descriptiva, transversal y analítica, debido a que se pretende especificar cuál es la situación actual de los agentes de la PNC, ya que se orienta a conocer y analizar el nivel de Stress – depresión actual de los agentes.

4.7. Procesamiento y Análisis de la Información

Para recolectar la información se aplicaran los instrumentos a cada persona que consulte por episodios depresivos. Después de recolectada la información de los pacientes que consultaron, se procesará y analizará cualitativamente cada uno de los instrumentos de investigación para Identificar los principales factores (clínicos, biológicos, socioeconómicos y culturales) que están asociados al Episodio Depresivo en el adulto, así también la edad, y el número de adultos que consultaron.



4.8. Análisis e Interpretación de La Tabulación de Datos

Posterior a la toma de la información se pasa a realizar el análisis de dichos datos, los cuales fueron generados por los agentes de la Policía Nacional Civil subdelegación de Ahuachapán.

Los parámetros utilizados están basados en instrumentos de evaluación cualicuantitativo desarrolladas en datos que sirven de fundamento para la cualificación y cuantificación del nivel de stress-depresión que manejan los agentes.



MATRIZ PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACION SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL EPISODIO DEPRESIVO EN LA SUBDELEGACIÓN DE LA POLICIA NACIONAL CIVIL DE AHUACHAPAN.

OBJETIVO I: Analizar el conocimiento que tienen los agentes de la policía de la subdelegación de Ahuachapán acerca del episodio depresivo.

DESCRIPTOR	DEFINICION OPERACIONAL	SUBDESCRIPTOR	PREGUNTAS	FUENTE
Percepción del episodio depresivo en agentes de pnc de Ahuachapán.	Concepto del episodio depresivo en el ambiente laboral.	Conocimiento de los agentes policiales sobre el episodio depresivo.	1- ¿Me siento generalmente satisfecho de mi vida? 2- ¿Tengo confianza en el futuro? 3- ¿Aun cuando no me gusta tiendo a pensar en lo peor? 4- ¿Me agrada mi manera de ser?	Encuestas con 75 agentes de la Policía Nacional Civil en Ahuachapán.



MATRIZ PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACION SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL EPISODIO DEPRESIVO EN LA SUBDELEGACIÓN DE PNC AHUACHAPAN

OBJETIVO II: Percepción acerca de los factores biológicos que influyen en el episodio depresivo en los agentes de la PNC de la delegación de Ahuachapán.

DESCRIPTOR	DEFINICION OPERACIONAL	SUBDESCRIPTO R	PREGUNTAS	FUENTE
Identificar los factores biológicos que influyen en el episodio depresivo.	Respuesta según encuestados sobre conocimiento de cómo influyen los aspectos biológicos en el episodio depresivo.	Comprensión del personal que labora como agentes pnc de Ahuachapán en aspectos biológicos que influyen en el episodio depresivo.	1- ¿Qué edad tiene Ud.? 2- ¿Cuál es su sexo? 3- ¿Ha presentado Ud. algún síntoma depresivo? 4-¿Tiene sensaciones de ahogo? 5- ¿Adolece de alguna enfermedad crónica? 6- Peso 7- Talla.	Encuestas con 75 agentes de la Policía Nacional Civil en Ahuachapán.



MATRIZ PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACION SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL EPISODIO DEPRESIVO EN LA SUBDELEGACIÓN DE PNC AHUACHAPAN

OBJETIVO III: Identificar en los agentes de la PNC de la delegación de Ahuachapán los aspectos socioeconómicos y culturales que se relacionan con el episodio depresivo.

DESCRIPTOR	DEFINICION OPERACIONAL	SUBDESCRIPTOR	PREGUNTAS	FUENTE
Identificar los factores socio económico y cultural que inciden en el episodio depresivo	Noción de cómo afectan los rubros sociales, económicos y culturales en el desarrollo del episodio depresivo.	Concepción de los agentes de la pnc de Ahuachapán sobre aspectos religiosos, económicos y culturales y su relación con los episodios depresivos.	1- ¿Qué nivel de escolaridad? 2-¿Ingresos económicos? 3- ¿Tipo de vivienda? 4- ¿Tiene servicios básicos? 5- ¿Practica alguna religión? 6- ¿Pertenencia a un club social? 7- Hábitos vida. 8- Apoya programas sociales.	Encuestas con 75 agentes de la Policía Nacional Civil en Ahuachapán.



CAPITULO V: “RESULTADOS Y ANÁLISIS”



V. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En lo correspondiente a los datos general encontramos que el grupo etario más hallado oscila entre 40 y 50 años que es un 49%, seguido de las edades de entre 30 y 39 años con un 31%.

Evidenciamos que el mayor porcentaje de los agentes es hombre con un 72% y un 28% correspondientes a mujeres.

El estado civil de los entrevistados corresponde a un 17% de solteros, 63% casados y 20% restante se encuentran acompañados.

En cuanto al nivel educativo de la delegación de Ahuachapán 56 agentes posee bachillerato, 18 de ellos son universitarios y 1 tienen una educación a nivel de tercer ciclo de los entrevistados.

De acuerdo con el análisis de los resultados en cuanto al peso y estatura, se pudo obtener el Índice de Masa Corporal de los sujetos entrevistados, quedando de la siguiente manera:

Peso Normal 19%, sobre peso 72%, Obesidad I 7%, Obesidad III 2%.



OBJETIVO I: Identificar aspectos biológicos que influyen en los episodios depresivos.

MATRIZ DE RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LA OPINION DE LOS AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL CIVIL DE AHUACHAPAN CON RESPECTO A LOS ASPECTOS BIOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LOS EPISODIOS DEPRESIVOS.

