

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“Asociación de psicopatología y funcionamiento familiar, en
elementos policiacos del estado de Tabasco”**

**Tesis que para obtener el diploma de la
Especialidad en Psiquiatría**

**Presenta:
Carlos De la cruz Torres**

**Directores:
Dr. José Emmanuel Osorio Rosales
Dr. Jorge Luis Blé Castillo**

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2019



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



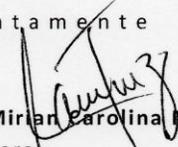
Of. No. 0183/DACS/JAEP
06 de febrero de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Carlos De la Cruz Torres
Especialidad en Psiquiatría
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Luis Adrian Sacramento Rivero, Dr. Abraham Balan Torre, Dra. Edith Martínez Martínez, Dra. Selene Saucedo Osti y el Dr. Eugene Jackson Andro, impresión de la tesis titulada: **"Asociación de psicopatología y funcionamiento familiar, en elementos policiaos del estado de Tabasco"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Psiquiatría, donde fungen como Directores de Tesis el Dr. José Emmanuel Osorio Rosales y el Dr. Jorge Luis Ble Castillo.

Atentamente


Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora



- C.c.p.- Dr. José Emmanuel Osorio rosales.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dr. Jorge Luis Ble Castillo.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dr. Luis Adrian Sacramento Rivero.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Abraham Balan Torre.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dra. Edith Martinez martinez.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Selene Saucedo Osti.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dr. Eugene Jackson Andro - Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:30 horas del día 30 del mes de enero de 2019 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Asociación de psicopatología y funcionamiento familiar, en elementos policiacos del estado de Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

De la Cruz Torres Carlos
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

1	5	1	E	1	3	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Psiquiatría

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. José Emmanuel Osorio Rosales

Dr. Jorge Luis Blé Castillo

Directores de Tesis

Dr. Luis Adrián Sacramento Rivero

Dr. Abraham Balan Torre

Dra. Edith Martínez Martínez

Dra. Selene Saucedo Osti

Dr. Jackson Eugene Andro

C.e.p.- Archivo
DC MCML/MO MACA/lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008
Consortio de
Universidades
Mexicanas
INSTRUMENTO DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulte de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 31 del mes de enero del año 2019, el que suscribe, Carlos De la Cruz Torres, alumno del programa de la Especialidad en Psiquiatría, con número de matrícula 151E13001 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Asociación de psicopatología y funcionamiento familiar, en elementos policiacos del estado de Tabasco"**, bajo la Dirección del Dr. Jorge Luis Blé Castillo y el Dr. José Emmanuel Osorio Rosales, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: carlos_26_87@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Carlos De la Cruz Torres

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

Al “Hacedor Supremo”, mi eterno e infinito agradecimiento por su guía constante y por permitirme concluir un ciclo más en mi vida.

A mi mamá, mi papá y mi pequeña hermana, por su inmenso apoyo y amor durante el camino de la especialidad.

A la Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Tabasco, especialmente al licenciado Jorge Alberto Aguirre Carbajal, Secretario de Seguridad Pública; al licenciado Jaime Abreu Bernat y al maestro José Luis Martínez González, por su valioso apoyo y las facilidades otorgadas para poder llevar a cabo éste estudio.

Al doctor José Emmanuel Osorio Rosales quien, con su experiencia y conocimiento, logró dar estructura a este trabajo. Gracias por su confianza.

A mis compañeros y amigos: Jhovanny Saucedo, Jenny Petit, Cinthia Paola Noriega, Raquel Vidal, Sayde Olivia Ligonio y José Hernández Lunar, por su gran ayuda durante la realización de la tesis. Sin ustedes, esto no hubiera sido posible.

A todos mis compañeros de residencia, los que ya se fueron y los que se quedan. Gracias por soportarme en estos casi 4 años de camino. Siempre serán mis hermanos de guerra.

Finalmente, a todos los pacientes que pusieron su salud mental en mis manos. Ustedes han sido mis más grandes maestros. Espero no haber defraudado su confianza.



DEDICATORIAS

A MI FAMILIA

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	I
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	II
RESUMEN.....	III
ABSTRAC.....	IV
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
3. JUSTIFICACIÓN.....	17
4. OBJETIVOS.....	19
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
6. RESULTADOS.....	24
7. DISCUSIÓN.....	32
8. CONCLUSIONES.....	36
9. RECOMENDACIONES.....	37
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
11. ANEXOS.....	45



TABLAS Y FIGURAS

Figura 1	16 posibles tipos de sistemas maritales y familiares, derivado del Modelo Circumplejo	13
Tabla 1	Características sociodemográficas	24
Tabla 2	Características clínicas de los sujetos	25
Tabla 3	Clasificación del IMC de los sujetos	25
Tabla 4	Confiabilidad interna del instrumento	26
Tabla 5	Distribución de frecuencias de la cohesión y adaptabilidad familiar	26
Tabla 6	Distribución de los sistemas familiares	27
Tabla 7	Distribución de frecuencias de los trastornos psiquiátricos	28
Tabla 8	Prueba de asociación de trastornos psiquiátricos y cohesión	29
Tabla 9	Prueba de asociación de trastornos psiquiátricos y adaptabilidad	29
Tabla 10	Prueba de Kolmogorov-Smirnov	30
Tabla 11	Resultados de la prueba de correlación de Spearman	31



RESUMEN

INTRODUCCION: Una de cada cinco personas en el trabajo puede padecer problemas de salud mental. Hay muchos factores del entorno laboral que pueden afectarla. Los oficiales de policía son un grupo vulnerable para desarrollar psicopatología, y esta a su vez, ocasionar disfunción familiar.

OBJETIVO: Determinar la asociación entre la presencia de psicopatología y disfunción familiar, en oficiales de policía del estado de Tabasco.

MATERIAL Y METODO: El estudio se realizó con 47 participantes, todos policías en activo. Se determinaron medidas antropométricas, recolección de datos sociodemográficos por medio de cuestionario diseñado para el estudio, aplicación de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI DSM-IV) y la Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar (FACES III). Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20, para el análisis de datos.

RESULTADOS: 93.6% de los sujetos encuestados son del sexo masculino. La escolaridad predominante fue la media. El 76.6% padecían de sobrepeso-obesidad. 6.4% de los sujetos poseían riesgo suicida en algún grado y 4.3% calificó para un episodio de hipomanía actual. Predominó la cohesión enredada, con 51.1% y de adaptabilidad, la rígida, con 27.7%. Se encontró una asociación negativa débil entre hipomanía actual con cohesión y adaptabilidad familiar.

CONCLUSION: Se encontró un alto índice de sobrepeso-obesidad entre los elementos policiacos. Así mismo, la existencia de asociación entre hipomanía con disfunción familiar.

Palabras Claves: policías, psicopatología, disfunción familiar



ABSTRACT

INTRODUCTION: One in five people at work may suffer from mental health problems. There are many factors in the work environment that can affect it. Police officers are a vulnerable group to develop psychopathology, and this can lead family dysfunction.

OBJECTIVE: Determine the association between the presence of psychopathology and family dysfunction in police officers in the state of Tabasco.

MATERIAL AND METHOD: The study was conducted with 47 participants, all active police. Anthropometric measurements, sociodemographic data collection by means of questionnaire designed for the study, application of the MINI Neuropsychiatric Interview (MINI DSM-IV) and the Scale of Evaluation of Cohesion and Family Adaptability (FACES III) were determined. The statistical program SPSS version 20 was used to analyze the data.

