

CALIDAD DE VIDA Y RIESGO SUICIDA EN LOS AGENTES DE SEGURIDAD PENITENCIARIA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIONAL SIERRA CENTRO NORTE DE LATACUNGA, ECUADOR

YADIRA PONCE SÁNCHEZ

Universidad Técnica de Ambato

yeps12102004@yahoo.es

RODRIGO ANDRADE ALBÁN

Universidad Técnica de Ambato

jr.andrade@uta.edu.ec

MIGUEL GUZMÁN HALLO

Universidad Técnica de Ambato

byronmguzman@uta.edu.ec

Recibido: 04/07/2017

Aprobado: 25/08/2017

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo relacionar la calidad de vida y el riesgo suicida en los Agentes de Seguridad Penitenciaria (ASP) del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga. La población estuvo compuesta por 156 agentes de los cuales se trabajó con una muestra de 62 sujetos, 31 mujeres y 31 hombres, quienes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El primer test utilizado fue el "Cuestionario de Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q)" el cual toma en cuenta 8 aspectos del funcionamiento de la vida cotidiana. Además se utilizó la "Escala de riesgo suicida de Plutchik", la cual mide los niveles de riesgo suicida. Se comprobó que en la calidad de vida se encuentran dificultades con el estado de ánimo, presencia de malestares físicos, falta de motivación y tiempo para mantener relaciones sociales, así como para realizar actividades de recreación o descanso; por otro lado en riesgo suicida se destacan alteraciones del sueño y del estado de ánimo, pensamientos suicidas y en casos más graves intentos suicidas. En esta línea el suicidio representa un grave problema de salud pública, que tiene su repercusión en las personas allegadas al objeto de estudio, los agentes de seguridad, afectando en su aspecto biopsicosocial; por ello es de gran importancia adoptar medidas de prevención y desarrollo de estrategias para disminuir la conducta suicida en la población investigada.

Palabras clave: calidad de vida, riesgo suicida, seguridad penitenciaria, centro de rehabilitación.

QUALITY OF LIFE AND SUICIDAL RISK IN PENITENTIARY SECURITY AGENTS OF THE REGIONAL SOCIAL REHABILITATION CENTER SIERRA NORTE OF LATACUNGA, ECUADOR

Abstract

The objective of the present investigation was to relate the quality of life and the suicidal risk in the Penitentiary Security Agents (PSA) of the Regional Social Rehabilitation Center Sierra Norte of Latacunga. The population consisted of 156 agents, with a sample of 62 subjects, 31 women and 31 men, whom carried out with the criterion of inclusion and exclusion. The first test used was the "Quality of Life Questionnaire: Satisfaction and Pleasure (Q-LES-Q)" which takes into account 8 aspects of the functioning of daily life. In addition, the "Plutchik suicide risk scale" was used, which measures levels of suicide risk. It was found that in the quality of life there are difficulties with the mood, physical discomforts, lack of motivation and time to maintain social relations, as well as to carry out recreation or rest activities; on the other hand, at risk of suicide, alterations of sleep and mood, suicidal thoughts and in more serious cases suicide attempts are highlighted. In this line, suicide represents a serious public health problem, which has its repercussion on people close to the object of study, the security agents, affecting their biopsychosocial aspect; for that reason, it's very important to adopt preventive measures and develop strategies to reduce suicidal behavior in the researched population.

Key words: quality of life, suicide risk, penitentiary security, rehabilitation center.

Introducción al problema

La investigación en este campo es relativamente nueva pues es a partir de la década de los 80 cuando se empieza a poner énfasis en estudiar la calidad de vida, no solo desde el punto de vista económico y social, por ello la realización de la presente investigación es importante porque permitió tener un referente acerca de la calidad de vida y además del probable riesgo suicida de los Agentes de Seguridad Penitenciaria (ASP) del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga, lo cual tiene gran trascendencia para la sociedad, debido a que existen muy pocas investigaciones en este tipo de población, la cual además es una profesión considerada de alto riesgo, debido a la gran demanda en el cumplimiento de sus funciones, lo que puede llegar a deteriorar de manera precoz el bienestar biopsicosocial de quienes se encuentran trabajando en estas instalaciones.

Tomamos como referencia estudios realizados sobre calidad de vida en diferentes profesionales como en el caso de la investigación realizada en hospitales y universidades mercantilizados en Barcelona, concluyendo que las nuevas exigencias laborales para brindar un servicio efectivo, oportuno y de calidad conlleva hacia nuevos factores de riesgo psicosociales, los cuales modifican la perspectiva sobre la calidad de vida laboral debido a la restructuración de paradigmas ético profesionales, demandas de la institución, entre otros (Blanch, 2014). Así mismo en otro estudio realizado en Salamanca, obtuvieron como resultado que la percepción de la calidad de vida guarda correspondencia con el equilibrio de las demandas del trabajo y la manera de manejar el estrés (Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez, 2013). Además se encontró una investigación en funcionarios penitenciarios de Chile, concluyendo

que existe una relación positiva y significativa entre la satisfacción laboral, el bienestar psicológico y apoyo organizacional percibido (Bravo y Jiménez, 2011). Por otro lado en una investigación sobre riesgo suicida relacionado con depresión en reclusos de una cárcel en Colombia, se encontró que el 75% de los internos presentan un riesgo suicida entre moderado y alto, y un 56% padece de síntomas depresivos graves a moderados, siendo así un resultado significativo de riesgo para esta población (Medina, Cardona y Arcila, 2011).