TABLA 1: Opinión de los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán con respecto a los aspectos biológicos

PREGUNTA	1- ¿Sufro de dolores de cabeza?	2- ¿Tengo dolores abdominales ?	3-¿Hago bien las digestiones?	4-¿Voy regularmente al baño?	5-¿Me molesta la zona lumbar?	6- ¿Tengo taquicardias?	7- ¿Estoy libre de alergias?	8- ¿Tengo sensaciones de ahogo?
1	La mayor parte del personal reporto que casi nunca adolecen cefaleas significando esto un 48 %	41 personas (49%) dicen que casi nunca adolecer dolor abdominal.	Los agentes (39%) reportan que frecuentement e tienen buenas digestiones	34 de los agentes (41%) refiere ir regularmente al baño	El 28% manifiesta que casi nunca tienen molestias	62 (75%) de los agentes nunca han tenido	Reportan casi siempre 33(40%)	Nunca han tenido sensación de ahogo 59 (71%)
2	En comparación del 23% refieren que frecuentement e adolecen dicho síntoma	Nunca tienen dolores abdominales son 27 agentes (33%)	Se reporta 30 agentes (36%) casi siempre hacen bien las digestiones	Van al baño regularmente 31 (37%)	Doce (14%) manifiesta que si les molesta la zona lumbar	Casi nunca han tenido taquicardia 16 (19%)	Nunca 20 de los agentes (24%)	Casi nunca han tenido sensación de ahogo 15 (18%)
3	El 22% de los entrevistados nunca adolecen de cefaleas	Los agentes frecuentement e adolecen dolores son 11 agentes (13%)	Casi nunca tienen buenas digestiones son 18 (22%)	Y 14 de los encuestados manifiestan que casi nunca 17%	11 (13%) manifiesta que frecuentement e les molesta la zona lumbar.	Frecuente han tenido taquicardia son 3 (4%)	Casi nunca están libre de alergias son 19 (23%)	Frecuentemen te ha tenido sensación de ahogo 6 (7%)



PREGUNTA	9- ¿Se me tensan los músculos del cuello y la espalda?	10- ¿Tengo la tensión sanguínea moderada y constante?	11-¿Tengo mi memoria normal?	12- ¿Tengo poco apetito?	13- ¿Me siento cansado y sin energía?	14- ¿Sufro de insomnio?	15- ¿Sudo mucho?	16- ¿Lloro y me desespero con facilidad?
1	Nunca se les tensan los músculos del cuello y espalda 29 (35%)	34 (41%) se reportan casi siempre tienen la tensión sanguínea moderada y constante	Casi siempre tiene memoria normal son 50(60%)	Casi nunca tienen poco apetito 41 (49%)	Casi nunca 40 (48%)	Casi nunca sufren 35 (42%)	Reportan que casi nunca 34 (41%)	Nunca son 53 (64%)
2	Casi nunca se le tensan los músculos del cuello y espalda son 23 (28%)	Frecuentemen te son 19 (23%) tiene tensión moderada y constante	Frecuentemen te tiene memoria normal son 22 (27%)	Nunca reportan 18 (22%)	Nunca manifiestan este signo 27 (33%)	Nunca les da insomnio 23 (28%)	Nunca sudan mucho 27 (33%)	Casi nunca la manifiesta son 24 (29%)
3	Frecuentemen te se les tensan los músculos son 22 (27%)	Casi nunca tiene tensión sanguínea moderada son 16 (19%)	Casi nunca tienen la memoria normal son 6 (7%)	Frecuentemen te 16 (19%)	Frecuente presentan cansancio y falta de energía 11 (13%)	Frecuente les da 17 (20%)	Casi siempre sudan mucho 13 (16%)	Frecuente son 4 (5%)

Fuente: Cuestionario realizado a los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán.



5.1. Análisis de la tabla I: Síntomas

Cuando se inicia el abordaje para la obtención de información acerca del episodio depresivo de los agentes de la policía de la delegación de Ahuachapán mostraron interés en saber cuáles son los síntomas que se manifiestan cuando una persona está experimentando un cuadro de depresión y si esta se encuentra en fase de inicio o si ya está instalada, así como también sintieron curiosidad por saber si tienen remedio que tipo de ayuda se necesita para superar el problema.

Por lo que brindaron de buena voluntad toda la información que se requirió de ellos durante las entrevistas se encontró que los agentes de policía de la delegación de Ahuachapán, a pesar estar dispuestos a ser entrevistados se encontraban estresados por la falta de tiempo suficiente para brindar información útil para sus propias evaluaciones esto debido a la naturaleza de su trabajo, lo que generó malestar emocional en algunos de los agentes y en otros apatía.

En los resultados tras los análisis de los factores biológicos que influyen en el episodio depresivo se descubre que un número significativo de los policías delegados de Ahuachapán presentan cefaleas perennes aproximadamente un 23% de ellos y si a esto se le añade que más o menos un 48% han tenido dolor de cabeza alguna vez la cifra de personas se incrementa de manera importante, las entrevistas muestran que los otros síntomas: dolores abdominales, digestiones, tránsito intestinal, lumbagos, alergias, sensaciones de ahogo, se manifiestan también en porcentaje del universo entrevistado de forma similares, tanto como: tensión muscular, memoria, apetito, etc. Los que indica carga tensional alta en todos los entrevistados.



Siendo que la tensión es un factor importante que detona un episodio depresivo observamos que la probabilidad de desarrollar el episodio depresivo es real



TABLA II: Opinión de los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán con respecto a los aspectos biológicos que influyen en los episodios depresivos(Personalidad)

Pregunta	1- Me siento generalmente satisfecho de mi vida	2- Me gusta hablar bien de la gente	3- Me pone nervioso /a cuando alguien conduce su automóvil despacio delante de mi	4- Cuando hay fila en una ventanilla o establecimiento me marchó	5- Suelo ser generoso /a conmigo mismo/a a la hora de imponerme fechas tope	6- Tengo confianza en el futuro	7- Aun cuando no me gusta, tiendo a pensar en lo peor	8- Me gusta hacer las cosas a mi manera y me irrito cuando no es posible
1	Casi siempre fue la respuesta de 63(76%)	43(52%) contestaron que casi siempre hablan bien de la gente	41(49%) nunca se ponen nerviosos	Casi nunca contestaron 38(46%)	Frecuentemente fue la afirmación de 36(43%)	Casi siempre fue la afirmación de 52 (63%)	Casi nunca 36(44%)	37(45%) dicen que casi nunca se irritan
2	Y frecuentemente contestaron 16(19%)	37(45%) frecuentemente hablan bien de la gente	20(24%) respondieron que casi nunca se pone nerviosos	Nunca fue la respuesta de 29(35%)	Casi siempre dijeron 23(28%)	Frecuentemente 21(26%)	Nunca 23(28%)	21(25%) afirman nunca irritarse
3	No obstante 4(5%) casi nunca esta satisfecho con su vida	3 (4%) casi nunca hablan bien de la gente	14(17%) frecuentemente experimentan nerviosismo	Frecuentemente lo hacen 9(11%)	Casi nunca contestaron 19(23%)	Y casi nunca 9(11%)	16 (20%) contestan frecuentemente	Contrastando 14(17%) frecuentemente se irritan