RESULTS: 93.6% of the subjects surveyed were males. The predominant schooling was the average. 76.6% were overweight-obese. 6.4% of the subjects had suicidal risk to some degree and 4.3% qualified for a current episode of hypomania. Tangled cohesion predominated, with 51.1% and adaptability, the rigid one, with 27.7%. We found a weak negative association between current hypomania with family cohesion and adaptability.

CONCLUSION: A high rate of overweight-obesity among the police elements was found. Likewise, the existence of an association between hypomania and family dysfunction.

Keywords: police, psychopathology, family dysfunction.



GLOSARIO

Adaptabilidad familiar	Capacidad de un sistema marital / familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo.
Cohesión familiar	Vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en dicho sistema.
Funcionamiento familiar	Hace referencia a una dinámica relacional interactiva y sistémica, que se da entre sus miembros y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas de dicho sistema, favoreciendo el mantenimiento de la salud.
Psicopatología	Estudio de las enfermedades o trastornos mentales, así como de su naturaleza y sus causas. También, sinónimo de trastorno mental.



ABREVIATURAS

FACES III	Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar, tercera versión
IMC	Índice de Masa Corporal
MINI DSM IV	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición
OMS	Organización Mundial de la Salud
TDM	Trastorno depresivo mayor
TEPT	Trastorno de estrés postraumático



1. INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES

Una de cada cinco personas en el trabajo puede padecer problemas de salud mental. Frecuentemente, las personas con problemas de salud mental ocultan sus trastornos por temor de la discriminación cuando están buscando trabajo o para protegerlo.

Los problemas de salud mental (psicopatología) impactan directamente el lugar de trabajo a través de aumentos en lo siguiente: 1. Ausentismo (días del trabajo perdidos), 2. Presentismo (productividad reducida), 3. Reclamos de incapacitación, 4. Lesiones / enfermedades, 5. Quejas de personal, 6. Rotación de personal, 7. Consecuencias legales. Los costos globales anuales de problemas de salud mental se estiman en 2.5 billones de dólares americanos y se espera que subirán hasta 6 billones en 2030. La depresión en el trabajo es una causa principal de productividad perdida, ausencia por enfermedad y retiro prematuro (OPS, 2017).

Un entorno de trabajo adverso puede ocasionar problemas físicos y psíquicos, un consumo nocivo de sustancias y de alcohol, absentismo laboral y pérdidas de productividad. La promoción de la salud mental en el lugar de trabajo y el apoyo a las personas que sufren trastornos psiquiátricos hace más probable la reducción del absentismo laboral, el aumento de la productividad y la obtención de beneficios económicos que conllevan estos efectos.

Hay muchos factores del entorno laboral que pueden afectar a la salud mental. En la mayoría de los casos, los riesgos que conllevan se deben a una interacción inadecuada entre el tipo de trabajo, el entorno organizativo y directivo, las aptitudes y



competencias del personal y las facilidades que se ofrecen a este para realizar su trabajo.

Estos son algunos de los riesgos para la salud mental: políticas inadecuadas de seguridad y protección de la salud; prácticas ineficientes de gestión y comunicación; escaso poder de decisión del trabajador o ausencia de control de su área de trabajo; bajo nivel de apoyo a los empleados; horarios de trabajo rígidos; y falta de claridad en las áreas u objetivos organizativos.

Los riesgos también pueden guardar relación con el contenido del trabajo. Por ejemplo, puede que las tareas asignadas a una persona no se adecúen a sus competencias o que la carga de trabajo sea permanentemente elevada. Algunos trabajos, como ocurre con los que desempeñan el personal humanitario y el de primera intervención, acarrear un riesgo más elevado, pueden afectar a la salud mental y causar síntomas de trastornos psiquiátricos o un consumo nocivo de alcohol, drogas o psicofármacos. Además, los riesgos pueden ser superiores en situaciones en las que el equipo no está cohesionado o no se dispone de apoyo social (OMS, 2017).

1.2 SALUD MENTAL EN ELEMENTOS POLICIACOS

Así mismo, los oficiales de policía son un grupo vulnerable para enfermedad mental. Con respecto a ello, podemos describir las siguientes patologías:

1.2.1 TRASTORNOS AFECTIVOS

Las tasas de trastorno de depresión mayor y niveles de síntomas de depresión se reportan como más altas entre los oficiales de policía que entre la población general.



La prevalencia informada de depresión tiene un amplio rango que va desde el 21.6% entre los oficiales de policía de Taiwan, hasta el 65.6% entre los oficiales de la policía australiana (Wickramasinghe y cols., 2016).

1.2.2 TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEL ESPECTRO

Los estudios sobre estrés laboral han demostrado que los agentes de policía están expuestos a eventos estresantes agudos y crónicos en el trabajo, lo que puede resultar en un deterioro del bienestar psicosocial y de la salud física (Acquadro-Maran y cols., 2015).

Diversas investigaciones han encontrado que las tasas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) relacionado con el ambiente laboral policiaco varían entre el 7% y el 19%. El homicidio se asoció significativamente con los síntomas de TEPT, el abuso del alcohol, la ira y los problemas de relación actuales (Komarovskaya y cols., 2011).

1.2.3 TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS

Davey y colaboradores (2000), realizaron una revisión, así como investigación con respecto al tema del consumo de alcohol en elementos de la policía, esto en el país de Australia. Inicialmente encontraron que, aunque la policía no informaba que haya bebido alcohol con frecuencia, sí informa que ha bebido en exceso. Se encontraron con tres estudios; el primero realizado en 1991, con 400 oficiales de la policía, en donde el 28% consumía entre cinco y ocho bebidas estándar al día, y un 12% adicional consumió más de nueve bebidas estándar por día, lo que las puso en alto riesgo de dependencia del alcohol. El segundo estudio, se realizó en 1,066 policías, descubriendo que el 37% de ellos consumían alcohol en niveles que los colocaban en



riesgo de consecuencias perjudiciales. Una última encuesta, con 852 agentes de policía encontró que el 48% de los policías y el 40% de las mujeres policías consumían alcohol en exceso. Estas cifras son más altas que las de la población general de Australia, de acuerdo con las reportadas en años previos a la publicación del estudio (10% de los hombres y el 7% de las mujeres reportan haber consumido alcohol en exceso).

Con respecto al consumo de sustancias, Costa y colaboradores (2010, 2015) realizaron en Brasil dos estudios a unidades de policía militar. El primero de ellos por medio de cuestionario, con respecto al uso de sustancias psicotrópicas (n=221). La frecuencia de uso se dividió en: 1) uso de por vida: tabaco 39.9%, alcohol 87.8%, cannabis 8.1%, cocaína 1.8%, estimulantes 7.2%, solventes 10.0%, sedantes, ansiolíticos, antidepresivos 6.8%, LSD 0.5%, esteroides anabólicos 5.4%; 2) uso en el año anterior: tabaco 15.4%, alcohol 72.9%, estimulantes 6.3%, solventes 0.5%, sedantes, ansiolíticos, antidepresivos 3.7%; 3) uso en los 30 días anteriores: tabaco 14.5%, alcohol 57.5%, estimulantes 5.0%, solventes 0.5%, sedantes, ansiolíticos, antidepresivos 3.7%. El segundo estudio, consistió en la búsqueda de la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas en muestras de orina. Los resultados indicaron la presencia de las siguientes drogas (n=299): anfetaminas (0,33%), cannabinoides (0,67%) y benzodiacepinas (1,34%). Los casos positivos se distribuyeron de la siguiente manera: benzodiacepinas (57.1%); Cannabinoides (28.6%) y anfetaminas (14.3%). El 97,66% mostró resultados negativos.