En cuanto al contexto se encontró que el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2015) presenta sus resultados acerca de la Encuesta Condiciones de Vida (ECV) realizada durante el periodo 2013-2014 en el cual el nivel de vida o bienestar de la población, en donde el estado del techo, pared y piso de las viviendas, falta de servicios básicos se encuentra con un 35,08%; respecto a la cobertura del seguro de salud se ha incrementado al 41,4%, en educación se ha aumentado la asistencia bruta y neta en un 95,2%; en cuanto al bienestar psicosocial se encuentra con un 89,99% en crecimiento hacia una buena calidad de vida.

En América Latina alrededor de 65.000 muertes al año son a causa del suicidio, el Caribe no-Hispano y América del Norte tienen las tasas de suicidio más elevadas con el 7,37% y el 10,7% respectivamente. La mayoría de los suicidios en la región se producen en personas de 25-44 años (36,8%) y 45-59 años (25,6%), el número reportado de muertes por suicidio en Latino América y en el Caribe han aumentado desde 1990-2009 (OPS y OMS, 2014).

El término calidad de vida fue usado por primera vez por Jhon Kenethun, un economista de la década de los cincuenta, para referirse al cuidado personal, mental,

emocional y el respeto de los derechos humanos de un individuo. Esta premisa engloba el interés por preservar de manera adecuada la vida social, la salud mental y el estado físico del ser humano, cabe mencionar que la preocupación por la calidad de vida nació a mediados de los años ochenta cuando las enfermedades catastróficas incrementaban los índices de mortalidad a nivel mundial y cuando los servicios de salud carecían de eficiencia, por ello se puede asegurar que el mayor avance de la humanidad en la actualidad es velar por la calidad de vida de cada individuo en el planeta (Vinaccia y Quinceno, 2010).

En la década de los 80 se realizaron un sinnúmero de investigaciones dirigidas a determinar la influencia de la sociedad sobre la calidad de vida, y hasta la actualidad no se le ha dado la importancia debida a pesar de que es un término multidimensional pues se evalúa el bienestar en todas las dimensiones de la vida íntima del sujeto, además se enmarca en determinar cuáles son las condiciones vitales del sujeto y como éste se siente enriquecido y satisfecho con las mismas, con esta premisa se podría insertar dentro de los programas de salud un parámetro destinado no solo a evaluar el estado físico de la persona sino también su estatus económico y condición de vida (Schalock, 1997).

De acuerdo a la OMS (2009), la calidad de vida en el ser humano se presenta cuando este ha encontrado estabilidad psíquica, física, emocional y social, no se la evalúa solo en presencia de la enfermedad, cabe mencionar que el pilar fundamental de la salud mental radica en el bienestar global del ser humano, pues, encaminan al sujeto a desarrollar sus habilidades y a potencializarlas, lo cual conllevará a que su trabajo sea productivo y eficaz realizando de esta manera una contribución enriquecedora para su entorno.

Las Naciones Unidas, Comisión Europea y la Oficina Estadística Europea (2009) proponen un enfoque multidimensional para la medición del progreso social y ampliar el marco de indicadores de desarrollo económico y social basándose en nueve apartados:

1. Condiciones materiales de vida: incluye situación económica de las personas, condiciones de la vivienda y capacidad de hacer frente a gastos económicos imprevistos.
2. Trabajo: abarca el trabajo remunerado como una actividad que consume la mayor parte del tiempo disponible de la persona. Los aspectos positivos los cuales favorecen a la calidad de vida son la posibilidad de mejorar las condiciones de económicas y materiales, así como la socialización e integración personal como profesional, por otro lado puede sufrir un deterioro en caso de falta de empleo o condiciones laborales de baja calidad (horarios, remuneración, etc.).
3. Salud: toma en cuenta la esperanza de vida, el estado de salud, limitaciones en la actividad diaria relacionada con problemas de salud, el acceso a cuidados sanitarios, hábitos de vida (alcohol, drogas, ejercicio), autovaloraciones del propio estado de salud.
4. Educación: se considera como una aspiración básica de la persona por la necesidad de aprender e indirectamente influye en aumentar su bienestar y calidad de vida, pues a mayores niveles de educación mayor posibilidad de incrementar su salario o encontrar un mejor empleo además permite una mejor adaptación a las necesidades laborales o sociales.
5. Ocio y relaciones sociales: el tiempo destinado a la realización de actividades no laborales pro-

porciona una sensación subjetiva de bienestar, felicidad y satisfacción con la vida; las relaciones sociales va asociado a un mejor estado de salud así como poder conformar nuevas redes de apoyo para el sujeto, involucra la satisfacción con el tiempo disponible y con las relaciones personales.