Pregunta	9- Tengo buen sentido de humor	10- Me agrada mi manera de ser	11- Me pone nervioso si me interrumpen cuando estoy en medio de alguna actividad	12- Soy perfeccionista	13- Pienso en los que me deben dinero	14- Me pongo muy nervioso cuando me meto en un "tapón" "Automovilístico"	15- Me aburro pronto de las vacaciones y quiero volver a la actividad "productiva"	16- Tengo miedo a que algún día pueda contraer alguna enfermedad fatal, como el cáncer
1	39(47%) tiene casi siempre buen humor	Casi siempre 56(67%) están contentos consigo mismo	42(51%) casi nunca experimentan nerviosismo	27(33%) indican frecuentemente ser perfeccionista	36(43%) dicen que casi nunca	41(49%) dijeron nunca ponerse nerviosos	34(41%) contestaron que casi nunca se aburren	Casi nunca fue la respuesta de 30(36%)
2	36(43%) frecuentemente están de buen humor	20(24%) frecuentemente se agrada a si mismo	26(31%) nunca se ponen nerviosos	22(27%) afirman nunca buscar la perfección	26(31%) nunca piensan en los que le deben	32(39%) casi nunca se ponen nerviosos	23(28%) nunca	24(29%) contestaron que nunca
3	Y casi nunca y nunca ocupan 8(10%)	No obstante 5 (6%) casi nunca están contentos con su forma de ser	En tanto que 9(11%) casi siempre dicen experimentar nerviosismo	27 (33%) frecuentemente quieren ser perfeccionista	Contrastando 11(13%) frecuentemente piensan en la deuda	Sin embargo 6(7%) casi siempre	Y casi siempre y frecuentemente 26(32%)	Y 21(25%) dijeron que casi siempre

Fuente: Cuestionario realizado a los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán



5.2. Análisis de Tabla II: Personalidad

La entrevista también demostró el carácter de la personalidad de los agentes delegados en Ahuachapán quienes intentan llevar una vida normal a pesar de las exigencias de su trabajo y de la sociedad que los impulsa a ir más allá de su deber sin considerar que esto pone en peligro la vida de los agentes que son personas comunes y corrientes con otras que personas que dependen de ellas.

Se observa creciente dificultad para establecer relaciones sociales y ausencia de sentimientos cálidos.

Existe indiferencia a la crítica, insatisfacción en el ocio, presencia de ansiedad, estados de ánimos con marcada diferencia en cada individuo que pasa de estar contento ha enfadado con rapidez.

La personalidad produce una persona es decir lo que socialmente aparenta por lo que vemos que mucho de los agentes presentar episodios depresivos en aproximadamente un 39% que equivale a 335 agentes de la policía nacional civil.



OBJETIVO II: Identificar aspectos socio- económicos que influyen en los episodios depresivos.

MATRIZ DE RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LA OPINION DE LOS AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL CIVIL DE AHUACHAPAN CON RESPECTO A LOS ASPECTOS SOCIO ECONOMICOS QUE INFLUYEN EN LOS EPISODIOS DEPRESIVOS.

TABLA 3: Opinión de los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán con respecto a los aspectos socioeconómicos que influyen en los episodios depresivos (Estilo de vida)

Pregunta	1- Duermo un número de horas adecuado a mis necesidades	2- ¿Como a horas fijas?	3- ¿Cuando estoy nervioso tomo tranquilizante?	4- ¿Para ocupar mi tiempo libre veo la televisión o el video?	5- ¿Hago ejercicio físico en forma regular?	6-¿Como a prisa?	7- ¿De los alimentos ricos en colesterol como cuanto me apetece?	8- ¿Consumo frutas abundantemente ?
1	Un 44% de los agentes manifiesta que casi nunca lo hacen	Un 47% (35) manifiesta que casi nunca comen a horas fijas.	64 (78%) agentes indicaron que nunca	37 (58%) indican que casi nunca	Casi nunca 21 (39%) afirman que no hacen	Casi siempre representa 25 (41%) de los agentes	Casi nunca reportan que lo hacen siendo 23 (36%)	22(49%) casi nunca
2	Mientras que un 32%(22) afirma que casi siempre duerme lo necesario	El 30%(22) manifiestan que casi siempre	Casi nunca son 13 (16%) que nunca	Frecuentemente 11 (17%)	17 (31%) dicen que casi siempre	Mientras que 20(33%) casi nunca	Y casi siempre 21(33%) lo hacen	12(27%) reportan casi siempre
3	Y un 9% (6) indican que nunca duermen lo suficiente	Mientras que 7 agentes(9%) dijeron que nunca	Mientras que 4 (5%) casi siempre toman tranquilizantes	Nunca 9 (14%) que ocupan el tiempo libre así.	Frecuentemente 12 (22%)	Y el 16%(10) nunca comen a prisa	Mientras que 11(17%) frecuentemente.	10(22%) indican que frecuentemente



