EXPLORACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL CUERPO DE CUSTODIA Y VIGILANCIA (DRAGONEANTES) DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE SANTA MARTA.

UN ESTUDIO PILOTO

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SANTA MARTA D.T.C.H.

2010

EXPLORACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL CUERPO DE CUSTODIA Y VIGILANCIA (DRAGONEANTES) DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MEDIANA SEGURIDAD Y CARCELARIO DE SANTA MARTA. UN ESTUDIO PILOTO

Proyecto de investigación para optar por el titulo de Psicólogo

ANABEL HERNÁNDEZ GALVIS

ROBERT FERREL ORTEGA

Director

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

SANTA MARTA D.T.C.H.

2010

STRESS LEVEL AND DEPRESSIVE SYMPTOMS EXAMINATION ON THE SURVEILLANCE AND CUSTODY BRIGADE (DRAGONEANTES) OF THE SANTA MARTA'S MIDDLE-SECURITY LEVEL PENITENTIARY FACILITY. A PILOT STUDY

NOTA DE ACEPTACIÓN

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL JURADO

_____

FIRMA DEL JURADO

Santa Marta, julio de 2010

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus más sinceros agradecimientos de manera especial a:

- F. Robert Ferrel Ortega, Psicólogo y Magíster en Psicología Clínica, Docente de Tiempo Completo de la Universidad del Magdalena, Director de esta investigación, por su valiosa asesoría teórica y metodológica que permitió el desarrollo exitoso de esta investigación.
- Angélica Cantillo Manrique, Psicóloga, por su valiosa orientación, apoyo y amistad durante la realización de esta investigación.
- María Rivas y Manuel Consuegra, Psicólogos, docentes de la Universidad del Magdalena y jurados de esta investigación, porque contribuyeron significativamente al mejoramiento de esta investigación.
- Los docentes del programa de Psicología de la Universidad del Magdalena porque cada una de sus enseñanzas forman el profesional que soy.
- Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Santa marta por todo su apoyo y por permitirme trabajar desde sus instalaciones y hacer realidad este proyecto.
- Cuerpo de Custodia y Vigilancia del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Santa Marta por su valiosa colaboración y participación en esta investigación porque gracias a ellos esta investigación es un éxito y una realidad.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios quien ha sido mi apoyo y fortaleza. A la Virgen de Santa Marta quien ha sido mi voz delante de Dios haciendo realidad los deseos de mi corazón.

A mis padres quienes con su esfuerzo, trabajo y dedicación me han acompañado desde lejos físicamente y muy cerca con todo su amor durante estos años de estudio.

A mis hermanas Kenia y Kely quienes han estado siempre a mi lado apoyándome.

A ti Julieth por ser de mis primas mi más grande amiga toda la vida y por darme esa hermosa ahijada, Keissy quien ha sido una gran motivación.

A mis buenos amigos que siempre creyeron en mí: Isa, Alejo, Johanis, Lina y Harold. A Gustavo y Eileen amigos y verdaderos compañeros quienes siempre me apoyaron en este proceso aun cuando tomamos caminos diferentes.

A ti Luis Alberto porque me has apoyado durante este tiempo…pocos conocen lo bueno que hay en ti.

A ti Angie por ser mi amiga, mi apoyo y porque sin ti este trabajo no sería una realidad…tu fortaleza es tu mejor cualidad.

Al Dragoneante Quevedo quien fue el mayor inspirador de esta investigación.

Anabel

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN 18

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 25

3. OBJETIVOS 31

3.1 OBJETIVO GENERAL 31

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 31

4. ESTADO DEL ARTE 33

4.1. ESTRÉS LABORAL 33

4.2. DEPRESIÓN 45

5. METODOLOGÍA 50

5.1. TIPO DE DISEÑO 50

5.2. POBLACIÓN 51

5.3. INSTRUMENTOS 52

5.4. VARIABLES 56

5.5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES 58

5.6. PROCEDIMIENTO 66

6. RESULTADOS **70**

7. DISCUSIÓN **121**

8. REFERENCIAS **141**

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado

Anexo B. Hoja de respuesta Perfil de Estrés de Nowack (2002)

Anexo C. Hoja de respuesta Inventario de Depresión de Beck (1961)

LISTA DE TABLAS

6.1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS 70

TABLA N°1 70

TABLA N°2 72

TABLA N°3 74

6.2 TABLA GENERAL DEL PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK Y EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK 76

TABLA N°4 77

TABLA N°5 79

TABLA N°6 81

TABLA N°7 83

TABLA N°8 85

TABLA N°9 87

TABLA N°10 89

TABLA N°11 91

TABLA N°12 93

TABLA N°13 95

TABLA N°14 97

TABLA N°15 **99**

TABLA N°16 **101**

TABLA N°17 **103**

TABLA N°18 **105**

TABLA N°19 **107**

TABLA N°20 **109**

TABLA N°21 **111**

6.3 ESCALAS GENERALES DEL PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK **113**

TABLA N°22 **113**

TABLA N°22.1 **115**

TABLA N°23 **117**

TABLA N°23.1 **119**

LISTA DE GRAFICAS

6.1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS 70

GRAFICA N°1 71

GRAFICA N°2 72

GRAFICA N°3 75

GRAFICA N°4 77

GRAFICA N°5 79

GRAFICA N°6 81

GRAFICA N°7 83

GRAFICA N°8 85

GRAFICA N°9 87

GRAFICA N°10 89

GRAFICA N°11 91

GRAFICA N°12 93

GRAFICA N°13 95

GRAFICA N°14 97

GRAFICA N°15 99

GRAFICA N°16 101

GRAFICA N°17 103

GRAFICA N°18 **105**

GRAFICA N°19 **107**

GRAFICA N°20 **109**

GRAFICA N°21 **111**

6.3 ESCALAS GENERALES DEL PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK **113**

GRAFICA N°22 **113**

GRAFICA N°22.1 **116**

GRAFICA N°23 **117**

GRAFICA N°23.1 **120**

RESUMEN

Se realizo un estudio descriptivo de corte transversal cuyos objetivos fueron describir el perfil de estrés y síntomas depresivos en el cuerpo de custodia y vigilancia (dragoneantes) del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario de santa marta. Para ello se tomo una muestra no probabilística, seleccionando a 40 dragoneantes, a quienes se les aplico el *Perfil de Estrés de Nowack (Nowack, 2002)* instrumento que evalúa áreas de tolerancia y vulneración del estrés; y, el *Inventario de Depresión de Beck* **(***Beck*, 1961) el cual mide la gravedad de la depresión. Se encontró una prevalencia de estrés medio, 67,5 por ciento y alto de 5,0 por ciento. Adicionalmente se hallo prevalencia de sintomatología depresiva leve de 15 por ciento, moderada de 10 por ciento y grave de 5 por ciento. Los datos socio demográficos indican que los dragoneantes en su mayoría comprenden edades entre 23 y 29 años, llevan laborando en el INPEC 9 años o menos y tienen un nivel de escolaridad menor a 12 años de estudio.

Palabras clave: estrés, cuerpo de custodia y vigilancia, cárceles, depresión, dragoneantes.

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional study was performed at the Middle Security Level Penitentiary Facility in Santa Marta whose goals were to describe the stress profile and depressive symptoms in the *Cuerpo de Custodia y Vigilancia - Dragoneantes* (Surveillance and Watch Team). In order to achieve that, a non-probabilistic sample was taken by choosing 40 guards, and giving them the Nowack Stress Profile (Nowack, 2002), a tool that assesses the tolerance and susceptibility of the stress; and the Beck Depression Inventory (Beck, 1961), that assesses how severe the depression level could be. The results showed a prevalence of 67.5 percent on middle stress levels and a 5.0 percent of high stress levels. In addition to that, there were found 15 percent of minor depressive symptoms, 10 percent of mild depressive symptoms and 5 percent of severe depressive symptoms. The socio demographic data shows that most of the guards (*dragoneantes*) belong to the range comprised between 23 and 29 years old; they have also been fulfilling their duties at INPEC for 9 years or less and have achieved less than 12 years of formal education.

Key words: stress, surveillance and watch team, penitentiary, depression, dragoneantes.

INTRODUCCIÓN

La presencia del estrés laboral en funcionarios de prisión se presenta como consecuencia de la elevada exposición a riesgos psicosociales del trabajo por razones de peligro y tensión, entre otros (Ghaddar, 2006); lo cual influye negativamente en la salud laboral de los funcionario y en el buen desempeño en su trabajo y la productividad de la institución (Andrade y Gómez, 2008). Debido a esta problemática diferentes autores que se han interesado en el estudio de este tema a nivel nacional e internacional en su gran mayoría (Aguayo, s.f. Arroyo et al, 2004; Cardenal y Pombar, 2005; García y Herrero, 2008; Ghaddar, 2006; Hernández et al, 2006a; Hernández et al 2006b; Ruiz y Páez, 2001; Ruiz y Páez, 2002; Ruiz et al, 2004; Sindicato de Prisiones, 2004; Sindicato de Prisiones, 2005; Tapias et al, 2007 y Topas y Morales, 2005) han corroborado la presencia de altos niveles de estrés laboral en dicha población y su impacto negativo en la salud física y mental de estos trabajadores.

De igual forma la depresión es una patología que afecta a la población mundial en edades productivas según la Organización Mundial de la Salud

(s.f.). El caso de Colombia no es la excepción, un país donde parte de la población trabajadora está conformada por adulto joven quienes de acuerdo a diferentes estudios (Amezquita, González y Zuluaga, 2000; Falla y Sanabria, 2006 y Reyes, Castro, Polo y Ceballos, 2005) están padeciendo cada vez mas de esta patología. Respecto a esto es importante resaltar que al interior del INPEC existe un reporte de novedades que indica que el 1,6% del total de la muestra de funcionarios analizados se quitó la vida, lo cual equivale aproximadamente a un suicidio por año, esta cifra es aparentemente baja pero equivale a un riesgo cuatro veces superior en esta población comparada con la población colombiana (Tapias et al 2007).

Adicionalmente se hace necesario precisar que el cuerpo de custodia y vigilancia del INPEC está conformado por dragoneantes quienes en rango son la proporción más grande en la jerarquía institucional (Tapias et al, 2007), hacen parte la de población productiva de Colombia y buena parte está representada por adulto joven.

Teniendo en cuenta que el estrés laboral y la depresión son una realidad que afecta a los funcionarios que laboran en penitenciarias y por las pocas

investigaciones que existen al respecto, se hizo necesario la realización de este proyecto de investigación que busca describir el perfil de estrés y síntomas depresivos en el cuerpo de custodia y vigilancia (dragoneantes) del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario de santa marta.

Así mismo, esta investigación hace parte de los estudios sobre la depresión y sus efectos psicosociales que viene realizando y asesorando el Grupo de Estudios e Investigación del Comportamiento "Rubén Ardila" (GEICRA) del Programa de Psicología, avalado por la Universidad del Magdalena ante COLCIENCIAS. A su vez, se inscribe dentro de la línea de investigación sobre *Comportamiento, hábitos y estilos de vida saludable*, del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena y se presenta como requisito para obtener el título de Psicólogo.

1. JUSTIFICACIÓN

Muchos estudios han demostrado que las condiciones de trabajo pueden producir consecuencias adversas en la salud y en el bienestar físico y psicológico de los empleados (Cooper, 1998; Schaufeli y Enzmann, 1998; Scahufeli, Maslach y Marek, 1993; citado en Topa y Morales, 2005).

En este sentido, Parra (2005 citado por Gómez, 2007), señala que el trabajo incide directa e indirectamente en el estado de salud y/o enfermedad, pues condiciones desfavorables del trabajo causan daño a la salud o agravan dichos problemas, afectando el bienestar de los empleados.

Características del trabajo como la oportunidad de control, la adecuación entre las exigencias del puesto y las capacidades de la persona que lo desempeña, las relaciones interpersonales, el salario y la seguridad física, entre otros, ejercen una gran influencia sobre el bienestar psicológico. El grado en que un empleo reúna estos elementos está fuertemente asociado

al grado de satisfacción laboral y de salud mental de los trabajadores (Fernández-Montalvo y Garrido, 1999 citado en Fernández-Montalvo y Piñol, 2000).

Lo anterior, resulta pertinente si se tiene en cuenta que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1986 citado en Leka, Griffiths y Cox, 2004), por lo tanto un entorno laboral saludable no es únicamente aquel en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales, sino abundancia de factores que promueven la salud (Leka et al, 2004).

La salud laboral se convierte entonces en un tema prioritario para el buen funcionamiento de las organizaciones y sus trabajadores, teniendo en cuenta que sus principales objetivos se orientan a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como también al tratamiento y rehabilitación de lesiones y enfermedades derivadas del trabajo (Benavides, Ruiz y García, 2000 citado en Andrade y Gómez, 2008).

En el caso de las prisiones, el contexto laboral que se vive en ellas al ser un ámbito cerrado exige de las personas un esfuerzo adaptativo constante que genera como consecuencia una serie de distorsiones afectivas, emocionales, cognitivas y perceptivas. Es evidente que esta exigencia también se plantea al cuerpo de custodia y vigilancia y que a corto, media o largo plazo puede generar fatiga física y psicológica, y alterar su comportamiento (Moon y Maxwell, 2004 citado en Hernández, Fernández, Ramos y Contador, 2006a; Tartaglini y Safran, 1997 citado en Ghaddar, 2006 y Tapias, Salas y Solórzano, 2007).

Tapias et al (2007), plantea que en nuestro país cuando se hace referencia al INPEC y al ámbito penitenciario es inevitable pensar en el interno como el protagonista y en el proceso de desintegración social que este padece por la prisionalizaciòn; sin embargo, el personal de custodia ha sido relegado a un segundo plano, y se han ignorado los efectos directos e indirectos que pueden tener sobre ellos el estar inmersos en una institución total.

Esta falta de preocupación hacia el bienestar del cuerpo de custodia y vigilancia se evidencia en el código penitenciario y carcelario donde solo

quedan establecidos los parámetros que rigen el derecho a la salud de los internos recluidos en los establecimientos, pues si bien en el artículo 44 de la ley 65 de 1993 se contempla entre los deberes de los guardianes *el realizar los ejercicios colectivos que mejoren o mantengan su capacidad física y la participación en distintas actividades o ceremonias para elevar su preparación en el área penitenciaria*, no hay especificaciones sobre el cuidado de su salud mental.

Se puede decir entonces, que el éxito de las instituciones penitenciarias depende de la salud y el bienestar de sus profesionales. Al mismo tiempo está demostrado que el bienestar de los profesionales penitenciarios tiene impacto grande en mejorar el bienestar de los reclusos (Ghaddar, 2006).

De tal manera que al realizar estudios e investigaciones al respecto se puede crear una base de partida en la búsqueda de mejorar las condiciones laborares que ponen en riesgo la salud física y mental de estos funcionarios penitenciarios. Debido a que los empleadores deben contar con una política de gestión de la salud del trabajador que incluya el estrés laboral. Así mismo,

facilitar la aplicación de esa política mediante el establecimiento de mecanismos apropiados que han de tener en cuenta cuestiones relativas a la evaluación del riesgo, la adopción de respuestas oportunas y la rehabilitación del trabajador (Leka et al, 2004).

Esto permitirá la realización de programas orientados a la mejora de la calidad de vida a nivel profesional y contribuir con la estabilidad a nivel personal del cuerpo de custodia y vigilancia. Para ello sería pertinente la generación de programas preventivos al interior del INPEC, que sensibilicen a cada uno de los funcionarios frente a los elevados riesgos que asumen en la carrera penitenciaria y en esa misma línea que incorporen estrategias de auto cuidado, al tiempo que se realicen acciones preventivas viables que disminuyan el riesgo. Considerar políticas que busquen una mejor calidad de vida, para lo cual sería fundamental el apoyo psicológico en las instituciones (Tapias et al, 2007).

De esta manera se podría empezar a crear consciencia en los funcionarios y directivos del INPEC respecto a crear y poner en práctica programas que procuren una adecuada salud laboral en torno al cuerpo de

custodia y vigilancia de las instituciones penitenciarias en Colombia y así incrementar la conservación del bienestar físico, social y mental en relación con las condiciones de trabajo; el control de estas condiciones, a fin de garantizar una seguridad total en el trabajo y la compatibilidad del ambiente laboral con las capacidades de cada trabajador (Benavides, Ruiz y García, 2000 citado en Andrade y Gómez, 2008); identificar y eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como potenciar aquellos con un efecto beneficioso para la salud y el bienestar del mismo. A su vez, considerar estrategias para el tratamiento y la rehabilitación del trabajador que ha sufrido algún problema de salud derivado de dichas condiciones (García, Benavides y Ruiz-Frutos, 2000 citado en Andrade y Gómez, 2008).

De acuerdo a lo anterior y por las pocas investigaciones que se han realizado en nuestro país referente a la salud de los funcionarios penitenciarios desde el área de la psicología el proyecto así planteado, es pertinente y relevante, ya que hace parte de los estudios sobre la depresión y sus efectos psicosociales que viene realizando y asesorando el Grupo de Estudios e Investigación del Comportamiento “Rubén Ardila” (GEICRA) del Programa de Psicología, avalado por la Universidad del Magdalena ante

COLCIENCIAS; por lo que sus resultados también tendrán impacto a nivel de la investigación y prevención que se genera en el Programa de Psicología.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estudios realizados en diferentes países han demostrado que condiciones de trabajo deficientes y cambios en el contexto laboral causan alta incidencia en el aumento de problemas de salud mental en los trabajadores, donde los más frecuentes son la depresión, ansiedad y cansancio producto del estrés que padecen dichos trabajadores, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización (Organización Internacional del Trabajo, 2000).

El estrés laboral es la principal causa de los problemas que afectan la salud física y mental del trabajador, incide sobre su rendimiento laboral y el buen funcionamiento de las entidades para las que trabajan (Leka et al, 2004).

Una de las profesiones con más tendencia a sufrir este tipo de problemas son los funcionarios que laboran en instituciones penitenciarias. Estudios comparativos recientes sobre el tema de estrés laboral ilustraron que entre 26 ocupaciones, el personal penitenciario tenia puntuaciones más bajas

en salud física y bienestar psicológico y la puntuación más baja en el nivel de satisfacción en el trabajo (Johenson, Cooper et al 2005, citado en Ghaddar, 2006).

Es por ello que el interés hacia el estudio del ambiente laboral de las prisiones como causante de problemas psicológicos entre los trabajadores que están sometidos a repetidas situaciones de estrés, específicas de su trabajo ha aumentado entre los investigadores Cheek y Miller, 1983; Webster y Porritt, 1983 y Guillen y Santa María, 1999; (citado en Arroyo, López y Lacal, 2004).

Moon y Maxwell (2004 citado en Hernández et al, 2006a) y Tartaglini y Safran (1997, citado en Ghaddar, 2006) describen que altos niveles de estrés en los funcionarios de prisión están asociados a insatisfacción laboral, problemas psicosomáticos, familiares y psicológicos, hipertensión, abuso de drogas o síndrome de burnout. Este último, con porcentajes del síndrome en grado alto desde 36,9% (Cardenal y Pombar, 2005), hasta 43,60% (Hernández, et al 2006a) afectan en forma frecuente la salud de los empleados de prisión.

En Colombia la situación para estos profesionales es muy parecida, ya que el estrés al que se ven expuestos los guardias del Instituto Nacional Penitenciario y carcelario (INPEC) es evidente, pues son blanco de violencia física y psicológica, de manipulación, de coacción y de corrupción por parte de los internos (Tapias et al, 2007).

A esto se suma las características propias de sus jornadas laborales como el ruido extremo, la temperatura, la suciedad, turnos laborales largos, días en la corte, el miedo a las realidades inevitables de la vida dentro de esa organización, exposición al dolor y sufrimiento y el contacto directo con los detenidos lo que conlleva a situaciones de violencia y agresión hacia los funcionarios por parte de los reclusos. Este ambiente hostil y estresante en el que a diario se desenvuelven los funcionarios penitenciarios los afecta negativamente convirtiéndolos en esposos, familiares y amigos empobrecidos (Lott, 1995, citado en Tapias et al, 2007 y Ghaddar, 2006).

Así mismo, su dedicación al trabajo en cuanto a disponibilidad de tiempo y compromiso con la institución genera en los funcionarios del INPEC aislamiento de otras actividades de la vida social (Tapias et al 2007). De igual

manera, Poole y Rigole (s.f.), (citados en Clemente y Núñez, 1997, tomado de Ruiz, Pedraza, Rodríguez y Alvarado, 2004), señalan que no existe una cultura propia de funcionarios de prisiones dado el alto grado de aislamiento en su trabajo, es decir, su interacción es escasa. Esto hace que la percepción del ambiente laboral de los funcionarios se destaque por la mala impresión respecto a las relaciones interpersonales, una falta de autonomía en las decisiones y malas condiciones de comodidad física del puesto de trabajo (Arroyo et al 2004).