6. Seguridad física y personal: hace referencia a la percepción de la persona con respecto a la delincuencia, vandalismo, suicidios, homicidios, desastres naturales ente otros en la zona o zonas cercas a las que frecuenta.
7. Gobernanza y derechos básicos: se refiere a la protección y respeto de los derechos básicos por parte de las autoridades competentes a través de las instituciones y servicios públicos, los cuales deben beneficiar a todos los ciudadanos. Además incluye la posibilidad de las personas para participar en actividades políticas, deportivas, etc.
8. Entorno y medio ambiente: se relaciona con la calidad de vida, ya que, las condiciones medio ambientales afectan directa o indirectamente a la salud y bienestar de las personas a corto o largo plazo. Aquí se incluye la satisfacción con zonas verdes y áreas recreativas así como la satisfacción global con el entorno.
9. Experiencia general de la vida: esta dimensión evalúa el bienestar subjetivo de los sujetos integrando las diferentes experiencias, prioridades, oportunidades y valoraciones que las personas hacen de su propia vida, incluye la información subjetiva sobre el sentido y propósito de su vida, emociones positivas, etc.

Calidad de vida y bienestar social, hace referencia a la satisfacción de las necesidades individuales que se

pueden compartir y de aquellas necesidades pluripersonales, las cuales mediante investigaciones permitan medir objetivamente los fenómenos observables para su comparación así como la detección de desigualdades sociales (Moix, 1980).

Calidad de vida y bienestar psicológico se refiere a la relación que existe entre el bienestar global con la propia vida y el bienestar con ámbitos como la familia, el trabajo, salud, tiempo libre, estudio, etc. (Evans, 1994).

Riesgo suicida, es la probabilidad que tiene un sujeto para intentar acabar con su vida, esto puede ser valorado por diversos factores psicológicos, epidemiológicos, antecedentes personales y familiares relacionados con suicidio (Martín, 1990).

La palabra “suicidio” describe perfectamente un sinnúmero de conductas ya que una persona en medio de dificultades económicas, emocionales, psíquicas, laborales o sociales puede pensar, intentar o lo más trágico cometer suicidio, por este motivo se califica como “suicida” a toda persona que haya intentado acabar con su vida o intenta en la actualidad hacerlo, y es importante tomar en cuenta pues en muchos de los casos los llamados “intentos auto líticos” son actos desesperados por llamar la atención de los demás para pedir ayuda (Shneidman, 1973).

En el riesgo suicida es importante realizar un estudio exhaustivo del sujeto que asiste a consulta con el objetivo de determinar su estado mental y de esta manera encaminarlo hacia un estado de bienestar libre de ideas destructivas que puedan atentar contra su vida, por este motivo es importante la primera entrevista psicológica pues el profesional de la salud deberá actuar con eficacia para indagar sobre la historia vital del sujeto y sus posibles factores de riesgo, sobre todo si existen an-

tededentes de intentos auto líticos o de enfermedades mentales (Gómez, 2008).

Entre los factores de riesgo sociodemográficos más importantes tenemos:

Género: se menciona que la población con mayor incidencia o riesgo de suicidio son los hombres, debido incluso al uso de métodos más letales que las mujeres, pero cabe mencionar que en la mayoría de países en los cuales se ha realizado estudios acerca del suicidio el género femenino tiene mayor probabilidad de perpetrar un intento de suicidio, las estadísticas sugieren que las dificultades emocionales en la actualidad dominan a la humanidad (Callanan, 2011).

Edad: las crisis vitales toman un papel central mientras el sujeto atraviesa cada fase del desarrollo evolutivo, por esta razón se menciona que en los varones los suicidios son más comunes en edades de entre 40 y 55 años de edad. Además la incidencia del suicidio en los jóvenes es más elevada de la que se presenta en los adultos mayores debido a la influencia de la sociedad y a la marea emocional que se presenta durante la adolescencia (Kaplan, 2004).

Se menciona que la edad aproximada de suicidio se presenta durante la crisis de la mediana edad y generalmente en hombres entre 42 y 50 años. De acuerdo a varios estudios se sabe que cuando el hombre llega a los 65 años de edad aumentan las posibilidades de un suicidio consumado debido a factores emocionales enmarcados en la depresión, además se conoce que los intentos auto líticos tienen mayor incidencia en mujeres adultas jóvenes en edades entre 15 y 24 años, de esta manera se establece que el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial.

Estado civil: una persona que refiere estabilidad emocional y toma como fuente de energía su primera red

de apoyo como es la familia tiene menos riesgo suicida que las personas divorciadas o quienes nunca han tomado la decisión de casarse (Roskaret *al.* 2011).

Lugar de residencia: se menciona que el suicidio puede presentarse en todos los estratos sociales, pero es dentro de las zonas urbanas donde existe un índice muy elevado de este factor debido a la dificultad de las personas para acceder a los servicios de salud; además la falta de control policial permite que las armas de fuego sean un instrumento común utilizado a diario (Harris, 2011).

Nivel socioeconómico: en la actualidad la economía juega un papel fundamental en la población suicida pues las elevadas tasas de desempleo y el nivel cultural encaminan al individuo hacia un abismo del que solo podrá salir tomando una decisión fatal (Harris, 2011).

Trastornos psiquiátricos: mediante estudios ejecutados en países desarrollados se conoce que alrededor del 90% de la población que han consumado su suicidio han referido enfermedades de tipo psiquiátrico (Cavanagh, 2003).