Pregunta	9- ¿Bebo agua fuera de las comidas?	10- ¿Como entre horas?	11-¿Desayuno abundantemente?	12- ¿Ceno poco?	13- ¿Fumo?	14- ¿Toma bebidas alcohólicas?	15- ¿En mi tiempo libre busco la naturaleza y el aire puro?	16- ¿Practico un "hobby" o afición que me relaja?
1	38(67%) refieren que casi siempre beben agua	Casi nunca manifiestan comer entre horas 36(58%)	Casi nunca 25(37%)	La mayoría reporta que casi siempre cena poco 27(45%)	Afirman 63(78%) nunca fuman	El 61% (45) manifiestan nunca ingerir alcohol	30(48%) de los encuestado casi nunca busca aire puro	Casi siempre 21(36%) manifestaron que si
2	11(19%) frecuentemente	13 (21%) nunca lo hacen	24(36%) casi siempre lo hacen	Y 16(27%) manifiesta que casi nunca	Y si lo hacen 10(12%)	Y 35% (26) agente casi nunca ingieren licor	18(29%) de los mismo casi siempre los hacen	Y casi nunca 15(26%)
3	Mientras que8(14%) manifiestan que casi nunca	Y 5 agentes (8%) manifiestan que casi siempre	Nunca 9(13%) desayunan abundantemente igual a los que frecuentemente lo hacen	13 (22%) dicen que frecuentemente	Mientras que frecuente y casi siempre son8(10%)	En tanto que 1 (1%) indico que casi siempre lo hace	Y 9 (15%) frecuentemente	De la muestra 10(17) frecuentemente lo practican

Fuente: Cuestionario realizado a los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán.



5.3. Análisis de la tabla II: Estilo de vida

La influencia del estilo de vida en el apareamiento del episodio depresivo es de gran importancia constituyendo este uno de factores que nos hace más vulnerables de padecer dicha patología.

Es de hacer notar que el desequilibrio de diferentes actividades del ser humano como la falta de orientación en su dieta, el no ingerir suplementos vitamínicos, no realizar ninguna actividad física y no contar con ningún soporte social puede llevar a desarrollar estrés y consecuentemente episodios depresivos.

En las diferentes entrevistas realizadas verificamos algunos de los parámetros mencionados anteriormente, logrando encontrar evidencia en cada uno de los entrevistados más de algún indicio de estar propenso al episodio depresivo, constatando que un 44% no duerme un número adecuado de horas de acuerdo a sus necesidades, en contraste con 32% que casi siempre tienen la oportunidad de descansar las horas necesarias.

Otro de los hallazgos evidentes son sus malos hábitos alimenticios, logrando observar que casi nunca toman sus alimentos a horas fijas representado por un 47%, en contraposición de un 30% que casi siempre lo hace y un 9% nunca lo realiza, en cuanto a tomar sus alimentos a prisa un 41% es casi siempre, y los que lo realizan frecuentemente con un 10%.

En lo que corresponde a realizar actividades físicas, como el ejercicio de forma regular el 39% de los entrevistados casi nunca lo hacen de forma regular con relación al 31% que lo practica frecuentemente.



La ingesta de bebidas alcohólicas y el uso de cigarrillo está muy ligada al episodio depresivo reportando el 5% casi siempre son tabaquistas y un 4% manifiestan ingerir bebidas alcohólicas.



TABLA 4: Opinión de los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán con respecto a los aspectos socioeconómicos que influyen en los episodios depresivos (Empleo y ocupación)

Pregunta	1- Mi labor cotidiana me provoca mucha tensión	2- En mis ratos libres pienso en los problemas del trabajo	3- Mi horario de trabajo es regular	4- Mis ocupaciones me permiten comer tranquilamente en casa	5- Me llevo trabajo a casa para hacerlo por las noche y/o en los fines de semana	6- Practico el pluriempleo	7- Cuando trabajo se me pasa el tiempo volando	8- Me siento útil y satisfecho con mis ocupaciones
1	32(39%) de los agentes manifiestan casi nunca adolecer tensión laboral	La mayoría representada por 43(52%) de los agentes casi nunca	De los entrevistados 35 (42%) frecuentement e tiene horario regular	De los entrevistados 40(48%) afirma casi siempre comer tranquilamente	De las personas que se entrevistaron 45(54%) dicen nunca	41(49%) respondieron que nunca practicarlos	42(51%) casi siempre siente que tiempo pasa volando	61(73%) casi siempre están satisfechos con sus ocupaciones
2	Mientras que 29 (35%) nunca	De los entrevistados 24(29%) nunca piensan en problemas laborales	Para que 31 (37%) casi siempre laboran regularmente	En tanto que 23(28%) comen frecuentement e en la tranquilidad de su casa.	En tanto que 31(37%) indicaron que casi nunca	18(22%) frecuentement e realizan otro empleo	28(34%) frecuente	Unos 17(20%) frecuentement e están satisfechos
3	Y de la muestra 17 (20%) indican frecuentemente	En tanto que 9(11%) lo hacen frecuentemente	Y 10(12%) casi nunca trabajan jornada regular	16 (19%)agentes indican que casi nunca comen tranquilamente	Y el 7% (6) si frecuentemente	En tanto que 16(19%) casi nunca	9 (11%) casi nunca siente que pasa el tiempo	3 (4%) casi nunca están satisfechos



Pregunta	9- Tengo miedo a perder mi empleo	10-Me llevo mal con mis compañeros /as de trabajo	11-Mantengo muy buenas relaciones con mi jefe	12-Considero muy estable mi puesto	13- Utilizo el automóvil como medio de trabajo	14- Me olvido de comer cuando estoy tratando de terminar algunas tareas	15- Me considero capacitado para mis funciones	16- Tengo la impresión de que mi jefe y familia aprecian el trabajo que hago
1	La mayoría contesta 44(53%) como nunca tienen miedo	55(67%) respondieron afirmando que nunca se llevan mal con los compañeros	52(63%) casi siempre se llevan bien con su jefe	46(55%) respondieron afirmando que casi siempre se sienten estable	46 (55%) dijeron que nunca usan el automóvil para el trabajo	Frecuentemente fue la respuesta de 24(29%)	55(66%) manifiestan casi siempre considerarse capacitado	47(57%) casi siempre tienen buena impresión de ser apreciados
2	Y 21(25%) casi nunca tienen miedo a perderlo	De estos 25(30%) dicen que casi nunca se llevan mal	En tanto que 21(25%) frecuentement e tienen buenas relaciones	25(30%) frecuentement e se siente con estabilidad	18(22%) casi nunca	Y nunca fue lo que respondieron 23 (28%)	No así 23(28%) manifiestan frecuentemente	29(35%) frecuentemente se siente apreciado
3	Mientras que 10(12%) experimentan temor a perderlo	Y el resto 2(2%) dicen que casi siempre se llevan mal	No así 7 (8%) indican que casi nunca	Y 7(8%) casi nunca tienen seguridad y estabilidad	En tanto que 13 (16%) frecuentement e usan el carro	Y casi nunca fue respondido 20(24%)	Contra 3(4%) que casi nunca	4 (5%) casi nunca se sientes apreciados