Se debe tener en cuenta también que la labor de estos empleados es mal remunerada con relación a la exigencia que presenta, fuertemente jerarquizada, quienes están en la convivencia diaria con los internos tienen escaso poder de decisión frente a situaciones que se presentan de repente y es un trabajo de escaso reconocimiento social (Kalinsky y Cañete, s, f), pues a pesar de su sacrificio la sociedad ve la prisión como una Institución de castigo, rechaza al funcionario penitenciario y lo clasifica en los últimos lugares entre otras profesiones en una escala de prestigio (Ruidiaz, 1991 citado en Ghaddar, 2006).

A ello se suman problemas psicológicos presentes en algunos funcionarios del INPEC como la depresión, que pueden poner en riesgo la salud y el bienestar de los guardias que lo padecen. Al respecto, Tapias et al (2007) en su estudio evidencia que el 1,6% del total de la muestra de funcionarios del INPEC analizados se quitó la vida, lo cual equivale aproximadamente a un suicidio por año, esta cifra es aparentemente baja pero equivale a un riesgo cuatro veces superior en esta población comparada con la población colombiana.

Es importante resaltar que la mayoría de funcionarios del INPEC afectados y que resultan más vulnerables ante estas problemáticas son los dragoneantes. En rangos, es la proporción más grande en jerarquía institucional. En ese sentido, son quienes deben tener prioridad en las acciones preventivas e interventivas (Tapias et al 2007).

Por lo anteriormente expuesto y por las pocas investigaciones respecto a esta problemática que existen en nuestro país y especialmente en el contexto local es de interés en el presente estudio describir ¿Cuál es el nivel de estrés y síntomas depresivos presentes en el cuerpo de custodia y vigilancia

(dragoneantes) del establecimiento penitenciario y carcelario de la ciudad de Santa Marta?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir el perfil de estrés y síntomas depresivos presentes en el Cuerpo de Custodia y Vigilancia (Dragoneantes) del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Santa Marta, a partir de la aplicación del *Perfil de Estrés de Nowack (Nowack, 2002) e Inventario de depresión de Beck (Beck, 1961).*

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el perfil de estrés presente en el cuerpo de custodia y vigilancia (Dragoneantes) del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Santa Marta.

- Identificar el nivel de síntomas de depresión presente en el cuerpo de custodia y vigilancia (Dragoneantes) del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Santa Marta.

4. ESTADO DEL ARTE

4.1. ESTRÉS LABORAL

El estrés es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación (Leka et al, 2004). El estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; este no se considera una emoción en sí mismo, sino que es el agente generador de las emociones. En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro

para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ella (Lazarus y Folkman, 1984 citado en Sierra et al, 2003).

En definitiva, Sierra et al (2003), plantean que el estrés es una respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estimulo (estresor), que puede ser un evento, objeto o persona.

Los efectos del estrés dependen de: (1) la percepción del estresor, (2) la capacidad del individuo para controlar la situación, (3) la preparación del individuo por la sociedad para afrontar los problemas y (4) de la influencia de los patrones de conducta aprobados por la sociedad. Las personas no solo pueden percibir de forma diferente las amenazas de las situaciones estresantes, sino que también emplean diferentes habilidades, capacidades y recursos, tanto personales como sociales (familiares, amigos, etc.), para hacer frente a las condiciones potencialmente estresantes (Aneshensel, 1992; Brown y Harris, 1989; Cockerham, 2001, Kessler, 1997; Lazarus y Folkman, 1984; Mechanic, 1978; Miller, 1997; Pearlin, 1989; Aneshensel, Mullan y Whitlatch, 1995; Sandin, 1999; Thoits, 1983, 1995; Turner y Marino, 1994; Wheaton,1985 citado en Sandin, 2003).

Respecto a esta percepción Lazarus y Folkman (1986 citado en Regueiro y León, 2003), en su modelo cognitivo transaccional del estrés explican que la percepción de un estimulo como estresante se hace a través de un doble proceso de valoración. En el primero, denominado valoración primaria, el individuo evalúa la importancia del estimulo, su signo y su naturaleza y como resultado obtiene un juicio acerca de si el estimulo es irrelevante, beneficioso o estresante. En el segundo, denominado valoración secundaria, evalúa su capacidad para hacer frente al estimulo: aparecerá estrés en los casos en los que considere que sus recursos no son suficientes. En tal situación el individuo pone en marcha estrategias de afrontamiento, esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar la situación (Lazarus y Folkman, 1984 tomado de Regueiro y León, 2003).

De igual forma, aunque el estrés se utiliza para describir un proceso psicológico (Fernández-Abascal, 1995 citado en Sierra et al, 2003), hoy en día se aborda desde una perspectiva psicosocial, considerando que las condiciones sociales (apoyo social, aspecto socioeconómico, rol laboral, etc.) pueden estar implicadas en el origen de las experiencias estresantes, ya que las situaciones sociales son capaces de causar altos niveles de estrés, repercutiendo

negativamente en la salud, calidad de vida y longevidad (Cockerham, 2001 tomado de Sierra et al, 2003).

De acuerdo a esto el ámbito laboral constituye una de las principales fuentes potenciales de estrés en la sociedad occidental (Salvador y Gonzales-Bono, 1995 citado en Moya, Serrano, González, Rodríguez y Salvador, 2005). Esto se debe a que en la sociedad actual una gran parte del tiempo diario se invierte en el trabajo. De hecho, hoy en día el trabajo no es una mera actividad dirigida a ganar dinero, sino que constituye una parte importante de nuestra propia identidad. La realización de un trabajo es, hoy por hoy, imprescindible para integrarse en el medio sociocultural, para ser aceptado por los demás como un sujeto de pleno derecho y para conquistar la libertad a través de la independencia económica (Fernández-Montalvo, 1998 tomado de Moya et al, 2005).

Es por ello que en este contexto, ha comenzado a surgir un interés creciente por el estudio de las alteraciones psicológicas derivadas de la actividad laboral, convirtiéndose el estrés laboral, en una de las alteraciones psicológicas más estudiadas en los últimos años (Fernández-Montalvo y Piñol,

2000) la cual desencadena en el individuo una serie de reacciones fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductual que pueden influir negativamente en su rendimiento laboral y en la productividad de la organización (Houtman, Jettighoff y Cedillo, 2008).

Esta problemática ha sido calificada como uno de los riesgos emergentes más importantes en el panorama laboral actual y fue declarado como el segundo problema entre trabajadores de la Unión Europea (28%) (OMS, 2001 citado en Ghaddar, 2006). Aproximadamente, el 60% del absentismo en la Unión Europea obedece a problemas de estrés laboral. También es la causa más importante de las bajas laborales en Europa, según la OMS (García, 2002 y Stephen, 2006 tomado de Ghaddar, 2006). Pese a lo anterior, los países industrializados están más familiarizados con el estrés laboral y su manejo (Iavicoli, Deitinger, Grandi, Lupoli, Pera y Rondinone, 2004 citado en houtman et al, 2008) que los países latinoamericanos donde actualmente se reconoce el estrés laboral como una de las grandes epidemias de la vida moderna pero aun así las investigaciones y datos respecto a este tema son escasas (Houtman et al, 2008). Al respecto en Colombia existen diversos grupos de investigación en salud laboral pero aun así las publicaciones son pocas o están enfocadas a temas clásicos en salud ocupacional como

riesgos físicos, ergonómicos, mecánicos, entre otros; por lo cual no es posible precisar registros acerca del estrés laboral en Colombia (Andrade y Gómez, 2008).

En este sentido, se puede definir el estrés laboral como un proceso en donde intervienen estresores o demandas laborales de diversa índole, consecuencias del estrés (o strain), y también recursos, tanto de la persona como del trabajo. Recursos cuya ausencia puede convertirse en un estresor más, mientras que su presencia puede amortiguar los efectos dañinos de los estresores (Schaufeli y Salanova, 2002 citado en Martín, Salanova y Peiró, 2003).

Teniendo en cuenta la relevancia de dichos estresores en el desarrollo del proceso de estrés, Peiró (1999ª citado en Peiró y Rodríguez, 2008), revisó los estresores más importantes a nivel laboral y estableció 8 categorías: 1). incluye aquellos relacionados con el ambiente físico, los riesgos ambientales y las condiciones laborales (ruido, temperatura, espacio disponible, etc.); 2). Dedicada a la organización (turnos, carga de trabajo, etc.); 3). Se centra en los contenidos del puesto, tales como el control, la complejidad, las oportunidades

para el uso de habilidades, la identidad y el significado de la tarea, el feedback de la tarea, etc.; 4). Dedicada a los estresores de rol (conflicto de rol, ambigüedad de rol, sobrecarga de rol, etc.); 5). Incluye todos los estresores derivados de las relaciones y las interacciones sociales (relaciones con los supervisores, compañeros, los subordinados, los clientes, etc.); 6). Dedicada a los aspectos de desarrollo laboral, tales como cambio de puesto, las promociones y el desarrollo y las transiciones de carrera; 7). Toma en consideración las características de la organización, tales como la tecnología que se tiene que usar, la estructura y el clima social de la organización; y 8). Aborda la interfaz entre el trabajo y otras esferas de la vida como fuentes de estrés (los conflictos trabajo-familia, familia-trabajo, etc.).

Las prisiones como instituciones cerradas, ofrecen un contexto propicio en el que se entremezclan situaciones estresantes las cuales en su mayoría tienden a generar consecuencias que alteran los procesos de salud, en donde las labores que allí se desarrollan implican la exposición continua a diversos estresores, como son la propia Institución, la peligrosidad a la que están expuestos los empleados, la agresividad y las exigencias a las que los someten los reclusos; así como las relaciones interpersonales en el trabajo (Brown y Blount, 1999; Dowden y Tellier, 2004; Garrido, 1985; Triplett, Mullings y

Scaraborough, 1999; Whitehead y Lindsquit, 1986 citado en Aguayo (s, f); todo ello aunado a la responsabilidad legal que emana del propio trabajo (Aguayo, (s, f).

Es el caso de los funcionarios de custodia y vigilancia de las prisiones, quienes se encargan de la seguridad al interior de un centro penitenciario, de mantener el orden y de ejercer un control sobre los reclusos destinado a conseguir una adecuada convivencia. Para ellos la vida penitenciaria es muy compleja y puede llegar a ser fuente de diversos estresores, habitualmente, el clima donde estos trabajadores desarrollan sus funciones es considerablemente hostil, se dan problemas de indisciplina y desobediencia, comportamientos exigentes, o conductas amenazantes, agresivas y violentas (Hernández et al, 2006a).

Adicionalmente, deben lidiar, no pocas veces, con situaciones para las cuales no han sido preparados: síndromes de abstinencia (alcohol o drogas), enfermedad mental, enfermedades físicas (diabetes, VIH, desnutrición, tuberculosis), respuestas emocionales y físicas ante la notificación de sentencias, entre otras (Kalinsky y Cañete, s. f.).

Un informe sobre la salud psíquica de los trabajadores penitenciarios realizado en 1995 en España, arrojó que el 60,7% de estos trabajadores sufre de estrés, el 64,2% fatiga mental, el 42,8% angustia y ansiedad, el 25% miedo a enfrentarse al trabajo, el 41,9% alteraciones del sueño, el 37% considera que el trabajo deteriora sus relaciones socio familiares. Incluso el 5,8% reconoce que consume alcohol, el 3,5% psicofármacos y el 71,4% afirma que su consumo de tabaco se ve incrementado por el trabajo. (*Se realizo una búsqueda exhaustiva sobre estadísticas actuales tanto a nivel nacional como internacional y no se hallo resultado alguno*) (Sindicato de Prisiones, 2004).

Otro estudio relacionado con las jubilaciones y fallecimientos de los funcionarios penitenciarios realizado entre 1.991 a 2.003 en una muestra de 20 centros penitenciarios sobre 4.676 trabajadores, da cuenta de la dureza del trabajo que implica una prisión, pues se encontró que 205 funcionarios han fallecido, 203 se han jubilado voluntariamente y 501 se jubilaron por incapacidad (Sindicato de Prisiones, 2004).

Entre los años 1990 a 2004, los incidentes graves producidos en las prisiones españolas evidencian la exposición de los trabajadores penitenciarios a situaciones difíciles como evasiones o fugas (119), agresiones a funcionarios con lesiones graves o muy graves (290), agresiones a funcionarios con lesiones leves (1.632) y secuestro de funcionarios (44), entre otras (Sindicatos de Prisiones, 2004)

Otros estudios en funcionarios penitenciarios, realizados en España por diferentes investigadores (Cardenal y Pombar, 2005; Hernández y Ramos, 2002; Hernández et al, 2006a; Hernández et al, 2006b; Topa y Morales, 2005 y Sindicato de prisiones, 2004; Sindicato de prisiones, 2005), demuestran altos niveles de síndrome de burnout en esta población, lo cual resulta como consecuencia de llevar una labor difícil y de alto contenido estresante. A conclusiones similares llegaron Hurst y Hurst (1997); Morgan, Van Haveren y Pearson (2002) y Schaufeli y Peeters, (2000) citado en Hernández et al, 2006), quienes han comprobado la existencia de estrés y síndrome de burnout en los funcionarios de prisión.

Ghaddar (2006), en su investigación encontró un nivel elevado de estrés en empleados penitenciarios debido a las condiciones laborales y riesgos psicosociales a los que se exponen en su profesión. Por otro lado, aunque Aguayo (s.f.) en su investigación encontró índices moderados de síntomas de ansiedad y estrés en empleados de un centro penitenciario, argumenta la necesidad que existe de prevenir y detectar de manera temprana estas afecciones, ya que a la larga puede tener repercusiones negativas en la salud y en la calidad de vida de dichos funcionarios. Por su parte, Arroyo et al (2004) encontró un nivel considerable de problemas psicosomáticos en esta población como consecuencia de su desgastante labor profesional.

Adicionalmente García y Herrero (2008) en su estudio sobre burnout realizado a tres grupos de trabajo (vigilancia, tratamiento y servicios) de un hospital penitenciario en España evidencian como el grupo más afectado por este síndrome y con un mayor índice de despersonalización y agotamiento emocional está representado por los funcionarios del cuerpo de custodia y vigilancia del centro penitenciario debido a que son quienes constantemente están en exposición directa a los internos y deben lidiar con todas las situaciones hostiles y estresantes que se presenten.

En Colombia, el INPEC, es la Institución que principalmente cumple con la función de control y vigilancia de la ejecución de las penas de las personas condenadas y las personas sindicadas de algún delito, que no cuenta con el beneficio de casa por cárcel durante el proceso penal. Adicionalmente, el INPEC se encarga de la formación del personal que labora para la Institución, especialmente en el área de vigilancia y guardia de los establecimientos penitenciarios y carcelarios (Tapias et al, 2007).

A nivel nacional, son pocas las investigaciones que se han realizado respecto al estrés en el cuerpo de custodia y vigilancia que labora al interior del INPEC. Autores como Ruiz y Páez (2001) estudiaron la relación que existe entre las dimensiones evaluadas por el burnout y los conflictos de pareja en funcionarios de prisiones en Bogotá, encontrando que la satisfacción en el ambiente laboral influye directamente en el ambiente familiar de los mismos. Otras investigaciones exponen como las condiciones y/o factores psicosociales que actúan como estresores asociados al trabajo ponen en riesgo la salud del funcionario penitenciario (tapias et al, 2007) e influyen en el compromiso que este adquiere con su labor (Ruiz y Páez 2002). Adicionalmente Ruiz, Pedraza, Rodríguez y Alvarado (2004) en su estudio narran como las actitudes que tenga el funcionario penitenciario hacia conceptos como la delincuencia y la

normatividad; y la exposición a estresores propios del trabajo influyen en el buen desempeño de estos empleados.

4.2. DEPRESIÓN

La investigación ha reportado clara evidencia de presentación (etiológica en muchos casos y como factor pronóstico de la evolución de enfermedades) del estrés y algunos trastornos de salud (Carlson, 2003 citado en Ghaddar, 2006). De estos últimos, los más destacado son los problemas en la salud mental, como la depresión, (Vézina, 1999 y Papart, 2004 tomado de Ghaddar, 2006).

La depresión se ha convertido en una enfermedad que afecta la salud gravemente pues se calcula que aproximadamente 121 millones de personas en el mundo la sufren; en el año 2000 fue el cuarto contribuidor a la carga global de enfermedades y se proyecta que será la segunda causa en el año 2020, afectando a la población de ambos sexos y en edades entre 15-44 años, es decir, las edades más productivas. (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

La Organización Mundial de la Salud (s. f.) define la depresión como uno de los trastornos mentales más comunes, el cual se manifiesta con humor deprimido, la pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o auto-valoración baja, el sueño o apetito desequilibrado, baja energía y pobre concentración. Estas dificultades pueden hacerse crónicas o recurrentes y conducir a daños sustanciales en la capacidad de un individuo para tener cuidado de sus responsabilidades diarias.

La depresión comienza con una imposibilidad de enfrentar adecuadamente las situaciones de conflicto o los problemas de la vida cotidiana, los cuales tienen comúnmente como base alguno de los dos miedos básicos del ser humano: el miedo a la muerte y a quedarse solo, los que producen en los individuos un franco estado de desesperación (en diferentes niveles), que al no ser controlado, tiende a generar un alto grado de desesperanza que finalmente se constituye como el punto de partida de la depresión (González y Valdez, 2005).

Visto desde el modelo cognitivo Beck, Rush, Shaw y Emery (2005), explican el sustrato psicológico de la depresión a partir de tres conceptos específicos: (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos. La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. Esta triada le da al individuo una visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro.

Adicionalmente, los esquemas cognitivos, se utilizan para explicar porqué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Y, los errores cognitivos que son errores en el procesamiento de la información y son los que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck et al, 2005).

A su vez, los patrones que definen la depresión consisten en una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: síntomas afectivos (humor bajo, tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos

de sí, del mundo y del futuro, baja auto-estima, desesperanza, remordimiento), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño y, en general, a la falta de «energía», así como otras molestias). En consecuencia, la depresión vendría dada por diferentes síntomas, de modo que una persona podría estar deprimida diferentemente de otra, según la preponderancia de uno u otro patrón (Pérez y García, 2001), pero que al final se extienden y afectan prácticamente a todas las áreas de funcionamiento (Rehm, 1993 citado en Jiménez, 2002).

Cabe resaltar que las consecuencias de la depresión representan un peligro para la vida. Esta enfermedad puede conducir al suicidio, una fatalidad trágica asociada con la pérdida de aproximadamente 850.000 mil vidas cada año (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Al respecto, Ostrowsky (2000 citado en González y Valdez, 2005), menciona que aproximadamente entre el 10 y 15% de las personas que padecen depresión grave se suicidan o lo intentan. De esta forma, el suicidio ocupa el noveno lugar entre las causas de muerte (Valdez, 2004 tomado de González y Valdez, 2005).

Aun cuando en nuestro país en el ámbito penitenciario y específicamente en los guardias de prisión no se han realizado estudios de depresión pues se realizo una exhaustiva revisión bibliográfica y no se encontró evidencia alguna; estadísticas que registran reportes de novedades al interior del INPEC comprueban que el 1,6% de los guardianes se quito la vida, lo cual equivale aproximadamente a un suicidio por año, esta cifra es aparentemente baja pero equivale a un riesgo cuatro veces superior en esta población comparada con la población colombiana (Tapias et al, 2007).

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de investigación

Se trata de una investigación que se enmarca en el paradigma cuantitativo de tipo Descriptivo. Las investigaciones descriptivas seleccionan variables y miden cada una de ellas de manera independiente para describirlas y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. La investigación descriptiva puede integrar la medición de dichas variables para decir como es y cómo se manifiesta. Su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas, es describirlas. (Hernández, R; Fernández, C y Baptista, L, 2000).

En el presente estudio se utilizará este tipo de investigación con el fin de describir la forma y nivel en que se presentan las dos variables psicológicas a estudiar: el estrés y la depresión.

Se utilizará un diseño de corte transversal, ya que se medirá la variable de estudio en un solo momento en el tiempo, con el fin de describirla.

5.2. Población

La población de estudio está constituida por 68 funcionarios del cuerpo de custodia y vigilancia (dragoneantes), del Establecimiento Penitenciario de mediana seguridad y carcelario de la ciudad de Santa Marta.