Trastornos anímicos: la depresión está considerada como el factor principal que conlleva al ser humano hacia el suicidio y son las estadísticas las cuales sugieren que el 30% de las personas antes del suicidio tuvieron un diagnóstico de depresión entre leve o grave (Cavanagh, 2003).

Abuso de sustancias: los cambios de humor, sentimientos de desesperanza, de minusvalía, de inseguridad, de culpa, la ausencia de relaciones interpersonales y el aislamiento que provoca el síndrome de abstinencia encaminan al sujeto la decisión de terminar con su vida (Conner, 2004).

Con base en lo anterior, en el presente artículo se plantean los siguientes objetivos: Relacionar la calidad de

vida y la influencia en el riesgo suicida de los agentes de seguridad penitenciaria del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga, así como también evaluar la calidad de vida de los agentes de seguridad penitenciaria, para poder determinar los niveles de riesgo suicida en los agentes de seguridad penitenciaria.

Importancia del problema

La importancia del presente trabajo investigativo, radica en determinar la relación directa que existe entre la calidad de vida y el riesgo suicida en los ASP del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte del cantón Latacunga. Además se constata a través de la aplicación de las dos escalas o pruebas psicométricas que en la calidad de vida se encuentran dificultades con el estado de ánimo, presencia de malestares físicos, falta de motivación y tiempo para mantener relaciones sociales, de igual forma afecta en las actividades de la vida diaria, en la recreación, en el descanso, etc. Por otro lado en riesgo suicida se destacan alteraciones en su aspecto psicofisiológico, variación de su estado de ánimo, pensamientos intencionales suicidas y conductas descriptivas. En tal virtud es necesario desarrollar una propuesta de sensibilización, prevención e intervención que incentive al individuo a desarrollar nuevas herramientas y factores de protección que den sentido a sus vidas en medio de una sociedad en plena época de incertidumbres existencial y sobresaturación tecnológica.

Metodología

La presente investigación es de tipo correlacional, descriptiva y documental bibliográfica, con un enfoque cualitativo-cuantitativo, de diseño no experimental con un corte transversal; por cuanto se apoya de la estadística para poder realizar la cuantificación de los datos de las personas que fueron objeto de la investigación,

lo cual permitió buscar las causas y explicar los hechos que se estudian, para vislumbrar una propuesta alternativa de solución al problema. Para la información científica se sustenta en la investigación bibliografía documental, la misma que nos permite detectar, ampliar y profundizar diferentes enfoques, teorías, conceptualizaciones y criterios de diversos autores sobre el tema.

Para el desarrollo investigativo se apoyó en la modalidad de campo, considerando que el estudio sistemático se lo realiza en el lugar que se producen los hechos relacionados a los aspectos de la calidad de vida y el riesgo suicida en los ASP; es decir, se acudió al lugar en que se producen los acontecimientos, para tomar contacto en forma directa con la realidad del centro de rehabilitación, y de esta manera aplicar los test psicológicos a los agentes de seguridad, con el fin de obtener información que corrobore con los objetivos de la investigación.

La población de este estudio está compuesta por 156 agentes de seguridad penitenciaria, del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión que incluyen firma del consentimiento informado, edad, responsabilidad familiar, lugar de procedencia, nivel de instrucción académica, jornada laboral, proceso de ingreso y tiempo de trabajo en la institución.

Se empleó el tipo de muestreo no probabilístico intencional, es decir, se seleccionaron bajo los criterios de inclusión y exclusión por tanto se trabajó con 62 agentes de los cuales 31 pertenecen al género masculino y 31 al género femenino.

Se realizó una investigación correlacional con el afán de interrelacionar las variables de la hipótesis, que es la calidad de vida y el riesgo suicida en los ASP del Centro de Rehabilitación Social en mención.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, se aplica-

ron dos reactivos psicométricos con alto nivel de validez y confiabilidad, con el objeto de medir cada una de las variables:

Para calidad de vida entendida por Levy y Anderson (1980) como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo; de felicidad, satisfacción y recompensa cuyos componentes incluyen aspectos de salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda entre otros. Se aplicó el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) elaborado por Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal en 1993 con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción y el placer experimentado por las personas en 8 distintas áreas del funcionamiento de la vida cotidiana como son: estado de salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades del hogar, tareas de curso/ clase, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales distribuidas en 93 ítems con preguntas de contestación en escala tipo Likert de cinco valores de 0 (nunca) a 4 (siempre), dando resultados de calidad de vida alta, media alta, media, media baja y baja, este instrumento cuenta con una fiabilidad de 0.94 (Basarán, Bobes, Bousoño, García y Sáiz, 2006).

Por otro lado el riesgo suicida para Martínez (s/f) es la probabilidad que tiene un sujeto para intentar acabar con su vida, esto puede ser valorado por diversos factores psicológicos, epidemiológicos, antecedentes personales y familiares relacionados con suicidio. Para evaluar esta variable se utilizó la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS) creada por el autor del mismo nombre en 1989, su adaptación española fue realizada por Rubio y colaboradores en 1998, evalúa el riesgo suicida en leve, moderado y alto, permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas, consta de 15 preguntas de contestación dicotómica de si o no; posee una

fiabilidad de 0.90 (Basarán, Bobes, Bousoño, García y Sáiz, 2006).