Otro estudio fue realizado por el Ministerio Interior de Afganistán (Arfsten y cols., 2012), el cual consistió en la detección de drogas en muestras de orina, dirigido a



agentes de la Policía Nacional. De los resultados positivos ($n=100\ 518$), el 9% (9,034) fue para al menos una de las siguientes sustancias: el 80,5% (7,269) para tetrahidrocannabinol, 15,5% (1,399) para opiáceos, el 2,5% (226) para d-metanfetamina, y 1.5% (140) para benzoilecgonina.

1.2.4 SUICIO

Cada año en los EE. UU., dos o tres veces más oficiales mueren por suicidio que los que mueren en el cumplimiento del deber y que en la población general (Miller, 2005). Así mismo, el suicidio es la quinta causa principal de muerte entre los oficiales retirados (Stuart, 2008).

En un estudio realizado en el año 2003, con una $n=3193$ oficiales de policía, se encontró que el 24% de ellos había sentido, en una o más ocasiones, que la vida no valía la pena; el 6.4% había considerado seriamente el suicidio; y el 0,7% había intentado suicidarse (Berg y cols., 2003).

Encrenaz y colaboradores (2016) realizaron un estudio retrospectivo, en el cual analizaron el número de suicidios dentro de los oficiales de policía ($n=49$) durante el año 2008. Se encontró que todos los policías fallecidos sufrían síntomas de salud mental (principalmente depresión). La otra causa principal de suicidio fueron los problemas en la vida matrimonial (70% de los casos).

1.2.5 PSICOSIS

En el año 2018, DeVlyder publicó un estudio en el cual se valoró la existencia de síntomas psicóticos en personal policiaco, esto relacionado al ambiente laboral. El 17,1% de los encuestados ($n=70$) informaron experiencias psicóticas, con una



exposición significativamente mayor al trauma en el lugar de trabajo que aquellos sin experiencias psicóticas (DeVylder, 2018).

1.3 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL MODELO DE OLSON

El funcionamiento familiar hace referencia a una dinámica relacional interactiva y sistémica, que se da entre sus miembros y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas de dicho sistema, mediante las dimensiones de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, participación y adaptabilidad; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud (Sigüenza-Campoverde, 2015; Camacho y cols., 2009).

Los estudios muestran el estrecho vínculo entre las experiencias vividas en la familia y la salud y el desarrollo del individuo. Desde el Modelo Circumplejo de Sistemas familiares y Maritales, creado por Olson, Sprenkle y Russell (1979), se sostiene que la cohesión, la flexibilidad y la comunicación son las tres dimensiones que principalmente definen el constructo funcionamiento familiar. La definición de cohesión familiar utilizada en este modelo tiene dos componentes; el vínculo emocional que sus miembros tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar. En el extremo de la alta cohesión familiar, el enredo, existe una sobreidentificación con la familia que resulta en una unión extrema y una autonomía individual limitada. El extremo bajo, el desenganche, se caracteriza por un bajo vínculo y una alta autonomía de la familia. Se plantea la hipótesis de que un grado equilibrado de cohesión familiar es lo más propicio para el funcionamiento familiar efectivo y el desarrollo individual óptimo. La definición de



adaptabilidad utilizada en el modelo, es la capacidad de un sistema marital / familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de desarrollo. El supuesto es que un sistema adaptativo requiere equilibrar tanto el cambio como la estabilidad. Se plantea la hipótesis de que cuando haya un equilibrio más libre entre el cambio y la estabilidad, habrá un estilo de comunicación mutuamente asertivo; liderazgo igualitario; negociación exitosa; bucles de retroalimentación positiva y negativa; compartir roles y hacer roles; y elaboración de reglas, con pocas reglas implícitas y reglas más explícitas. A la inversa, los sistemas familiares más disfuncionales caerán en cualquiera de los extremos de estas variables. La comunicación familiar es la tercera dimensión del modelo y facilita el movimiento dentro de las otras dos dimensiones.

El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema: extremo, de rango medio o balanceado (Schmidt y cols., 2010).

Olson, y colaboradores establecieron cuatro tipos posibles de familia en función a la variable adaptabilidad y cuatro para la variable cohesión:

Tipos de familia de acuerdo a la variable cohesión

a. Desunida (cohesión muy baja). Caracterizada por la presencia de límites rígidos, constituyéndose cada individuo en un subsistema, tienen poco en común y no comparten tiempo entre sus integrantes.



b. Separada (cohesión baja o moderada). Sus límites externos e internos son semi-abiertos, sus límites generacionales son claros, cada individuo constituye un subsistema, sin embargo, cuando lo requieren pueden tomar decisiones familiares.

c. Conectadas (cohesión moderada a alta). Poseen límites intergeneracionales claros, obteniendo sus miembros espacio para su desarrollo individual, además poseen límites externos semi-abiertos.

d. Enredada (cohesión muy alta). Se caracterizan por poseer límites difusos, por lo que se dificulta identificar con precisión el rol de cada integrante familiar.

Tipos de familia de acuerdo a la variable adaptabilidad

a. Caótica (adaptabilidad alta). Se trata de un tipo de familia caracteriza por la ausencia de liderazgo, cambio de roles, disciplina muy cambiante o ausente.

b. Flexible (adaptabilidad moderada-alta). Se caracteriza por una disciplina democrática, liderazgo y roles compartidos, que pueden variar cuando la familia considere necesario.

c. Estructurada (adaptabilidad moderada-baja). Caracterizada porque a veces los miembros de la familia tienden a compartir el liderazgo o los roles, con cierto grado de disciplina democrática, dándose cambios cuando sus integrantes lo solicitan.

d. Rígida (adaptabilidad muy baja). Con un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina rígida sin opción de cambios (Figura 1).

El cruce de variables de cohesión y adaptabilidad permite estructurar 16 tipos de familias.