Para los efectos de la presente investigación se descartaron 28 dragoneantes, los cuales no cumplieron los requisitos formulados en la presente investigación, que fueron:

- Género: Masculino. Se descartaron 7 mujeres dragoneantes, por ser un número poco significativo de la población.

- Tiempo de vinculación al INPEC: No menor a dos años hasta la fecha. Se descartaron 21 dragoneantes, por ser recién egresados de la escuela penitenciaria y no tener experiencia en el cargo.

Por lo anterior se trabajara con una población de 40 dragoneantes, que al mismo tiempo se constituyen en la muestra, seleccionándose de manera intencional o por conveniencia.

N = 40

5.3. Instrumentos

- *Perfil de estrés de Nowack: (*Nowack, 2002)

El perfil de estrés está diseñado para identificar aquellas áreas que ayudan a una persona a tolerar las consecuencias dañinas del estrés cotidiano,

así como las que hacen que alguien sea vulnerable a las enfermedades relacionadas con el mismo. Este perfil proporciona puntuaciones en 14 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo de enfermedad, así como una medición de sesgos de respuesta y una de respuestas inconsistentes. En términos conceptuales, el perfil de estrés está basado en el enfoque cognitivo-transaccional del estrés y el afrontamiento, desarrollado por Lazarus y sus colaboradores (Coyne y lazarus, 1980; lazarus, 1981; Lazarus y Launier, 1978) citado en Nowack, 2002).

El perfil de estrés desarrollado por Nowack (2002), tiene 123 reactivos que lo hace un instrumento autoaplicable, muy accesible y que se puede completar en un periodo bastante razonable. La mayoría de individuos lo pueden terminar entre 20 y 25 minutos. Esto facilita su aplicación y reduce la resistencia y la fatiga de quienes lo contestan. Para la interpretación de las escalas individuales los rangos de puntuaciones van de 0-39, bajo; de 40-59, medio y de 60-100, alto. Las categorías diagnósticas que utiliza el perfil de estrés de Nowack para su clasificación final se presentan como puntuaciones estándar en términos de Alertas de riesgo para la salud y Recursos de protección para la salud.

Adicionalmente, el estimado de confiabilidad mediana para la consistencia interna entre las 14 escalas de contenido en la muestra de estandarización del perfil de estrés fue de .72, de un rango de .51 a .91. Debido a que los índices de sesgo de respuesta y de consistencia interna son heterogéneos por su propia naturaleza, no se aplicaron los análisis de consistencia a estas puntuaciones. De igual forma las escalas del perfil de estrés están interrelacionadas de modo que suelen tener buena concordancia con el criterio teórico sobre el cual se basó su construcción. Lo anterior teniendo en cuenta que el componente estructural de la validez se refiere a la congruencia de un instrumento con el modelo teórico en el que se fundamenta (Nowack, 2002).

- *Inventario de depresión de Beck (Beck, 1961)*

El inventario de depresión de Beck, es un instrumento de evaluación psicométrica utilizado en la práctica clínica y en la investigación. Construido por Beck a partir de sus formulaciones teóricas sobre la depresión, el inventario se utiliza para medir la gravedad de la depresión en términos cognitivos. Esto se debe a que Beck consideraba que los elementos básicos del trastorno son los

que forman la triada cognitiva. Recoge síntomas por defecto y no por exceso, como se hace en las principales clasificaciones diagnósticas (DSM-IV y CIE-10), es decir, contempla síntomas como disminución de peso y del apetito, pero no los contrarios (Jiménez, 2002).

Este instrumento consta de 21 ítems que evalúan la gravedad del síntoma mediante cuatro frases, escritas de menor a mayor gravedad que puntúan de 0 a 3, de entre las que el sujeto debe elegir aquella que más se aproxime a cómo se ha sentido durante la última semana. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la gravedad o intensidad son: no depresión: 0-9 puntos, depresión leve: 10-16 puntos, depresión moderada: 17-29 puntos y depresión grave: 30-63 puntos De los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes, a síntomas somático- vegetativos. (Jiménez, 2002 y Chacón, Muñoz, Rivas y Miranda, 2007).

Sus índices psicométricos, muestran una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 - 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de r = 0,8. En cuanto a la validez la escala muestra una correlación variable con otras escalas

(HDRS, SDS, MADRS...). En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6). Su sensibilidad es del 100 %, la especificidad 99 %, el valor predictivo positivo 0,72, y valor predictivo negativo 1 (Chacón et al, 2007).

5.4. Variables

- PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK:

- Estrés
- Hábitos de salud

  Ejercicio

  Descanso/sueño

  Alimentación/nutrición

  Prevención

- Red de apoyo social

- Conducta tipo A
- Fuerza cognitiva
- Estilo de afrontamiento

  Valoración positiva

  Valoración negativa

  Minimización de la amenaza

  Concentración en el problema

- Bienestar psicológico

- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK:

- Síntomas cognitivos.
- Síntomas somáticos.

5.5. Operacionalizacion de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACION	EVALUACIÓN	INDICADORES
PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK (Nowack, 2002)	"Está diseñado para identificar aquellas áreas que ayudan a una persona a tolerar las consecuencias dañinas del estrés cotidiano, así como las que hacen que una persona sea vulnerable a las relacionadas con el mismo" (Nowack, 2002).	**ESCALAS DEL PERFIL DE ESTRÉS** 1. **ESTRÉS**: Se define como la experiencia de incomodidades, molestias y frustraciones mayores y menores de la vida cotidiana. Los seis reactivos que constituyen la escala de estrés miden los estresores en diferentes categorías. 2. **HÁBITOS DE SALUD**: Son conductas especificas que, cuando se practican de manera regular, conducen tanto al bienestar físico como psicológico. La escala de hábitos de salud se compone de reactivos que describen el comportamiento acostumbrado en cuatro áreas principales.	**ESCALAS DEL PERFIL DE ESTRÉS** 1. **ESTRÉS: 1, 2, 3, 4, 5, 6.** 2. **HÁBITOS DE SALUD:**	**PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK** • Alertas de riesgo para la salud. • Recursos de protección para la salud.

		• **EJERCICIO**: Los tres reactivos sobre ejercicio miden el nivel y la frecuencia del ejercicio que el individuo practica de manera regular para mejorar el tono muscular y el sistema cardiovascular. • **DESCANSO/SUEÑO**: Los cinco reactivos sobre descanso/sueño en la escala de hábitos de salud exploran la frecuencia con la que el individuo obtiene descanso adecuado, sueño y relajamiento. • **ALIMENTACIÓN/NUTRICIÓN**: Estos reactivos valoran si la persona tiene como practica general comer de manera balanceada y nutritiva. • **PREVENCIÓN**: Estos reactivos miden la frecuencia con la que el individuo pone en práctica estrategias preventivas de salud e higiene, como evitar a otras personas enfermas, hacerse evaluaciones médicas regulares	• **EJERCICIO: 7, 8, 9.** • **DESCANSO/SUEÑO: 10, 11, 12, 13, 14.** • **ALIMENTACIÓN/NUTRICIÓN: 22, 23, 24, 25, 26.** • **PREVENCIÓN: 15, 16, 17, 18, 19, 20, 27, 28.**	

		o tomar sus medicamentos de acuerdo con la prescripción médica. • **CONGLOMERADO DE REACTIVOS ARC**: Los últimos tres reactivos sobre prevención conforman este conglomerado. Estos exploran directamente el abuso de sustancias (alcohol y drogas) y el consumo de tabaco. Este conglomerado se califica por separado debido al alto riesgo que estos hábitos representan para la salud. **3. RED DE APOYO SOCIAL:** Proporciona una medición directa del grado en que el individuo siente que hay gente con la que puede contar en todo momento para obtener apoyo en todo emocional, consejo, información, amor incondicional y ayuda, además de qué tan satisfecho se siente con dicho apoyo. **4. CONDUCTA TIPO A:** Se	• **CONGLOMERADO DE REACTIVOS: 29, 30, 31.** **3. RED DE APOYO SOCIAL: 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46.**	

		desarrolla para medir el rango completo de las respuestas Tipo A expresadas, inclusive la ira internalizada, la ira expresada, premura del tiempo, rapidez laboral, impaciencia, involucramiento en el trabajo, búsqueda de mejoría, conducción ruda de vehículos y conductas competitivas. Las características de la conducta Tipo A, en especial la desconfianza, el enojo y la hostilidad, pueden contribuir al desarrollo de diferentes enfermedades. 5. **FUERZA COGNITIVA:** Se compone de 30 reactivos que exploran las atribuciones, actitudes y creencias que un individuo tiene acerca de la vida y el trabajo. 6. **ESTILO DE AFRONTAMIENTO:** Se desarrollo para valorar cuatro estrategias de afrontamiento.	4. **CONDUCTA TIPO A: 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56.** 5. **FUERZA COGNITIVA: 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86.** 6. **ESTILOS DE AFRONTAMIENTO:**	

		• **VALORACIÓN POSITIVA**: Los cinco reactivos de esta escala exploran el uso de comentarios de apoyo y motivación autodirigidos para minimizar la percepción del estrés. La gente utiliza esta estrategia de afrontamiento cuando se concentra en los aspectos positivos de una situación, reduce el impacto de los problemas o frustraciones visualizando soluciones positivas para un problema • **VALORACIÓN NEGATIVA**: Se caracteriza por la autoculpabilidad, crítica o pensamiento catastrófico. Los cinco reactivos de esta escala miden la tendencia a aproximarse a las situaciones desafiantes desde esta perspectiva. La gente utiliza esta estrategia de afrontamiento cuando se concentra en los peores aspectos o consecuencias de	• **VALORACIÓN POSITIVA: 87, 88, 89, 90, 91.** • **VALORACIÓN NEGATIVA: 92, 93, 94, 95, 96.**	

		una situación, reflexiona sobre las cosas que debieron o no haberse hecho en determinada situación o sobre su resolución insatisfactoria. • **MINIMIZACIÓN DE LA AMENAZA**: Es una forma de afrontar los estresores mediante la mitigación de su significación o no extenderse en ellos. La gente emplea esta estrategia de afrontamiento cuando bromea o se burla de alguna situación problemática; desvía intencionalmente su atención de un problema borrándolo de su mente o descalificándolo como "quien oye llover". Los reactivos de esta escala exploran la tendencia del individuo a utilizar esta estrategia de afrontamiento. • **CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA**: Los reactivos	• **MINIMIZACIÓN DE LA AMENAZA: 97, 98, 99, 100, 101.**	

		de esta escala indagan acerca de la inclinación de una persona a hacer intentos activos de cambiar su conducta o los estresores ambientales. La gente utiliza el afrontamiento centrado en el problema cuando desarrolla un plan de acción específico para enfrentar una situación. 7. **BIENESTAR PSICOLÓGICO:** Estos reactivos valoran la experiencia global del individuo de satisfacción y ecuanimidad psicológica durante los últimos tres meses.	• **CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA: 102, 103, 104, 105, 106.** 7. **BIENESTAR PSICOLÓGICO: 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118.**	
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck, 1961)	"la depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por conceptos (esquemas) negativos en el	**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK** 1. **SÍNTOMAS COGNITIVOS:** Hacen referencia a aquellas expresiones atribuidas a la	**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK** 1. **SÍNTOMAS**	**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK** • No

	pensamiento del individuo los cuales surge por un sesgo en el procesamiento de la información de los sucesos que involucran una pérdida en la vida de dicho individuo(Beck et al 2005)	mente, como el pensamiento, las emociones, el comportamiento motivado y la conciencia, entre otras (Tamayo, Rovner y Muñoz, 2006). **2. SÍNTOMAS SOMÁTICOS:** Hace referencia a todos aquellos síntomas atribuidos a cualquier órgano corporal. Incluyendo manifestaciones somáticas no dolorosas como fatiga, debilidad, quejas múltiples vagas, alteraciones en el apetito y sueño, entre otras (Tamayo et al, 2006).	**COGNITIVOS: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 21.** **2. SÍNTOMAS SOMÁTICOS: 10, 16, 17, 18, 19, 20.**	depresión: 0-9 puntos. • Depresión leve: 10-16 puntos. • Depresión moderada: 17-29 puntos. • Depresión grave: 30-63 puntos

5.6. Procedimiento

- **Fase 1. Revisión y Delimitación del Tema.**

Después de una extensa revisión bibliográfica se planteo la problemática a estudiar en la investigación y a partir de ella se enmarco el objetivo de la presente investigación que tienen como fin describir el perfil de estrés y síntomas depresivos presentes en el cuerpo de custodia y vigilancia (dragoneantes) del establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario de la ciudad de santa marta. Finalmente se comenzó a estructurar el marco teórico basado en la búsqueda de antecedentes bibliográficos de investigaciones ligadas al problema a investigar.

- **Fase 2. Revisión de Instrumentos.**

Luego de una extensa exploración a partir de las variables a investigar se realizo la búsqueda de referencias bibliográficas en cuanto a los instrumentos utilizados para evaluar dichas variables, llegando a la elección de dos: perfil de estrés de Nowack e inventario de depresión de Beck, por sus características de confiabilidad y validez tanto en la literatura internacional como nacional.

- **Fase 3. Acercamiento y Sensibilización a la Población.**

En el transcurso de la investigación se avanzo hacia la aplicación de los instrumentos a la muestra seleccionada para estudio. Teniendo en cuenta que un mes antes de su aplicación y al momento de la aplicación de las pruebas se estableció contacto y se familiarizo a los participantes con el trabajo que ejecutaron, es decir, explicándoles detalladamente el fin de la investigación y la importancia de su participación, la cual fue totalmente voluntaria. En este punto y acorde con las condiciones éticas y de confidencialidad se les explico el derecho a la no participación, a la no divulgación de los resultados individuales y el consentimiento informado que rigen el trabajo psicológico y de investigación que buscan guardar la dignidad y el bienestar del individuo. Todos

los sujetos de la muestra decidieron participar. Una vez firmado el consentimiento informado se procedió a aplicar los dos instrumentos: el Perfil de Estrés y el Inventario de Depresión.

- **Fase 4. Aplicación de los Instrumentos.**

Se inicio aplicando el Inventario de Depresión el cual demoro 10 minutos. Seguido a esto, se aplico el perfil de Estrés el cual tomo entre 30 y 45 minutos. Por ser formatos autoadministrables e impresos en papel, en ambas pruebas fueron dados en su mano a cada participante. Para su diligenciamiento se explico de forma verbal e ilustrativa la forma correcta en que debían llenar los formatos de evaluación. La aplicación de las pruebas se realizo durante dos días, en la jornada de la mañana y se evaluó a 20 dragoneantes por cada día.

- **Fase 5. Análisis de datos e interpretación de resultados**

Esta fase estuvo conformada por dos aspectos, el primero fue el análisis de los resultados y el segundo la segmentación de los mismos. Durante la primera etapa se califico de forma manual las dos pruebas aplicadas y los resultados encontrados se incluyeron en el Paquete estadístico SPSS versión 15.0, este procedimiento permitió el cumplimiento del análisis descriptivo para la consecución de los objetivos de la investigación.

Una vez se analizaron los datos en el paquete estadístico SPSS versión 15.0, se verifico en el manual del Perfil de Estrés de Nowack y en el Inventario de Depresión de Beck para poder interpretar de manera adecuada los resultados.

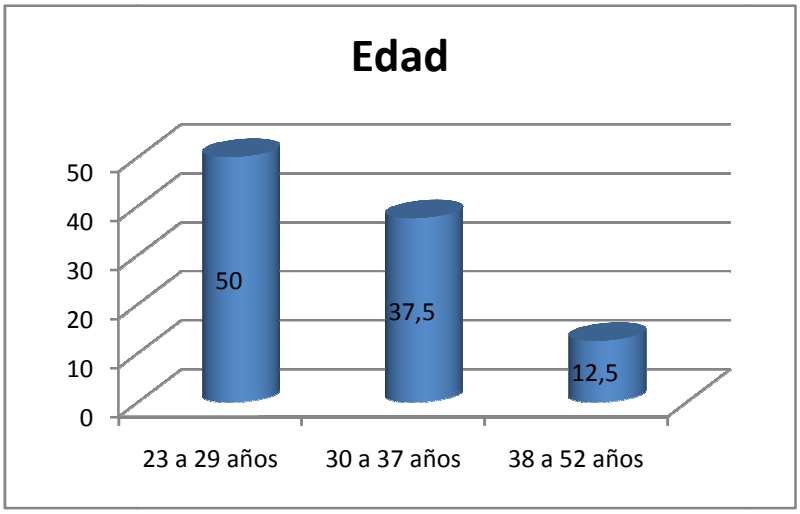
6. RESULTADOS

6.1 RESULTADOS SOCIODEMOGRAFICOS

TABLA 1. *EDAD*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
23 a 29 años	20	50,0
30 a 37 años	15	37,5
38 a 52 años	5	12,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 1. *EDAD*

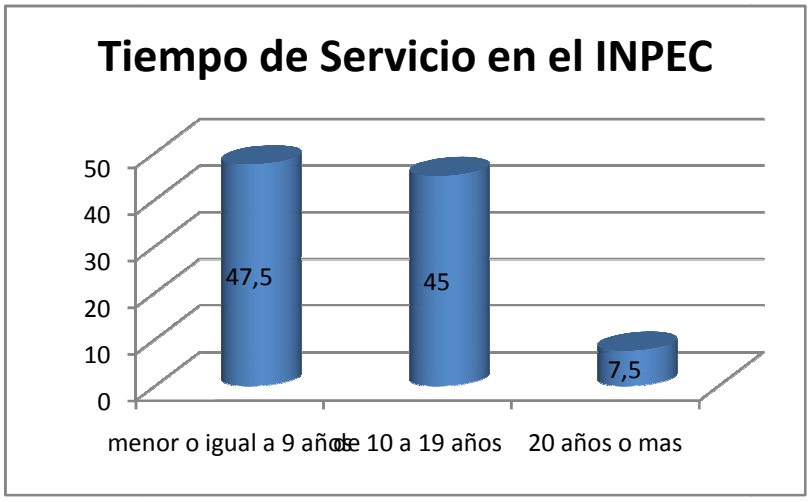


De los sujetos evaluados en el estudio el 50% se encuentran en un rango de edad de 23 a 29 años; el 37,5% tiene edades comprendidas entre los 30 a los 37 años y el 12,5% de los sujetos tiene un rango de edad que va desde los 38 hasta los 52 años.

TABLA 2. ***TIEMPO DE SERVICIO EN EL INPEC***

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor o igual a 9 años	19	47,5
De 10 a 19 años	18	45,0
20 años o mas	3	7,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 2. ***TIEMPO DE SERVICIO EN EL INPEC***

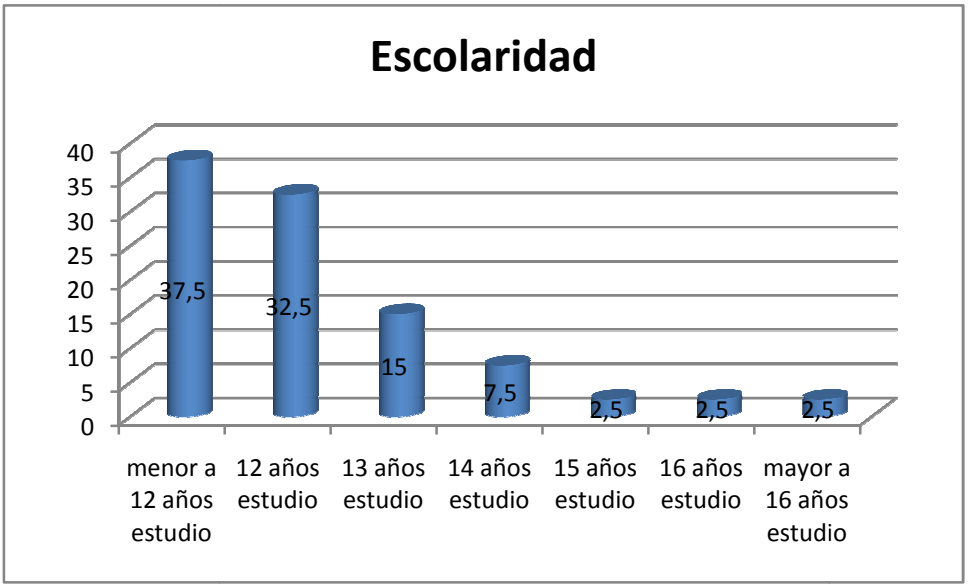


Los resultados muestran que el 47,5% de la población estudiada tiene un tiempo de servicio en el INPEC menor o igual a 9 años; el 45% de los sujetos tiene un tiempo de servicio en el INPEC que va desde los 10 hasta 19 años de antigüedad y el 7,5% de de la población evaluada lleva un tiempo de servicio en el INPEC de 20 años o más.