Para el proceso análisis estadístico se utilizó la Prueba Chi-cuadrado mediante el uso del Programa Estadístico SPSS con un nivel de confianza del 95% o 0,05.

Resultados

Tabla N° 1. Calidad de vida

	Frecuencia	Porcentaje
Alta	0	0
Medio alta	0	0
Media	1	1,6
Medio baja	12	19,4
Baja	49	79,0
Total	62	100

Fuente: Autor (2017)

Análisis: Los resultados obtenidos en el cuestionario de calidad de vida: satisfacción y placer Q-LES-Q muestran que de los 62 agentes participantes el 1,6% correspondiente a 1 persona consideran tener una calidad de vida media, el 19,4% o 12 sujetos la catalogan como medio baja, el 79% o 49 personas como baja mientras que el 0% lo percibe como alta o medio alta para cada caso respectivamente.

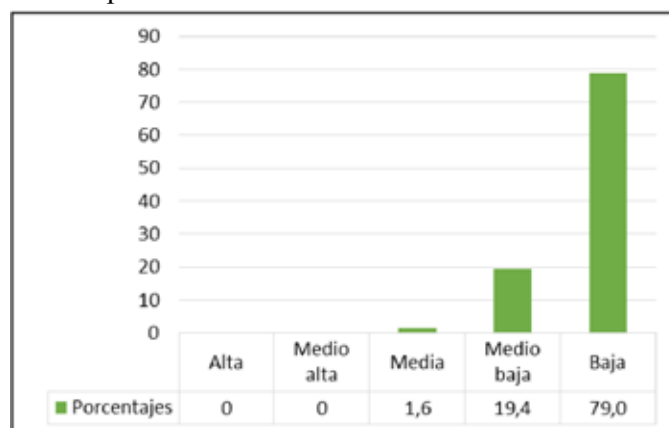


Gráfico N° 1. Calidad de vida

Fuente: Autor (2017)

Interpretación: El 79% de los agentes que participaron en la investigación consideran a su calidad de vida como baja, lo cual puede relacionarse con las exigen-

cias emocionales, físicas y sociales a las que se ven expuestos de manera cotidiana sea en su vida profesional, familiar o social como la toma de decisiones, desarrollo de actividades de ocio o recreación individual o grupal, situación económica, estado de salud física, entre otros.

Tabla N° 2. Riesgo suicida

	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo leve	55	88,7
Riesgo moderado	6	9,7
Riesgo alto	1	1,6
Total	62	100,0

Fuente: Autor (2017)

Análisis: Al aplicar la escala de riesgo suicida de Plutchik a los 62 ASP participantes de la investigación se encontró un riesgo leve representado por el 88,7% equivalente al 55 personas, un riesgo moderado del 9,7% correspondiente a 6 sujetos y un riesgo alto del 1,6% representado por 1 personas.

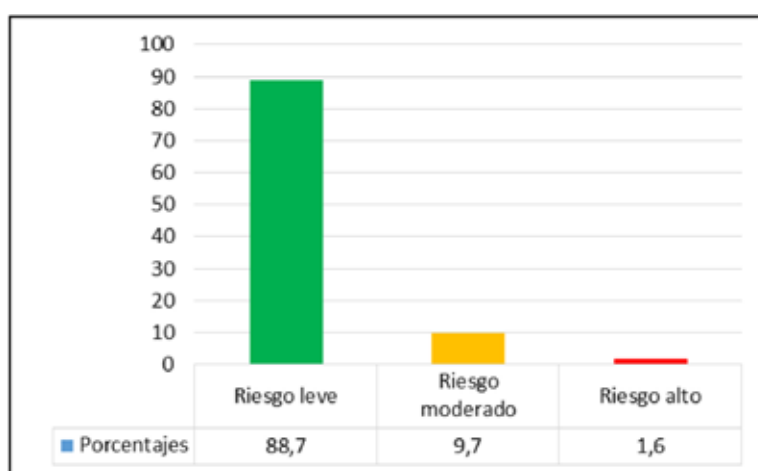


Gráfico N° 2. Riesgo suicida

Fuente: Autor (2017)

Interpretación: El riesgo leve del 88,7% en los agentes está relacionado principalmente con alteraciones de sueño, cambios de humor; el riesgo moderado 9,7% está dado por antecedentes familiares de suicidio y de sentimientos negativos, mientras el 1,6% del riesgo alto se encontró pensamientos e intentos suicidas.

Tabla N° 3. Prueba de Chi-cuadrado de Calidad de vida y riesgo suicida

	Valor	gl	Significación exacta (bilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	78,123 ^a	18	,004	
Razón de verosimilitud	23,701	18	,010	
Prueba exacta de Fisher	34,238		,008	
Asociación lineal por lineal	18,440 ^b	1	,000	,000
N de casos válidos	62			

a. 27 casillas (90.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .02.

b. El estadístico estandarizado es -4.294.

Fuente: Autor (2017)

Interpretación: Al realizar el análisis de los datos aplicando la prueba del Chi-cuadrado mediante el programa estadístico SPSS se encontró que $[\chi^2(18)=78.123, p < 0.05, N=62]$ arroja una significación exacta bilateral de 0,004; encontrando que $0,004 < 0,05$, por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación o H1, pues muestra la dependencia de las variables calidad de vida y riesgo suicida, por lo tanto se concluye que sí existe relación entre las mismas.