Fuente: Cuestionario realizado a los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán



5.4. Análisis de Tabla IV: Empleo y ocupación

Para la mayoría de las personas el empleo representa una parte fundamental de su vida diaria, a falta de no tener un buen equilibrio entre las distintas actividades que este encierra, nos hace propensos a desencadenar el episodio depresivo, por lo que se pudo evidenciar en los resultados obtenidos que la tensión al desarrollar sus labores son muy frecuentes generándoles intranquilidad, observándose así un mal aprovechamiento del tiempo libre pues casi siempre piensan en los problemas del trabajo.

Algunos de los entrevistados opinaron que casi nunca su trabajo es regular y pocos refieren que comen tranquilamente en su casa en contraposición de la mayoría que si lo hace.

La necesidad económica es de tal importancia que provoca en algunos de los empleados la necesidad de realizar el pluriempleo lo que les permite sentirse útiles y satisfechos permitiéndoles sentirse con autoestima alta; permitiéndoles tener buenas relaciones con los jefes y los compañeros debido a que poseen una mejor solvencia económica.



OBJETIVO III: Identificar aspectos culturales que influyen en los episodios depresivos.

MATRIZ DE RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LA OPINION DE LOS AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL CIVIL DE AHUACHAPAN CON RESPECTO A LOS ASPECTOS CULTURALES QUE INFLUYEN EN LOS EPISODIOS DEPRESIVOS.

TABLA 5: Opinión de los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán con respecto a los aspectos culturales que influyen en los episodios depresivos.

Pregunta	1- Disfruto siendo amable y cortés con la gente	2- ¿Suelo confiar en los demás?	3- ¿Me siento molesto /a cuando mis planes dependen de otros?	4- Me afectan mucho las disputas	5- ¿Tengo amigos /as dispuestos /as a escucharme?	6- ¿Me siento satisfecho de mis relaciones sexuales?	7-¿Me importa mucho la opinión que otros tengan de mí?	8- ¿Deseo hacer las cosas mejor que los demás?
1	De los entrevistados 63(76%) reportan que casi siempre	33(40%) de los agentes manifiesta frecuentemente confiar en los demás	37(45%) personas que casi nunca sentir molestia	30(36%) de los entrevistados casi nunca le afecta	41(49%) dicen que casi siempre tienen amigos	51(61%) afirman que casi siempre están satisfecho	26(31%) casi nunca les importa	38(46%) frecuentemente desean hacerla mejor
2	Frecuentemente 16(19%) disfrutan siendo amables	22(27%) casi siempre confían	18(22%) afirman nunca sentirse molestos	22(27%) frecuentemente e se molestan	Y 24(29%) frecuentemente e son escuchados	21(25%) frecuentemente e se satisface	25(30%) casi siempre	31(37%) casi siempre
3	Y nunca con casi nunca reportan 4(4%)	21(25%) casi nunca confían en los demás	Y con un 28 (34%) casi siempre o frecuentemente e se sienten molestos	19(23%) afirman nunca verse afectados	13(16%) casi nunca tienen amigos que los escuchen	6(7%) casi nunca se ven satisfecho	19(23%) nunca les importa	Nunca y casi nunca 14(16%) desean mejorar



Pregunta	9- Mis compañeros/as de trabajo son mis amigos/as	10- ¿Tengo la paciencia de escuchar los problemas de los demás?	11-¿Pienso que mi esposo /a tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena (para los no casados: novio /a amigo?	12- ¿Hablo demasiado?	13- Al disentir con alguien me doy cuenta de que pronto Empiezo a levantar la voz	14- ¿Siento envidia porque otros tienen más que yo?	15- ¿Cuándo discuto con alguien pienso en lo que voy a decir mientras la otra habla?	16- ¿Me pongo nervioso cuando me dan órdenes?
1	41(49%) dicen que casi siempre sus compañeros son sus amigos	54(65%) casi siempre tienen paciencia	29(35%) afirman que su conyugue no debe cambiar	39(47%) indica que casi nunca lo hacen	43(52%) dijeron que casi nunca se dan cuenta	62(75%) nunca sienten envidia	28(34%) frecuentemente piensan antes de hablar	46(55%) dicen nunca ponerse nervioso
2	27(33%) frecuentemente	21(25%) frecuentemente son pacientes	25(30%) casi nunca necesitan que su conyugue cambie	21(25%) frecuentemente hablan de mas	15(18%) nunca se dan cuenta	17(20%) casi nunca	25(30%) casi siempre	29(35%) casi nunca
3	11(13%) casi nunca	5(6%) nunca tienen paciencia	15(18%) afirman que casi siempre desearían que cambiara	13(16%) nunca hablan demás	14(17%) frecuentemente se dan cuenta	4(5%) casi siempre	16(19%) nunca	8(10%) frecuentemente y casi siempre se ponen nerviosos

Fuente: Cuestionario realizado a los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán.



5.5. Análisis de la tabla V: Relaciones

Consecuentemente con el ámbito cultural de ambiente el personal de la policía nacional civil de la delegación de Ahuachapán genera interrelaciones de carácter normal con sus vecinos amigos y colegas, no obstante el índole de su horario y el pluriempleo de muchos de ellos presupone dificultad a la hora de iniciar una amistad , también los que tienen horario más cargado o más de dos empleos presentan mayor grado de irritabilidad a la hora de socializar entendiéndose que la sobre carga de labor presupone riesgo alto de desarrollar algún estado depresivo .