TABLA 3. *ESCOLARIDAD*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor a 12 años	15	37,5
12 años	13	32,5
13 años	6	15,0
14 años	3	7,5
15 años	1	2,5
16 años	1	2,5
Mayor a 16 años	1	2,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 3. *ESCOLARIDAD*



De la población evaluada el 37,5% tiene un nivel de escolaridad menor a 12 años de estudio, el 32,5% de los sujetos tienen un nivel de escolaridad de 12 años de estudio, el 15% tiene un nivel de escolaridad de 13 años de estudio y el 7,5% de la población tiene un nivel de escolaridad de 14 años de estudio. Mientras que aquellos que tienen 15 años de estudio, 16 años de estudio y mayor a 16 años de estudio tienen un 2,5% de representatividad cada uno en la población estudiada con respecto al nivel de escolaridad.

6.2 *TABLA GENERAL DEL PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK Y EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK*

		Estres	Habitos de Salud	Ejercicio	Descanso sueño	Aliment_ Nutric	Prevencion
N	Válidos	40	40	40	40	40	40
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		43,68	49,28	44,98	49,45	49,18	54,68
Mediana		44,00	49,00	44,50	50,00	51,00	54,50
Moda		41[a]	49[a]	52	50	51[a]	49[a]
Desv. típ.		9,765	10,624	10,497	9,777	7,808	13,277
Percentiles	25	39,00	43,25	36,00	44,75	43,75	49,00
	50	44,00	49,00	44,50	50,00	51,00	54,50
	75	46,00	58,50	52,00	56,00	56,25	64,00

		Conglom_arc	Red Apoyo Social	Conducta tipo A	Fuerza Cognitiva	Valoracion Positiva	Valoracion Negativa
N	Válidos	40	40	40	40	40	40
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		51,90	43,45	40,20	49,83	51,93	46,35
Mediana		49,00	41,50	38,50	49,50	53,00	44,00
Moda		49	39[a]	35[a]	43[a]	51	44
Desv. típ.		9,513	10,903	10,196	8,336	12,080	11,486
Percentiles	25	49,00	34,50	35,00	43,00	43,00	40,00
	50	49,00	41,50	38,50	49,50	53,00	44,00
	75	59,00	50,75	44,00	56,00	62,00	54,00

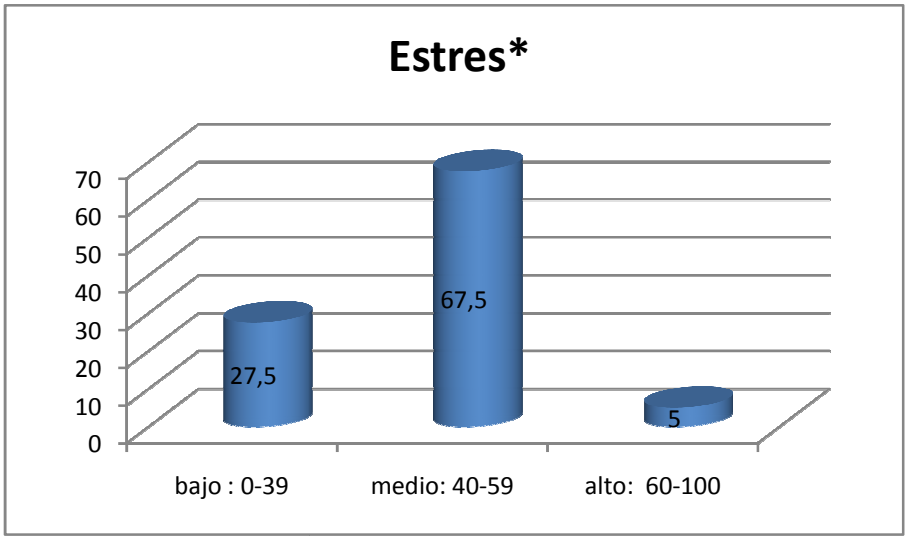
		Minimización amenaza	Concentracion Problema	Bienestar Psicológico	Indice de Inconsistencia	Indice de Sesgo	Depresión
N	Válidos	40	40	40	40	40	40
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		54,08	47,13	56,93	1,40	,45	8,70
Mediana		57,00	47,00	58,00	1,00	,00	5,00
Moda		57	42	58[a]	0[a]	0	3[a]
Desv. típ.		14,204	11,739	10,098	1,317	,597	9,757
Percentiles	25	42,00	42,00	49,25	,00	,00	3,00
	50	57,00	47,00	58,00	1,00	,00	5,00
	75	60,00	56,00	65,75	2,00	1,00	11,75

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

TABLA 4. *ESTRÉS*1*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	11	27,5
MEDIO: 40-59	27	67,5
ALTO: 60-100	2	5,0
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 4. *ESTRÉS*1*



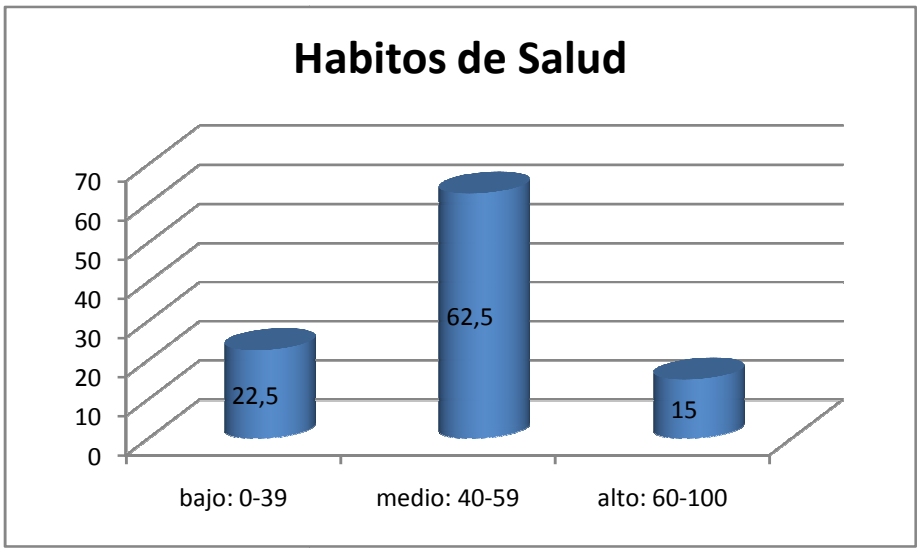
*1 Puntuaciones elevadas sugieren un riesgo para la salud y las bajas sugieren fortalezas.

Los resultados indican que un 5% de la población presenta niveles relativamente altos de estrés percibido en el trabajo, El 27,5% de la población presenta niveles reducidos de estrés, aun cuando existan sucesos de vida importantes que podrían asumirse como muy estresantes. El 67,5% restante se ubica en término medio. La media en la presente escala fue de 43,68 y la moda fue de 41.

TABLA 5. ***HÁBITOS DE SALUD***

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	9	22,5
MEDIO: 40-59	25	62,5
ALTO: 60-100	6	15,0
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 5. ***HÁBITOS DE SALUD***

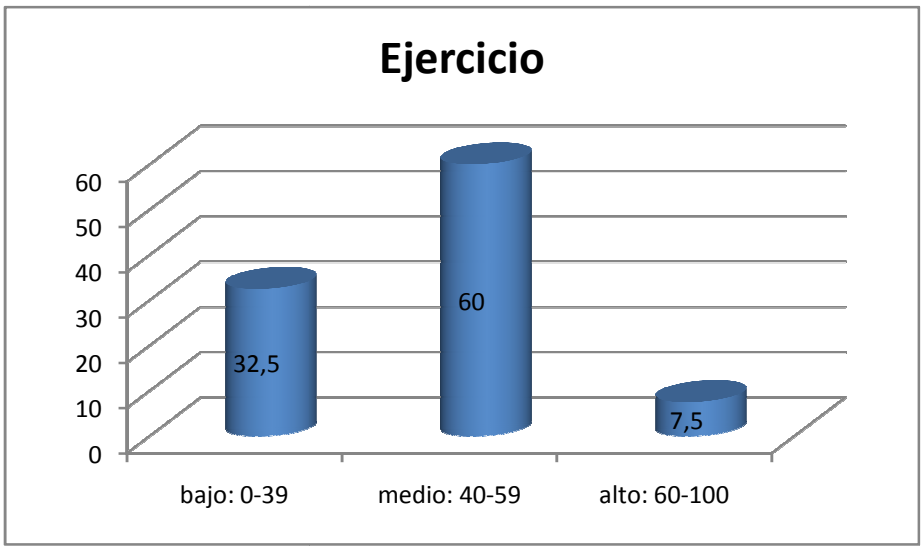


Los resultados indican que el 15% de la población estudiada está practicando conductas orientadas al mantenimiento de la salud de manera regular. El 22,5% de las personas estudiadas poseen niveles reducidos de conductas orientados al mantenimiento de la salud, evidenciada en la práctica poco regular de hábitos de ejercicio, descanso/sueño, alimentación/nutrición y prevención. La moda es de 49 y la media fue 49,28.

TABLA 6. *EJERCICIO*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	13	32,5
MEDIO: 40-59	24	60,0
ALTO: 60-100	3	7,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 6. *EJERCICIO*

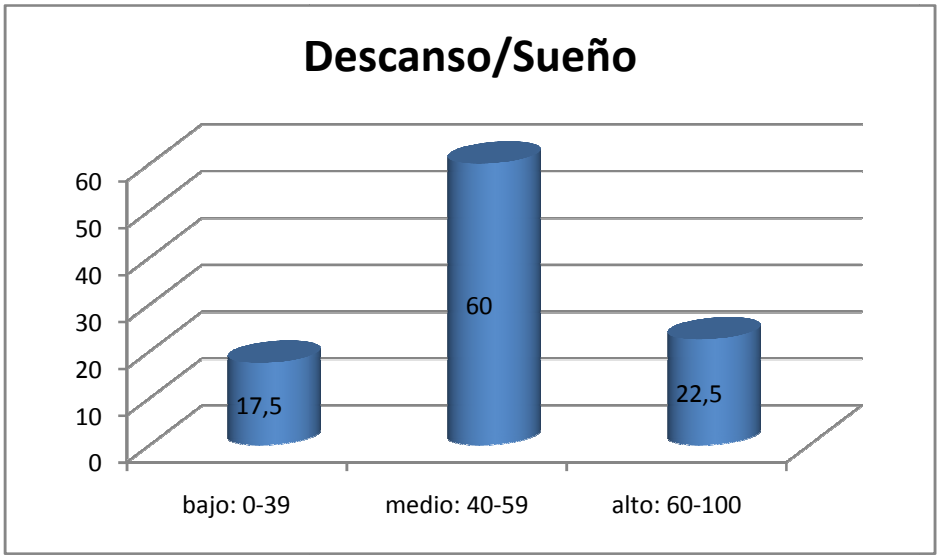


Los resultados obtenidos indican que el 7,5% de la población tienden a hacer ejercicio con mayor frecuencia e intensidad para mejorar el tono muscular y el sistema cardiovascular. Por el contrario un 32,5% de la población posee niveles y frecuencia de ejercicio reducidos. La media para esta escala fue de 44,98 y la moda fue 52.

TABLA 7. *DESCANSO/SUEÑO*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	7	17,5
MEDIO: 40-59	24	60,0
ALTO: 60-100	9	22,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 7. *DESCANSO/SUEÑO*

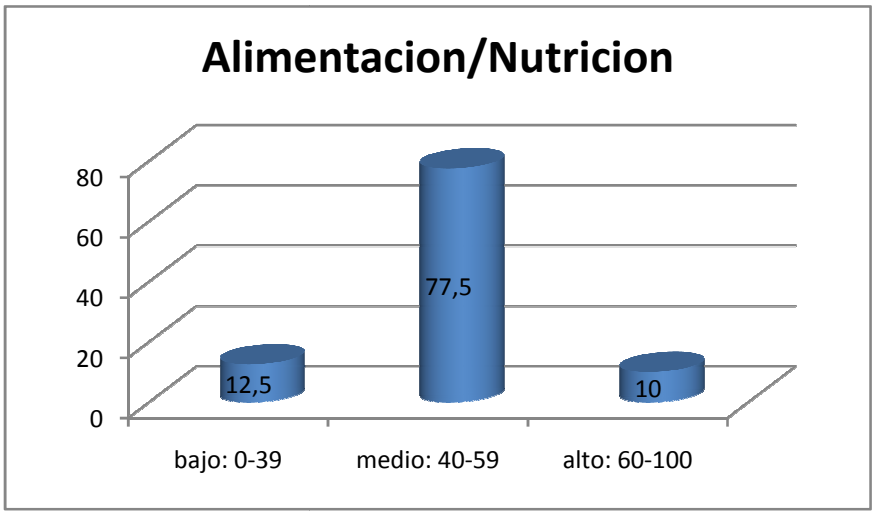


Las puntuaciones evidencian que el 22,5% de sujetos evaluados logran un sueño adecuado, suelen sentirse más descansados, menos fatigados y más relajados. A diferencia un 17,5% de la población quienes obtuvieron niveles bajos en esta escala. La media fue de 49,45 y la moda fue de 50 para esta escala.

TABLA 8. *ALIMENTACIÓN/NUTRICIÓN*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	5	12,5
MEDIO: 40-59	31	77,5
ALTO: 60-100	4	10,0
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 8. *ALIMENTACIÓN/NUTRICIÓN*

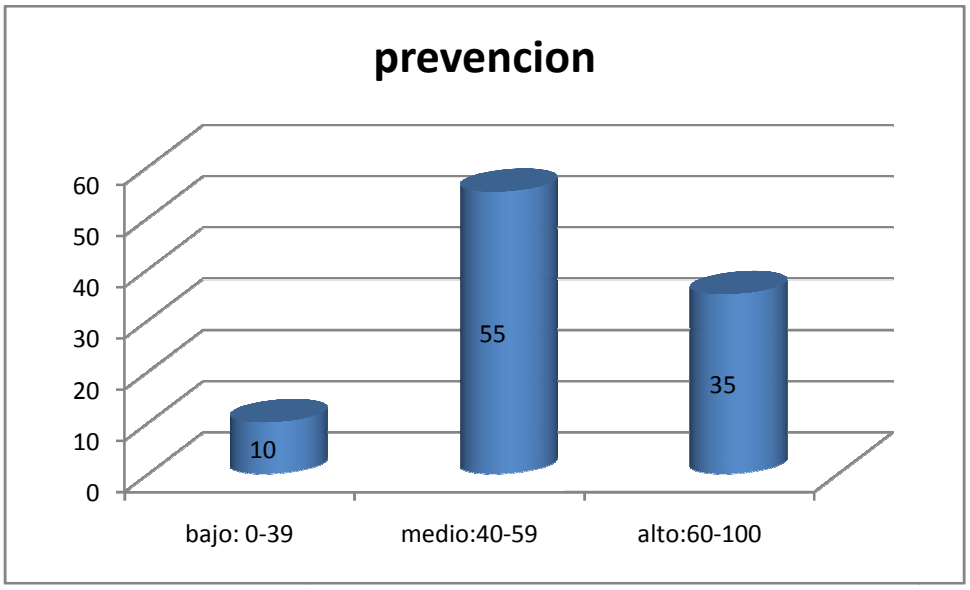


De los sujetos evaluados el 10% obtuvo puntuación elevada en esta escala lo que indica que tienden a tener hábitos dietéticos mas balanceados y disciplinados; tienen más probabilidad de controlar o limitar su consumo de grasas saturadas, colesterol, azúcar, sal y calorías. Un 12,5% de la población estudiada obtuvo niveles bajos en el cuidado de su salud alimenticia. La media fue 49,18 y la moda 51.

TABLA 9. *PREVENCIÓN*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	4	10,0
MEDIO: 40-59	22	55,0
ALTO: 60-100	14	35,0
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 9. *PREVENCIÓN*

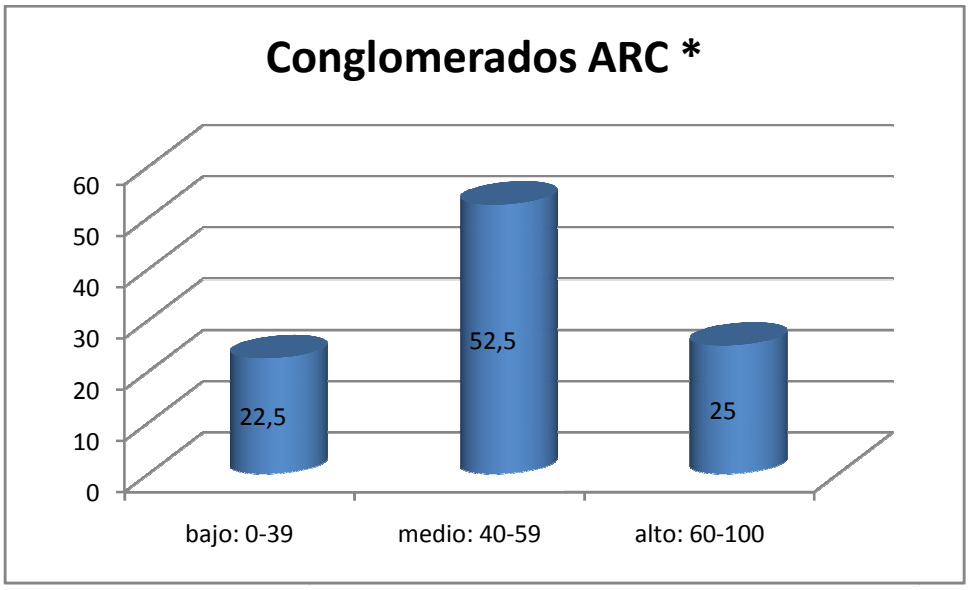


Los resultados muestran que el 35% de la población tiene un nivel alto en la puesta en práctica de estrategias preventivas de salud e higiene, como evitar a personas enfermas, hacerse evaluaciones médicas regulares o tomar su medicación de acuerdo con las prescripciones. El 10% de los sujetos evaluados obtuvo un nivel reducido en conductas de prevención de la salud. La media en esta escala fue 54,68 y la moda fue de 49.

TABLA 10. *CONGLOMERADOS ARC*2*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	9	22,5
MEDIO: 40-59	21	52,5
ALTO: 60-100	10	25,0
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 10. *CONGLOMERADOS ARC*2*



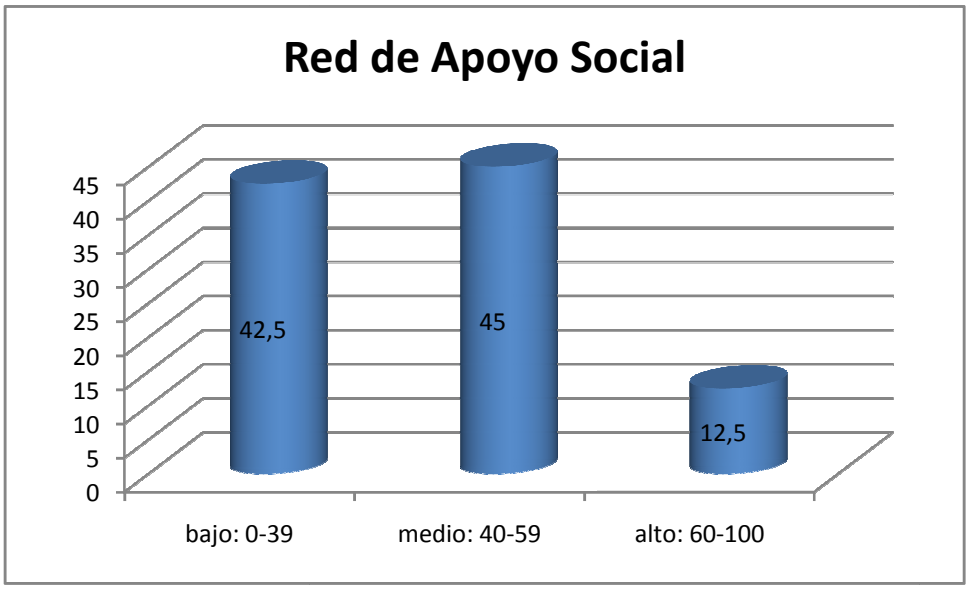
*2 Puntuaciones elevadas sugieren riesgos para la salud y las bajas sugieren fortalezas.

Los resultados indican que el 25% de la población abusa de sustancias como alcohol y drogas y consumo de tabaco lo cuan pone en alto riesgo su salud. El 22,5% de los sujetos evaluados posee un riesgo reducido para su salud pues su consumo de estas sustancias es bajo o nulo. La media fue de 51,90 y la moda fue de 49.