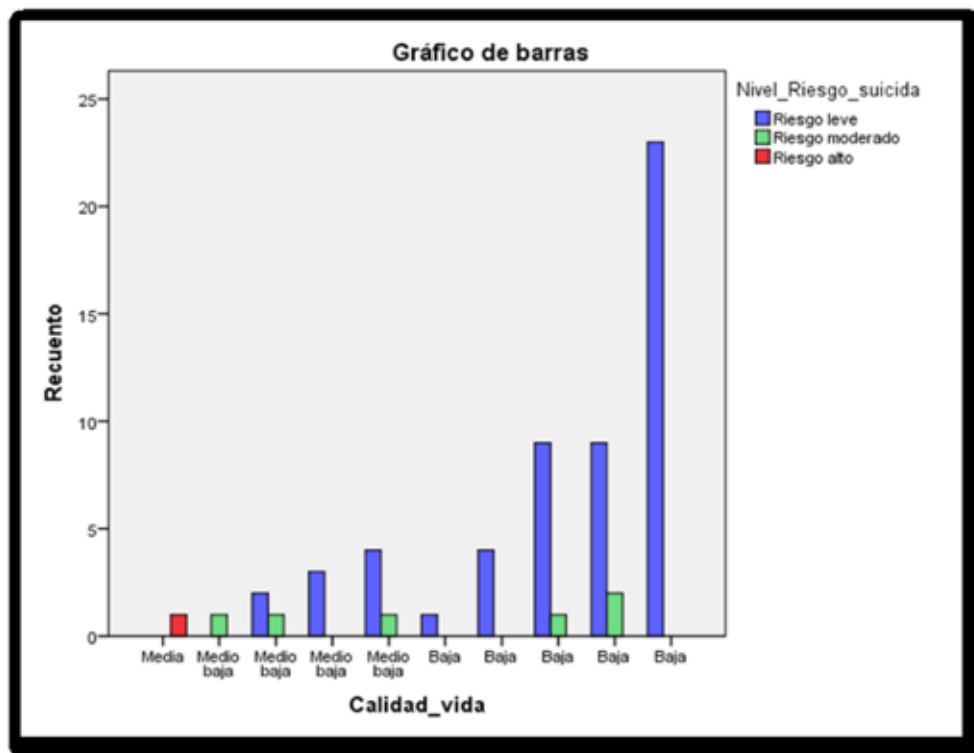


Gráfico N° 3. Relación entre la calidad de vida y riesgo suicida

Fuente: Autor (2017)

Interpretación: El gráfico muestra la frecuencia en base a la calidad de vida y riesgo suicida de los 62 Agentes de Seguridad Penitenciaria que participaron en la investigación.

Discusión

La calidad de vida de los ASP en esta investigación es considerada como baja tomando en consideración las exigencias sociales, laborales o familiares a los que se encuentran sometidos los agentes. Este hecho guarda relación con la investigación de Blanch (2014) pues, concluye que estas exigencias especialmente la laboral, conlleva a nuevos factores de riesgo psicosociales los cuales modifican la calidad de vida de las personas; así también Flores *et al.* (2013) manifiesta que una percepción positiva en calidad de vida, depende del equilibrio de las demandas generadas por el entorno del sujeto. Por otro lado, el riesgo suicida encontrado en esta población se mantiene en un riesgo leve a pesar de poseer antecedentes personales o familiares de suicido. Además prevalecen alteraciones de sueño y cambios de humor, manifestándose menos signos y síntomas en comparación al estudio realizado por Medina *et al.* (2011) sobre riesgo suicida, donde se encontró un riesgo suicida entre

moderado y alto con prevalencia de síntomas depresivos graves a moderados en la población estudiada (reclusos-personas privadas de libertad).

Según lo antes mencionado, se puede decir que la calidad de vida sin importar la población estudiada, tendrá una relación unidireccional, es decir, una percepción positiva dará resultados positivos o viceversa; por otro lado, el riesgo suicida, no solo dependerá de los antecedentes personales o familiares de la persona, sino también de los factores de riesgo psicosociales presentes en el entorno del sujeto, por lo tanto existe relación entre la calidad de vida y el riesgo suicida.

La presente investigación cuenta con valor teórico e implicaciones prácticas ya que dio a conocer los problemas o dificultades presentes en mayor medida en los agentes y los cuales se relacionan con su salud mental, así como con el cumplimiento de sus funciones, además los resultados obtenidos pueden ser utilizados en futuras investigaciones, además dentro de la utilidad metodológica se encuentra la posibilidad de crear instrumentos de evaluación psicológica acordes a la realidad o las funciones que desempeñan los agentes, los mismos que podrán ser aplicados y modificados de acuerdo a las necesidades de cada CRS del país, así mismo permitirá estudiar más minuciosamente a esta población e ir generando nuevas propuestas de trabajo para la misma sea dentro de esta institución, de otros CRS del país o en otras instituciones que se encuentren relacionadas con el Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos.