Los agentes con más horas laborales y los demás de un empleo están en riesgo serio de padecer un episodio depresivo



TABLA 6: Opinión de los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán con respecto a los aspectos culturales que influyen en los episodios depresivos (Ambiente)

Pregunta	1-Mi familia es bastante ruidosa	2-Siento que necesito más espacio en mi casa	3-Todas mis cosas están en su sitio	4-Disfruto de la atmósfera hogareña	5-Mis vecinos son escandalosos	6 -Suele haber mucha gente en la zona donde vivo	7 -Mi casa está limpia y ordenada	8- En mi casa me relajo con tranquilidad
1	41(60%) manifestaron que casi nunca es ruidosa	37(49%) indican nunca sentir que necesitan más espacio	38(63%) manifiestan tenerlas en su lugar	De los entrevistados 52(76%) disfrutaron el hogar	30(42%) casi nunca son escandalosos	25(34%) indicaron que casi nunca hay mucha gente	50(75%) casi siempre su casa esta ordenada	51(73%) casi siempre se relaja
2	18(26%) nunca es ruidosa	26(34%) casi nunca	9(15%) refieren que frecuente	Casi nunca 7(10%) disfrutaron el hogar	21(30%) nunca son escandalosos	22(30%) casi siempre	8(12%) casi nunca esta ordenada	10(14%) frecuentemente
3	En tanto que 6(9%) frecuentemente es ruidosa	10(13%) casi siempre	Y con 7(12%) que nunca están en su sitio	5(7%) frecuentemente disfrutaron el hogar	11(15%) casi siempre son escandalosos	19(26%) nunca hay mucha gente	6(9%) frecuentemente esta ordenada	6(9%) casi nunca se relajan



Pregunta	9- Mi dormitorio se me hace pequeño	10- Siento como si viviésemos muchos bajo el mismo techo	11- Cuando contemplo la decoración de mi casa me siento satisfecha	12- Considero mi casa lo suficientemente amplia para nuestras necesidades	13- En mi barrio hay olores desagradables	14- La zona donde vivo es bastante ruidosa	15 El aire de mi localidad es puro y limpio	16- Las calles y los jardines de mi barrio están bien cuidados
1	32(43%) contestaron nunca sentir pequeño el dormitorio	47(60%) nunca sienten ser demasiados	47(70%) casi siempre manifiestan estar satisfecho	49(71%) casi siempre indican que es suficiente	37(48%) dijeron que casi nunca sentir olores desagradables	30(43%) afirman que nunca es ruidosa	26(44%) casi siempre es puro y limpio	21(44%) casi nunca están cuidada
2	26(35%) casi nunca	23(29%) casi nunca	9(13%) frecuentement e están satisfechos	10(14%) casi nunca	32(42%) nunca los perciben	27(39%) que casi nunca es ruidosa	13(22%) casi nunca es limpio	13(27%) frecuentemente
3	13(17%) casi siempre	7(9%) casi siempre sienten ser muchos bajo el mismo techo	8(12%) casi nunca	6(9%) frecuentement e creen que es suficiente	6(8%) casi siempre	8 (11%) casi siempre es ruidosa	11(19%) nunca es puro y limpio	8(17%) nunca están limpios y cuidados

Fuente: Cuestionario realizado a los agentes de la Policía Nacional Civil de Ahuachapán.



5.6. Análisis de Tabla VI: Ambiente

Al realizar el análisis el patrón cultural de los entrevistados especialmente el ambiente, se entiende que los agentes de la policía nacional civil delegación de Ahuachapán encuentran en sus hogares oportunidad de relajación y distracción de sus labores cotidianas al menos en su mayoría encuentran en sus lugares de residencia el bienestar que buscan como fruto de su trabajo , casi todos se muestran complacidos en sus zonas de vivencia, aunque algunos indican que hay demasiado ruido donde viven, en su mayor parte los agentes experimentan con sus familias el ambiente que desean reconocen que esto podría mejorar pero que les es por el momento suficiente para desarrollarse como persona.

Con todo esto hay un grupo de agentes que no encuentran el descanso necesario en sus casas de habitación lo que también predispone al episodio depresivo



CAPITULO VI: “CONCLUSIONES”



6.1. CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados se concluye que:

- A. La percepción producida al abordar el diagnóstico conocido como episodio depresivo en la Policía Nacional Civil sub delegación Ahuachapán mediante las entrevistas realizadas a los actores de dicha locación reflejan la presencia real de dicho padecimiento.
- B. En un segmento importante de dicha población que experimenta día a día las consecuencias del stress producido por una sobrecarga laboral, aunada a remuneración económica insuficiente que inclusive no cubre lo básico para desarrollarse socialmente,
- C. Esta situación económica provoca la imperante necesidad de muchos de ellos y ellas de desarrollar otros trabajos de manera paralela, que aunque oxigena en parte la parte de liquides económica también incrementa la cuota de responsabilidad para con sus empleados adicional, esto desemboca en más tensión nerviosa que produce más stress y un predisponían mayor a padecer el episodio depresivo.
- D. Logramos encontrar un porcentaje representativo que ya se encuentra adoleciendo esta patología, pues no solo el pluriempleo sino también la carga hogareña en donde él o la agente de la Policía Nacional Civil representa el único sostén de una familia que comprende esposa o conyugue, hijos en su mayoría dos o más y padres, inclusive hasta abuelos dependen del salario devengado y que esta demás decir es insuficiente.



E. También las condiciones del establecimiento laboral no son las óptimas para desenvolverse adecuadamente, no hay áreas designadas específicamente para que los agentes mujeres y hombres se repongan de su carga psicolaboral que con lleva lidiar con todo tipo de personas y caracteres a lo largo de la jornada, contribuyen todo a que la presencia del episodio depresivo sea manifiesta en este segmento de la sociedad de manera palpable y que a diario observamos sus consecuencias en los noticieros de prensa , televisivos y redes sociales.