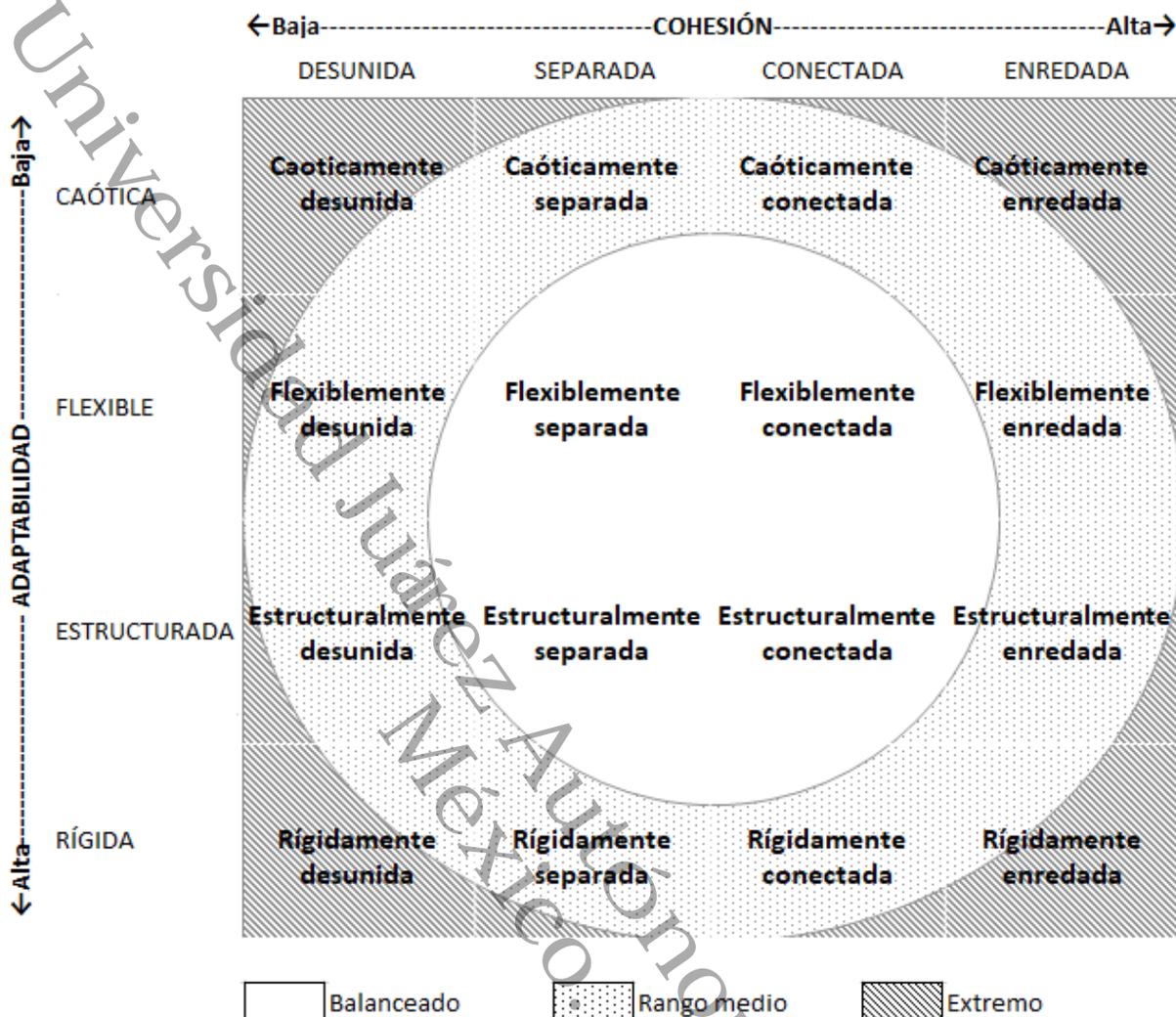


Figura 1. 16 posibles tipos de sistemas maritales y familiares, derivado del Modelo Circumplejo. Adaptado de Olson y cols., 1979.

Aunque es posible empíricamente y conceptualmente que los 16 tipos describan de manera realista algunas parejas y familias, se supone que los cuatro tipos centrales y cuatro tipos extremos son los más comunes. Los otros ocho tipos son menos frecuentes dinámicamente, porque si una pareja o familia es extrema en una dimensión, también tenderán a ser extremas en la otra dimensión.



Los cuatro tipos en el área central reflejan niveles equilibrados tanto de adaptabilidad como de cohesión y se consideran los más funcionales para el desarrollo individual y familiar. Los cuatro tipos extremos reflejan niveles muy altos o bajos de adaptabilidad y cohesión y se consideran más disfuncionales para el desarrollo individual y familiar. El área central, que representa una cohesión y adaptabilidad moderadas, se considera la más funcional e indica un equilibrio en ambas dimensiones.

El modelo es dinámico porque asume que los cambios pueden ocurrir en los tipos de familia a lo largo del tiempo. Las familias son libres de moverse en cualquier dirección que requiera la situación, la etapa del ciclo de la vida familiar o la socialización de los miembros de la misma (Olson y cols., 1979).

1.4 SALUD MENTAL MARITAL Y PARENTAL

En las culturas occidentales, a la edad de 50 años, aproximadamente el 85 por ciento de las personas se han casado al menos una vez; alrededor de un tercio a la mitad de las parejas se separan o se divorcian; aproximadamente la mitad de todos los divorcios ocurren en los primeros 7 años de matrimonio; de las parejas que permanecen casadas, aproximadamente el 20 por ciento experimenta angustia en las relaciones y, en comparación con las parejas angustiadas o separadas, las que mantienen relaciones mutuamente satisfactorias tienen mejor salud física y mental, viven más tiempo, experimentan una mejor prosperidad financiera y participan en mejores prácticas de crianza, y sus niños tienen mejor rendimiento académico y ajuste psicológico. (Carr, 2014).



Sin embargo, en las familias en donde uno o ambos padres posee un trastorno psiquiátrico, estos pueden ser menos capaces de cuidar a sus hijos (Angelini y cols., 2016), teniendo un impacto adverso en el desarrollo infantil y en dominios como el cognitivo, emocional, motor y social (Webb y cols., 2018).

Los problemas de salud mental de los padres representan un factor pronóstico para la aparición de trastornos psiquiátricos en sus hijos durante toda la vida. El riesgo general en los niños de desarrollar cualquier trastorno psiquiátrico es 1.8-2.9 veces mayor si uno de los padres está afectado y 2.2-4.6 veces mayor si ambos padres padecen problemas de salud mental, en comparación con los niños en la población general (Plass-Christl y cols., 2018).

Los trastornos relacionados con sustancias, en particular, son mucho más comunes entre los padres de niños con enfermedades mentales (con una frecuencia de alrededor del 20%) que en la población general (alrededor de 4.5%) (Mattejat y cols., 2008).

Así mismo, la dinámica y el funcionamiento familiar se ven sumamente comprometidos.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como podemos apreciar, la salud mental del personal policiaco se ve comprometido por el ambiente laboral en el que se desenvuelven. Con respecto a esta situación y en nuestro medio, concerniente a la procuración de la seguridad pública, no se cuentan con datos al respecto de los estados de salud mental.

Así mismo, la evidencia científica es clara acerca de la psicopatología presente en padres de familia y su relación con una disfunción familiar importante, así como problemas en la crianza de los hijos.

De la información anteriormente mencionada, se desconoce la asociación entre la psicopatología en los elementos policiacos y su percepción de la dinámica familiar.



3. JUSTIFICACIÓN

Todo problema de salud mental, posee un impacto social, económico y en este caso específico, en el desempeño laboral del mantenimiento de la seguridad pública y el funcionamiento familiar de los trabajadores.

La problemática con respecto a la salud mental en población policial activa es aún desconocida en la región sur del país, específicamente en el estado de Tabasco.

Si bien se tiene información de trastornos psiquiátricos presentes en policías, estos resultados no son extrapolables por completo a nuestro medio. Así mismo, desconocemos las repercusiones que estas entidades psicopatológicas puedan causar en el núcleo familiar.

Los resultados de este trabajo, podrán aportar una visión más amplia sobre la fenomenología de la psicopatología presente en el personal policiaco encargado de la seguridad pública, y de esta manera poder implementar medidas y programas específicos para la prevención y tratamiento de las mismas en nuestra población de estudio.



4. HIPÓTESIS

Los elementos policiacos con psicopatología, presentan una mayor disfunción familiar.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar la asociación entre la presencia de psicopatología y el funcionamiento familiar en un grupo de elementos policiacos, del estado de Tabasco.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Investigar la existencia de psicopatología en elementos policiacos, del estado de Tabasco.
2. Conocer los tipos de funcionamiento familiar en la población de estudio.
3. Determinar la posible asociación entre la existencia de psicopatología y el funcionamiento familiar, en elementos policiacos del estado de Tabasco.



6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo observacional, transversal y de asociación de variables clínicas y sociodemográficas. Esto, previa autorización del Comité de Bioética del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental (HRAESM), Villahermosa. Se procederá a la realización de entrevistas estructuradas, escalas y obtención de datos sociodemográficos, esto dirigido al personal de seguridad pública en activo, pertenecientes al estado de Tabasco.

6.2 Universo

Personal policiaco en activo, pertenecientes a la Secretaría de Seguridad Publica, del estado de Tabasco.