TABLA 11. ***RED DE APOYO SOCIAL***

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	17	42,5
MEDIO: 40-59	18	45,0
ALTO: 60-100	5	12,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 11. ***RED DE APOYO SOCIAL***

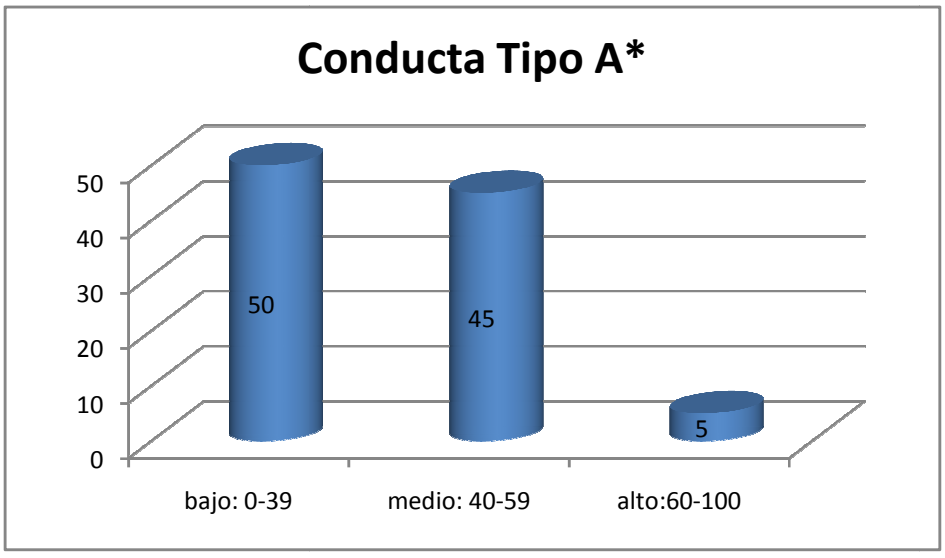


Los resultados muestran que el 12,5% de los sujetos evaluados percibe que posee un elevado de apoyo social, sienten que hay gente con la que pueden contar en todo momento para obtener apoyo emocional, consejo, información, amor incondicional y ayuda. Por el contrario el 42,5% de los sujetos evaluados perciben que tienen un nivel de apoyo social reducido. La media en esta escala fue de 43,45 y la moda fue de 39.

TABLA 12. *CONDUCTA TIPO A*3*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	20	50,0
MEDIO: 40-59	18	45,0
ALTO: 60-100	2	5,0
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 12. *CONDUCTA TIPO A*3*



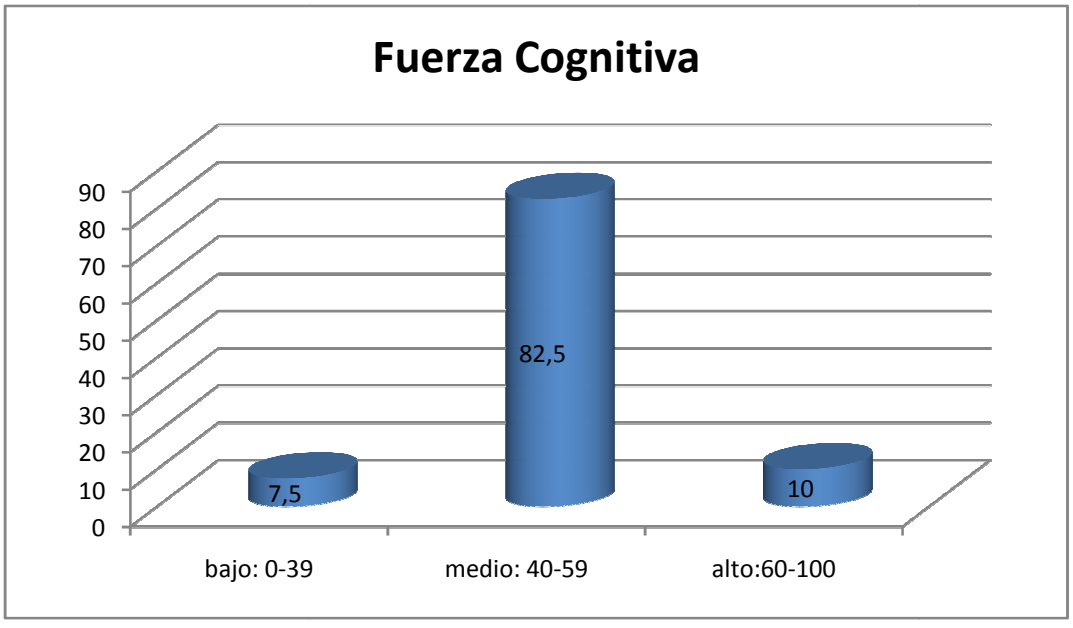
*3 Puntuaciones elevadas sugieren riesgos para la salud y las bajas sugieren fortalezas.

El 5% de los sujetos evaluados tienden a expresar mayor desconfianza, enojo, ira, impaciencia, rapidez laboral, hostilidad, conducta ruda y competitiva con mayor frecuencia e intensidad al enfrentar el estrés del trabajo y la vida cotidiana. Por el contrario el 50% de la población evaluada obtuvo un nivel bajo de presentación de esta conducta ante situaciones de estrés. La media fue de 40,20 y la moda fue de 35 en esta escala.

TABLA 13. *FUERZA COGNITIVA*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	3	7,5
MEDIO: 40-59	33	82,5
ALTO: 60-100	4	10,0
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 13. *FUERZA COGNITIVA*

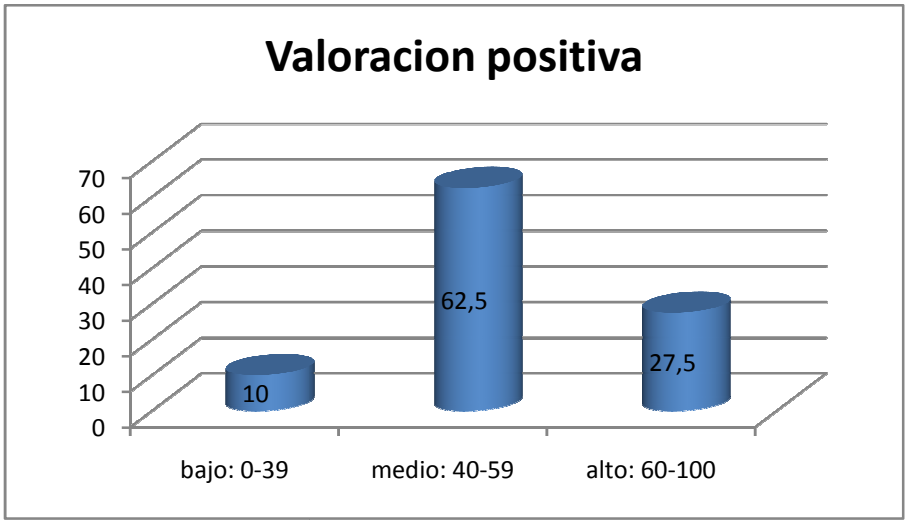


El 10% de los sujetos evaluados tienden a experimentar un nivel de compromiso y participación relativamente alto en su trabajo y con su familia, así como con ellos mismos. Tienden a considerar los cambios en su vida y los riesgos como oportunidades de crecimiento. En cierta medida, tienen un fuerte control sobre los eventos significativos y los resultados que consiguen en su vida. Un 7,5% de dicha población tienden a sentirse alienados en su trabajo y su vida familiar. Suelen ser más vulnerables ante la enfermedad, en particular en momentos de estrés. La media fue de 49,83 y la moda fue de 43 en la presente escala.

TABLA 14. *VALORACIÓN POSITIVA*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	4	10,0
MEDIO: 40-59	25	62,5
ALTO: 60-100	11	27,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 14. *VALORACIÓN POSITIVA*

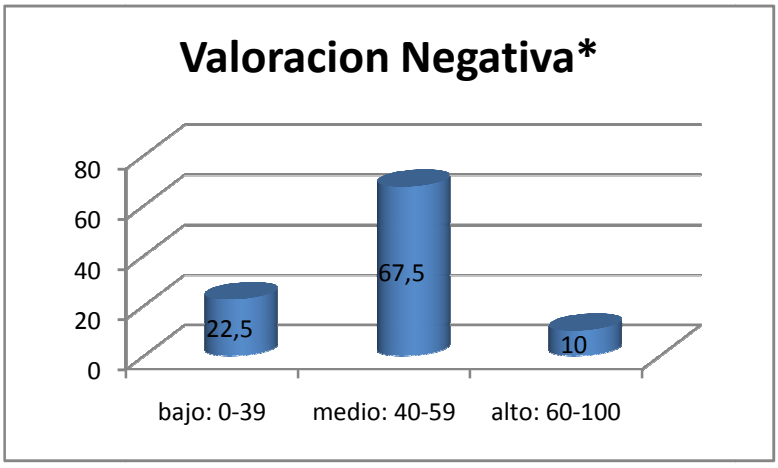


El 27,5% de la población obtuvo un nivel alto en esta escala como estrategia para afrontar el estrés; se concentran en los aspectos positivos de una situación y reducen el impacto de los problemas visualizando una solución positiva para resolverlo. El 10% de la población evaluada posee un nivel reducido de utilización de esta estrategia de afrontamiento. La media fue de 51,93 y la moda fue de 51 en esta escala.

TABLA 15. *VALORACIÓN NEGATIVA*4*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	9	22,5
MEDIO: 40-59	27	67,5
ALTO: 60-100	4	10,0
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 15. *VALORACIÓN NEGATIVA*4*



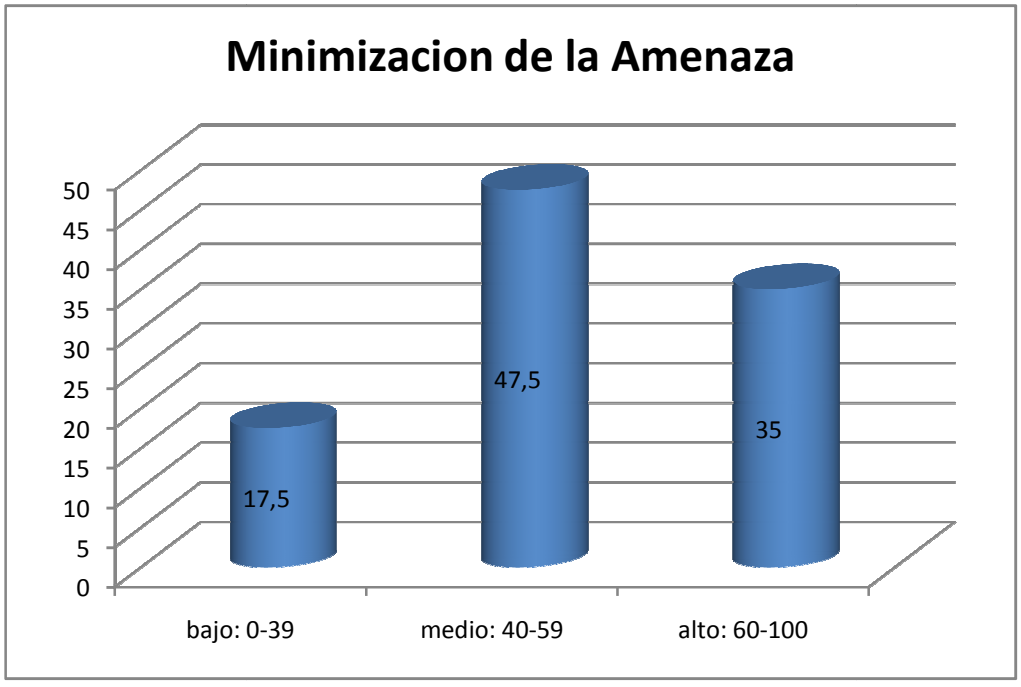
*4 Puntuaciones elevadas sugieren riesgos para la salud y las bajas sugieren fortalezas.

El 10% de los sujetos evaluados poseen un nivel alto en esta escala como estrategia de afrontamiento en situaciones estresantes, es decir, se concentran en los peores aspectos o consecuencias de una situación, reflexiona sobre las cosas que debieron o no haberse hecho en determinada situación o sobre su resolución insatisfactoria. El 22,5% de la población tiende a hacer un uso reducido de esta estrategia de afrontamiento. La media fue de 46,35 y la moda fue de 44 en esta escala.

TABLA 16. *MINIMIZACIÓN DE LA AMENAZA*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	7	17,5
MEDIO: 40-59	19	47,5
ALTO: 60-100	14	35,0
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 16. *MINIMIZACIÓN DE LA AMENAZA*

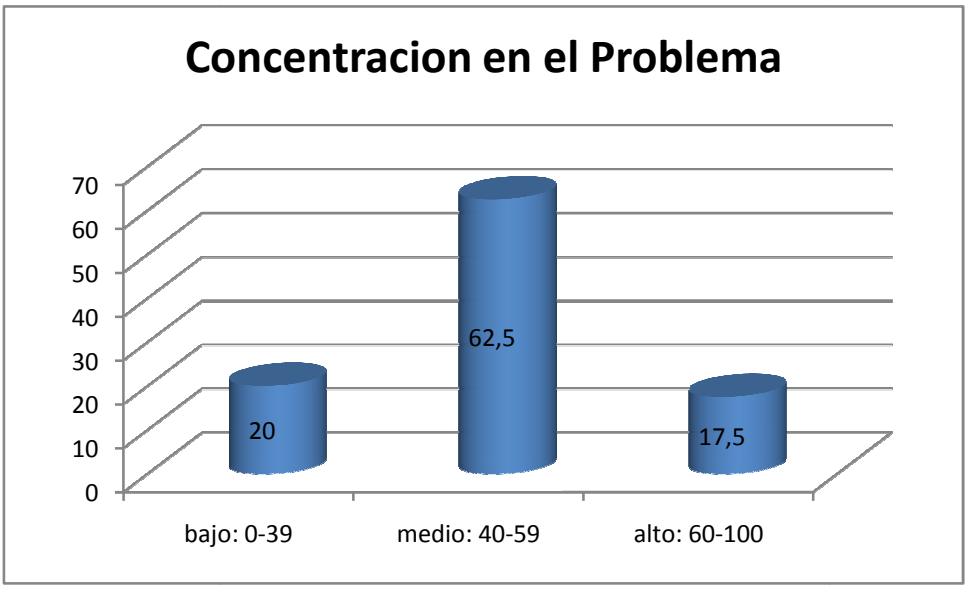


El 35% de la población estudiada utiliza frecuentemente esta estrategia de afrontamiento mediante la mitigación de su significación o no extenderse en ellos, es decir, bromean o se burlan de una situación problemática; desvía intencionalmente su atención de un problema borrándolo de su mente o descalificándolo. Un 17,5% de la población tiene un nivel reducido de utilización de esta estrategia de afrontamiento. La media fue de 54,08 y la moda de 57 en la presente escala.

TABLA 17. *CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	8	20,0
MEDIO: 40-59	25	62,5
ALTO: 60-100	7	17,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 17. *CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA*

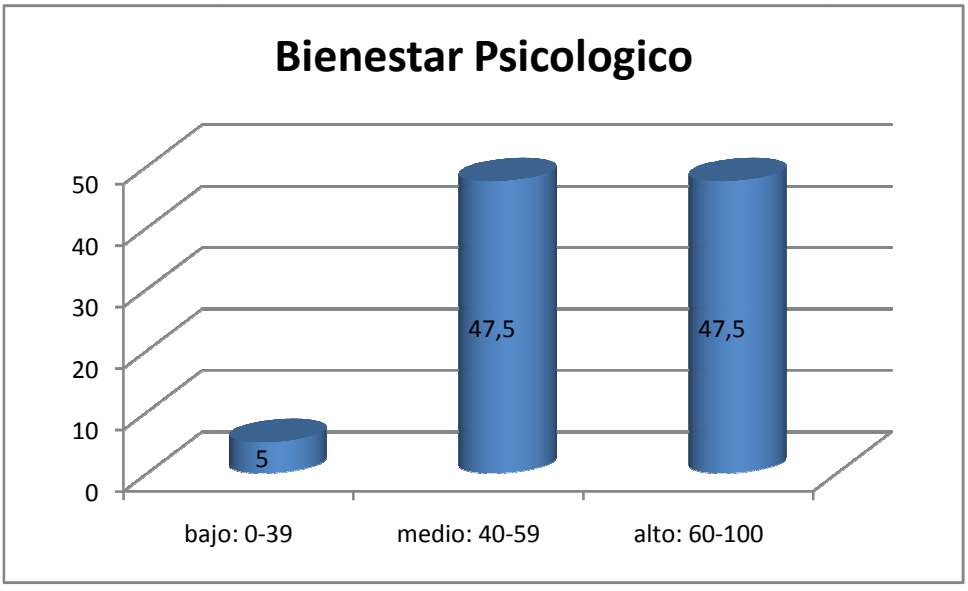


De los sujetos evaluados el 17,5% utiliza con alta frecuencia esta estrategia de afrontamiento en situaciones de estrés, es decir, desarrollan planes de acción específicos para enfrentar la situación, pide a otros que hagan cambios determinados para aliviar las circunstancias estresantes o analizar su propia experiencia y la de otros para determinar un curso de acción eficaz para resolver un evento estresante. El 20% de la población tiene un uso reducido de esta estrategia de afrontamiento. La media fue de 47,13 y la moda fue de 42 en esta escala.

TABLA 18. *BIENESTAR PSICOLÓGICO*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO: 0-39	2	5,0
MEDIO: 40-59	19	47,5
ALTO: 60-100	19	47,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 18. *BIENESTAR PSICOLÓGICO*

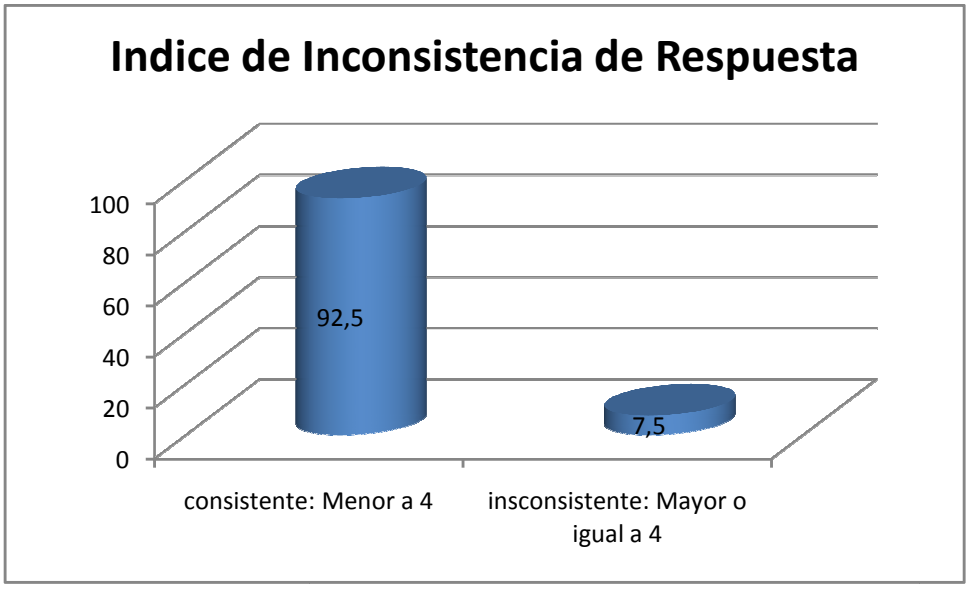


Los resultados indican que el 47,5% de la población estudiada suele sentirse satisfecha consigo y se perciben a sí mismos como capaces de disfrutar la vida. Es común que se sientan felices con su familia, trabajo, relaciones interpersonales y logros. Un 5% de la población evaluada obtuvo niveles bajos en esta escala, lo cual evidencia que son sujetos que experimentan una falta generalizada de bienestar en su vida. La media fue de 56,93 y la moda fue de 58 para esta escala.