Al ser el CRS un ambiente laboral de alto riesgo debido a las exigencias psicológicas, físicas y sociales que requiere del personal, en este caso los Agentes de Seguridad Penitenciaria, puede facilitar la aparición de enfermedades o trastornos mentales en los mismos, por

lo cual tomando en consideración los resultados obtenidos en cuanto a la percepción de su calidad de vida y del nivel de riesgo suicida encontrados en la población, es necesario como profesionales en salud mental se enfoque la intervención psicológica en atención primaria de salud (APS).

Conclusiones

Se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa, es decir, la calidad de vida de los agentes de seguridad penitenciaria tomando en cuenta los aspectos: estado de salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades de la casa, tareas de curso o clase, tiempo libre, relaciones sociales y actividades se relacionan con el riesgo suicida presente en esta población.

En cuanto a la calidad de vida se encontró una percepción negativa por parte de los agentes pues la consideran como baja (79%), en relación al trabajo requiere tomar decisiones difíciles, disfrutar o tener motivación para realizar sus funciones además de ser una actividad laboral considerada de alto riesgo; el estado de ánimo se toma en cuenta el interés de cuidar su aspecto físico, sentirse relajado o a gusto con su vida; las relaciones sociales incluye realizar actividades de descanso u ocio con amigos o familiares, sentir empatía, mantener relaciones saludables y estables con otros, lo cual se relaciona con las demandas tanto emocionales, físicas y sociales que requiere este trabajo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en relación al riesgo suicida, se obtuvo que el 88,7% de los agentes tienen un riesgo leve, en el cual predominan alteraciones del sueño y cambios constantes del estado de ánimo; mientras el 9,7% presenta un riesgo moderado donde se encuentra además consumo de medicamentos sin prescripción médica, además pérdida de interés de relacionarse con los demás así como antecedentes fa-

miliares de suicidio y el 1,6% un alto riesgo suicida, es decir pasaron de pensamientos suicidas a realizar intentos suicidas.

Al ser la actividad laboral parte de la calidad de vida y a la vez relacionarse con el riesgo suicida, es prioritario la habilitación de un espacio psicoterapéutico con atención enfocada a los agentes de seguridad penitenciaria que permita a los mismos trabajar las dificultades las cuales se les pueda estar presentando en cualquiera de los aspectos relacionados a su salud mental.

Es fundamental que a través de las autoridades de la institución se trabaje conjuntamente con el área de psicología para implementar actividades de recreación y socialización entre los trabajadores de este lugar para poder mejorar ciertos aspectos como el estado de ánimo, actividades sociales, uso del tiempo libre, entre otras.

Finalmente es urgente implementar la habilitación de una ficha psicológica para cada uno de los agentes, así como seguimientos profilácticos trimestrales o mensuales de acuerdo a la necesidad de la institución y del personal que labora en estas instalaciones, para de esta manera poder prevenir el aumento del riesgo suicida así como la aparición o desarrollo de trastornos mentales.

Agradecimiento

Agradecemos a la Universidad Técnica de Ambato, a la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias de la Salud y a los Agentes de Seguridad Penitenciaria que participaron en la presente investigación.

Referencias

Bascarán, M., Bobes, J., Bousoño, M., García, M. y Sáiz, P. (2006). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 4ta edición*. Barcelona, España: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L.

Blanch, J. (2014). *Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados*. Papeles del Psicólogo, 35 (1), 40-47. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2320.pdf>

Bravo y Jiménez. (2011). *Bienestar psicológico, apoyo organizacional percibido y satisfacción laboral en funcionarios penitenciarios de Chile*. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 13 (3), 34-42. Recuperada de http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v13n3/04_original3.pdf

Callanan, M. (2012). *Diferencias de género en los métodos suicidas*. Soc. PsychiatryPsychiatrEpidemiol.

Cavanagh. (2003). *Estudios de autopsia psicológica del suicidio: una revisión sistemática*. Psychological Medicine, 33, 395-405.

Conner, K. (2004) *Factores predisponentes y precipitantes del suicidio entre alcoholicos: revisión empírica y conceptual*. Alcohol Clinical Experimental Research, 28, 6-17.

Evans, D. (1994). *Enhancing quality of life in the population at large*. Social IndicatorsResearch, 33, 1-3, 9-46.

Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Vega, V. y Pérez, M. (2013). *Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios*. Pensando Psicología, 9(16), 7-21. Recuperado de <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/613/578>

Gómez A. (2008). *Conducta Suicida*. Apuntes para Docencia, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile.

Harris, L. (2011). *Auto-daño deliberado en las zonas rurales y urbanas: un estudio comparativo*. Ciencia Social, 73 (2), 274-281.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). *Informe de Resultados ECV 2013- 2014*. UNICEF. Recuperado de <https://www.unicef.org/ecuador/150411-ResultadosECV.pdf>

Kaplan, H., Sadock, B. (2004). *Sinopsis de Psiquiatría, 9ª edición*. Barcelona, España: WaverlyHispanica SA, Barcelona.

Levy y Anderson. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.

Martín, H (1990). *Epidemiología de la Vejez*. México. Editorial Interamericana

Medina, O., Cardona, D.V. y Arcila, S.C. (2011). *Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia)*. Revista de Investigaciones Andina, 13 (23), 268-280. Recuperado de <http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/IA/article/view/265/284>

Moix, M. (1980). *El bienestar social: ¿mito o realidad?*. Madrid: Almena.

Naciones Unidas, Comisión Europea y la Oficina Estadística Europea. (2009). *Indicadores de Calidad de Vida*. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou¶m1=PYSDetalleGratis¶m2=1259944627273¶m4=Mostrar

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Documentos básicos 47ª edición*. Ginebra.

OPS y OMS. (2014). *MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS, INFORME REGIONAL*. Index.php. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27709&lang=es

Roskar, S., Podlessek, A., Kuzmanic, M., Demsar, L. O., Zaletel, M., & Marusic, A. (2011). *Riesgo de suicidio y su relación con el cambio en el estado civil*. Crisis, 32 (1), 24-3

Schalock, R. (1997). *The quality of children's lives*. Illinois. Editorial Charles C.

Shneidman, E. (1973). *Notas de suicidio reconsideradas*. Psiquiatria, 36, 379-395.

Vinaccia, S., Quinceno, J. (2010). *Calidad de vida relacionada con la salud*. REV COLOMB CANCEROL. 14 (4), 187-188. Recuperado de <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiyuvPMmp7TAhWM6SYKHcsZD-MkQFggghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fen-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-pdf-S0123901510700810-S300&usq=AFQjCNGbTbffcNCisRZsJpx2YGNVliueYng&sig2=vGHAnTtVbgQFofP1fA98TQ-&bvm=bv.152180690,d.eWE>

Bibliografía Recomendada

Aguirre, D.C., Cataño, J.J., Cañon, S.C., Marín, D.F., Rodríguez, J.T., Rosero, L.A.,... Vélez, J. (2014). *Riesgo suicida y factores asociados a adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia)*, 2013. Revista de la Facultad de Medicina, 63 (3), 419-429. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a09.pdf>

Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona- España. Editorial Paidós Ceballos, F., Chávez, A., Leenaars, A. y Padilla, G. (2016). Suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015. *Revista Criminalidad*, 58 (3), 01-118. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v58n3/v58n3a09.pdf>

Contreras, F., Espinosa, J.C., Hernández, F. y Acosta, N. (2013). *Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un Centro Oncológico de Bogotá (Colombia)*. Psicología desde el Caribe, 30 (3), 569-590. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a07.pdf>

Cotopaxi en los primeros cinco meses del 2013, registra 21 suicidios. (2013). *La Gaceta*. Recuperado de https://issuu.com/lagaceta1967/docs/11sep013_gaceta/8

Durkeim, A. (1897). *Psicología social aplicada*. Bilbao. Editorial Desclee de Brouwer.

Galaz, Yamazaki, Ruiz, U. y S.C. (2016). *Lanzamiento del Índice de Progreso Social 2016, Paquete de información*. Deloitte. Recuperado de <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/about-deloitte/Indice-Prgreso-Social-2016.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). *Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones 2014*. Ecuador en cifras. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf

Larrotta, R., Luzardo, M., Rangel, K. y Vargas, S. (2014). *Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia*. Revista Criminalidad, 56 (1), 83-95. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>

Marchiori, H. (1998). *El Suicidio enfoque criminológico*. México: Porrúa.

Mardomingo, C. (1994). *Psicopatología del niño y el adolescente*. En: Suicidio e intento de suicidio. Ediciones Driz de Sotos.

Ministerio de Salud de Chile. (2000). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago de Chile, Chile.

MSP. (2016). *Principales causas de mortalidad general*. Salud. gob.ec. Recuperado de <https://public.tableau.com/profile/publish/defuncionesgenerales2014/Menu#!/publish-confirm>

OMS. (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. WHO. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (1969). *Prevención del suicidio*. Geneva.

Peccei, A. (1976). *La calidad humana*. Milano: Arnoldo Mondadori. Madrid, España: Taurus.

Pokorny, A. (1983). *Predicción de suicidio en pacientes psiquiátricos*. Archivo General de Psiquiatria, 40 (3), 249-257. doi:10.1001/archpsyc.1983.01790030019002

Sarró, B., De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Psiquiatria y Salud. Serie Salud 2000. Ediciones Martínez Roca, S.A.

Seligman, M. (2005). *La auténtica felicidad*. Barcelona- España. Editorial Byblos.

SPI. (2016). *Cuáles son los países con más alta calidad de vida en el mundo*. Infobae. Recuperado de <http://www.infobae.com/america/mundo/2016/08/02/cuales-son-los-paises-con-mas-alta-calidad-de-vida-en-el-mundo/>

Ryff, C. (1989). *The structure of psychological well-being revisited*. USA. Editorial Paidós.

Shneidman, E. (1988). *Some reflections of a founder: Suicide Life-Threatening Behavior*, 18, 1-12.

Universidad Técnica de Ambato. (2016). *CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD*.

Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

World Health Organization. (1995). *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Social science and medicine, 41, 1403-1409.

Zaracho, E. y Yanho, C. (2011). *CORRELACIÓN DE CALIDAD DE VIDA-SATISFACCIÓN Y NIVELES DE BURN OUT EN CAJEROS DE SUPERMERCADOS DE ASUNCIÓN*. Revista Científica Eureka, 8 (1), 19-34. Recuperado de <http://pepsic.bv-salud.org/pdf/eureka/v8n1/a04.pdf>