6.3 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión
 - Laborar como elementos de seguridad pública, adscritos al estado de Tabasco.
 - Mayores de edad.
 - Haber firmado el correspondiente consentimiento informado.
- Criterios de exclusión
 - Que no firmen el consentimiento informado.
 - Que no se encuentren en activo.



- Analfabetismo o nivel educativo muy bajo, que dificulte la valoración.

6.4 Instrumentos de recolección de datos

Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica del DSM IV (MINI-DSM IV)

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, por medio de la Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica del DSM IV (MINI-DSM IV), la cual es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10 (episodio depresivo mayor [EDM], episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos [EDM con melancolía], trastorno distímico, riesgo de suicidio, episodio [hipo]maniaco, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo [TOC], estado de estrés postraumático (EEPT), abuso y dependencia de alcohol, trastorno asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas, trastornos psicóticos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno de la personalidad antisocial), para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores del Hôpital de la Salpêtrière, en Paris y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. La MINI se diseñó para generar diagnósticos de la CIE-10, pero también del DSM-IV (Sheehan y cols., 1998). Es una entrevista clínica, disponible en 33 idiomas (validada para México en enero del año 2000, para la investigación y la práctica clínica), estructurada en formato y algoritmos, modular por categorías diagnósticas, con una duración de entre 15 y 20 minutos, fiable y fácil de usar tras un breve curso de formación. Dentro de nuestro estudio, se descartó el episodio



depresivo mayor con síntomas melancólicos, ya que no poseían relevancia para el mismo.

Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar III (FACES III)

Es la 3^o versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar las principales dimensiones del Modelo Circumplejo: la cohesión y la flexibilidad familiar.

Se encuentra constituida por 20 ítems, destinados a valorar el nivel de cohesión (10 ítems) y adaptabilidad (10 ítems) de la familia de acuerdo a la percepción del sujeto.

El puntaje de cohesión familiar, corresponde a la suma de todos los ítems impares y para el puntaje de adaptabilidad familiar, corresponde a la suma de todos los ítems pares. Los resultados serán los siguientes para cohesión: desunida (10-34), separada (35-40), conectada (41-45), enredada (46-50). Para adaptabilidad, los valores serán: rígida (10-19), estructurada (20-24), flexible (25-28) y caótica (29-50). Actualmente, se cuenta con una versión validada para población mexicana (Ponce Rosas y cols., 2002).

Finalmente, se recolectaron datos sociodemográficos por medio de cuestionario, generado específicamente para este estudio. Se utilizó una báscula y estadímetro para la determinación de peso y talla de los participantes.

6.5 Análisis de datos

Se realizó una base de datos con los resultados de la MINI-DSM IV y la escala FACES III, en el programa Microsoft Office, Excel 2016.



Para las variables sociodemográficas, se obtuvieron resultados por medio de estadística descriptiva. Se usaron medidas de tendencia central para variables cuantitativas y para las variables cualitativas, distribución de frecuencias.

Prueba de X^2 de Pearson para determinar asociación entre los trastornos psiquiátricos y las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de la distribución de las variables. Posteriormente, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman para determinar la relación de las variables principales (trastornos psiquiátricos y funcionamiento familiar).

Se introdujo la base de datos en software SPSS versión 20 para Windows para su análisis estadístico por medio de las pruebas antes descritas.

6.6 Consideraciones éticas

El estudio se realizó siguiendo las normativas éticas establecidas por el comité de bioética del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental Villahermosa, de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.

Así mismo, el estudio se apegó a la declaración de Helsinki de 1964, que establece las normas éticas para la investigación. Durante su proceso, se respetó la autonomía de los sujetos, así como su integridad física, psíquica y social. Se obtuvo el consentimiento pleno y explícito por parte de los participantes, por medio de una carta de consentimiento informado.



7. RESULTADOS

Características de los Participantes

La muestra estuvo conformada por 47 sujetos, de los cuales 93.6% pertenece al sexo masculino, 63.8% concluyeron la secundaria, 91.5% viven con una pareja (ya sea casados o en unión libre). De los participantes, 61.7% declararon profesar la religión católica (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Característica	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	44	93.6
Femenino	3	6.4
Escolaridad		
Primaria	1	2.1
Secundaria	30	63.8
Bachillerato	11	23.4
Técnico Superior Universitario	4	8.5
Otro	1	2.1
Estado Civil		
Soltero	2	4.3
Casado	29	61.7
Unión Libre	14	29.8
Divorciado	1	2.1
Viudo	1	2.1
Religión		
Católico	29	61.7
Evangélico	9	19.1
Presbiteriano	2	4.3
Ninguna	5	10.6
Otro	1	2.1

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 47



Se encontró que la edad media de los participantes fue de 51.53 años (edades entre 28 y 74 años de edad). La media de peso del personal fue de 84.06 kg, talla de 163 cm e índice de masa corporal de 31.6 (Tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de los sujetos

Variable	\bar{X}	DE	Mdn	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad	51.53	9.10	52	28	74
Peso	84.06	13.26	81	56	110
Talla	163.00	0.70	164	139	180
IMC	31.36	4.15	30	22.90	43.30

Nota: \bar{X} = Media, DE = Desviación Estándar, Mdn = Mediana, IMC = Índice de Masa Corporal, $n = 47$

De igual manera, al categorizar el peso de los encuestados de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), encontramos que el 44.7% (21) poseen sobrepeso, de acuerdo a los grados propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y 31.9% (15) se encuentran con obesidad grado I (Tabla 3).

Tabla 3. Clasificación del IMC de los sujetos

	f	%
Peso normal (18.5-24.9)	1	2.1
Sobrepeso (25-29.9)	21	44.7
Obesidad grado I (30.0-34.9)	15	31.9
Obesidad grado II (35.0-39.9)	9	19.1
Obesidad grado III (≥ 40.0)	1	2.1
Total	47	100

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, $n = 47$



Confiabilidad Interna de los Instrumentos

Los coeficientes de confiabilidad (Alpha de Cronbach) del instrumento se reporta en la Tabla 4. Los índices obtenidos se consideran aceptables. Estos resultados son congruentes con los reportados en estudios previos y consistentes con los obtenidos en este estudio.

Tabla 4. Confiabilidad interna del instrumento

Instrumento	Reactivos	Coficiente
FACES III	1-20	.78

Nota: n = 47

Distribución de la cohesión y adaptabilidad familiar

En la dimensión de cohesión, el 51.1% (24) de los encuestados reportan una familia enredada, seguido por 27.7% (13) de familias conectadas. En la dimensión de adaptabilidad, se encontró que el 27.7% (13) de los sujetos, describen a su familiar con una adaptabilidad rígida y el 25.5% (12), la describen como estructurada (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de frecuencias de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar

Dimensión	f	%
Cohesión		
Desunida	7	14.9
Separada	3	6.4
Conectada	13	27.7
Enredada	24	51.1
Adaptabilidad		
Rígida	13	27.7
Estructurada	12	25.5
Flexible	11	23.4
Caótica	11	23.4

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 47



Subtipos de familias

Al analizar las 16 dimensiones resultantes de los subgrupos de cohesión y adaptabilidad, se encontró que el 19.1% (9) de las familias pertenecen al tipo caóticamente enredada, seguido por las familias de tipo flexiblemente enredada con 17% (8) y rígidamente desunida y estructuralmente conectada con un 10.6% (5) de la población del estudio (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de los sistemas familiares

		← Bajo ----- Cohesión ----- Alto →				Total	
		Desunida	Separada	Conectada	Enredada		
Adaptabilidad	Alto →	Caótica	Caóticamente desunida - -%	Caóticamente separada - -%	Caóticamente conectada 2 4.3%	Caóticamente enredada 9 19.1%	11 23.4%
		Flexible	Flexiblemente desunida - -%	Flexiblemente separada - -%	Flexiblemente conectada 3 6.4%	Flexiblemente enredada 8 17.0%	11 23.4%
		Estructurada	Estructuralmente desunida 2 4.3%	Estructuralmente separada 1 2.1%	Estructuralmente conectada 5 10.6%	Estructuralmente enredada 4 8.5%	12 25.5%
	Bajo ←	Rígida	Rígidamente desunida 5 10.6%	Rígidamente separada 2 4.3%	Rígidamente conectada 3 6.4%	Rígidamente enredada 3 6.4%	13 27.7%
	Total	7 14.9%	3 6.4%	13 27.7%	24 51.1%	47 100%	

El trastorno psiquiátrico de mayor predominio en la población fue el riesgo de suicidio, con un 6.4% (3) (2.1% representó riesgo de suicidio alto [1]), seguido del episodio depresivo mayor (EDM) y la hipomanía actual, ambos con un 4.3% (2) (Tabla 7).