TABLA 19. ***ÍNDICE DE INCONSISTENCIA DE RESPUESTA***

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONSISTENTE: Menor a 4	37	92,5
INCONSISTENTE: Mayor o igual a 4	3	7,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 19. ***ÍNDICE DE INCONSISTENCIA DE RESPUESTA***

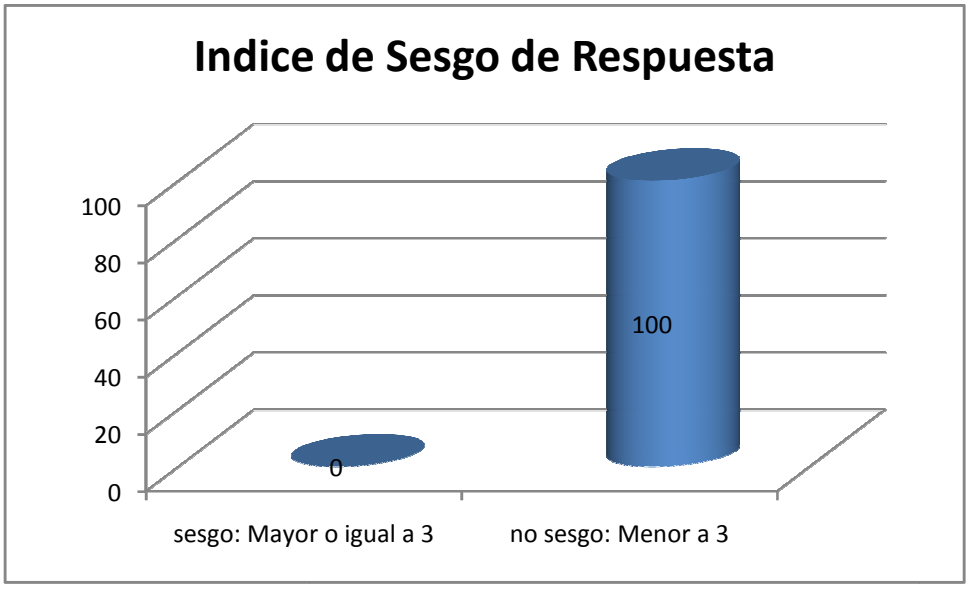


El 92,5% de la población estudiada obtuvo un índice de inconsistencia de respuesta menor a 4 lo que significa que las respuestas en cada par de reactivo se basaron firmemente en el contenido del mismo. Por el contrario el 7,5% de los sujetos evaluados obtuvo un índice de inconsistencia de respuestas mayor o igual a 4 lo que indica una distorsión en la respuesta. La media fue de 1,40 y la moda fue de 0 en la presente escala.

TABLA 20. *ÍNDICE DE SESGO DE RESPUESTA*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SESGO: Mayor o igual a 3	0	0,0
NO SESGO: Menor a 3	40	100,0
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 20. *ÍNDICE DE SESGO DE RESPUESTA*

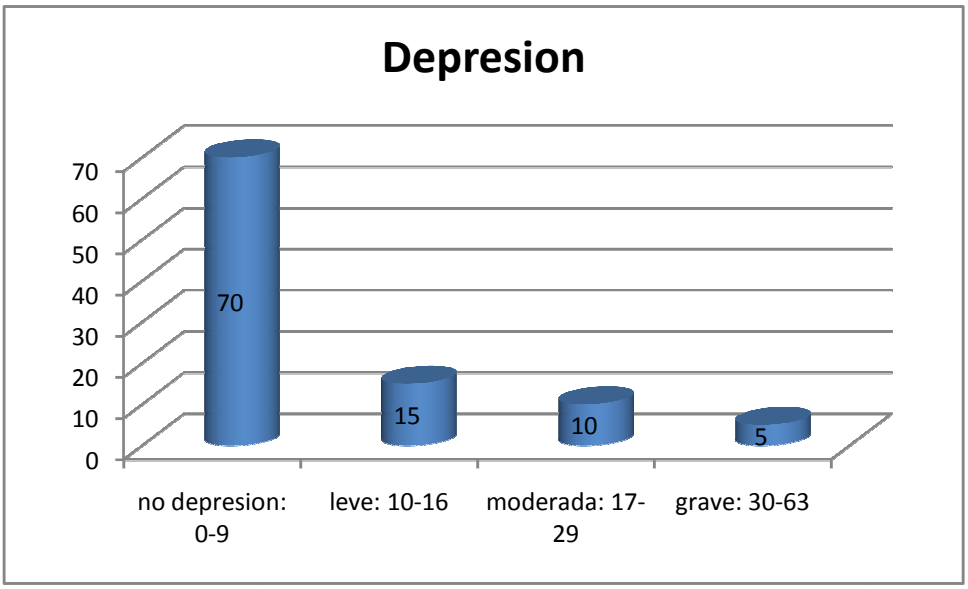


El 100% de la población estudiada obtuvo un índice de sesgo de respuesta menor a 3 lo cual indica que no se presento ningún patrón distorsionado en las respuestas. La media fue de , 45 y la moda fue de 0 en esta escala.

TABLA 21. ***RESULTADOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK***

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No depresión	28	70
Depresión leve	6	15
Depresión moderada	4	10
Depresión grave	2	5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 21. ***INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK***



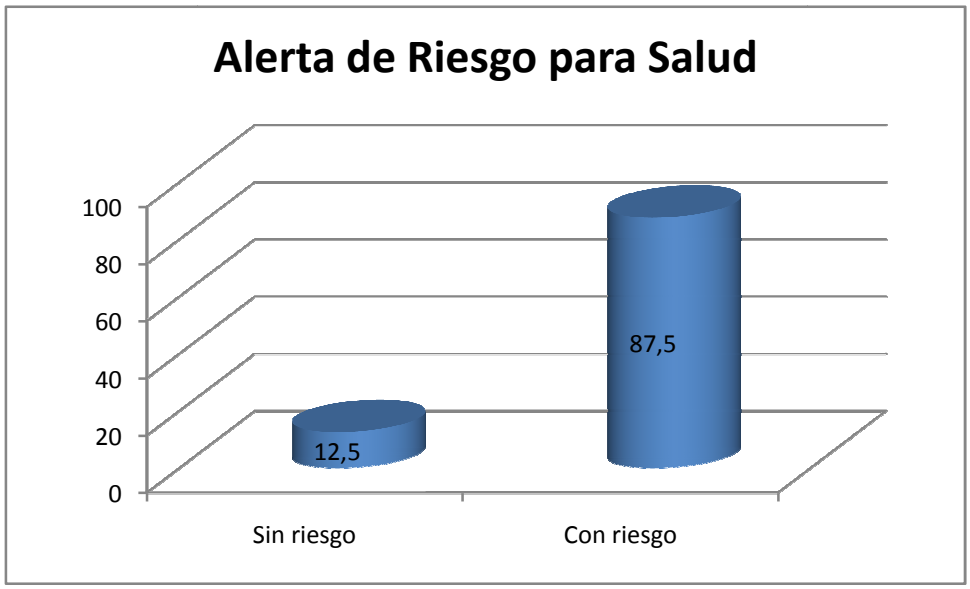
Los resultados indican que el 70% de la población estudiada no presenta ningún síntoma asociado a la depresión. El 15% de los sujetos presentan síntomas leves de depresión. El 10% de la población presento síntomas moderados asociados con depresión y el 5% restante evidencio síntomas graves de depresión. La media fue de 8,70 y la moda fue de 3 para esta escala.

6.3 *RESULTADOS GENERALES DEL PERFIL DE ESTRÉS DE NOWACK*

TABLA 22. ***ALERTAS DE RIESGO PARA LA SALUD***

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN RIESGO	5	12,5
CON RIESGO	35	87,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 22. ***ALERTAS DE RIESGO PARA LA SALUD***

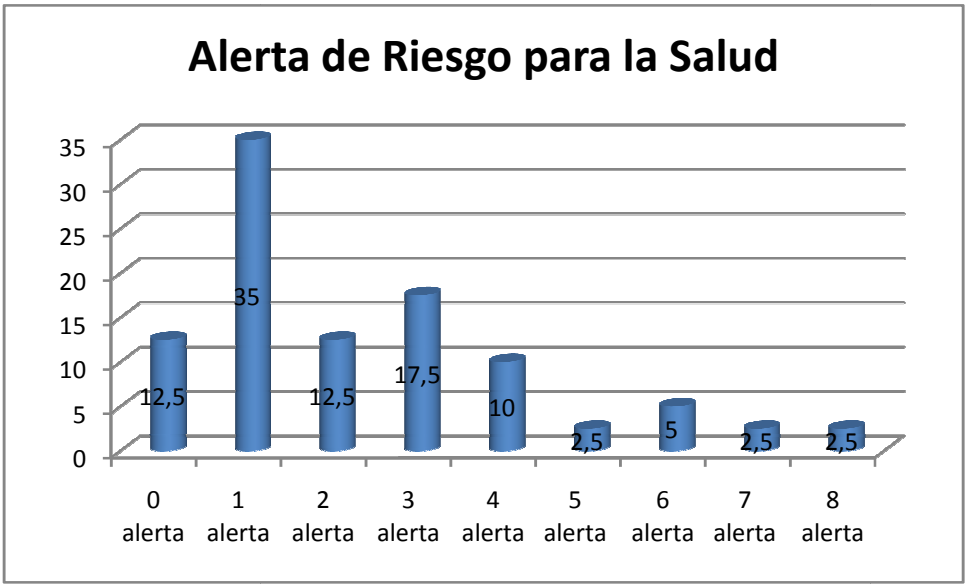


El 87,5% de la población estudiada poseen al menos una alerta de riesgo para su salud en las escalas individuales, estas alertas representan la carga total de riesgo que se coloca sobre la capacidad de afrontamiento del individuo. El 12,5% de la población no obtuvo ninguna alerta de riesgo para su salud.

TABLA 22.1 *ALERTAS DE RIESGO PARA LA SALUD*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 alertas	5	12,5
1 alertas	14	35
2 alertas	5	12,5
3 alertas	7	17,5
4 alertas	4	10
5 alertas	1	2,5
6 alertas	2	5
7 alertas	1	2,5
8 alertas	1	2,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 22.1 *ALERTAS DE RIESGO PARA LA SALUD*

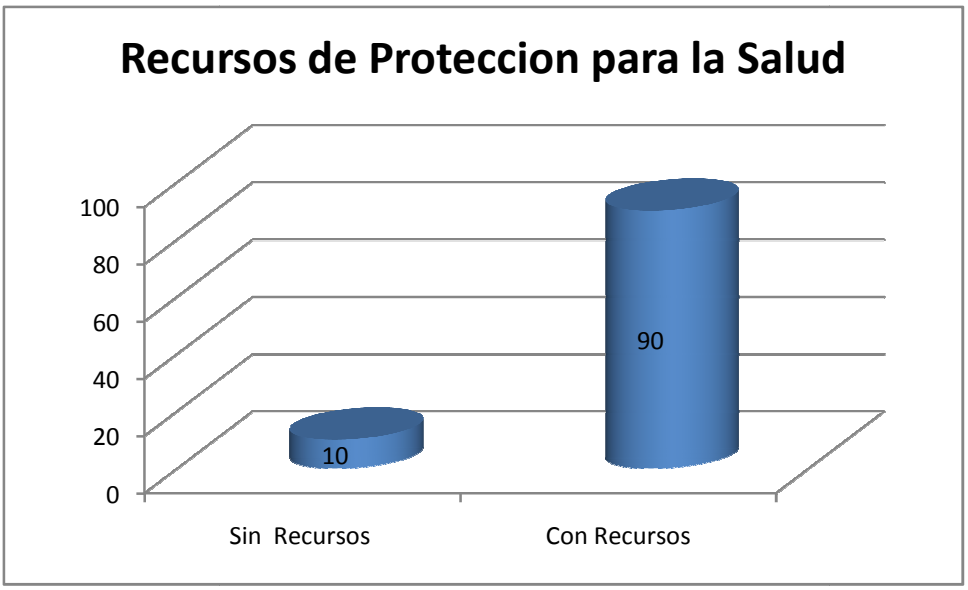


Los resultados de la poblacion evaluada muestran que de la poblacion evaluada el 12,5% tuvo cero alertas de riesgo para la salud. El 35% presento una alerta en su salud. El 12,5% obtuvo 2 alertas de riesgo. El 17,5% evidencia tres alertas de riesgo para su salud. El 10% de la poblacion presento cuatro alertas de riesgo. El 2,5%, cinco alertas de riesgo para la salud. 5% tuvo seis alertas de riesgo. El 2,5%, obtuvo siete alertas de riesgo. Un 2,5% restante evidencio 8 alertas de riesgo para la salud. La media fue de 2,33 y la moda fue de 1 para la presente escala.

TABLA 23. ***RECURSOS PROTECTORES PARA LA SALUD***

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin recursos	4	10
Con recursos	36	90
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 23. ***RECURSOS PROTECTORES PARA LA SALUD***



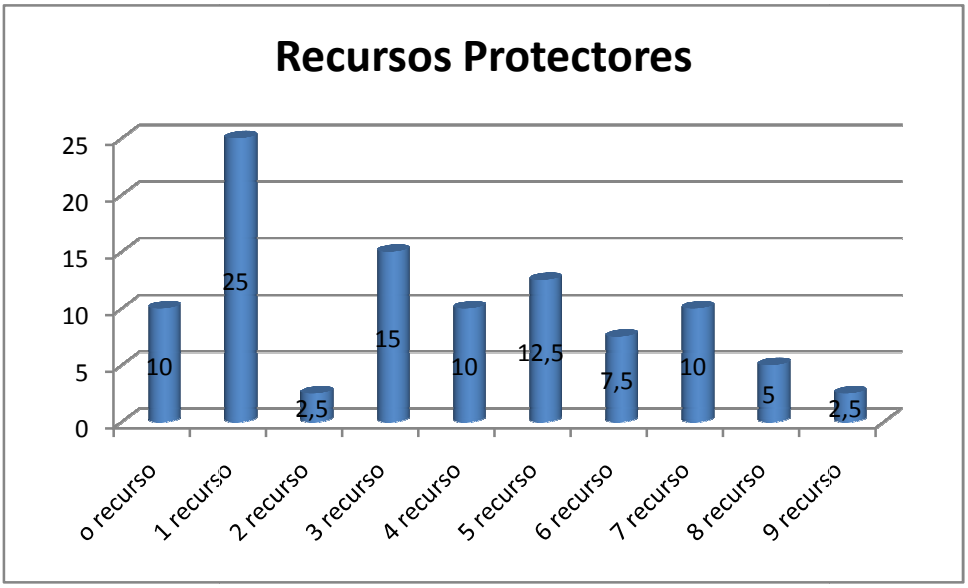
Los resultados indican que el 90% de la poblacion evaluada posee al menos un recurso de proteccion para la salud en las escalas individuales, es decir, el nivel

de recursos de afrontamiento disponibles en un individuo para satisfacer las necesidades del mantenimiento de la salud. El 10% de los sujetos evaluados no posee ningun recurso de proteccion para la salud.

TABLA 23.1 *RECURSOS PROTECTORES PARA LA SALUD*

RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 recursos	4	10
1 recursos	10	25
2 recursos	1	2,5
3 recursos	6	15
4 recursos	4	10
5 recursos	5	12,5
6 recursos	3	7,5
7 recursos	4	10
8 recursos	2	5
9 recursos	1	2,5
TOTAL	40	100,0

GRAFICA 23.1 RECURSOS PROTECTORES PARA LA SALUD



Los resultados indican que de la población evaluada el 10% posee cero recursos de protección para la salud. El 25% presenta un recurso de protección. El 2,5% tuvo 2 recursos de protección. El 15% evidencian 3 recursos de protección. El 10% posee cuatro recursos de protección para la salud. El 12,5% tienen cinco recursos de protección. El 7,5% presentan seis recursos de protección para la salud. El 10% obtuvo siete recursos de protección. El 5% evidencian ocho recursos de protección para la salud y un 2,5% tienen nueve recursos de protección para la salud. La media fue de 3,55 y la moda fue de 1 para la presente escala.

7. DISCUSIÓN

En lo relacionado a las variables socio demográficas, se evidencia que la edad de los funcionarios del cuerpo de custodia y vigilancia la mayoría son adultos jóvenes pues el 50% de la muestra se encuentra en un rango de edad de 23 a 29 años, siendo la media de 30.85. Estos datos concuerdan con el estudio de Ruiz et al, (2004) realizado en Colombia donde el promedio de edad en los guardias penitenciarios fue de 25 años representados casi en el 50% de la muestra; pero a su vez difiere de los resultados de investigaciones españolas (Aguayo (s.f.); García y Herrero, 2008; Ghaddar, 2006; Hernández y Ramos, 2002; Hernández et al, 2006a; Hernández et al, 2006b; Topas y Morales, 2005) donde la edad promedio de los guardias es alrededor de 40 años.

En relación al tiempo de servicio en el INPEC se encontró que la mayoría de los guardias tienen un tiempo de servicio menor o igual a 9 años laborando para la institución lo cual está representado en 47.5% de la población estudiada. Estas cifras se relacionan con las obtenidas en Ruiz y Páez (2001) y Ruiz (2004) donde la mayoría de los sujetos evaluados llevan poco tiempo

vinculado al INPEC de 1 a 6 años de antigüedad en la institución. A diferencia de investigaciones europeas (Aguayo (s.f.); García y Herrero, 2008; Ghaddar, 2006; Hernández y Ramos, 2002; Hernández et al, 2006a; Hernández et al, 2006b; Topas y Morales, 2005) donde el tiempo laborando en las penitenciarías supera los 15 años de antigüedad en la mayoría de sujetos estudiados.

Así mismo, en la variable escolaridad los resultados indican que un 37.5% tiene menos de 12 años de estudio lo cual significa que la mayoría de la población estudiada solo completo un nivel de escolaridad secundario. De igual forma, solo un 2.5% de la muestra tiene un nivel escolar de 16 años y más de estudio, respectivamente; lo cual indica que el nivel de estudios superiores en los guardias del INPEC es relativamente bajo. En este punto existe gran diferencia con respecto a estudios realizados en prisiones de Colombia (Ruiz y Páez, 2001; Ruiz et al, 2004) y los realizados en prisiones españolas, donde el nivel de estudios superiores de esta población en Colombia no supera el 20% de las muestras estudiadas, a diferencia del encontrado en población española que se encuentra entre el 40% y el 60% del total de funcionarios penitenciarios estudiados (García y Herrero, 2008; Hernández y Ramos, 2002; Hernández et al 2006a; Hernández et al 2006b; Topas y Morales, 2005).

Si bien las investigaciones expuestas anteriormente (Cardenal y Pombar, 2005; García y Herrero, 2008; Ghaddar, 2006; Hernández, 2002; Hernández et al, 2006a; Hernández et al 2006b; Ruiz y Páez, 2001; Ruiz et al, 2004 y Topas y Morales, 2005) toman en cuenta las variables sociodemograficas: edad, antigüedad y escolaridad como posibles moduladores o antecedentes en la aparición del estrés crónico o burnout (García y Herrero, 2008), solo se limitan a describir los datos encontrados en sus trabajos pues no existe una base concreta acerca de la influencia de estas variables en la presentación del estrés laboral. Esto se debe a la variabilidad de los resultados sociodemograficos.

El Perfil de Estrés de Nowack (2002) cuenta con dos escalas de validez que permiten identificar a los individuos que presentaron patrones de respuesta al azar o distorsionados y que permiten valorar la magnitud de tal distorsión. Solo dichas escalas permiten excluir protocolos que evidencien distorsión del individuo en las respuestas y resultados. Teniendo en cuenta lo anterior, los hallazgos de la presente investigación pueden considerarse validos al haber superado las escalas de invalidez del Perfil de Estrés; pues en los resultados obtenidos en la primera de las escalas de invalidez Índice de Inconsistencia en las Respuestas, el 92,5% de las respuestas fueron consistentes, es decir, las respuestas dadas por los sujetos en cada reactivo se basaron firmemente en el

contenido del mismo. De igual manera ocurrió en la segunda escala de invalidez Índice de Sesgo de Respuesta del Perfil de Estrés ya que se obtuvo un sesgo de 0% y un índice de no sesgo del 100% lo cual indica que no hubo ningún patrón distorsionado en las respuestas.

Para la descripción de los resultados de esta investigación, es importante considerar que las investigaciones realizadas en el cuerpo de custodia y vigilancia de los establecimientos penitenciarios a nivel nacional e internacional son pocas (Aguayo, s.f; Arroyo et al, 2004; Cardenal y Pombar, 2005; García y Herrero, 2008; Ghaddar, 2006; Hernández, 2002; Hernández et al, 2006a; Hernández et al 2006b; Ruiz y Páez, 2001; Ruiz y Páez, 2002; Ruiz et al, 2004; Sindicato de Prisiones, 2004; Sindicato de Prisiones, 2005; Tapias et al, 2007 y Topas y Morales, 2005) y la mayoría se basan en el estudio del estrés crónico o burnout principalmente. Siendo el perfil de estrés de Nowack (2002) un instrumento que no tiene antecedentes de estudios con dicha población y que su finalidad es evaluar y mostrar las alertas de riesgo para la salud y los recursos de protección de los individuos frente al estrés cotidiano, se describe a continuación lo encontrado en la investigación.