CAPITULO VII: “RECOMENDACIONES”



7.1. RECOMENDACIONES

Según las conclusiones obtenidas recomendamos lo siguiente:

- A. Mejorar la remuneración económica de los y las agentes de la policía nacional civil en general de manera que les permita subsanar las necesidades básicas tanto personales como familiares y profesionales ya que con esto se disminuirá la sobrecarga de trabajo que genera el pluriempleo.
- B. En cuanto a la sobre carga laboral propia de la institución se recomienda generar una estrategia administrativa que permita el descanso adecuado de sus elementos ya que esto les llevaría a la disminución de la tensión que los horarios prolongados producen, se deben producir y generar medios de esparcimiento intra institucionales que les permitan el goce de su tiempo libre y recuperarse física y psicológicamente.
- C. Reforzar el material humano que genera atención tanto psicológica como medica en la atención del personal de la policía nacional civil que así lo demande , dicho personal debe estar capacitado para realizar inmersiones necesarias para solventar y tratar las existentes patologías que incluyen el episodio depresivo al interior de la institución, este personal debe estar acreditado a tiempo completo para cada delegación de la policía nacional ya que por el momento se encuentra siendo administrado por personal itinerante.



- D. Realizar jornadas de sanidad mental para detección temprana de casos de estrés agudo, crónico, episodio depresivo, depresión y conatos suicidas.
- E. Implementar en las instituciones la detección del uso de drogas socialmente aceptadas como el alcoholismo, tabaquismo y así también como de las prohibidas por la ley, ya que el abuso de ambas conlleva al deterioro de la calidad social de quien las consume produciendo trastornos psicosomáticos antes descritos.
- F. Establecer campañas de convivencia institucional y comunal para generar inclusión y confianza de las poblaciones civiles hacia la policía nacional civil.
- G. Implementar auditorias periódicas en el personal médico, y paramédico encargado de tratar la atención médica y psicológica para verificar resultados y proponer soluciones a tiempo, estos deberán trabajar mano a mano con médicos y psicólogos para darle salida a los problemas detectados.
- H. Realizar contrataciones de psiquiatras para contar con el vaciamiento emocional del personal médico y paramédico que necesitan realizar semanalmente para evitar la neurosis sistémica de conversión del personal a cargo, tanto como para referir los casos difíciles.



BIBLIOGRAFÍA

Libros

- ◆ Burr, María Cristina “Depresiones y Ansiedad” 2°, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2002.
- ◆ Carrasco, Manuel Martín. Manual de Psiquiatra, Instituto de Investigaciones Psiquiátricas. Bilbao, España. Editorial Colex.
- ◆ Melgoza, Julián. Sin Stress España, *Editorial Sanfeliz*, 2da. Edición.
- ◆ Salín Pascual, Rafael. Los trastornos afectivos para médicos no Psiquiatras. México, 1997. Editorial Galo.
- ◆ Tierney, Lawrence M Mcphee, Stephens J. Papadakis, Maxine A. Diagnóstico clínico y tratamiento 41ª. Edición Colombia, 2006 Págs. 934-937.
- ◆ Toro G. Ricardo José, Yepes R. Luis Eduardo. Fundamentos de Medicina 3ª Edición Colombia, 2000 Pags.131-150.
- ◆ Vallejo Ruiloba I. Introducción a la Psicología y a la Psiquiatría. Masson editores. 4ª. Edición 1988. Págs. 1150-1155.
- ◆ (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV))



ANEXOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIDAD DE POST GRADOS



TEMA: “FACTORES BIOLÓGICOS, SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES ASOCIADOS A EPISODIOS DEPRESIVOS”

Indicaciones: El presente cuestionario tiene como objetivo recolectar información sobre factores como estilo de vida, ambiente, síntomas, empleo, relaciones y personalidad que se asocian a los episodios depresivos. La información es de carácter confidencial y si Ud. Desea colaborar conteste las siguientes preguntas señalando la respuesta en cada caso.

Datos Generales

- a. Edad : _____
- b. Sexo: M _____ F _____
- c. Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Acompañado _____ Viudo _____
- d. Escolaridad:
 - i. Primaria _____
 - ii. Secundaria _____
 - iii. Tercer Ciclo _____
 - iv. Bachillerato _____
 - v. Universidad _____
- e. Padece Ud. HTA _____ DMT2 _____ ARTRITIS _____



ESTILO DE VIDA	n u n c a	Casi nunca	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Duermo un número de horas adecuado a mis necesidades	3	2	1	0
2. Como a horas fijas	3	2	1	0
3. Cuando estoy nervioso tomo tranquilizantes	0	1	2	3
4. Para ocupar mi tiempo libre veo la televisión o el video	0	1	2	3
5. Hago ejercicio físico de forma regular	3	2	1	0
6. Como a prisa.	0	1	2	3
7. De los alimentos ricos en colesterol (huevos, hígado, queso, helados) como cuanto me apetece	0	1	2	3
8. Consume frutas y verduras abundantemente	3	2	1	0
9. Bebo agua fuera de las comidas	3	2	1	0
10. Como entre horas	0	1	2	3
11. Desayuno abundantemente	3	2	1	0
12. Ceno poco.	3	2	1	0
13. Fumo	0	1	2	3
14. Toma bebidas alcohólicas	0	1	2	3
15. En mi tiempo libre busco la naturaleza y el aire puro	3	2	1	0
16. Practico un "hobby" o afición que me relaja	3	2	1	0
TOTAL ESTILO DE VIDA				

AMBIENTE	n u n c a	Casi nunca	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
17. Mi familia es bastante ruidosa	0	1	2	3
18. Siento que necesito más espacio en mi casa	0	1	2	3
19. Todas mis cosas están en su sitio	3	2	1	0
20. Disfruto de la atmósfera hogareña	3	2	1	0
21. Mis vecinos son escandalosos	0	1	2	3
22. Suele haber mucha gente en la zona donde vivo	0	1	2	3
23. Mi casa esta limpia y ordenada	3	2	1	0
24. En mi casa me relajo con tranquilidad	3	2	1	0
25. Mi dormitorio se me hace pequeño	0	1	2	3
26. Siento como si viviésemos muchos bajo el mismo techo	0	1	2	3
27. Cuando contemplo la decoración de mi casa me siento satisfecha	3	2	1	0
28. Considero mi casa lo suficientemente amplia para nuestras necesidades	3	2	1	0
29. En mi barrio hay olores desagradables	0	1	2	3
30. La zona donde vivo es bastante ruidosa	0	1	2	3
31. El aire de mi localidad es puro y limpio	3	2	1	0
32. Las calles y los jardines de mi barrio están limpios y cuidados	3	2	1	0
TOTAL AMBIENTE				