Tabla 7. Distribución de frecuencias de los Trastornos Psiquiátricos

Trastorno	<i>f</i>	%
EDM	2	4.3
Riesgo de Suicidio Leve	2	4.3
Riesgo de Suicidio Alto	1	2.1
Hipomanía Actual	2	4.3
Angustia con Agorafobia	1	2.1
Angustia sin Agorafobia	1	2.1
TOC	1	2.1
EEPT	1	2.1
Alcohol Dependencia	1	2.1
Alcohol Abuso	1	2.1
TAG	1	2.1

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 47

Se decidió agrupar dentro de la misma categoría, al riesgo suicida (leve y alto), esto ya que ambos representan un mismo grado clínico, así como para facilitar el estudio estadístico. Para analizar la asociación de los trastornos psiquiátricos con las dimensiones de la dinámica familiar, se utilizó la prueba X^2 , en donde se observó que únicamente la hipomanía actual, está asociada a cohesión ($p=.008$). No se encontró asociación alguna de otro trastorno psiquiátrico ni con cohesión ni con adaptabilidad (Tablas 8 y 9).



Tabla 8. Prueba de asociación de trastornos psiquiátricos y cohesión

Trastornos	Cohesión			
	<i>f</i>	%	χ^2	<i>p</i>
EDM	2	4.3	2.44	.486
Riesgo de suicidio	3	6.4	1.80	.937
Hipomanía Actual	2	4.3	11.93	.008
Angustia sin agorafobia	1	2.1	2.67	.445
Angustia con agorafobia	1	2.1	.979	.806
TOC	1	2.1	.979	.806
EEPT	1	2.1	.979	.806
Alcohol Dependencia	1	2.1	.979	.806
Alcohol Abuso	1	2.1	.979	.806
TAG	1	2.1	.979	.806

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = prueba de Chi cuadrada, *p* = significancia estadística (<0.05), *n* = 47

Tabla 9. Prueba de asociación de trastornos psiquiátricos y adaptabilidad

Trastornos	Adaptabilidad			
	<i>f</i>	%	χ^2	<i>p</i>
EDM	2	4.3	5.46	.141
Riesgo de suicidio	3	6.4	4.96	.549
Hipomanía Actual	2	4.3	5.46	.141
Angustia sin agorafobia	1	2.1	3.34	.342
Angustia con agorafobia	1	2.1	2.67	.445
TOC	1	2.1	2.98	.395
EEPT	1	2.1	2.67	.445
Alcohol Dependencia	1	2.1	3.34	.342
Alcohol Abuso	1	2.1	3.34	.342
TAG	1	2.1	3.34	.342

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, χ^2 = prueba de Chi cuadrada, *p* = significancia estadística (<0.05), *n* = 47



Se determinó el tipo de distribución de la población por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (Tabla 10), la que indica que solo dos variables tienen una distribución normal, por lo que se decidió la prueba de correlación de Spearman.

Tabla 10. Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Variable	\bar{X}	DE	Mdn	Valor mínimo	Valor Máximo	D	p
EDM	.04	.204	.00	0	2	.540	.000
Riesgo de suicidio	.11	.247	.00	0	3	.524	.000
Hipomanía actual	.04	.477	.00	0	2	.540	.000
Angustia sin agorafobia	.02	.146	.00	0	1	.537	.000
Angustia con agorafobia	.02	.146	.00	0	1	.537	.000
TOC	.02	.146	.00	0	1	.537	.000
EEPT	.02	.146	.00	0	1	.537	.000
Alcohol dependencia	.02	.146	.00	0	1	.537	.000
Alcohol abuso	.02	.146	.00	0	1	.537	.000
TAG	.02	.146	.00	0	1	.537	.000
Cohesión	39.3	6.33	41	25	49	.117	.113
Adaptabilidad	28.2	5.7	28	16	38	.082	.200

$p = >.05$ para que la distribución sea normal

Al realizar la prueba de correlación de Spearman, únicamente se encontró relación negativa significativa débil, entre hipomanía actual y cohesión ($r_s = -.315$, $p = .031$), así como con adaptabilidad ($r_s = -.292$, $p = .046$) (Tabla 11).



Tabla 11. Resultados de la prueba de correlación de Spearman

Trastorno	Cohesión		Adaptabilidad	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
EDM	-.144	.334	-.253	.086
Riesgo de suicidio	.013	.932	.048	.748
Hipomanía actual	-.315	.031	-.292	.046
Angustia sin agorafobia	-.136	.361	.065	.662
Angustia con agorafobia	.011	.942	-.142	.342
TOC	.044	.771	-.098	.512
EEPT	.011	.942	-.142	.342
Alcohol dependencia	.082	.585	.065	.662
Alcohol abuso	.082	.585	.065	.662
TAG	.147	.324	.158	.289

Nota: *r* = relación, *p* = significancia estadística (<0.05)



8. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se trabajó con una muestra en la que destaca que el sexo masculino fue el predominante, situación que se replica a lo largo de los artículos consultados. Esto puede estar relacionado al empleo de fuerza física y el tipo de ambiente laboral en el que se desempeña el policía generalmente.

Así mismo, más de la mitad de los encuestados, poseen únicamente la educación media, y tan solo el 23.4% el nivel medio superior. Esto puede entenderse debido a que, las normativas de ingreso a la fuerza policiaca han variado a través de los años (Reclutamiento y Selección de Personal Aspirante a Policía Estatal Preventivo, 2019).

La heterogeneidad de la población estudiada (edades entre 28 a 74 años), puede corresponder a que la edad de jubilación actualmente es mayor, lo que ocasiona que el número de empleados por arriba de 60 años se incremente.

Dentro del grupo de estudio, existe un alto grado de sobrepeso-obesidad, llegando a un total, en su conjunto, del 76.6% de todos los sujetos. Este porcentaje es exactamente igual al reportado en la población general mexicana durante el año 2016 (ENSANUT, 2016) y ligeramente incrementado con respecto al referido para la población tabasqueña en el año 2012, el cual fue de 76.2% (ENSANUT, 2012). Cabe destacar que no se detectó bulimia ni anorexia durante la realización de las entrevistas, sin embargo, dentro de la literatura internacional, se menciona el problema del sobrepeso en elementos policiacos. Tal es el ejemplo de estudios realizados por Hartley y colaboradores (2011) y de Can y Hendy (2014). El primero de ellos reportó que el 40.5% de los policías estadounidenses son obesos, lo cual es una



tasa de prevalencia superior al promedio de dicha nación. El segundo estudio reportó una prevalencia de 41.9%. Ambas cifras, son por mucho, más bajas que las encontradas en nuestros resultados e incluso, dentro de la población mexicana en general.

La obesidad, pero también el aumento de peso en sí, se asocian con mayor mortalidad y comorbilidades, como hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, evento vascular cerebral, cálculos biliares, artrosis, apnea del sueño, ciertos tipos de cáncer e infertilidad (Wilborn y cols., 2005). Las personas con una enfermedad mental tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de obesidad, y se ha documentado que el riesgo de enfermedad mental en personas con esta condición, oscila entre 30-70%. La obesidad se ha asociado con una serie de trastornos psiquiátricos, que incluyen a los trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos de personalidad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno por atracón, trauma emocional y esquizofrenia, así como de ser un efecto secundario de muchos de los medicamentos utilizados para tratar enfermedades mentales (Avila y cols., 2015). Por lo tanto, podemos afirmar que nuestro grupo de estudio posee un factor de riesgo crucial para enfermedades crónico-degenerativas y mentales.

El riesgo de suicidio fue la psicopatología más reportada, con 6.4%, cifra similar al estudio realizado por Berg y colaboradores (2003). Dentro del mismo grupo, un participante (2.1%), presentó riesgo suicida alto. La similitud de los resultados, puede hacer alusión a factores predisponentes y perpetuadores exclusivos de este grupo de estudio, tales como la exposición constante a eventos estresantes (homicidios,



intervención en actos de violencia entre otros), problemas maritales y/o familiares, ambiente laboral hostil, lapsos de trabajo de 24 horas y descanso poco reparador. Todos ellos tienen el potencial de desencadenar trastornos psiquiátricos y concluir en el intento suicida o el suicidio consumado. Con respecto al episodio depresivo mayor, únicamente encontramos una presencia de 4.3%, muy por debajo de lo reportado por Wickramasinghe y colaboradores (2016), que fue del 10.6%. Llama la atención, que se encontraron 2 participantes (4.3%) que cumplieron criterios para un episodio hipomaniaco actual, situación que no ha sido reportada en la literatura, ya que los artículos existentes, con respecto a la salud mental del personal policiaco, se enfocan principalmente en síntomas o diagnósticos del rubro de la ansiedad, estrés y depresión, más no del espectro bipolar. Cabe mencionar, que algunos de los síntomas de la hipomanía (estado de ánimo anormalmente elevado o expansivo, aumento de la energía, disminución de la necesidad de dormir, aumento de la autoestima, incremento en la velocidad del pensamiento) pueden interpretarse para los sujetos del estudio, como favorecedores en el desempeño laboral, por lo que debemos de tener en mente que existe la posibilidad que estos dos participantes que cumplieron los criterios para un episodio del incremento del estado del ánimo, pudieran ser facticios y no corresponder a un trastorno psiquiátrico puro.

Dentro del funcionamiento familiar, la cohesión de tipo enredada fue la predominante, con poco más del 50 por ciento. En adaptabilidad, se encontraron resultados muy semejantes entre ellos, siendo la de tipo rígida y estructurada las de mayor reporte. Sin embargo, si seguimos el modelo de Olson (y de acuerdo a la tabla 6), tenemos que el 80.9% de los sujetos poseen una familia entre los rangos medios y extremos,



lo que hace suponer que este grupo tiene un grado importante de disfunción en la capacidad de sus integrantes con respecto a la unión entre ellos, con límites poco claros, ausencia de liderazgo y reglas cambiantes, situación que puede generar en cualquiera de sus integrantes, la aparición de psicopatología.

Con respecto a la asociación de los trastornos psiquiátricos encontrados en la población de estudio y el funcionamiento familiar, la hipomanía actual posee asociación tanto con cohesión como con adaptabilidad, esto de manera significativamente negativa y de fuerza débil; situación que se puede interpretar como la vulnerabilidad de que las familias de rango extremo, al ser más caóticas sus relaciones, pueda aumentar la existencia de hipomanía en sus integrantes.

Dentro de las limitaciones que presentó este estudio, tenemos que el tamaño de la muestra fue limitado como para poder realizar un análisis estadístico más fiable. Esta situación fue secundaria al hecho de que el abordaje de este tipo de población no es de fácil acceso, esto principalmente por el tipo de trabajo que desempeñan.

De igual manera, se esperaba que la población presentara un mayor índice de psicopatología que al reportado en el presente trabajo, pues en investigaciones previas se ha mostrado un alto porcentaje de estas manifestaciones. Podríamos entonces inferir un tipo de subregistro. Esto podemos relacionarlo a múltiples causas, tales como el estigma social que representan aún los trastornos mentales en nuestro medio, temor a consecuencias desfavorables en el ámbito laboral al padecer una psicopatología y un estado de negación del padecimiento por parte del individuo.



9. CONCLUSIONES

El resguardo de la seguridad de la ciudadanía posee riesgos laborales muy particulares, tales como la salud física, mental y el impacto que todas estas pueden ocasionar en la familia.

En nuestro estudio encontramos que 76.6% de la población de estudio, padecen sobrepeso-obesidad y están en riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas y mentales.

Los participantes del estudio poseen mayores y diferentes factores para riesgo suicida, que la población en general, principalmente el trabajo que desempeñan por se.

80.9% de los sujetos poseen cierto grado de disfunción familiar, los cuales pueden contribuir a la génesis de psicopatología. Con respecto a la asociación de ésta última y el funcionamiento familiar, se determinó la existencia de asociación débil, significativamente negativa entre la hipomanía con la cohesión y la adaptabilidad.

Finalmente, podemos especular un subregistro de síntomas por parte del personal encuestado, esto derivado de múltiples factores, tales como el estigma social y temor de consecuencias laborales desfavorables.



10. RECOMENDACIONES

Con base en los datos encontrados en el presente estudio, se hace evidente la necesidad de complementar el trabajo de las fuerzas policiales de nuestra entidad, con ejercicio y seguimiento cercano de su estado nutricional, metabólico y de la misma relevancia, de salud mental.

Creemos pertinente el incremento en el número de participantes en estudios futuros, sentando como antecedente el actual. La importancia de ello estriba en la necesidad de conocer de manera más amplia la salud mental del cuerpo policiaco y de esta forma, atender sus necesidades de manera óptima.

De lo anterior, es importante proporcionar apoyo y seguimiento psicoterapéutico al personal policiaco, ante todos los factores previamente descritos, ya que representan un grupo de riesgo para la aparición de psicopatología.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acquadro-Maran, D., Varetto, A., Zedda, M., y Ieraci, V. (2015). Occupational stress, anxiety and coping strategies in police officers. *Occupational Medicine*, 65(6), 466–473. doi:10.1093/occmed/kqv060

Angelini, V., Klijs, B., Smidt, N., Mierau, J.O. (2016). Associations between Childhood Parental Mental Health Difficulties and Depressive Symptoms in Late Adulthood: The Influence of Life-Course Socioeconomic, Health and Lifestyle Factors. *PLOS ONE* 11(12): e0167703. doi:10.1371/journal.pone.0167703

Arfsten, D.P., Moralez, J., Chester, L., Mohamad, M.P., y Weber, T.H. (2012). Drug Use Among the Afghanistan National Police: A National Assessment. *Military medicine*. 177. 85-90. doi:10.7205/MILMED-D-11-00086.

Avila, C., Holloway, A. C., Hahn, M. K., Morrison, K. M., Restivo, M., Anglin, R., y Taylor, V. H. (2015). An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Current Obesity Reports*, 4(3), 303–310. doi:10.1007/s13679-015-0164-9

Berg, A. M., Hem, E., Lau, B., Loeb, M., y Ekeberg, Ø. (2003). Suicidal Ideation and Attempts in Norwegian Police. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33: 302-312. doi:10.1521/suli.33.3.302.23215



Camacho, P., León, C., y Silva, I. (2009). Funcionamiento Familiar según el Modelo Circumplejo de Olson en adolescentes. *Rev. enferm. herediana*; 2(2):80-85.

Recuperado de:

http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista2_2/olson_2_2_5

Can, S. H., y Hendy, H. M. (2014). Behavioral variables associated with obesity in police officers. *Industrial health*, 52(3), 240-7.

Carr, A. (2014), Evidence base for systemic therapy with adults. *J. Fam. Ther.*, 36: 158-194. doi:10.1111/1467-6427.12033

Costa, S.H.N., Cunha, L.C., Yonamine, M., Pucci, L.L., Oliveira, F.G., Souza, C.G., Mesquita, G.A., Vieira, A.P.T., Vinhal, L.B., Dalastra, J., y Leles, C.R. (2010). Survey on the use of psychotropic drugs by twelve military police units in the municipalities of Goiânia and Aparecida de Goiânia, state of Goiás, Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32(4), 389-395. Epub August 13, 2010. doi:10.1590/S1516-44462010005000023

Costa, S.H.N., Yonamine, M., Ramos, A.L.M., Oliveira, F.G., Rodrigues, C.R., y Cunha, L.C. (2015). Prevalence of psychotropic drug use in military police units. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1843-1849. doi:10.1590/1413-81232015206.00942014



Davey, J.D., Obst, P.L., Sheehan, M.C. (2000). Work demographics and officers' perceptions of the work environment which add to the prediction of at risk alcohol consumption within an Australian police sample. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, (23)1, 69-81. doi:10.1108/13639510010314625

DeVylder, J.E. (2018). Psychotic experiences among police officers working in high-stress situations. *Schizophr. Res.*, 197, 613-614. doi:10.1016/j.schres.2018.02.022

Encrenaz, G., Miras, A., Contrand, B., Séguin, M., Moulki, M., Queinec, R., Lagarde, E. (2016). Suicide dans la Police nationale française: trajectoires de vie et facteurs associés. *L'Encéphale*, 42(4), 304–313. doi:10.1016/j.encep.2015.08.004

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) Tabasco. (2012). Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/informes/Tabasco-OCT.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). (2016). Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

Hartley, T. A., Burchfiel, C. M., Fekedulegn, D., Andrew, M. E., Knox, S. S., y Violanti, J. M. (2011). Associations between police officer stress and the metabolic syndrome. *International journal of emergency mental health*, 13(4), 243-56.



Komarovskaya, I., Maguen, S., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Madan, A., Brown, A. D., Marmar, C. R. (2011). The impact of killing and injuring others on mental health symptoms among police officers. *Journal of Psychiatric Research*, 45(10), 1332–1336. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.05.004

Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., y Sanz, M. (2006). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), 317-338. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760207>

Mattejat, F., y Renschmidt, H. (2008). The children of mentally ill parents. *Deutsches Arzteblatt international*, 105(23), 413-8. doi: 10.3238/arztebl.2008.0413

Miller, L. (2005). Police officer suicide: Causes, prevention, and practical intervention strategies. *International journal of emergency mental health*. 7. 101-14.

Olson, D. H. (1986). Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. *Family Process*, 25: 337-351. doi:10.1111/j.1545-5300.1986.00337.x

Olson, D. H., Sprenkle, D. H. y Russell, C. S. (1979). Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications. *Family Process*, 18: 3-28. doi:10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x



Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). Día Mundial de la Salud Mental 2017: Salud mental en el trabajo. Washington, D.C., E.U. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/Salud-mental-DMSM-2017-PPT-Spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Salud mental en el lugar de trabajo. Washington, D.C., E.U. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

Plass-Christl, A., Otto, C., Klasen, F., Wiegand-Grefe, S., Barkmann, C., Hölling, H., Schulte-Markwort, M., y Ravens-Sieberer, U. (2018). Trajectories of mental health problems in children of parents with mental health problems: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27: 867. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1084-x>

Ponce-Rosas, E.R., Gómez-Clavelina, F.J., Terán-Trillo, M., Irigoyen-Coria, A.E. y Landgrave-Ibáñez, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria*, 30(10): 624-630. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-constructo-del-cuestionario-faces-13041205>

Reclutamiento y Selección de Personal Aspirante a Policía Estatal Preventivo. (2019). Gobierno del Estado de Tabasco. Villahermosa, Tabasco, México. Recuperado de:



<https://tabasco.gob.mx/tramite/reclutamiento-y-seleccion-de-personal-aspirante-policia-estatal-preventivo>

Schmidt, V., Barreyro, J., y Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 3 (2), 30-36. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271019811003>

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl 20), 22-33.

Sigüenza-Campoverde, W. (2015). Funcionamiento familiar según el modelo circuplejo de Olson (tesis de maestría). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

Stuart, H. (2008). Suicidality among police. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(5), 505–509. doi:10.1097/ycp.0b013e328305e4c1

Swatt, M.L., Gibson, C.L., y Piquero, N.L. (2007). Exploring the utility of general strain theory in explaining problematic alcohol consumption by police officers. *Journal of Criminal Justice*. 35(6), 596-611. doi:10.1016/j.jcrimjus.2007.09.005.



Webb, R., Ayers, S., y Rosan, C. (2018). A systematic review of measures of mental health and emotional wellbeing in parents of children aged 0–5. *Journal of Affective Disorders*, 225, 608–617. doi:10.1016/j.jad.2017.08.063

Wickramasinghe, N. D., Wijesinghe, P. R., Dharmaratne, S. D., y Agampodi, S. B. (2016). The prevalence and associated factors of depression in policing: a cross sectional study in Sri Lanka. *SpringerPlus*, 5(1), 1776. doi:10.1186/s40064-016-3474-9

Wilborn, C., Beckham, J., Campbell, B., Harvey, T., Galbreath, M., La Bounty, P., Nassar, E., Wisman, J., Kreider, R. (2005). Obesity: prevalence, theories, medical consequences, management, and research directions. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 2(2), 4-31. doi:10.1186/1550-2783-2-2-4



12. ANEXOS

Consentimiento Informado para Participantes de Estudio

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de este estudio con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente estudio es conducido por los doctores José Emmanuel Osorio Rosales y Carlos de la Cruz Torres, de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. La meta de este estudio es: conocer el estado de salud mental general de los elementos en operativo de la Secretaría de Seguridad Pública, y su percepción del funcionamiento familiar.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al médico o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en este proyecto, conducido por los doctores antes mencionados. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es: conocer el estado de salud mental general de los elementos en operativo de la Secretaría de Seguridad Pública, y su percepción del funcionamiento familiar.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Acepto

Fecha

Folio: _____



Datos sociodemográficos

Instrucciones: Por favor, encierre la opción que señale su situación personal.

Folio: _____

Edad		Años					
Sexo		Masc		Fem			
Escolaridad (concluida)	Primaria	Secundaria	Bachillerato	Técnico superior universitario	Otro		
Estado civil	Soltero	Casado	Unión libre	Separado	Divorciado	Viudo	
Religión	Católico	Evangélico	Adventista	Mormón	Testigo de Jehová	Luz del Mundo	Otro
Vive en pareja actualmente		Si		No			
Peso							
Talla							



MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janays, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa

Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar (FACES III)

Instrucciones: A continuación, usted deberá seleccionar una de las opciones que se le presentarán a continuación. Deberá marcar con una **X** la opción que más se acerque a su respuesta.

Nº	Pregunta	Casi Nunca o Nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					



17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					
	Total					

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.