Es preciso recordar que el Perfil de Estrés de Nowack evalúa el estrés y 13 escalas adicionales. La importancia de estas escalas radica en que se convierten en factores que influyen en la vulnerabilidad o invulnerabilidad del individuo ante la presencia de situaciones estresantes (Nowack, 2002). A continuación se hará la discusión para cada una de ellas.

A partir de los resultados presentados, se puede decir que en la gran mayoría de los guardias estudiados existe un predominio de nivel de estrés de medio a alto, debido a que el 72,5% de la población padece de estrés, de los cuales un 5% lo presentan en un alto nivel. Esto evidencia que gran parte de la población se encuentra en riesgo de estar presentando estrés a diario y no estar en capacidad o no tener las estrategias personales suficientes para hacerle frente. Dichos resultados se pueden relacionar con los encontrados por Ghaddar (2006) quien plantea que en esta población los riesgos psicosociales del trabajo son elevados por tanto el nivel de estrés laboral es mayor; y el hallado por Ruiz et al (2004) quien da cuenta de los estresores laborales que rodean a los funcionarios de prisión. Estos tiene sentido si se toma en consideración que para que surja el estrés laboral como tal debe darse la intervención de estresores o demandas laborales de diversa índole (Schaufeli y Salanova, 2002); estresores que en el caso de los guardias están dados por las

exigencias, condiciones ambientales y hostilidad que caracteriza sus jornadas labores (Lott, 1995, citado en Tapias et al, 2007 y Ghaddar, 2006). Adicionalmente el elevado nivel de estrés en la presente investigación sugiere que los recursos que estos dragoneantes poseen para hacerle frente están siendo superados, lo cual puede convertir dicha ausencia en un estresor más (Schaufeli y Salanova, 2002). A su vez, los presentes resultados difieren de los hallados en la investigación de Aguayo (s.f.) quien encontró índices de estrés en funcionarios penitenciarios en niveles poco significativos de medio a bajo.

Dentro de los resultados relacionados con hábitos de salud (ejercicio, descanso/sueño, alimentación nutrición, conglomerado de reactivos ARC y prevención) en la población de estudio se evidencia la tendencia a presentar bajos niveles en todas sus escalas pues a nivel general solo un 15% de los dragoneantes obtuvo un nivel alto en esta área, mientras el 85% restante tiene hábitos de salud regular o deficiente.

De los hábitos de salud, resalta la escala de prevención que si bien da muestra de un índice más alto en el cuidado y puesta en práctica de conductas saludables como ir al médico, tomarse los tratamientos, evitar contacto con personas enfermas entre otros; sigue siendo un porcentaje menor en relación al

65% restante quienes ponen en práctica conductas saludables de forma baja o regular.

Los resultados en esta área evidencian como los estresores laborales afectan y producen efectos negativos en la salud, modificando los estilos de vida de los guardias que lo padecen ya que niveles elevados de estrés laboral incrementa la práctica de hábitos insanos como fumar y consumir alcohol y reducen la práctica de hábitos saludables como la frecuencia de ejercicio físico y el consumo de dieta balanceada (Sandin, 2003). Además, se incrementan los trastornos gastrointestinales y los trastornos del sueño (especialmente el insomnio) producto de estresores como los turnos nocturnos y el horario de trabajo extenso (Ghaddar, 2006 y Fernández y Piñol, 2000), debido a que los dragoneantes en sus días de trabajo habitual trabajan un horario de 24 horas.

Esto coincide con lo encontrado en Sindicato de prisiones (2004) donde se evidencia los frecuentes trastornos del sueño en esta población a causa de las jornadas de trabajo y horarios nocturnos propios de esta labor. Además Tapias et al (2007) encontró que el 2,1% de los funcionarios del INPEC estudiados se encontraba bajo efectos de sustancias psicoactivas y las notables

cifras encontradas por Sindicato de prisiones (2004) acerca del consumo de alcohol, psicofármacos y tabaco en esta población.

La escala Red de apoyo social da cuenta de lo afectada que se encuentra esta población en cuento al apoyo que perciben recibir ya sea por parte de sus familiares, amigos y/o compañeros de trabajo. Las cifras son preocupantes si se tiene en cuenta que una percepción positiva del apoyo social recibido influye como factor protector ante el estrés y como potenciador de la salud ya que dicho apoyo se considera un recurso (social) del afrontamiento del estrés (Thoits, 1995 citado en Sandin, 2003), y actúa como mediador de los efectos de los estresores sobre la respuesta del estrés (Pearlin, 1989 citado en Sandin, 2003). Así, el porcentaje de guardias quienes perciben débil su apoyo social es elevado pues el 87,5% percibe que el apoyo recibido no es en su totalidad satisfactorio, de dicha cifra el 42,5% posee un nivel realmente bajo.

De igual forma en la escala Fuerza cognitiva se muestra que no es alentador el nivel de compromiso y participación que los guardias experimentan en relación a su vida familiar y en su trabajo debido a que el 90% se siente en alguna medida alienado en su trabajo y en su vida familiar. Estos datos son

desalentadores pues las atribuciones, creencias y actitudes que evalúa esta escala (Nowack, 2002), forman parte esencial dentro del proceso cognitivo, evaluativo y motivacional que intervienen entre el estresor y la reacción del individuo (Lazarus, 1985, 1993, 1999 citado en Martin et al, 2008). Al considerar que el estimulo potencialmente estresante puede llevar a respuestas emocionales diferentes, en función de las evaluaciones cognitivas realizadas por el individuo acerca de la situación y los recursos (Lazarus, 1985, 1993, 1999 citado en Martin et al, 2008); se puede observar que solo un porcentaje menor de los dragoneantes estudiados enfocan sus procesos psicológicos para mediar los efectos de los estresores sobre su bienestar (Martin et al, 2008).

Pese a los bajos niveles descritos hasta el momento y que de una otra forma elevan el riesgo en la salud de los dragoneantes estudiados, se encontró un patrón de Conducta tipo A satisfactorio pues la mitad de la muestra obtuvo niveles bajos en esta escala, lo cual indica que este tipo de personalidad caracterizada por comportamientos de hostilidad, ira, desconfianza, enojo, impaciencia entre otros (Nowack, 2002), no se está manifestando en un nivel elevado; sin embargo un 45% de la población puntuó en nivel medio y solo un 5% del porcentaje restante presento este tipo de conducta en un nivel alto. En este punto se considera que los efectos del estrés en los guardias se estarían

manifestando con rasgos esporádicos de conducta irritable pero si no se toman las medidas preventivas necesarias esta conducta podría aumentar y acentuarse como un patrón patológico que afecte la personalidad.

Con respecto a los estilos de afrontamiento utilizados por los guardias, se nota en su mayoría un nivel bajo en las cuatro estrategias evaluadas (valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza y concentración en el problema), lo cual no es muy alentador si se tiene en cuenta que el afrontamiento del estrés consiste en todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que emplea un sujeto para hacer frente a las demandas estresantes y/o al malestar emocional asociado a la respuesta del estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Sandín, 1999 citado en Sandín, 2003).

A su vez, los estilos de afrontamiento son tendencias personales para llevar a cabo una u otras acciones o estrategias específicas para modificar las condiciones del estresor (Sandín, 2003). Estrategias que en su mayoría no están siendo utilizadas en niveles óptimos por los dragoneantes evaluados ya que si bien los resultados arrojados en esta investigación indican que los niveles son bajos en las cuatro escalas, la más sobresaliente es la valoración

negativa. En este sentido, se evidencia que los dragoneantes suelen centrarse en su mayoría en los aspectos negativos de un problema lo cual los deja vulnerables y expuestos ante las situaciones estresantes.

A pesar de los resultados anteriores la escala que evalúa Bienestar psicológico muestra resultados esperanzadores pues del 95% de los guardias, el 47,5% obtuvo un nivel medio y alto respectivamente lo cual significa que pueden llegar a sentirse satisfechos consigo y se perciben a sí mismos como capaces de disfrutar la vida. Es común que puedan sentirse felices con su familia, trabajo, relaciones interpersonales y logros. El resultado de esta escala resalta la importancia de lo planteado por Ruiz y Páez (2001) quienes en su estudio encontraron que el ambiente laboral y familiar de los guardias penitenciarios se influyen directa e indirectamente pues a mayor satisfacción y rendimiento en el trabajo puede haber un mejor clima emocional en la familia y una relación más satisfactoria.

Teniendo en cuenta los resultados anteriores por escalas, el Perfil de Estrés arroja una evaluación general concluyendo los resultados en dos categorías diagnosticas: Recursos de Protección para la Salud y Alertas de Riesgo para la Salud. Con base en esas dos categorías se describen los

resultados generales hallados por el Perfil de Estrés de Nowack (2002) en los dragoneantes del Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Santa Marta.

En cuanto a los Recursos de protección para la Salud los resultados indican que el 90% de los dragoneantes posee al menos un recurso de protección para su salud, es decir, al menos un recurso de afrontamiento disponible para satisfacer las necesidades del mantenimiento de la salud (Nowack, 2002); frente a un 10% restante que no tiene ningun recurso de proteccion para su salud. Estos resultados por si solos son buenos pues un 90% de la poblacion, lo cual equivale a la gran mayoria de guardias tiene al menos un recursos de proteccion para su salud. Donde el número de recursos de proteccion es de ocho (5% de la poblacion total) y máximo nueve recursos equivalente al 2,5% de los dragoneantes. La identificacion de dichos recursos es clave a la hora de implementar estrategias de afrontamiento y aumentar y desarrollar dichos recursos en los dragoneantes.

Sin embargo, la anterior categoria diagnóstica va ligada a la categoria Alertas de Riesgo para la salud y en esta última los resultados no son muy favorables debido a que el 87,5% de la población presenta al menos una alerta

de riesgo en su estado de salud lo cual es un porcentaje significativo si se tiene como antecedente que en las muestras de estandarización del Perfil de Estrés de Nowack (2002) las tres cuartas partes (75%) tuvieron tres alertas de riesgo o menos, pues no es común que se presente un número mayor a cuatro o cinco alertas de riesgo. Sin embargo en la presente investigación dentro del 87,5% de los sujetos que presentan al menos una alerta de riesgo en su salud se encontró un 22,5% quienes presentan entre cuatro y máximo ocho alertas de riesgo para la salud. Siendo la primera vez que el Perfil de Estrés se aplica para esta población, puede ser un indicador de que la labor que realizan los funcionarios penitenciarios así como el trabajo desempeñado en profesiones similares como policías y militares estaría implicando un mayor grado de riesgo para la salud de quienes la llevan a cabo.

Al conocer estos resultados, se observa el riesgo evidente en que se encuentra esta población en lo que a salud se refiere. Si además del elevado índice de estrés presente en los dragoneantes se suma el poco tiempo de servicio laborado en el INPEC y la corta edad de los mismos, pues en su mayoría son una población adulto joven y están iniciándose en su carrera como funcionarios penitenciarios y miembros del Cuerpo de Custodia y Vigilancia; se podría pensar que en un futuro esta población podría aumentar estos índices de

estrés y por lo tanto su nivel de alertas de riesgo; pasando de un estrés cotidiano a un estrés crónico conocido como Síndrome de Burnout, el cual es muy dado a afectar a este tipo de población debido a las altas demandas, el compromiso y el desgaste profesional y personal exigido por su trabajo.

Hay que resaltar que la presencia de este síndrome en funcionarios penitenciarios es significativo y se evidencia en diferentes investigaciones (Cardenal y Pombar, 2005; García y Herrero, 2008; Hernández et al, 2006ª; Hernández et al 2006b; Ruiz y Páez, 2001; Ruiz y Páez, 2002; Sindicato de Prisiones, 2004; Sindicato de Prisiones, 2005 y Topas y Morales, 2005) realizadas en Colombia y en España donde los niveles del mismo son altos en su mayoría y constituyen una realidad y una grave enfermedad que poco a poco debilita la salud física y psicológica y el buen desempeño laboral de estos funcionarios si no se toman medidas preventivas a tiempo.

De igual forma los resultados arrojados por el Inventario de Depresión de Beck (1961) indican la presencia de síntomas de depresión clínica en un porcentaje considerable, pues el 30% presenta sintomatología leve, moderada y grave de este trastorno afectivo donde el 5% de esa cifra evidencia síntomas graves de depresión clínica.

Estos hallazgos son similares a los encontrados por Amezquita, González y Zuluaga (2000) y Reyes, Castro, Polo y Ceballos (2005) donde el nivel de sintomatología de depresión clínica fueron altos al igual que la presencia de ideas suicidas; y en investigaciones como la de Falla y Sanabria (2006) donde la prevalencia de depresión leve, moderada y grave fue elevada. Dichas investigaciones coincide en que estos índices significativos de depresión se están presentando en población adulto joven colombiana. Además, es importante resaltar lo planteado por Tapias et al (2007) pues las estadísticas de reportes de novedades al interior del INPEC indican que el 1,6% de los guardianes se quito la vida, lo cual equivale aproximadamente a un suicidio por año, cifra aparentemente baja pero equivale a un riesgo cuatro veces superior en esta población comparada con la población colombiana.

El porcentaje hallado en la presente investigación es bastante significativo considerando que la depresión es una enfermedad que se presenta con una alta prevalencia en el adulto joven (Villalobos, 2010) pues se presenta en su mayoría en edades entre los 18 y 44 años (Gonzales y Valdez, 2005), lo que a su vez se constituye en la etapa más productiva del ser humano. Además es importante resaltar que aun cuando la depresión en el hombre es menos

diagnosticada que en la mujer lo que probablemente no se deba a la ausencia de la patología sino más bien al condicionamiento cultural que restringe la expresión emocional en los hombres, la tasa de suicidios en ellos es mayor que en las mujeres (Franchi, 2001).

Si se tiene en cuenta que los dragoneantes estudiados están expuestos a dichas características de género, edad, y productividad y sumado al porcentaje encontrado donde los síntomas de depresión clínica se presentan en 30% de los guardias, se puede considerar como una alerta de riesgo frente a esta patología pues un 5% de ese porcentaje presenta sintomatología grave y no estaría exentos de llegar a poner en peligro su vida ya que entre el 10 y 15% de las personas que padecen depresión grave se suicidan o lo intentan (Gonzales y Valdez, 2005). De igual forma si no se toman las medidas necesarias para minimizar el riesgo y prevenir la aparición de síntomas de esta enfermedad cabe la posibilidad que del 25% restante de dragoneantes quienes presentaron un 15% y 10% de síntomas de depresión leve y moderada respectivamente eleven el grado de síntomas actuales, pasando a un nivel de síntomas de depresión grave.

En conclusión se puede señalar que los objetivos planteados en la investigación se cumplieron satisfactoriamente, reflejándose en el nivel de estrés encontrado en los dragoneantes del establecimiento penitenciario y carcelario de santa marta el cual fue elevado, prevaleciendo en un nivel medio de 67,5 % y alto de 5%. Estos resultados coinciden con la mayoría de investigaciones realizadas en guardias penitenciarios que abordan el estrés en el trabajo como consecuencia de las altas demandas y condiciones psicosociales del mismo. Esto se convierte en una problemática de salud laboral que interviene en el buen desempeño profesional y la salud física y psicológica (Andrade y Gómez, 2008), de los funcionarios que integran el cuerpo de custodia y vigilancia de esta penitenciaria.

De igual manera las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck resultaron significativas, encontrándose sintomatología leve de 15%, moderada de 10% y grave de 5%, para una prevalencia del 30% de presencia de algún nivel de depresión en esta población. Estos hallazgos permiten establecer las necesidades de los dragoneantes en cuanto a la importancia de cuidar no solo su salud física tal como lo establece la ley 65 de 1993, sino además implementar estrategias para el cuidado de la salud mental que influye en su rendimiento laboral y esto a su vez en la institución.

Adicionalmente la mayoría de los guardias son de corta edad y poca antigüedad y sus padecimientos evidencia la vulnerabilidad de los mismos ante los riesgos que conlleva su labor. Además, el ser hombre se convierte en un factor que predispone al desarrollo dichas patologías.

Recomendaciones. Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados se recomienda a los directivos del establecimiento penitenciario que a través del área encargada del bienestar de los trabajadores, es decir, recursos humanos se tome en cuenta el resultado de este estudio como parte de un proceso de evaluación diagnostica acerca del estado de salud y las condiciones de trabajo de los guardias; considerando que en el marco de la prevención de riesgos laborales, los estresores laborales hacen referencia a los riesgos psicosociales que se presentan en el trabajo, los cuales deben ser correctamente evaluados para su adecuada prevención e intervención (Martin et al, 2008).

Una vez identificados los riesgos se pueden crear e implementar programas educativos de prevención que permitan el desarrollo de estrategias personales y de la organización para mejorar las condiciones de trabajo y cuidar la salud física y psicológica de los dragoneantes, así como la creación de

políticas institucionales orientada a la reducción de dichos riesgos lo cual es primordial para la prevenir la aparición y disminuir el estrés laboral.

Adicionalmente y con un profesional (psicólogo) en el área se pueden asignar espacios para llevar a cabo técnicas especificas de relajación física y mental para el estrés laboral (Calle, 2008), y poner en práctica técnicas cognitivo-conductuales para la depresión(Beck et al, 2005), que ayuden a disminuir y evitar que se incremente la presencia de dichas patologías tanto con el personal de guardia (dragoneantes) que se encuentra en riesgo para como con aquellos (cabos, sargentos, entre otros) quienes presentan menos riesgo para prevenir la aparición de los mismos.

De igual manera se hace un llamado al área de recursos humanos de la institución para que tome en consideración realizar a menudo actividades de sano esparcimiento que integren a los empleados del establecimiento penitenciario en especial a los miembros del cuerpo de custodia y vigilancia y a sus familias con el fin de fortalecer las relaciones interpersonales entre los dragoneantes pues no existe una cultura propia de funcionarios de prisiones dado el alto grado de aislamiento e interacción escasa en su trabajo (Poole y Rigole, s.f. citados en Clemente y Núñez, 1997, tomado de Ruiz et al, 2004),

afianzar sus lazos familiares; y acortar las distancias entre la institución y la familia debido a que son dos núcleos sociales que se influyen directa e indirectamente (Ruiz y Páez, 2001) para aumentar o disminuir el bienestar de los guardias.

Finalmente se recomienda realizar estudios complementarios a esta investigación y abarcando mayor población para darle un abordaje más amplio al tema y obtener resultados que puedan ser generalizados debido a que los encontrados en la presente investigación deberán ser tomados en cuenta preferiblemente para la muestra evaluada.

8. REFERENCIAS

- Aguayo, M. (s.f.). Activación, ansiedad y síntomas de estrés en una muestra de trabajadores de un Centro Penitenciario. Revista Científica Electrónica De Psicología. N° 5. Recuperado el 27 de abril de 2009, de http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5_-_No._5.pdf

- Amezquita, M., González, R. y Zuluaga, D. (2000). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la universidad de Caldas. Revista Colombiana de Psiquiatría, Vol. 32, N° 4, 2003. Recuperado el 1 de mayo del 2010 desde http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v32n4/v32n4a03.pdf

- Andrade, V. y Gómez, I. (2008). Salud laboral investigaciones realizadas en Colombia. Pensamiento Psicológico, Vol. 4, N° 10, pp. 9-25. Recuperado el 1 de abril del 2010 desde http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS10_9-25.pdf

- Arroyo, J., López, J. y Lacal, L. (2004). Problemas psicológicos y trabajo en prisión. Revista Española de sanidad Penitenciaria, Vol. 6, pp. 47-56. Recuperado el 21 de abril de 2009, de http://www.resp.es/revistas/PDF/V06-N2-04-05.pdf

- Beck, A., Emery, G., Rush, A. y Shaw, B. (2005). Terapia Cognitiva de la Depresión. (16ª edición). Desclée de Brouwer, S.A. pp. 19-20, 133, 111.

- Calle, R. (2008). Técnicas para superar el estrés laboral. Turpial S.A. pp. 77, 85, 107,117.

- Cardenal, V. y Pombar, J. (2005). Un estudio sobre la incidencia del burnout entre los trabajadores del Centro Penitenciario de Huelva. Apuntes de Psicología 2005, Vol. 23, número 2, pp. 151-160. ISSN 0213-3334. Recuperado el 15 de abril del 2009, de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2217839

- Chacón, V., Muñoz, C., Rivas, J. y Miranda, C. (2007). Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría vol. 36. N°. 1. Universidad del Valle, Cali. Recuperado el 30 de abril de 2010, de http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n1/v36n1a04.pdf

- Fernández-Montalvo, E. y Piñol. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2000, Vol. 5. Nº. 3, pp. 207-222.