SINTOMAS	n u n c a	Casi nunca	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
33. Sufro de dolores de cabeza	0	1	2	3
34. Tengo dolores abdominales	0	1	2	3
35. Hago bien las digestiones	3	2	1	0
36. Voy regularmente al baño	3	2	1	0
37. Me molesta la zona lumbar	0	1	2	3
38. Tengo taquicardias	0	1	2	3
39. Estoy libre de alergias	3	2	1	0
40. Tengo sensaciones de ahogo	0	1	2	3
41. Seme tensan los músculos del cuello y de la espalda	0	1	2	3
42. Tengo la tensión sanguínea moderada y constante	3	2	1	0
43. Mantengo mi memoria normal	3	2	1	0
44. Tengo poco apetito	0	1	2	3
45. Me siento cansado y sin energía	0	1	2	3
46. Sufro de insomnio	0	1	2	3
47. Sudo mucho (incluso sin hacer ejercicio)	0	1	2	3
48. Lloro y me desespero con facilidad	0	1	2	3
TOTAL SINTOMAS				

EMPLEO Y OCUPACIÓN	n u n c a	Casi nunca	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
49. Mi labor cotidiana me provoca mucha tensión	0	1	2	3
50. En mis ratos libres pienso en los problemas del trabajo	0	1	2	3
51. Mi horario de trabajo es regular	3	2	1	0
52. Mis ocupaciones me permiten comer tranquilamente en casa	3	2	1	0
53. Me llevo trabajo a casa para hacerlo por las noche y/o en los fines de semana	0	1	2	3
54. Practico el pluriempleo	0	1	2	3
55. Cuando trabajo se me pasa el tiempo volando	3	2	1	0
56. Me siento útil y satisfecho con mis ocupaciones	3	2	1	0
57. Tengo miedo a perder mi empleo	0	1	2	3
58. Me llevo mal con mis compañeros /as de trabajo	0	1	2	3
59. Mantengo muy buenas relaciones con mi jefe	3	2	1	0
60. Considero muy estable mi puesto	3	2	1	0
61. Utilizo el automóvil como medio de trabajo	3	2	1	0
62. Me olvido de comer cuando estoy tratando de terminar algunas tareas	3	2	1	0
63. Me considero capacitado para mis funciones	3	2	1	0
64. Tengo la impresión de que mi jefe y/o familia aprecian el trabajo que hago	3	2	1	0
TOTAL EMPLEO / OCUPACION				



RELACIONES	n u n c a	Casi nunca	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
65. Disfruto siendo amable y cortés con la gente	3	2	1	0
66. Suelo confiar en los demás	3	2	1	0
67. Me siento molesto /a cuando mis planes dependen de otros	0	1	2	3
68. Me afectan mucho las disputas	0	1	2	3
69. Tengo amigos /as dispuestos /as a escucharme	3	2	1	0
70. Me siento satisfecho de mis relaciones sexuales	3	2	1	0
71. Me importa mucho la opinión que otros tengan de mí	0	1	2	3
72. Deseo hacer las cosas mejor que los demás	0	1	2	3
73. Mis compañeros /as de trabajo son mis amigos /as	3	2	1	0
74. Tengo la paciencia de escuchar los problemas de los demás	3	2	1	0
75. Pienso que mi esposo /a tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena (para los no casados: novio /a amigo /a).	0	1	2	3
76. Hablo demasiado	0	1	2	3
77. Al disentir con alguien me doy cuenta de que pronto empiezo a levantar la voz	0	1	2	3
78. Siento envidia porque otros tienen más que yo	0	1	2	3
79. Cuando discuto con alguien pienso en lo que voy a decir mientras el otro habla	0	1	2	3
80. Me pongo nervioso cuando me dan órdenes	0	1	2	3
TOTAL RELACIONES				

PERSONALIDAD	n u n c a	Casi nunca	frecuentemente	CASI SIEMPRE
81. Me siento generalmente satisfecho de mi vida	3	2	1	0
82. Me gusta hablar bien de la gente	3	2	1	0
83. Me pone nervioso /a cuando alguien conduce su automóvil despacio delante de mí	0	1	2	3
84. Cuando hay fila en una ventanilla o establecimiento me marchó	0	1	2	3
85. Suelo ser generoso /a conmigo mismo/a a la hora de imponerme fechas tope	3	2	1	0
86. Tengo confianza en el futuro	3	2	1	0
87. Aun cuando no me gusta, tiendo a pensar en lo peor	0	1	2	3
88. Me gusta hacer las cosas a mi manera y me irrito cuando no es posible	0	1	2	3
89. Tengo buen sentido de humor	3	2	1	0
90. Me agrada mi manera de ser	3	2	1	0
91. Me pone nervioso si me interrumpen cuando estoy en medio de alguna actividad	0	1	2	3
92. Soy perfeccionista	0	1	2	3
93. Pienso en los que me deben dinero	0	1	2	3
94. Me pongo muy nervioso cuando me meto en un "tapón" Automovilístico	0	1	2	3
95. Me aburro pronto de las vacaciones y quiero volver a la actividad "productiva"	0	1	2	3
96. Tengo miedo a que algún día pueda contraer alguna enfermedad fatal, como el cáncer	0	1	2	3
TOTAL PERSONALIDAD				



CALCULE SU PUNTUACIÓN

- I. Anote los puntos de cada ámbito
 - a. Estilo de vida _____
 - b. Ambiente _____
 - c. Síntomas _____
 - d. Trabajo _____
 - e. Relaciones _____
 - f. Personalidad _____
 - II. Anótese 3 puntos si usted....
 - a. Tiene entre 35 y 60 años _____
 - b. Es separado /a o divorciado _____
 - c. Vive en una ciudad grande _____
 - d. Tiene en casa tres hijos o mas _____
 - e. Está desempleado/a _____
 - III. Anótese 2 puntos si usted...
 - a. Tiene entre 25 y 34 años _____
 - b. Es soltero/a o viudo/a _____
 - c. Vive en una ciudad pequeña _____
 - d. Tiene en casa uno o dos hijos _____
 - e. Su trabajo es temporal _____
- Puntuación total** _____