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP). Recuperado el 30 de abril de http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2000-845FE4B0-53C1-68E7-BA32-78B4A96CD9A2&dsID=PDF

- Franchi, S (2001). La Depresión en el Hombre. Interdisciplinaria. Vol. 18, N° 2. Centro Interamericano de Investigaciones Psic ológicas y Ciencias Afines. Argentina. Recuperado el 10 de julio de 2010 desde http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/180/18011325002.pdf

- García, J. y Herrero, S. (2008). Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Apuntes de psicología. Vol. 26, N° 3, pp. 459-477. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. Recuperado el 1 de abril del 2010 desde http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol.%2026_3_6.pdf

- Ghaddar, A. (2006). Estrés laboral y salud mental en funcionarios de Centros Penitenciario Albolote. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada España. Recuperado el 21 de abril de 2009, de http://ccoo-cpmalaga.webcindario.com/hipervinculosnegociacioncolectiva/riesgos%20psicosociales%20Albolote.test%20de%20evaulacion.version%20corta.pdf

- Gómez, I. (2007). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones de trabajo. Recuperado el 15 de abril de 2009, de

http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64760111&iCveNum=5718

- Gonzales, S. y Valdez, J. (2005). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. Psicología y salud. Vol. 15, Nº 002. Universidad Veracruzana. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 30 de abril de http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29115210

- Guavita, P. y Sanabria, P. (2006). Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de medicina de la universidad militar nueva granada. Revista facultad de medicina universidad nacional de Colombia. Vol. 54 N° 2. Rec uperado el 1 de mayo de http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v54n2/v54n2a03.pdf

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2000). Metodología de la Investigación. Segunda edición. Mc Graw-Hill interamericana editores, S. A. de C. V. pág. 186

- Hernández, L. y Ramos, F. Estudio sobre el síndrome de burnout en los funcionarios de vigilancia penitenciaria. Interpsiquis 2002. Recuperado el

10 de abril del 2010 desde http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/5336/

- Hernández, L., Fernández, B., Ramos, F. y Contador, I. (2006a). El síndrome de Burnout en funcionarios de vigilancia de un Centro Penitenciario. España. International Journal of Clinical and Health Psychology. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC). Septiembre/2006 Vol. 6, N° 003. Red de Revistas Cie ntíficas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 30 de marzo de 2009, de http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33760306

- Hernández, L., Fernández, B., Ramos, F. y Contador, I. (2006b). Burnout, expectativas de control y afrontamiento en un grupo de funcionarios de prisiones. Revista de psicopatología y psicología clínica. Vol. 11, N.° 3, pp. 155-164. Asociación Española de Psicología Clínica y psicopatología. Recuperado el 30 de marzo de 2009 desde http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2006-61E36FC0-6BF6-C808-D1AE-223B3485459E/PDF

- Houtman, I, Jettinghoff, K. y Cedillo, L. (2008). Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo. Serie de protección de la salud de los trabajadores. N℃. Instituto de trabajo, sal ud y organización.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado el 1 de abril del 2010 desde http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243591650_spa.pdf

- Jiménez. G (2002). La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida. Madrid. Memoria presentada para optar al grado de Doctor. Universidad complutense de Madrid. Facultad de psicología. Recuperado el 30 de abril de 2009, de http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26480.pdf

- Kalinsky, B. y Cañate, H. (s.f.). El agente penitenciario. Centro regional de estudios interdisciplinario sobre el delito. Recuperado el 15 de abril de 2009, de http://www.cereid.org.ar/pdf/El-agente-penitenciario.pdf

- Leka, A., Griffiths, A. y Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Serie de protección de la salud de los trabajadores. N°3. Instituto de trabajo, salud y organización. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado el 30 de abril de 2009, de http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf

- Ley 65 de 1993. Título IV: art 44. Recuperado el 15 de abril del 2009, de http://www.epn.gov.co/descargas/DECRETOS/Ley%2065%20de%201993%20completa.pdf

- Ley 1090 de 2006. Título II: art 5, 9, 10. Recuperado el 25 de noviembre del 2009, desde http://colpsic.org.co/resources/Ley1090-06.pdf

- Martin, P., Salanova, M. y Peiró, J. (2008). El estrés laboral ¿Un concepto de cajón-de-desastre? Recuperado el 25 de mayo de http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=793102

- Moya, L., Serrano, M., Gonzales, E., Rodríguez, G. y Salvador, A. (2005). Respuestas psicofisiologicas de estrés en una jornada laboral. Psicothema. Vol. 17, Nº 002. pp. 205-211. Universidad de Oviedo. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 30 de abril de http://www.psicothema.com/pdf/3089.pdf

- Nowack, K. Perfil de Estrés. El Manuel Moderno. Adaptación española por Jiménez, J. (2002).

- Organización Internacional del Trabajo (2001). S.O.S. Estrés en el trabajo: Aumentan los costes del estrés en el trabajo y la incidencia de la depresión es cada vez mayor. Tomado de http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/37/costs.htm

- Peiró, J. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. Papeles de psicólogo. Vol. 29, Nº 001. Consejo General de Colegios oficiales de Psicólogos. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 30 de abril de http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77829109&iCveNum=7918

- Pérez, M. y García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema. Vol. 3 Nº 3, pp. 493-510. Recuperado el 30 de abril de 2009 desde http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf

- Regueiro, R. y León, O. (2003). Estrés en decisiones cotidianas. Psicothema. Vol. 15, Nº 004. Universidad de Oviedo. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 30 de abril de http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72715404

- Reyes, H., Castro, R., Polo, L. y Ceballos, G. Características psicodemograficas de los pacientes atendidos por intento de suicidio en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Santa Marta. Duazary, Vol. 2 N° 1. Recuperado el 1 de mayo de 2010 de

http://editorial.unimagdalena.edu.co/revistas/index.php/duazary/article/viewFile/65/71

- Ruiz, J. y Páez, D. (2001). Satisfacción laboral, burnout, clima emocional y relaciones familiares en empleados de prisiones. Un estudio exploratorio. *Acta Colombiana de Psicología,* Monográfico de Psicología Jurídica; (6) 41-65. Recuperado el 5 de abril de 2009 desde http://psicologiajuridica.org/psj266.html

- Ruiz, J. y Páez, D. (2002). Compromiso con el trabajo y burnout en organizaciones penitenciarias: algunos datos empíricos. *Acta Colombiana de Psicología,* Monográfico de Psicología Jurídica. Recuperado el 5 de abril de 2009 desde http://psicologiajuridica.org/psj27.html

- Ruiz, J., Pedraza, G., Rodríguez, L. y Alvarado, L. (2004). Actitudes hacia la delincuencia, normas informales y estresores laborales en empleados de prisiones. Revista Colombiana de Psicología, N° 013. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá Colombia. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 21 de abril de 2009, de http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80401305&iCveNum=5832

- Sandin, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. International Journal of Clinical and Heath Psychology. Vol. 3, Nº 001. Asociacion Española de psicología conductual. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 30 de abril de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf

- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-Estar E Subjetivided. Vol. 3, Nº 001, pp. 10-59. Universidad de Fortaleza. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 30 de abril de http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=27130102

- Sindicatos de Prisiones. (2004). Funcionarios de Prisiones desbordados. Recuperado el 21 de abril de 2009, de http://www.prisiones.es/acaip/acaip_funcionarios_desbordados.html

- Sindicato de prisiones. (2005). Estudio sobre la incidencia del síndrome de burnout en los funcionarios de vigilancia (v 1) en el centro penitenciario de Villabona – Asturias. Recuperado el 21 de abril de 2009, de http://www.acaip.info/info/burnout_2.html

- Tamayo, J, Rovner, J. y Muñoz, R. (2006). La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. Rev. Bras Psiquiatr. 2007; 29(2):182-7. Tomado el 30 de Mayo del 2009 de http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n2/a18v29n2.pdf

- Tapias, C., Sala, I. y Solórzano, C. (2007). Descripción de las estadísticas de problemáticas psicosociales en Guardianes Penitenciarios de Colombia. Universidad Santo Tomas. Suma Psicológica. 2004, Vol. 14 N° 1, p 7-22. Recupera do el 21 de abril de 2009, de dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2530316&orden=0 –

- Topa, G. y Morales, J. (2005). Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuencias para el trabajo: un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones. International Journal of Psychology and Psychologycal Therapy. 2005, Vol. 5, N° 1, pp 73-83. Recuperado el 15 abril del 2009, de http://www.ijpsy.com/ver_archivo.php?volumen=5&numero=1&articulo=111&lang=ES

- Villalobos, G. (2010). Estructura factorial y propiedades psicométricas de una escala de depresión en universitarios de Colombia. Revista Panamericana de Salud Publica. Vol. 27, N° 2. Recup erado el 6 de mayo del 2010 desde www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a04v27n2.pdf

- World Health Organization (s. f.). Mental Health. Disorders Management. Depression. Tomado el 12 de Mayo del 2009 de http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html

ANEXOS

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Secreto profesional: Estar en la obligación de dejar en el anonimato y tener en secreto cualquier prescripción o acto que se realice en cumplimiento de tareas específicas, así como de los datos, hechos o nombres que se realicen en cualquiera actividad.

Derecho a la no participación: cualquier individuo está en su derecho de no participar en actividades o investigaciones que se realicen.

Consentimiento informado: todo individuo debe ser informado de su participación en las actividades o investigaciones en las cuales se necesite de su colaboración.

_____

FIRMA

Nombre: _____ **Número de identificación:** _____ **Edad:** _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino **Nivel educativo (años completados):** ☐ <12 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ >16

Nombre del aplicador: _____ **Número de identificación del aplicador:** _____ **Fecha de aplicación:** _____

PERFIL DE ESTRÉS

Instrucciones

Primero llene la ficha de identificación. Marque con un círculo **sólo una** respuesta en cada pregunta. Si desea cambiar alguna respuesta que ya marcó, sólo escriba una **X** sobre la primera respuesta y después dibuje un círculo alrededor de la respuesta correcta.

Hay instrucciones para cada grupo de preguntas en el Cuadernillo de aplicación, las cuales describen las respuestas que puede escoger. Lea cada pregunta con cuidado y marque el número que corresponda a su respuesta en esta Forma. Dibuje un círculo alrededor del número o la letra que corresponda a su respuesta.

PARTE I

1 ► Nunca
2 ► Rara vez
3 ► Algunas veces
4 ► A menudo
5 ► Siempre

1.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5

PARTE II

1 ► Nunca
2 ► Rara vez
3 ► Algunas veces
4 ► A menudo
5 ► Siempre

7.	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5
12.	1	2	3	4	5
13.	1	2	3	4	5
14.	1	2	3	4	5
15.	1	2	3	4	5
16.	1	2	3	4	5
17.	1	2	3	4	5
18.	1	2	3	4	5
19.	1	2	3	4	5
20.	1	2	3	4	5
21.	1	2	3	4	5
22.	1	2	3	4	5
23.	1	2	3	4	5
24.	1	2	3	4	5
25.	1	2	3	4	5
26.	1	2	3	4	5
27.	1	2	3	4	5
28.	1	2	3	4	5
29.	1	2	3	4	5
30.	1	2	3	4	5

1 ► Ninguno
2 ► De 1 a 4 cigarrillos
3 ► De 5 a 10 cigarrillos
4 ► De 11 a 20 cigarrillos
5 ► Más de una cajetilla

31.	1	2	3	4	5

PARTE III

A

1 ► Nunca
2 ► Rara vez
3 ► Algunas veces
4 ► A menudo
5 ► Siempre
6 ► No aplicable

32.	1	2	3	4	5	6
33.	1	2	3	4	5	6
34.	1	2	3	4	5	6
35.	1	2	3	4	5	6
36.	1	2	3	4	5	6
37.	1	2	3	4	5	6
38.	1	2	3	4	5	6
39.	1	2	3	4	5	6
40.	1	2	3	4	5	6
41.	1	2	3	4	5	6

B

1 ► No del todo satisfecho
2 ► Poco satisfecho
3 ► Moderamente satisfecho
4 ► Muy satisfecho
5 ► Extremadamente satisfecho
6 ► No aplicable

42.	1	2	3	4	5	6
43.	1	2	3	4	5	6
44.	1	2	3	4	5	6
45.	1	2	3	4	5	6
46.	1	2	3	4	5	6

(continúa al reverso)

PARTE IV

1 ► Nunca
2 ► Muy pocas veces
3 ► A menudo
4 ► La mayor parte del tiempo
5 ► Siempre

47.	1	2	3	4	5
48.	1	2	3	4	5
49.	1	2	3	4	5
50.	1	2	3	4	5
51.	1	2	3	4	5
52.	1	2	3	4	5
53.	1	2	3	4	5
54.	1	2	3	4	5
55.	1	2	3	4	5
56.	1	2	3	4	5

PARTE V

1 ► Completamente de acuerdo
2 ► De acuerdo
3 ► Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4 ► En desacuerdo
5 ► Completamente en desacuerdo

57.	1	2	3	4	5
58.	1	2	3	4	5
59.	1	2	3	4	5
60.	1	2	3	4	5
61.	1	2	3	4	5
62.	1	2	3	4	5
63.	1	2	3	4	5
64.	1	2	3	4	5
65.	1	2	3	4	5
66.	1	2	3	4	5
67.	1	2	3	4	5
68.	1	2	3	4	5
69.	1	2	3	4	5
70.	1	2	3	4	5
71.	1	2	3	4	5
72.	1	2	3	4	5
73.	1	2	3	4	5
74.	1	2	3	4	5
75.	1	2	3	4	5
76.	1	2	3	4	5
77.	1	2	3	4	5
78.	1	2	3	4	5
79.	1	2	3	4	5
80.	1	2	3	4	5
81.	1	2	3	4	5
82.	1	2	3	4	5
83.	1	2	3	4	5
84.	1	2	3	4	5
85.	1	2	3	4	5
86.	1	2	3	4	5

PARTE VI

1 ► Nunca
2 ► Rara vez
3 ► Algunas veces
4 ► A menudo
5 ► Siempre

87.	1	2	3	4	5
88.	1	2	3	4	5
89.	1	2	3	4	5
90.	1	2	3	4	5
91.	1	2	3	4	5
92.	1	2	3	4	5
93.	1	2	3	4	5
94.	1	2	3	4	5
95.	1	2	3	4	5
96.	1	2	3	4	5
97.	1	2	3	4	5
98.	1	2	3	4	5
99.	1	2	3	4	5
100.	1	2	3	4	5
101.	1	2	3	4	5
102.	1	2	3	4	5
103.	1	2	3	4	5
104.	1	2	3	4	5
105.	1	2	3	4	5
106.	1	2	3	4	5

PARTE VII

1 ► Nunca
2 ► Rara vez
3 ► Algunas veces
4 ► A menudo
5 ► Siempre

107.	1	2	3	4	5
108.	1	2	3	4	5
109.	1	2	3	4	5
110.	1	2	3	4	5
111.	1	2	3	4	5
112.	1	2	3	4	5
113.	1	2	3	4	5
114.	1	2	3	4	5
115.	1	2	3	4	5
116.	1	2	3	4	5
117.	1	2	3	4	5
118.	1	2	3	4	5

PARTE VIII

1 ► Verdadero
2 ► Falso

119.	V	F
120.	V	F
121.	V	F
122.	V	F
123.	V	F

0508

Identificación: _____ Fecha: _____

En este cuestionario aquí hay varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. ☐ No me siento triste.
☐ Me siento triste.
☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
☐ Siento que no tengo que esperar nada.
☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

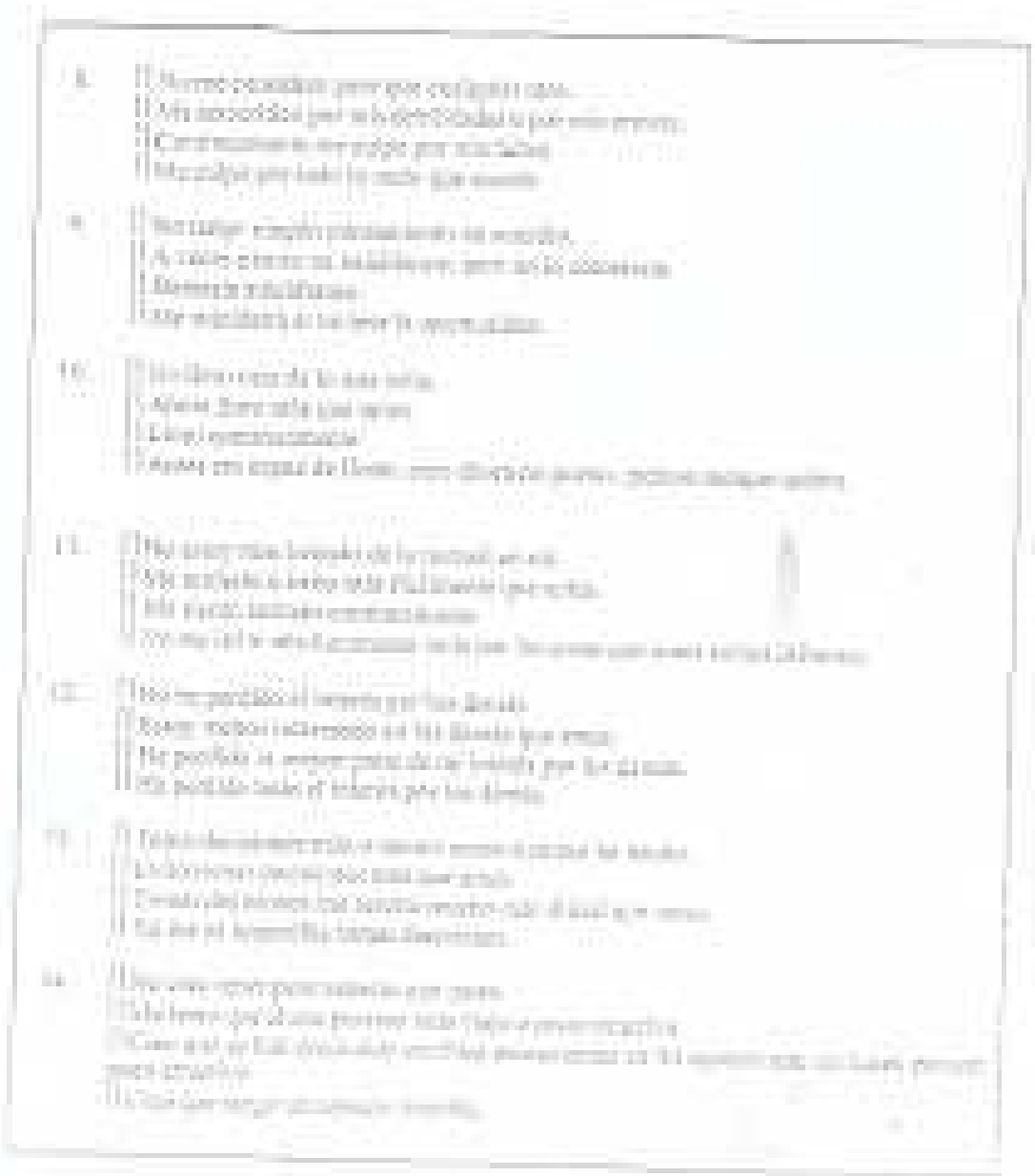
3. ☐ No me siento fracasado.
☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4. ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. ☐ No me siento especialmente culpable.
☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
☐ Me siento culpable constantemente.

6. ☐ No creo que esté siendo castigado.
☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
☐ Espero ser castigado.
☐ Siento que estoy siendo castigado.

7. ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
☐ Me da vergüenza de mí mismo.
☐ Me odio.



CEAES Centenarios y escalas de valoración en salud mental

BDI

15. || Trabajo igual que antes.
|| Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
|| Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
|| No puedo hacer nada en absoluto.

16. || Duermo tan bien como siempre.
|| No duermo tan bien como antes.
|| Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
|| Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17. || No me siento más cansado de lo normal.
|| Me canso más fácilmente que antes.
|| Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
|| Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. || Mi apetito no ha disminuido.
|| No tengo tan buen apetito como antes.
|| Ahora tengo mucho menos apetito.
|| He perdido completamente el apetito.

19. || Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
|| He perdido más de 2 kilos y medio.
|| He perdido más de 4 kilos.
|| He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI || NO ||

20. || No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
|| Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
|| Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
|| Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21. || No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
|| Estoy menos interesado por el sexo que antes
|| Estoy mucho menos interesado por el sexo
|| He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL: