



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“CALIDAD DE VIDA Y RIESGO SUICIDA EN LOS AGENTES DE SEGURIDAD
PENITENCIARIA”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Ponce Sánchez, Yadira Estefanía

Tutora: Ps. Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena Mg.

Ambato – Ecuador

Mayo, 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema: **“CALIDAD DE VDA Y RIESGO SUICIDA EN LOS AGENTES DE SEGURIDAD PENITENCIARIA”** de Yadira Estefanía Ponce Sánchez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, marzo del 2017

LA TUTORA

Ps. Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena Mg.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación **“CALIDAD DE VIDA Y RIESGO SUICIDA EN LOS AGENTES DE SEGURIDAD PENITENCIARIA”**, así como también los contenidos presentados, ideas, análisis, síntesis de datos y resultados obtenidos son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, marzo del 2017

LA AUTORA

Ponce Sánchez, Yadira Estefanía

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del proyecto de investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, marzo del 2017

LA AUTORA

Ponce Sánchez, Yadira Estefanía

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema:
“CALIDAD DE VIDA Y RIESGO SUICIDA EN LOS AGENTES DE SEGURIDAD PENITENCIARIA”, de Yadira Estefanía Ponce Sánchez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, mayo del 2017

Para su constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mis padres Margarita Sánchez e Iván Ponce por haber confiado en mí, haberme brindado su apoyo incondicional durante toda mi carrera universitaria, por enseñarme a levantarme tras cada caída y así lograr los objetivos planteados para mi vida, a mi hermano Andrés Ponce por su paciencia y a toda mi familia por su apoyo durante este recorrido.

Ponce Sánchez, Yadira Estefanía.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por inspirarme y motivarme a ser una mejor persona, por todos los valores inculcados desde la infancia, por enseñarme a valorar y disfrutar de los pequeños detalles de la vida así como a levantarme tras las caídas para siempre seguir adelante, después de todo se aprende más de los errores que de los éxitos.

Mi agradecimiento también a mi tutora la Psicóloga Clínica Gabriela Abril y a mis calificadores Psc. Cl. Mg. Dario Guerrero y Lcda Mst. Yanet Díaz quienes con su experiencia, conocimientos, apoyo y paciencia me han guiado durante la realización de esta investigación para así llegar a mi primera meta, ser profesional.

A mis amigas Nathaly Martínez, Ivonne Guano y Yadira Lascano que con su apoyo, paciencia y sentido del humor han aportado en mi formación personal y profesional durante estos 5 años de recorrido.

De manera especial agradezco a las autoridades del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga, al Abogado Víctor Jácome Mafla Coordinador Zonal de Justicia, Derechos Humanos y Cultos 3; al Abogado Edwin Castelo Paredes Director del CRS por haberme permitido realizar mi proyecto de graduación en este lugar; a la Ingeniera Ana Orbea Hinojosa de Talento Humano por la apertura y ayuda brindada durante la ejecución de la investigación, y por supuesto mi sincero agradecimiento también a todos los Agentes de Seguridad Penitenciaria que participaron en la fase de evaluación.

Ponce Sánchez, Yadira Estefanía.

Índice de contenidos

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	xiii
SUMMARY	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1 Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema	2
1.2.1. Contexto.....	2
1.2.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Justificación.....	5
1.4. Objetivos	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Estado del Arte	8
2.1.1 Calidad de vida	8
2.1.2 Riesgo suicida.....	9
2.2. Fundamento Teórico	11
2.2.1 Calidad de vida	11
Salud mental y calidad de vida	13
Calidad de vida en la adultez.	15
Calidad de vida y bienestar social.....	16
Calidad de vida y bienestar psicológico.....	16
Indicadores de calidad de vida.....	17
2.2.2 Riesgo suicida.....	19
El suicidio y la conducta suicida.....	20
El intento suicida.....	21

Factores de riesgo suicida	23
Tipos de suicidio	25
2.3. Hipótesis.....	26
CAPÍTULO III.....	27
MARCO METODOLÓGICO.....	27
3.1. Nivel o tipo de investigación.....	27
3.2. Selección del ámbito de estudio	27
3.3. Población.....	27
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.	28
Inclusión.....	28
Exclusión.....	28
3.5. Diseño muestral.....	29
3.6 Operacionalización de Variables.....	30
3.7 Validez y confiabilidad de los reactivos	33
Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q)	33
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)	34
3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información..	35
3.9 Aspectos éticos.....	35
CAPÍTULO IV.....	39
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	39
4.1 Resultados generales del cuestionario Calidad de vida: satisfacción y placer Q-LES-Q	39
4.2 Resultados generales de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik	47
4.3 Resultados por género	48
4.3.1 Calidad de vida: satisfacción y placer Q-LES-Q.....	48
4.3.2 Escala de Riesgo suicida de Plutchik	58
4.4 Verificación de la hipótesis Calidad de vida y riesgo suicida	60
CAPÍTULO V	63
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
5.1 Conclusiones	63
5.2 Recomendaciones.....	64
Bibliografía	66
Linkografía.....	69
Citas bibliográficas - Bases de datos UTA	72
Anexos	74

Índice de tablas

Tabla N° 1 Distribución de los Agentes de Seguridad Penitenciaria.....	28
Tabla N° 2 Operacionalización de variable calidad de vida	30
Tabla N° 3 Operacionalización de variable riesgo suicida	32
Tabla N° 4 Estado de salud física	39
Tabla N° 5 Estado ánimo	40
Tabla N° 6 Trabajo.....	41
Tabla N° 7 Actividades de la casa	42
Tabla N° 8 Tareas de curso o clase.....	43
Tabla N° 9 Tiempo libre	44
Tabla N° 10 Relaciones sociales.....	45
Tabla N° 11 Actividades generales.....	46
Tabla N° 12 Riesgo suicida	47
Tabla N° 13 Estado de salud física	48
Tabla N° 14 Estado de ánimo	49
Tabla N° 15 Trabajo.....	51
Tabla N° 16 Actividades de la casa	52
Tabla N° 17 Tareas de curso o clase.....	53
Tabla N° 18 Tiempo libre	55
Tabla N° 19 Relaciones sociales.....	56
Tabla N° 20 Actividades generales.....	57
Tabla N° 21 Riesgo suicida	58
Tabla N° 22 Resumen de procesamientos de casos	60
Tabla N° 23 Tabla cruzada de Calidad de vida y riesgo suicida	60
Tabla N° 24 Prueba de Chi-cuadrado de Calidad de vida y riesgo suicida	61

Índice de gráficos

Gráfico N° 1 Estado de salud física	39
Gráfico N° 2 Estado de ánimo	40
Gráfico N° 3 Trabajo	41
Gráfico N° 4 Actividades de la casa	42
Gráfico N° 5 Tareas de curso o clase.....	43
Gráfico N° 6 Tiempo libre	44
Gráfico N° 7 Relaciones sociales.....	45
Gráfico N° 8 Actividades generales.....	46
Gráfico N° 9 Riesgo suicida	47
Gráfico N° 10 Estado de salud física	49
Gráfico N° 11 Estado de ánimo	50
Gráfico N° 12 Trabajo	51
Gráfico N° 13 Actividades de la casa	53
Gráfico N° 14 Actividades de curso o clase	54
Gráfico N° 15 Tiempo libre	55
Gráfico N° 16 Relaciones sociales.....	56
Gráfico N° 17 Actividades generales.....	58
Gráfico N° 18 Riesgo suicida	59
Gráfico N° 19 Relación entre la calidad de vida y riesgo suicida	62

Índice de anexos

Anexo N°1: Autorización del Coordinador Zonal de Justicia Derechos Humanos y Cultos 3	74
Anexo N°2: Autorización del Director del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga	75
Anexo N°3: Consentimiento informado	76
Anexo N° 4: Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q)77	
Anexo N° 5: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS).....	84

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“CALIDAD DE VIDA Y RIESGO SUICIDA EN LOS AGENTES DE SEGURIDAD
PENITENCIARIA”**

Autora: Ponce Sánchez, Yadira Estefanía

Tutora: Ps. Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena Mg.

Fecha: Marzo, 2017

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo relacionar la calidad de vida y el riesgo suicida en los Agentes de Seguridad Penitenciaria 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 del ser humano como salud física, estado de ánimo, trabajo, actividades de la casa, tareas de curso o clase, tiempo libre, relaciones sociales y actividades generales; además se utilizó la “Escala de riesgo suicida de Plutchik” la misma que mide los niveles de riesgo suicida en leve, moderado y alto. 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.

PALABRAS CLAVES: CALIDAD_VIDA, RIESGO_SUICIDA, AGENTES_
SEGURIDAD, PENITECIARIA.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
HEALTH SCIENCES DEPARTMENT
CLINICAL PSYCHOLOGY DEGREE**

"QUALITY OF LIFE AND SUICIDE RISK IN PENITENTIARY SAFETY AGENTS"

Author: Ponce Sánchez, Yadira Estefanía

Director: Ps. Cl. Abril Lucero, Gabriela Lorena Mg.

Date: March, 2017

SUMMARY

The purpose of this investigation is to expose the relationship between suicidal risks and the quality of living amongst the security guards within the reformatory institution “Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga”. The sample taken for this investigation was of 156 security guards of which only 62 subjects with the criteria needed were used, 31 women, 31 men. The first test was the “Questionnaire of Quality of Life: Satisfaction and Pleasure (Q-LES-Q)” which acknowledges 8 aspects of the sample’s daily lives such as physical health, mood, job, home activities, homework or classwork, free time, social relationships and general activities: the “Plutchik Suicide Risk Scale” which is used to measure the suicidal risks in light, moderate and high. Through the study the quality of life was affected by mood, presence of physical illness, lack of motivation and free time for social engagement as well as time to carry out recreational activities and leisure. Additionally symptoms of sleep deprivation, mood changes including thoughts of suicide and in severe cases attempts of suicide.

KEY WORDS: QUALITY_OF_LIFE, SUICIDAL_RISK, SECURITY_GUARDS.

INTRODUCCIÓN

Debido a la poca información así como a la existencia de una sola investigación efectuada con personas que laboran en el ámbito penitenciario en Ecuador, resultó pertinente realizar este estudio, titulado “Calidad de vida y riesgo suicida en Agentes de Seguridad Penitenciaria” realizado en el Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga para conocer la relación entre la variable calidad de vida y la variable riesgo suicida.

El interés por la calidad de vida de las personas ha ido aumentando durante los últimos años sin embargo, su definición depende mucho de las diversas perspectivas como por ejemplo la sociología, política, medicina, psicología, economía, entre otros. Por ello al estudiar dicho término se debe enfocar en una de ellas, en esta investigación se abordó desde el punto de vista de la psicología bajo la corriente sistémica, la cual también cada vez va ganando relevancia para comprender el comportamiento de los seres humanos en las distintas áreas de desarrollo del mismo, recalcando la importancia de esta escuela en dejar de patologizar las dificultades que presenten los mismos.

En cuanto al riesgo suicida es un término que se maneja casi totalmente como un concepto dentro de un tema mayor como es el suicidio, siendo muy pocas las veces en las cuales se evalúa para obtener un dato estadístico que permita emprender acciones de prevención antes de que se llegue a cometer el acto, por tanto en este estudio se aborda de manera más amplia y dentro de la teoría cognitiva-conductual, ya que así se puede comprender mejor la relación entre el pensar, sentir y actuar de los sujetos quienes se encuentran inmersos en este riesgo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

Calidad de vida y riesgo suicida en los Agentes de Seguridad Penitenciaria.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contexto

La ONG Social Progress Imperative (SPI, 2016) en su publicación acerca del Índice de Progreso Social da cuenta de los países que tienen la más alta calidad de vida del mundo, tomando como referencia la calidad de vida de las ciudades en países de América Latina, Chile es el país de la región mejor ubicado en la tabla, con una puntuación de 82,12/100 en el Índice de Progreso Social, Costa Rica y Uruguay comparten el segundo lugar regional, con un puntaje de 80,12 destacándose en necesidades básicas, Argentina está cuarta en la región y en el puesto 38 a nivel global, Brasil está séptimo en la región, Colombia octavo, Perú noveno y México décimo, mientras Ecuador se encuentra en el puesto 53 a nivel mundial con 69.56 y como dato sumamente importante tenemos a Venezuela entre los peores países del continente, se ubica 17 en la región y en el puesto 81 a nivel mundial con una puntuación de 62,60/100.

En Ecuador 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 se midió desde varias dimensiones y los recursos que disponen los hogares para satisfacer sus necesidades en cuanto respecta a vivienda, salud, educación y fundamentalmente en bienestar psicosocial, tomando en cuenta la vivienda, el déficit habitacional, 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 incrementado una gran tasa de asistencia bruta

y neta con una asistencia del 95.2% para educación básica y 64.7% para educación media, en cuanto al bienestar psicosocial se considera como “el estar bien con uno mismo y estar bien con los demás”, el estrés psicológico, auto-estima, auto-eficacia y autonomía decisional han sido tomados en cuenta para estos parámetros del bienestar psicosocial en la población ecuatoriana, la cual se encuentra con un 89,99% en crecimiento hacia una buena calidad de vida.

Al hablar de calidad de vida en la provincia de Cotopaxi no se han podido encontrar datos que permitan tener una aproximación estadística en relación a las condiciones de vida de la población de esta provincia, sin embargo se espera que en futuro las obras las cuales se encuentran realizando las autoridades correspondientes con respecto a cubrir las necesidades básicas, educativas y de salud de los pobladores permitan posteriormente obtener datos específicos que faciliten conocer objetivamente sobre este tema.

Por otro lado el panorama sobre suicidio en el mundo ha aumentado en un 60% en los últimos 45 años, ubicándose como una de las tres primeras causas de muerte en personas de 15 a 44 años; sin embargo no existe un dato específico para los intentos de suicidio pero se estima que son en un promedio 20 veces más frecuentes, por ello se puede hacer referencia a una muerte cada 40 segundos en cualquier parte del mundo por suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

El suicidio es visto como un problema sensible y relevante, ya que es un indicador de impacto en el desarrollo de los países americanos. En el informe regional acerca de “Mortalidad por Suicidio en las Américas” publicado en el 2014 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, se obtuvo datos de tasas de suicidio desde 1990 hasta el 2009, agrupados en periodos de 5 años y analizados por sexo y edad, el informe arrojó como resultado que las tasas de suicidio en América Latina y el Caribe fueron 8.4 en hombres y 2.1 en mujeres por cada 100.000 individuos donde el 36.8% se consumió en edades comprendidas entre 25 y 44 años,

siendo el método más elegido en la región central y del sur la asfixia con 39,7% seguido de las armas de fuego (33,3%) y el envenenamiento (18,2%) .

En la Región de las Américas 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, las tasas de suicidios en hombres siguen siendo más altas que en las mujeres, representando el 79% de todas las muertes por suicidio. 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 puede estar subestimado en muchos países en general las tasas de suicidio en Latino América y en el Caribe han aumentado desde 1990-2009 (OPS y OMS, 2014).

A pesar de ello se debe considerar que en Ecuador basado en los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en su Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones 2014, sitúa a las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) en el puesto 14 de las 67 causas principales de muerte en el país por debajo de accidentes de tránsito (puesto 7) y homicidios (puesto 8), y por encima de la tuberculosis, la desnutrición y los paros cardíacos.

A nivel nacional el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2016) dentro de las principales causas de mortalidad general registra a las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) con el 1,63% en la población masculina, es decir, 567 defunciones y el 0,59% representa a la población femenina, respectivamente 167 defunciones; un total de 1,17 % que representa 734 defunciones. Además, las causas más comunes de mortalidad en las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) son por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con 398 casos en hombres y 92 en mujeres, envenenamiento autoinflingido intencionalmente por exposición a otros productos químicos- sustancias nocivas con 74 casos en hombres y 36 en mujeres (MSP, 2016).

En Cotopaxi la incidencia de suicidios se ha incrementado desde el 2011, en el referido año el total de suicidios fue de 30 de los cuales la mitad correspondió a menores de edad que se quitaron la vida mediante el ahorcamiento. En el año 2012 se registraron 44 casos de estos 26 se relacionaron con persona con edades mayores a los 20 años y en el año 2013 la cifra va en aumento, tan sólo de enero a mayo se registraron 21 casos, de los cuales 11 corresponden a edades de 10 y 19 años, apunto además que la población económicamente activa comprendida entre los 15-19 años son quienes más se suicidan, tomando como referencia las estadísticas de los últimos tres años, en Cotopaxi se han registrado 95 casos de suicidios, según esta estadística ofrecida por el Dr. Guillermo Corrales encargado de la Dirección de Salud de esta provincia, se puede evidenciar que los suicidios siguen en aumento y que en su mayoría se relaciona con niños, niñas y adolescentes, los que consideran al suicidio como una forma de solución a sus problemas (“Cotopaxi”, 2013).

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2016) en cuanto a la provincia de Cotopaxi dentro de las principales causas de mortalidad general en dicho año registra a las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) con el 1.82% (total de casos 35), siendo el 2.60% con 27 casos en hombres y el 0.91% en mujeres con 8 casos.

1.2.2. Formulación del problema

¿Cómo influye la calidad de vida en el riesgo suicida?

1.3. Justificación

La realización de la presente investigación es importante porque permitió tener un referente acerca de la calidad de vida y el probable riesgo suicida de los Agentes de Seguridad Penitenciaria de los Centros de Rehabilitación Social (CRS) del Ecuador, lo cual tiene gran trascendencia para la sociedad debido a que no se han realizado este tipo de investigaciones en dichos centros, además al ser una profesión considerada de alto riesgo debido a la gran demanda

en el cumplimiento de sus funciones puede llegar a deteriorar de manera precoz el bienestar biopsicosocial de quienes se encuentran trabajando en estas instalaciones.

Esta investigación benefició a los agentes de seguridad penitenciaria del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga, así como a los funcionarios que trabajan en estas instalaciones, pues permitió detectar los aspectos relacionados con el funcionamiento de la vida cotidiana que se encuentran afectados con mayor frecuencia en este personal, los mismos fueron valorados mediante evaluaciones psicométricas para calidad de vida y riesgo suicida.

La presente investigación tiene valor teórico e implicaciones prácticas ya que dió 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 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.

A través de los resultados obtenidos en esta investigación se pudo conocer acerca del comportamiento y calidad de vida de los agentes de seguridad penitenciaria, los funcionarios del CRS y de las personas privadas de libertad, además permitió proponer nuevas ideas de investigación así como también generar recomendaciones que impulsen a mejorar la salud mental de los agentes.

Esta investigación fue factible ya que se contó con el interés, la predisposición y la apertura de las autoridades de este CRS así como también de los agentes de seguridad penitenciaria, 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.

1.4. Objetivos

Objetivo General

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.

Objetivos Específicos

- Evaluar la calidad de vida de los agentes de seguridad penitenciaria.
- Determinar los niveles de riesgo suicida en los agentes de seguridad penitenciaria.
- Identificar la calidad de vida y el riesgo suicida de los agentes de acuerdo al género.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Estado del Arte

2.1.1 Calidad de vida

En la ciudad de Asunción/Paraguay se llevó a cabo una investigación acerca de calidad de vida y satisfacción relacionados con el Burnout en el cual se concluyó que existe una relación proporcional entre la perspectiva positiva al realizar sus actividades cotidianas, sociales, laborales, etc., y la sensación de cansancio, estrés o despersonalización que llegan a manifestar en su trabajo, esta relación se da también de manera viceversa. Para la realización de esta investigación se participaron 30 cajeros, hombres y mujeres de entre 18-48 años, de dos cadenas de supermercados (Zaracho y Yanho, 2011).

En una investigación realizada acerca de calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados en la ciudad de Barcelona/España concluyeron 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 reestructuración de paradigmas ético profesionales, demandas de la institución, entre otros. La metodología usada en esta investigación fue un estudio de campo desde el año 2010 al 2012 a 741 enfermeros/as, 331 médicos y 722 personas de otras áreas de salud o universitarios (Blanch, 2014).

En un estudio realizado en Salamanca/España sobre Burnout y calidad de vida laboral se obtuvo como resultado que los niveles de estrés percibidos en el personal se relacionan con las demandas laborales, el cargo ocupado y los años de servicio, las cuales tienen consecuencia sobre la salud física y psicológica de los trabajadores, además la percepción de la calidad de vida guarda correspondencia con el equilibrio de las demandas del trabajo y la manera de

manejar el estrés. La muestra para esta investigación estuvo conformada por 562 profesionales de salud de los cuales 84 fueron del género masculino y 475 del género femenino (Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez, 2013).

A través de una investigación realizada en la ciudad de Bogotá/Colombia acerca de la calidad de vida laboral y liderazgo del personal de un centro oncológico se encontró que la relación entre variables no es significativa; la perspectiva de la primera variable es satisfactoria debido a la motivación existente entre el personal aunque la percepción de liderazgo es bajo no determina el resultado directo en la CVL, sin embargo debe ser tomado en cuenta para el mejoramiento del ambiente laboral así como de a atención prestada. La investigación estuvo compuesta por 38 de los 41 trabajadores de salud del centro oncológico de los cuales 18 fueron mujeres y 20 hombres (Contreras, Espinosa, Hernández y Acosta, 2013).

Bravo y Jiménez (2011) en su estudio acerca de bienestar psicológico, apoyo organizacional percibido y satisfacción laboral en funcionarios penitenciarios de Chile encontró que existe una relación positiva y significativa entre la satisfacción laboral, el bienestar psicológico y apoyo organizacional percibido, por lo que aquellas personas que se encuentran satisfechas con su trabajo tienden a sentirse bien psicológicamente además de percibir apoyo por parte de sus organizaciones. Participaron 190 funcionarios de manera voluntaria y con consentimiento informado, pertenecientes a la Gendarmería de Chile y que realizan sus labores en establecimientos penales de la VI y VII Región.

2.1.2 Riesgo suicida

En el departamento del Quindío/Colombia se realizó una investigación acerca del riesgo suicida y depresión en reclusos de una cárcel de esta localidad, en el cual se encontró que el 75% de los internos presentan un riesgo suicida entre moderado y alto; y un 56% padece de síntomas depresivos graves y moderados, siendo así un resultado significativo de riesgo para

esta población. La metodología usada fue descriptiva-relacional en el cual participaron 34 personas privadas de libertad en edades comprendidas entre los 18 y 51 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión pertinentes (Medina, Cardona y Arcila, 2011).

Larrotta, Luzardo, Rangel y Vargas (2014) en una investigación acerca de características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia concluyeron que el intento suicida es la conducta que mayormente se presenta en la etapa inicial de encarcelamiento, debido al cambio drástico negativo en el área emocional del recluso así como al deterioro de relaciones interpersonales e intrapersonales de comunicación positiva generando estrés y tensión psicológica. La muestra estuvo compuesta por 60 internos de ambos sexos con una edad promedio de 28 años.

En una investigación realizada por Ceballos, Chávez, Leenaars y Padilla (2016) acerca de suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015 se concluyó que el 97.73% de los suicidios registrados eran en el género masculino principalmente en aquellos con nula o baja escolaridad, así como en casos donde no había condena previa a su encarcelamiento lo cual manifiesta las dificultades de adaptación, además se destaca la presencia de trastornos psicológicos y psiquiátricos en especial los asociados a estados depresivos. La investigación se realizó en las cárceles de Chile donde se analizaron 132 casos de suicidio examinados por la Policía de Investigaciones de este país.

En la ciudad de Manizales/Colombia se realizó un estudio sobre riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres instituciones educativas de esta localidad, en la cual se encontró que el 16,5% de la población estudiada presentó riesgo suicida entre alta y muy alta, además de diversos factores como depresión, autoestima, trastornos alimenticios, consumo de sustancias, acoso entre pares, violencia, entre otros, los mismo que incrementan el riesgo de

suicidio. Esta investigación se realizó con 322 adolescentes correspondientes a los octavos y decimo primeros grados de bachillerato (Aguirre et al, 2014).

2.2. Fundamento Teórico

2.2.1 Calidad de vida

Para desarrollar el tema relacionado con la variable calidad de vida se tomó como referencia una de las principales corrientes psicológicas como la sistémica, para ello primero se empezó definiendo a dicho término.

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 sin número 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).

Es importante recordar que la medición de la calidad de vida en un niño no va a ser igual a la de un adulto por lo cual el estatus vital fluctúa de acuerdo a la edad del ser humano. Gracias al trabajo interactivo tanto de la psiquiatría como de la psicología se sugiere que los factores influyentes dentro de la calidad de vida engloban a la sociedad, la capacidad de independencia del sujeto y la familia como primera red de apoyo (Schalock, 1997).

La calidad de vida se determina mediante la indagación de aspectos personales, mediante el contexto, idiosincrasia y cultura del individuo, también mediante las metas impuestas o cumplidas por el sujeto y la perspectiva vital de este, por tal motivo la definición de salud está íntimamente relacionada con esta premisa pues aun en ausencia de enfermedad es importante mantener niveles óptimos de salud física, mental y emocional en el ser humano y es que la calidad de vida se determina por la posición en la cual se mira el sujeto dentro de la vida, el contexto cultural, sus valores y principios, sus sueños, sus metas cumplidas y por cumplir, por esta razón se conoce como un concepto que evalúa varias dimensiones vitales determinantes de un estado de salud óptimo (World Health Organization, 1995).

Según Peccei (1976) existen seis misiones que debe completar la humanidad para alcanzar una calidad de vida adecuada, estas son:

- a) Conocer y dar a conocer los límites exteriores: el individuo debe trabajar constantemente por su bienestar personal pero al mismo tiempo debe expandir sus conocimientos y exponer sus ideales libremente a la humanidad, tomando en cuenta que el tiempo de vida es limitado.
- b) Conocer y dar a conocer los límites interiores: potenciar la capacidad mental, física, psicológica y emocional del individuo, y es que a través de los años el hombre se ha vuelto incapaz de defenderse y enfrentarse ante factores externos por lo que ha desarrollado un organismo debilitado y a merced de agentes artificiales.

- c) Conocer y preservar la herencia cultural: salvaguardar la integridad personal y la identidad cultural.
- d) Promover una comunidad mundial: establecer leyes y derechos a nivel mundial y erradicar instituciones que se mantienen enquistadas en el poder.
- e) Promover un hábitat humano: renovar espacios territoriales destruidos y construir un nuevo mundo con un territorio distribuido adecuadamente conservando siempre los espacios verdes del planeta.
- f) Reorganizar el aparato productivo mundial: para resguardar la economía de los habitantes futuros y brindarles un mundo justo y cómodo en el que puedan encontrar bienestar y estabilidad económica.

Salud mental y calidad de vida

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 y no se la evalúa solo en presencia de la enfermedad, sino que debe desarrollarse aún en ausencia de esta, cabe mencionar que el pilar fundamental de la salud mental radica en el bienestar global del ser humano y es a inicios del siglo XXI donde se pudo establecer la calidad de vida como un estado de homeostasis en el cual se encuentran en equilibrio los parámetros emocionales, mentales, afectivos y físicos de un individuo, los mismos encaminan al sujeto a desarrollar sus habilidades y a potencializarlas, de esta manera podrá combatir adecuadamente situaciones estresantes lo cual conllevará a que su trabajo sea productivo y eficaz realizando de esta manera una contribución enriquecedora para su entorno.

Aún en varios países el desconocimiento de la definición “calidad de vida” hace que los sistemas de salud se encarguen solamente de buscar el bienestar físico dejando de lado el tan importante bienestar emocional, anulando de esta manera la Salud Mental, factor que debe ser primordial en las instituciones de Salud Pública y no debe ser aislado (OMS, 2004).

La enfermedad de tipo emocional o mental afecta íntimamente al entorno del individuo y a la sociedad, por este motivo la promoción de salud mental debe realizarse no solo dentro de la consulta psicológica sino en diferentes ambientes como son la familia, escuelas, colegios, en el entorno laboral, comunidades etc., siempre haciendo uso de actividades y material interactivo que permita generar un impacto positivo dentro de la población, pues al mantener una buena Salud Mental se crean competencias entre cada individuo las cuales permitirán alcanzar sus metas propuestas y de esta manera auto realizarse, en este punto las esfera mental, física, psíquica, emocional, intelectual, interpersonal y espiritual habrán encontrado un equilibrio (OMS, 2004).

El nivel de salud mental se determina de acuerdo a dos extremos, el sujeto puede presentar un alto nivel o un bajo nivel de salud mental y es que la presencia de un trastorno mental no es un indicador de un nivel bajo de salud mental, pues pueden existir varios trastornos mentales pero el individuo logra alcanzar un buen nivel de salud mental pero esto puede darse en medio de un ambiente saludable, personas positivas, en medio del apoyo social necesario tanto de amigos y vecinos y dentro de un ambiente laboral o escolar optimo que proporcione parámetros y factores adecuados para el desarrollo y mantenimiento de la salud mental y es que esta condición proviene no solamente de factores biológicos o genéticos sino también de un entorno saludable en el cual el enfermo pueda potencializarse eficazmente (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2000).

El bienestar global del sujeto depende de la satisfacción alcanzada mediante el cumplimiento de cada uno de sus propósitos vitales, la motivación y un auto concepto positivo determinarán el estado de felicidad y comodidad del individuo ya que los objetivos y metas son un factor central íntimamente relacionado con los niveles de satisfacción de cada ser humano, es por esta razón que el estudio de la calidad de vida y al inserción de esta en las

entidades de salud contribuirán no solamente al bienestar físico sino también otorgará al individuo el tan anhelado bienestar psicológico (Ryff, 1989).

Calidad de vida en la adultez.

De acuerdo a los estudios realizado por un grupo de trabajo interdisciplinario de psicólogos y psiquiatras se puede mencionar que las enfermedades mentales y crónicas son factores que determinan el estilo y calidad de vida de las personas, además la ausencia de una red de apoyo cercana encamina a los sujetos hacia estados de depresión en donde existe un mínimo nivel de calidad de vida (Carr, 2007).

Cuando los pensamientos fluyen de manera positiva el ser humano podrá desenvolverse óptimamente en su entorno y establecer relaciones interpersonales estables, de esta manera no referirá inconveniente alguno en su adaptación ni en su estado físico, ya que el factor cognitivo favorece la madurez emocional por ello el sujeto puede alcanzar la comodidad, felicidad y auto superación. Cabe mencionar que las personas quienes han desarrollado positivamente su inteligencia emocional y su aparato cognitivo tienen mayor resiliencia en situaciones de dificultad, en este punto se sugiere que un individuo cargado de vibras positivas no engendra pensamientos destructivos los cuales encaminen hacia la depresión, pues al contrario, solo podrá superarse de manera saludable (Seligman, 2005).

En la etapa adulta del ser humano la importancia otorgada a la calidad de vida es central pues esta se define por el bienestar ante la satisfacción eficaz de sus propias necesidades, las de su entorno y las de la sociedad. Se menciona acerca del estado civil como un papel fundamental en esta etapa de la vida, no es lo mismo la calidad de vida en un adulto soltero que uno casado, además otro factor importante es la economía, una persona que recibe pensión gubernamental no va a proferir la misma calidad de vida que una quien no percibe pensión alguna, en este punto se evaluaría también el factor cultural, el mismo les permitirá acceder a

dicha pensión, además un estado de salud óptima favorecerá de manera positiva la vida del anciano (Martin, 1990).

Calidad de vida y bienestar social

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) define las características del bienestar social en:

- Objetividad: fenómenos, condiciones y circunstancias observables en la realidad social.
- Ser una realidad externa: debe ser apreciada por los demás individuos.
- Parte de unos mínimos: de aquello considerado indispensable o consideradas deseables, es decir el hecho de que *las cosas estarán mejor*.

Calidad de vida y bienestar psicológico.

El bienestar psicológico se refiere a la relación que existe entre el bienestar global con la propia vida y el bienestar con dominios o ámbitos como la familia, el trabajo, salud, tiempo libre, estudio, etc., es decir, considerando a la vida como un todo inseparable.

Para Evans (1994) existen tres características para el estudio científico del bienestar psicológico:

- Se basa en la experiencia del individuo: es decir en las percepciones de la persona y en la evaluación que hace sobre ellas.
- Incluye aspectos positivos y negativos: todos aquellos aspectos que se relacionen con salud mental.

- Incluye algún tipo de evaluación global sobre toda la vida de la persona o también denominada satisfacción vital.

Indicadores de calidad de vida

Las Naciones Unidas, Comisión Europea y la Oficina Estadística Europea (2009) proponen un enfoque multidimensional para la medición del progreso social o calidad de vida y así ampliar el marco de indicadores de desarrollo económico y social basándose en 9 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, afecta a quienes trabajan y a quienes quieren hacerlo. Los aspectos positivos los cuales favorecen a la calidad de vida se da por la posibilidad de mejorar las condiciones 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.). La satisfacción laboral según el sexo, es mayor el porcentaje de mujeres que manifiestan estar plenamente satisfechas con su trabajo actual en un 20,4% y de los hombres en 18,7%.
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, según el sexo los hombres declaraban un estado de salud muy bueno (16,9%) y bueno (58,5%) mientras que los valores para las mujeres de estos porcentajes fueron 14,9% para un estado de salud muy bueno y 54,9% para un estado de salud bueno; por otro lado las mujeres que declaraban un estado de salud regular (21,5%),

malo (6,8%) y muy malo (1,9%), para los hombres los valores de estos porcentajes eran: (18,5%), (4,8%) y (1,3%) respectivamente.

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 mayor niveles de educación mayor posibilidad de incrementar su salario o encontrar un mejor empleo. El aprendizaje continuo sea por razones personales o profesionales permite una mejor adaptación a las necesidades laborales o sociales. La educación continua en la población de 24 a 64 años según el sexo en mujeres es de 10,7% mientras el porcentaje de hombres es 9,2%.
5. Ocio y relaciones sociales: el tiempo destinado a la realización de actividades no laborales proporciona 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. En relación al sexo, el 22,6% de hombres se sienten plenamente satisfechos con su tiempo disponible y el 19,9% en mujeres, el nivel más bajo de satisfacción es ligeramente superior en mujeres con 16,9% mientras en los hombres es 15,3%.
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. En relación al sexo, el 8.2% de las mujeres declaran sentirse muy inseguras mientras el 2.2% de hombres manifestaron el mismo nivel de seguridad.
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 la calidad de 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. En cuanto al sexo, el 48,3% de los hombres sienten mayor nivel de satisfacción mientras en las mujeres llega al 46,0%.
 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. En este aspecto el nivel más bajo de satisfacción es percibido por los hombres con el 9,9% y en las mujeres con el 9,6%; el nivel más alto se encuentra en las mujeres con 18,7% y en hombres 18,2%.

2.2.2 Riesgo suicida

Por otro lado para referirse a la variable riesgo suicida se revisó la corriente psicológica cognitiva conductual y de igual manera se empezó definiendo el término a lo largo de la historia.

El suicidio se remonta a tiempos antiguos cuando este se perpetraba debido a una costumbre, a la religión o como sacrificio para mantener felices a sus dioses, pero además los factores emocionales, económicos y sociales también tenían gran influencia. Se conoce que la población elite de la India los Brahmanes (sacerdotes) cometían este tipo de actos como ofrenda a sus dioses con la creencia de que alcanzarían el paraíso. En China las personas que se suicidaban

lo hacían debido a sus creencias rígidas, algunos pensaban que mediante este acto se podía alcanzar la tan anhelada perfección, y otros simplemente se suicidaban con la única idea de escapar de sus problemas, la palabra “honor” era la excusa precisa para que en Japón se consumen los actos suicidas, mientras en Atenas era un acto de rebeldía y un insulto para los dioses (Sarró, 1991).

La palabra “suicidio” describe perfectamente un sin número 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 que en muchos de los casos los llamados “intentos auto líticos” son un acto desesperado por llamar la atención de los demás para pedir ayuda (Shneidman, 1973).

Las conductas suicidas se pueden clasificar en tres tipos según la OMS (1969):

1. El primero es el acto suicida: son autolesiones infringidas por el propio sujeto en el que el individuo de manera consciente reconoce que no atentaran contra su vida.
2. El segundo es el intento de suicidio: es una tentativa fallida del individuo de terminar con su vida.
3. El tercero es el suicidio: que es la muerte consumada.

El suicidio y la conducta suicida

Los comportamientos suicidas son acciones voluntarias y de plena consciencia del sujeto y nacen a partir de la maquinación de ideas, estas están íntimamente ligadas al estado emocional del individuo en quien se presentará, sentimientos de minusvalía, baja autoestima, sentimiento de culpa, inseguridad, abulia, desesperanza, instancias las cuales sumergirán al sujeto en una depresión en la que tratará de buscar ayuda por medio de amenazas y de no conseguirla

intentara terminar con su dolor para posteriormente en medio del aislamiento y la soledad terminar con su vida (Mardomingo, 1994).

Para Pokorny (1983) se puede dividir al suicidio en tres categorías:

- a) El intento de suicidio: también conocido como para-suicidio, son comportamientos fallidos, no letales en el cual el sujeto se lesiona intencionalmente o hace uso de medicamentos que no terminarán con su vida, dentro de esta categoría se puede evidenciar un profundo deseo e intención del individuo por encontrar paz y terminar con su sufrimiento, es un llamado de ayuda que no sugiere consecuencias fatales.
- b) La ideación suicida: en este punto el individuo se verá sumergido en un mar de pensamientos recurrentes e irracionales en los que el sentido de la vida es nulo, y los sentimientos de tristeza y minusvalía estarán en su auge máximo, en esta categoría el sujeto ideará la manera en que debe terminar con su vida.
- c) Suicidio: es la acción perpetrada y consumada del sujeto en el que la persona logra su cometido después de miles de intentos e ideas por fin consigue la muerte.

El intento suicida

Dentro de los parámetros que conllevan hacia un intento de suicidio pueden verse inmiscuidos varios factores, como por ejemplo para un intento fallido la falta de decisión o ideas difusas sobre lo que se desea realizar son primordiales a partir de este punto, las lesiones auto infringidas son leves, es decir, las típicas llamadas de auxilio donde el individuo tiene plena seguridad de que alguien acudirá a su rescate, por este motivo se habla de una ambivalencia ante la situación y cabe mencionar que los intentos autolíticos varían en cada individuo, pues cada persona piensa y pone en práctica métodos específicos para materializar su deseo de muerte englobando sentimientos de inseguridad, culpa, minusvalía o vergüenza (Marchiori, 1998).

Tomando en cuenta el método de Marchiori (1998) sugiere que se debe clasificar al intento suicida de la siguiente manera:

- a) Intento gravísimo de suicidio: refiere resultados semejantes a los del suicidio, la única diferencia es no haberse cumplido con el propósito de muerte, pese a que el sujeto ha perpetrado su intento sumergido en un estado profundo de depresión no se logra su cometido pero las secuelas de su conducta son graves, por ejemplo en el caso de una persona quien se lanza de un puente, es trasladado inmediatamente al hospital pero queda parapléjico de por vida, todas estas secuelas físicas son producto de su estado emocional y es la esfera afectiva del ser humano la cual juega un papel importante en el mundo de las emociones pues no son más que un sentimiento que genera respuestas motrices atribuidas a vivencias diarias.
- b) Intento grave: los medios utilizados para que el individuo pueda terminar con su vida no son los adecuados, no incapacitan al sujeto y no provocan la muerte, como por ejemplo la ingestión de psicofármacos, en dosis leves.
- c) Intento leve: los métodos utilizados solo dejan heridas leves.
- d) Intento sin daño: los instrumentos utilizados no provocan daño alguno.

La fenomenología sugiere que factores como la hostilidad, una mente perturbada por ideas irracionales y el mantener en el inconsciente material reprimido cesará el transcurso normal de la vida del individuo encaminando a que el sujeto pise un terreno de sentimientos y emociones turbias que lo mantendrán en un mundo de depresión y dolor del cual deseará escapar, pero se sentirá incapaz y solo buscará una solución para su problema, la misma permitirá anular su consciencia la cual está llena de vínculos fallidos, a partir de este punto buscare un medio de escape y la única salida encontrada es la muerte (Shneidman, 1988).

Factores de riesgo suicida

Es importante realizar un estudio exhaustivo del paciente 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 antecedentes de intentos auto líticos o de enfermedades mentales. Dentro del abordaje terapéutico en pacientes con depresión se debe evaluar pensamientos irracionales del individuo con el objetivo de determinar si su vida corre riesgo, además es importante mencionar que el hablar sobre el suicidio con este tipo de pacientes no incitará a realizar este acto, más bien es permite prevenir este tipo de conductas (Gómez, 2008).

Entre los factores de riesgo sociodemográficos más importantes tenemos:

- a) 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).
- b) 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.

- c) 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 (Roskar *et al.* 2011).
- d) 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).
- e) 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).
- f) 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).
- g) 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).

- h) 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).

Al igual que en la variable anterior se ha realizado un cuadro comparativo con esta variable para que exista una mejor comprensión para el lector con respecto al riesgo suicida desde la corriente cognitiva conductual con otras de las corrientes psicológicas más conocidas.

Tipos de suicidio

Según Durkheim (1897) un reconocido sociólogo existe tres tipos de suicidio:

- a) Suicidio egoísta: se centra en un vínculo débil y deficiente entre el sujeto y su entorno, aparece debido a la ausencia de interacción social, el individuo cumple solamente con sus requerimientos y sus deseos son independientes de la sociedad que lo rodea.
- b) Suicidio altruista: aparece cuando la identidad del individuo queda disuelta por el exceso de autoridad de la sociedad, en este punto nace en el sujeto el deseo de sacrificarse por la colectividad.
- c) Suicidio anómico: en medio de una sociedad trastornada por un sin número de cambios es imposible que el individuo sienta el poder regulador de la misma, por lo que su punto central se torna difuso.

De acuerdo a la postura psiquiátrica la enfermedad, es decir el trastorno mental es el causante del suicidio y es después de varios estudios perpetrados en el siglo XXI dentro del cerebro del ser humano donde se pudo establecer que cada suicidio tiene causas fisiológicas, a partir de este punto se dice que un desfase en los neurotransmisores cerebrales pueden generar

consecuencias letales o dar origen a una patología mental, pero cabe mencionar que la experiencia de vida archivada en el inconsciente, la esfera afectiva y el entorno en las cuales se desenvuelve el sujeto juegan también un papel central dentro del comportamiento suicida (Villardón, 1993).

El suicidio no es más que el acto voluntario y de plena consciencia de quitarse la vida en el cual el sujeto de manera impulsiva se provoca lesiones mortales y es en este acto donde se encuentran inmersos elementos como los valores y creencias enquistados dentro de mentes rígidas, la falta de contacto con la sociedad, vínculos emocionales disueltos o escondidos que emergen durante etapas adultas y religiones de tipo castrante, factores que construirán una posible maquina suicida y pues es el suicidio un comportamiento individual pero tiene una profunda influencia social (Durkheim, 1897).

2.3. Hipótesis

H1: La calidad de vida influye en el riesgo suicida de los Agentes de Seguridad Penitenciaria del Centro de Rehabilitación Social Sierra Centro Norte de Latacunga.

H0: La calidad de vida no influye en el riesgo suicida de los Agentes de Seguridad Penitenciaria del Centro de Rehabilitación Social Sierra Centro Norte de Latacunga

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel o tipo de investigación

La presente investigación es de tipo correlacional y descriptivo porque se verificó la relación entre las variables calidad de vida y riesgo suicida, además es de enfoque cualitativo-cuantitativo ya que se pudo realizar un estudio estadístico así como un análisis psicológico con la información obtenida de la aplicación de los instrumentos de evaluación. Es de diseño no experimental con un corte transversal debido a que su aplicación se realizó en una sola ocasión.

3.2. Selección del ámbito de estudio

La presente investigación se realizó durante el periodo octubre 2016 – marzo 2017 en la provincia de Cotopaxi en el cantón Latacunga, en el Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga a los Agentes de Seguridad Penitenciaria que laboran en esta institución.

3.3. Población

La población total consta de 156 Agentes de seguridad Penitenciaria, los cuales se encuentran distribuidos en grupos:

Tabla N° 1 Distribución de los Agentes de Seguridad Penitenciaria

Agentes	Hombres	Mujeres	Total
Centro de Detención Provisional (CDP)	3	3	6
Área de Supervisión	2	2	4
Grupo Especial Alpha (GEA)	9	3	12
Agentes de Tecnicatura en Seguridad Penitenciaria (TSP)	16	15	31
Grupo 1	21	13	34
Grupo 2	22	13	35
Grupo 3	21	13	34
TOTAL	94	62	156

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga.

3.4. Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión

- Personas que hayan firmado el consentimiento informado.
- Género masculino y femenino.
- Agentes de Seguridad Penitenciaria que se encuentre laborando en el CRS-Latacunga por más de 2 años.
- Que cumplan la jornada laboral mínima de 8 horas diarias y cinco días en la semana.
- Edad comprendida entre los 22 y 32 años.
- Responsabilidad familiar y paterna/materna.

Exclusión

- Personas que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Agentes de Seguridad Penitenciaria que se encuentre laborando en el CRS-Latacunga por menos de 2 años.

- Que no cumplan la jornada laboral mínima de 8 horas diarias y cinco días en la semana.
- Menores de 22 años y mayores de 32 años.
- Sin responsabilidad familiar y paterna/materna

3.5. Diseño muestral

Por ello de los 156 agentes de seguridad penitenciaria se obtuvo una muestra de 62 agentes de los cuales 31 pertenecen al género masculino y 31 al género femenino a quienes se les aplicó los reactivos psicológicos. Se empleó el tipo de muestreo no probabilístico intencional, con el cual los agentes se seleccionaron bajo los criterios de inclusión y exclusión propuestos en este estudio.

3.6 Operacionalización de Variables

Tabla N° 2 Operacionalización de variable calidad de vida

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Instrumentos
Calidad de vida es 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 (Levy y Anderson, 1980).	Estado de salud física/ actividades	Percepción de bienestar, energía o vitalidad.	¿Con qué frecuencia se sintió bien físicamente?	Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q)
	Estado de ánimo	Interés en cuidar su aspecto físico, mantener relaciones interpersonales y sentirse a gusto consigo mismo	¿Con qué frecuencia se sintió interesado/a en cuidar su aspecto físico (cabello, ropa) y su higiene personal (bañarse, vestirse)?	
	Trabajo	Exigencias psicológicas como tomar decisiones, resolver problemas, entre otros.	¿Con qué frecuencia resolvió problemas de trabajo o los manejó sin demasiada tensión?	
	Las actividades de la casa	Satisfacción en la realización de las actividades domésticas y toma de decisiones referentes al hogar.	¿Con qué frecuencia fue firme o tomó decisiones, cuando fue necesario, respecto a las tareas de la casa?	

	Tareas de curso/ de clase	Entusiasmo, motivación e intercambio de opiniones con facilidad con los compañeros y docentes.	¿Con que frecuencia se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo del curso/de la clase?	
	Actividades de tiempo libre	Tiempo usado en actividades recreativas o de descanso individual o grupal.	Cuando tuvo tiempo, ¿con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?	
	Relaciones sociales	Interés por realizar y disfrutar actividades con amigos o familiares.	¿Con que frecuencia hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades?	
	Actividades generales	Percepción de satisfacción general relacionado con vivienda, salud, tiempo libre, situación económica, deseo sexual entre otros.	¿Cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a su sensación general de bienestar?	

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida, tomado de fuentes citadas en el cuadro.

Tabla N° 3 Operacionalización de variable riesgo suicida

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems básicos	Instrumentos
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 (Martínez, s/f).	Alto Riesgo Suicida	Intento/s de quitarse la vida	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida? ¿Toma de forma habitual algún medicamento para dormir?	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik
	Riesgo Moderado	Comentarios a terceras personas de haber pensado en quitarse la vida	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse? ¿Ha pensado alguna vez en quitarse la vida?	
	Riesgo Leve	Antecedentes de suicidio en la familia.	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida, tomado de fuentes citadas en el cuadro.

3.7 Validez y confiabilidad de los reactivos

Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q)

Fue elaborado por Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal en 1993 con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción y el placer experimentado de las personas en distintas áreas del funcionamiento de la vida cotidiana, consta de 93 ítems con preguntas de contestación en escala tipo Likert de cinco valores de 0 (nunca) a 4 (siempre) y cuenta con una fiabilidad de 0.94 (Bascarán, Bobes, Bousoño, García y Sáiz, 2006).

Las 93 preguntas se encuentran distribuidas en:

- Estado de salud física (13 ítems).
- Estado de ánimo (14 ítems)
- Trabajo (13 ítems)
- Actividades del hogar (10 ítems)
- Tareas de curso/ clase (10 ítems)
- Actividades de tiempo libre (6 ítems)
- Relaciones sociales (11 ítems)
- Actividades generales (14 ítems)
- Los 2 ítems restantes miden la satisfacción con la medicación y la satisfacción global.

Corrección e interpretación:

- La puntuación para cada área se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems que la conforman (puntuación directa).
- La puntuación directa se transforma y expresa en porcentajes respecto a la máxima puntuación posible que el sujeto puede obtener en esa área

Resultados:

- Alta 0-10
Media alta: 11-30
- Media: 31-50
- Media baja: 51-70
- Baja: mayor a 70

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, se diseñó para evaluar riesgo suicida, 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, incluye preguntas relacionadas con intentos suicidas previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza; posee una fiabilidad de 0.90, sensibilidad y especificidad de 88% (Bascarán *et al.* 2006).

Corrección e interpretación:

- Cada respuesta afirmativa se evalúa con 1 punto y las respuestas negativas con 0 puntos.
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems, la puntuación va de 0 a 15.

Resultados:

- Alto riesgo suicida: 11-15.
- Riesgo suicida moderado: 5-10
- Riesgo leve: 0-4

3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

Para empezar la realización de la presente investigación se procedió a sustentar el tema seleccionado mediante una revisión bibliográfica tanto de fuentes físicas como virtuales, posteriormente se solicitó la autorización correspondiente al Coordinador Zonal de Justicia Derechos Humanos y Cultos 3 y al Director del Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga (Anexo 1 y 2) para poder acceder a las instalaciones así como a la información necesaria para la ejecución de la investigación.

Luego se socializó el tema de investigación así como los objetivos del mismo a todos los Agentes de Seguridad Penitenciaria recalando la importancia de este estudio, especialmente a las personas que decidieron participar a quienes se les solicitó primero su aprobación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 3).

En un segundo encuentro y respetando la disponibilidad de tiempo de los agentes se procedió a aplicar las baterías psicométricas, para medir la calidad de vida se usó el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer /Q-LES-Q (Anexo 4); y para el riesgo suicida se usó la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik /RV (Anexo 5).

Una vez obtenidos los resultados de las evaluaciones se realizó la correlación a través de la Prueba Chi-cuadrado para comprobar la hipótesis planteada mediante el uso del Programa Estadístico SPSS, en base a ello se realizó las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

3.9 Aspectos éticos

La presente investigación se basa en el Código de Ética de la Universidad Técnica de Ambato el cual relacionado con la investigación y salud se sustenta en los siguientes artículos:

Art. 1.- Ámbito.- Los principios, derechos humanos, deberes y prohibiciones que se establecen en el presente Código de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud, están orientados a fortalecer el comportamiento personal, laboral y académico de las y los servidores

públicos, trabajadores públicos y estudiantes que forman parte de la Facultad, en concordancia con lo establecido en la Constitución de la República, Ley Orgánica del Sector Público y su Reglamento, Ley Orgánica de Educación Superior y su Reglamento, Código del Trabajo, Estatuto de la Universidad Técnica de Ambato y más leyes conexas.

Art. 2.- Objetivo.- Promover principios, derechos humanos, valores, responsabilidades y compromisos éticos que tiene como objetivo reforzar las conductas positivas o corregir conductas inapropiadas en relación a comportamientos y prácticas de servidoras, servidores, trabajadores públicos y estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud para alcanzar los objetivos institucionales y contribuir al buen uso de los recursos públicos, logrando contar con una comunidad universitaria que contribuya a la eficaz ejecución de políticas, regulaciones, programas y servicios en la educación superior.

Art 5. Derechos.- Todo servidor, servidora, trabajadores públicos y estudiantes de la Facultad tienen derecho a:

1. Igualdad de oportunidades;
2. Acceder a una formación académica, profesional y de servicio de calidad;
3. Participar en el proceso educativo superior, a través de los mecanismos establecidos en la Constitución y leyes conexas.

Art 6. Responsabilidades.- Todo servidor, servidora, trabajadores públicos y estudiantes de la Facultad tienen los compromisos de:

1. Conocer y sujetarse a las normas del presente Código de Ética y cumplirlo proactivamente y diligentemente;
2. Es obligación de servidoras, servidores, trabajadores públicos y estudiantes utilizar la información a la que tiene acceso en razón de su trabajo, únicamente para los fines permitidos conforme a la normativa;

3. El servidor, servidora, trabajador público y estudiante de la Facultad no debe revelar información sin autorización expresa;
4. En todo trabajo deberá incluirse la normativa de propiedad intelectual;

Art 10.- De las y los estudiantes.- Las acciones de las y los estudiantes se encuadraran en el cumplimiento de la normativa legal y reglamentaria:

1. Presentar trabajos de calidad, a fin de obtener resultados y productos sin errores;
2. Contribuir a la investigación básica, aplicada y/o experimental para la generación de nuevos conocimientos o para la transferencia y uso de conocimientos científicos y tecnológicos en todas las áreas del conocimiento;
3. Manejar adecuadamente la información gráfica, escrita, digital y otros aspectos en base a la propiedad intelectual;

Art. 13.- De los proyectos de investigación.- Los proyectos de investigación deben diseñarse para:

1. Impulsar la investigación formativa y generativa;
2. Responder a las necesidades prioritarias de la Universidad y de la población de la zona central del Ecuador;
3. Articular capacidades y acciones institucionales conjuntas que impulsen actividades de investigación, desarrollo e innovación;
4. Fortalecer el progreso bioético:
 - a) Aplicar el consentimiento informado
 - b) Enmarcarse en los principios de la bioética
 - c) Tomar en cuenta las normas éticas internacionales para la investigación en seres humanos

5. Diseñar, elaborar y ejecutar proyectos en el marco de las directrices del Consejo de Educación Superior, Ministerio de Salud Pública, el Plan Nacional del Buen Vivir, la Matriz Productiva y el Reglamento de la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad.
6. Conformar Comité de Bioética según la normativa del Ministerio de Salud Pública.
7. Todos los trámites pertinentes a los proyectos de investigación utilizarán la normativa y formatos establecidos por el Comité de Bioética.
8. El Comité de Bioética deberá elaborar el reglamento respectivo.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados generales del cuestionario Calidad de vida: satisfacción y placer Q-LES-

Q

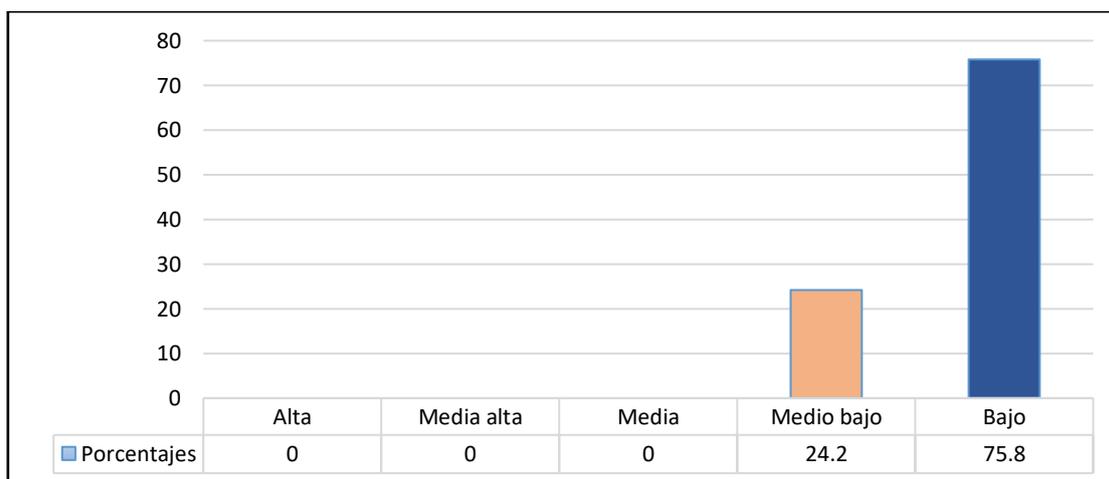
Tabla N° 4 Estado de salud física

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta	0	0
	Media alta	0	0
	Media	0	0
	Media baja	15	24,2
	Baja	47	75,8
	Total	62	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: De las 62 personas evaluadas el 24,2% correspondiente a 15 agentes considera su estado de salud física media baja, mientras el 75,8% el cual representa a 47 sujetos lo cataloga como baja y el 0% lo percibe como media, media alta o incluso alta.

Gráfico N° 1 Estado de salud física



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: En los datos obtenidos en el área correspondiente a salud física se evidencia que el 75.8% considera tener una calidad de vida baja, esto hace referencia al nivel de energía,

cantidad de descanso, dificultades visuales o auditivas, en general a la sensación de energía o vitalidad que presentan los individuos.

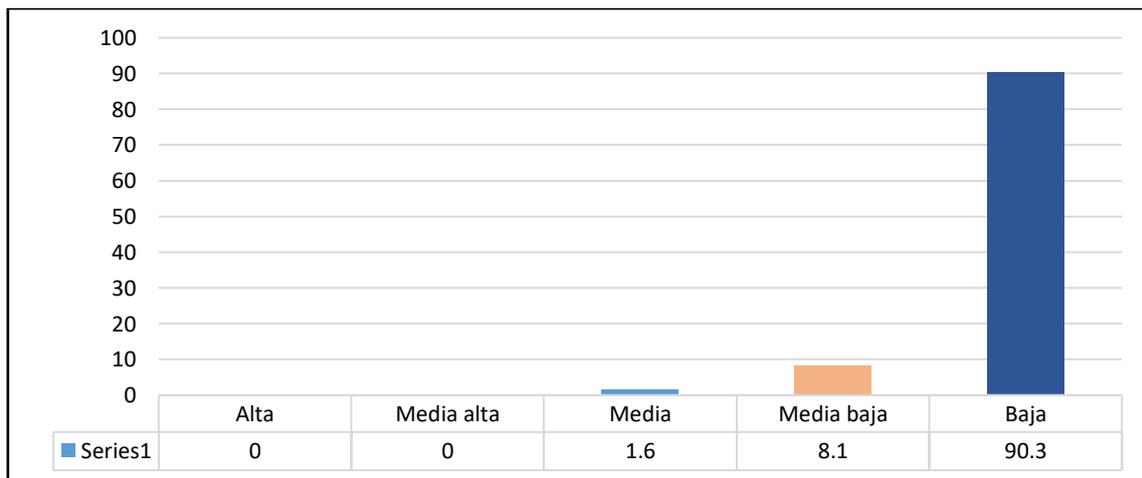
Tabla N° 5 Estado ánimo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta	0	0
	Media alta	0	0
	Media	1	1,6
	Media baja	5	8,1
	Baja	56	90,3
	Total	62	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: En esta área se obtuvo que el 1.6% correspondiente a 1 persona considera tener una calidad de vida media, el 8.1% representado por 5 sujetos piensa ser media baja, el 90.3% o 56 personas lo cataloga como baja y el 0% lo percibe como media alta o alta.

Gráfico N° 2 Estado de ánimo



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: La calidad de vida en relación al estado de ánimo arrojó un nivel bajo con el 90.3%, esto implica dificultades para mantener despejada la mente, sentirse alegre, capacidad de tomar decisiones o solucionar problemas, interés por cuidar de su aspecto físico

e higiene corporal, sentirse a gusto con la manera de llevar su vida, entre otras cosas que se relacionen con su bienestar emocional.

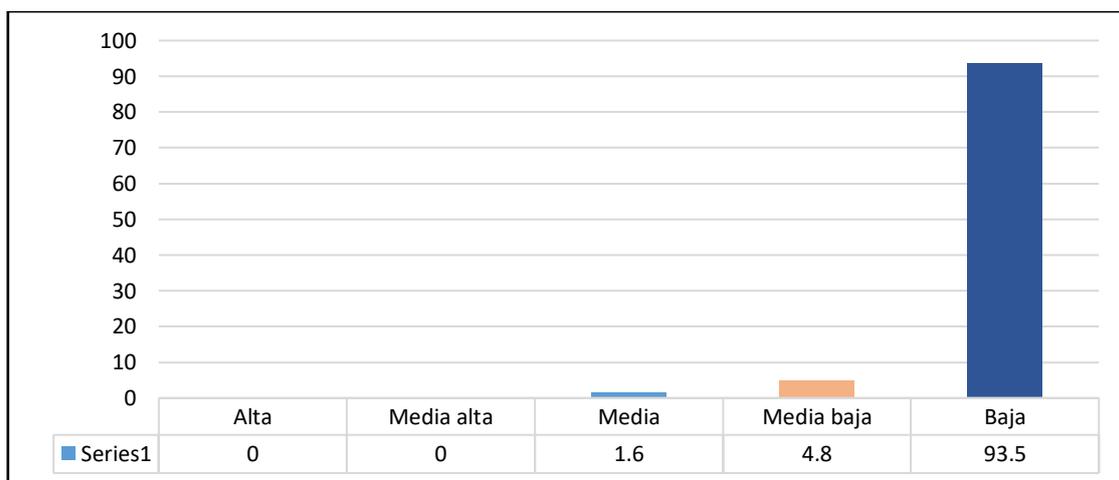
Tabla N° 6 Trabajo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta	0	0
	Media alta	0	0
	Media	1	1,6
	Media baja	3	4,8
	Baja	58	93,5
	Total	62	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: De los 62 sujetos que participaron en la investigación el 1.6% considera que su calidad de vida en relación al área laboral es media, el 4.8% correspondiente a 3 agentes lo cataloga como media baja, 58 personas equivalente al 93.5% manifiestan ser baja y el 0% como alta o media alta.

Gráfico N° 3 Trabajo



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: En el área laboral el 93.5% considera que su calidad de vida es baja, esto puede estar relacionado con el hecho de no sentirse a gusto con su trabajo, tener dificultades

para tomar decisiones o resolver problemas sin demasiada tensión, sentirse satisfecho con los logros conseguidos, con la capacidad de trabajar en equipo así como realizar las tareas encomendadas de manera eficiente.

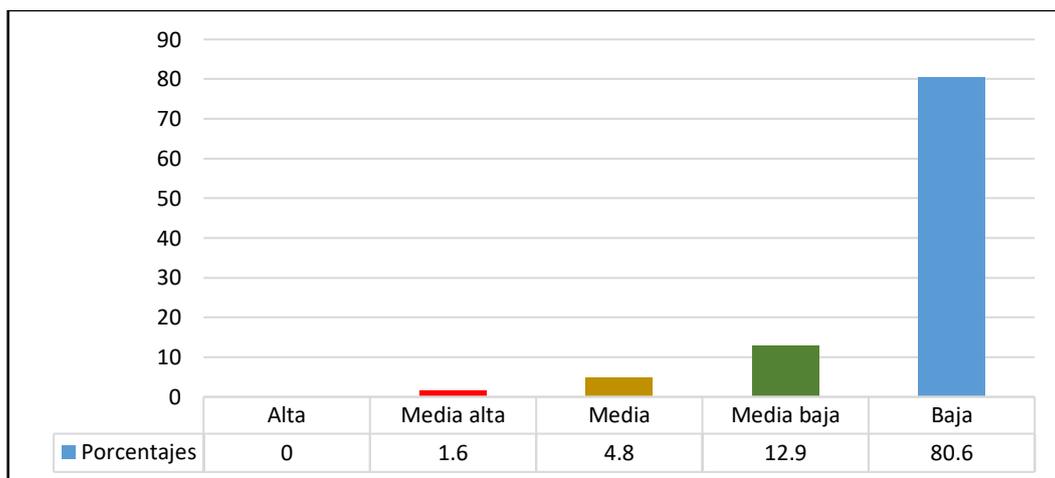
Tabla N° 7 Actividades de la casa

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta	0	0
	Media alta	1	1,6
	Media	3	4,8
	Media baja	8	12,9
	Baja	50	80,6
	Total	62	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: Según los resultados en esta área el 1.6% (1 agente) considera que su calidad de vida tiene una molestia media alta, el 4.8% una molestia media, el 12.9% como media baja y el 80.6% correspondiente a 50 de los sujetos lo cataloga como baja y el 0% como alta.

Gráfico N° 4 Actividades de la casa



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: El 80.6% de los participantes consideran como baja su calidad de vida con respecto a las actividades de la casa puesto a que sus jornadas laborales suelen causar dificultades en el momento de encargarse de pagar facturas, arreglar o limpiar la casa, tomar

decisiones o solucionar problemas relacionados a la misma, más aún cuando otras personas dependen de los agentes de seguridad.

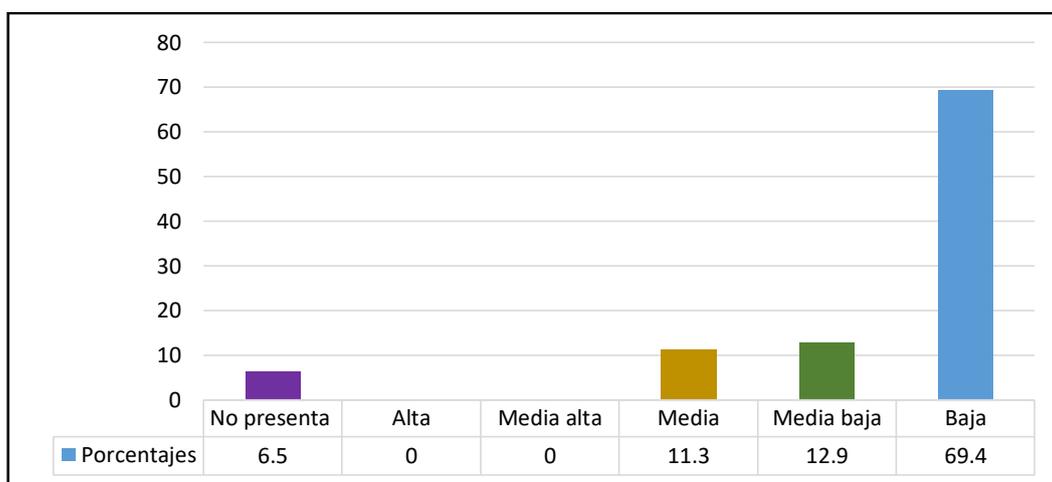
Tabla N° 8 Tareas de curso o clase

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No presenta	4	6,5
	Alta	0	0
	Media alta	0	0
	Media	7	11,3
	Media baja	8	12,9
	Baja	43	69,4
	Total	62	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: En cuanto a la calidad de vida y las tareas de curso o clase el 6.5% no ha realizado ningún curso en el último año, el 11.3% lo cataloga como media, el 12.9% como media baja, el 69.4% la relaciona como baja y el 0% como alta o media alta para cada caso.

Gráfico N° 5 Tareas de curso o clase



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: El 69.4% de los agentes consideran a su calidad de vida relacionada con el estudio como baja, esto se da porque deben compaginar su trabajo con el estudio, además muchos de ellos se encuentran estudiando después de varios años de haber culminado el

bachillerato por lo cual la falta de motivación y el exceso de tensión para cumplir sus tareas juega un papel en contra de su bienestar.

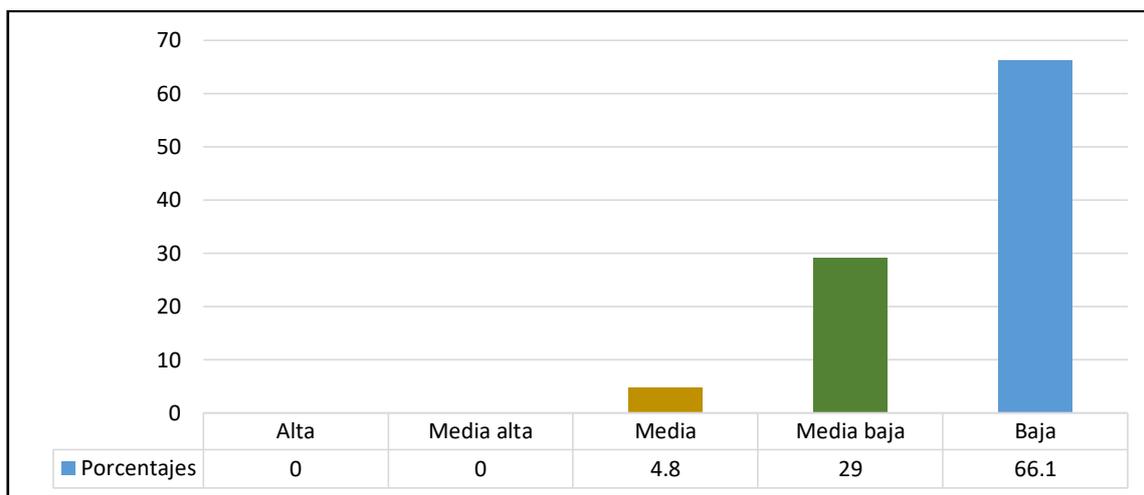
Tabla N° 9 Tiempo libre

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta	0	0
	Media alta	0	0
	Media	3	4,8
	Media baja	18	29,0
	Baja	41	66,1
	Total	62	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: Con respecto al tiempo libre el 4.8% tiene una calidad de vida media, el 29% como media baja, el 66.1% equivalente a 41 agentes la considera como baja y el 0% lo considera como alta o media alta.

Gráfico N° 6 Tiempo libre



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: En este aspecto el 66.1% de los sujetos considera su calidad de vida baja, lo cual tiene que ver con el tiempo destinado a diversas actividades de recreación o descanso sea individual o grupal, el interés por realizar dichas acciones y de disfrutarlas.

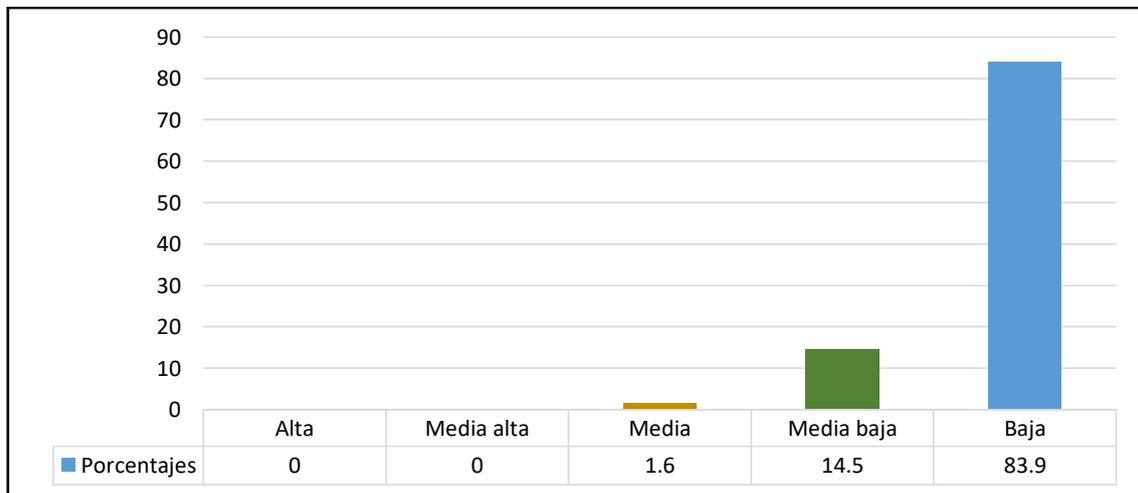
Tabla N° 10 Relaciones sociales

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta	0	0
	Media alta	0	0
	Media	1	1,6
	Media baja	9	14,5
	Baja	52	83,9
	Total	62	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: La calidad de vida y las relaciones sociales son percibidas por el 1.6% como media, el 14.5% media baja, el 83.9% es considerado baja, el 0% como alta o media alta por los agentes de seguridad penitenciaria que participaron en la investigación.

Gráfico N° 7 Relaciones sociales



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: El 83.9% considera como baja respectivamente a sus relaciones sociales debido a que la falta de tiempo es un limitante para realizar actividades sociales, compartir con amigos, así también el interés por relacionar con otras personas disminuye debido a la falta de energía o vitalidad que sienten tener, por lo cual prefieren evitar dichas situaciones.

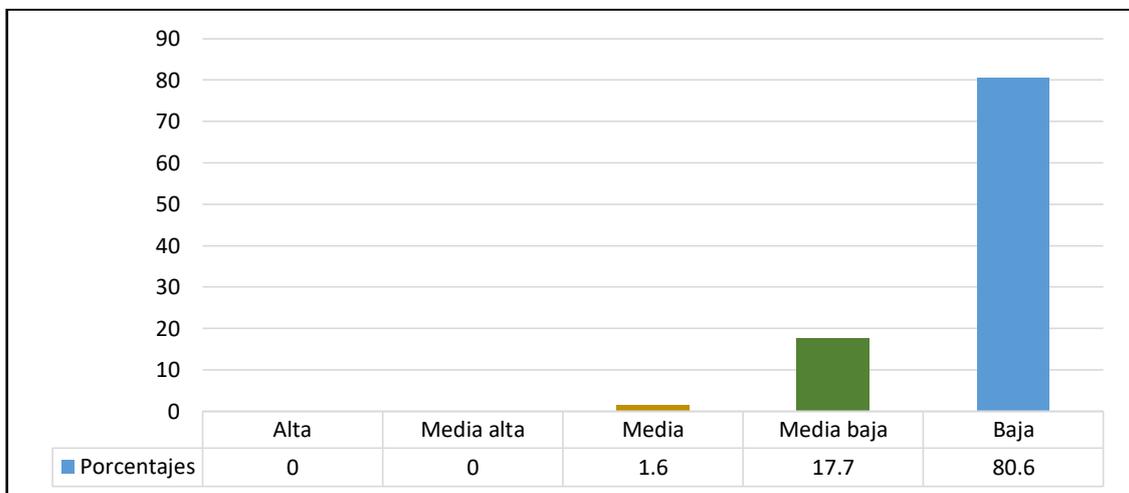
Tabla N° 11 Actividades generales

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alta	0	0
	Media alta	0	0
	Media	1	1,6
	Media baja	11	17,7
	Baja	50	80,6
	Total	62	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: En cuanto a esta área se encontró que el 1.6% de los agentes considera tener un nivel de calidad de vida media, el 17.7% por otro lado lo ve como media baja, el 80.6% la considera como baja y el 0% lo percibe como alta o media alta.

Gráfico N° 8 Actividades generales



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: La calidad de vida es considerada como baja por el 80.6% de los agentes dentro de sus actividades generales, entre las cuales se encuentran las áreas de funcionamiento de la vida cotidiana anteriormente descritas, además incluyen la situación económica y vivienda, el deseo y desempeño sexual, uso de medicamentos como relajantes musculares o sedantes, sensación de bienestar general, etc.

4.2 Resultados generales de la escala de Riesgo Suicida de Plutchik

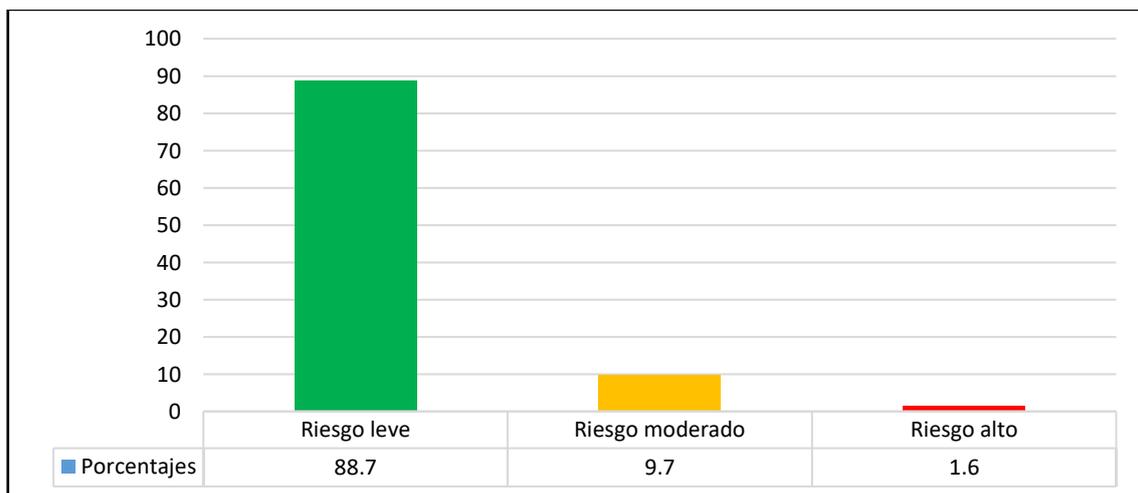
Tabla N° 12 Riesgo suicida

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

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: Al aplicar la escala de riesgo suicida de Plutchik a los 62 Agentes de Seguridad Penitenciaria 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 persona.

Gráfico N° 9 Riesgo suicida



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

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.

4.3 Resultados por género

4.3.1 Calidad de vida: satisfacción y placer Q-LES-Q

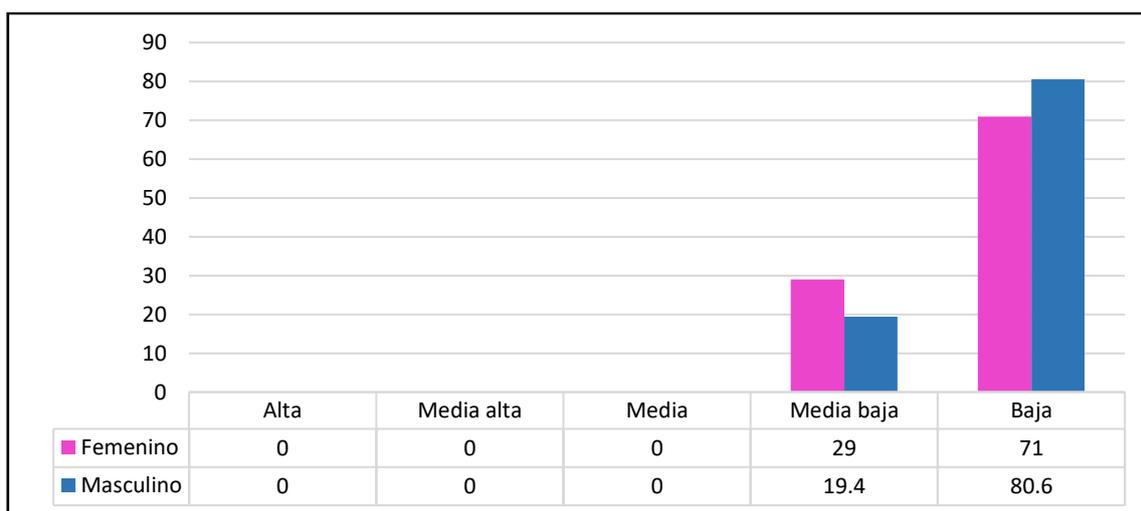
Tabla N° 13 Estado de salud física

Género			Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	0	0
		Media baja	9	29
		Baja	22	71
		Total	31	100
Masculino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	0	0
		Media baja	6	19,4
		Baja	25	80,6
		Total	31	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: En cuanto al estado de salud física se encontró que el 29% de las mujeres lo considera como media baja a diferencia de los hombres con el 19,4%; mientras el género masculino en un 80.6% lo considera como baja y el femenino con un 71%, siendo la diferencia porcentual entre ambos del 9.6% para cada caso, y el 0% de personas en cuanto a una percepción media alta, alta o media tanto en hombres como mujeres.

Gráfico N° 10 Estado de salud física



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: La diferencia porcentual en el nivel bajo entre ambos géneros se relaciona en la importancia otorgada al malestar físico, a la energía y vitalidad para el cumplimiento de sus actividades.

Tabla N° 14 Estado de ánimo

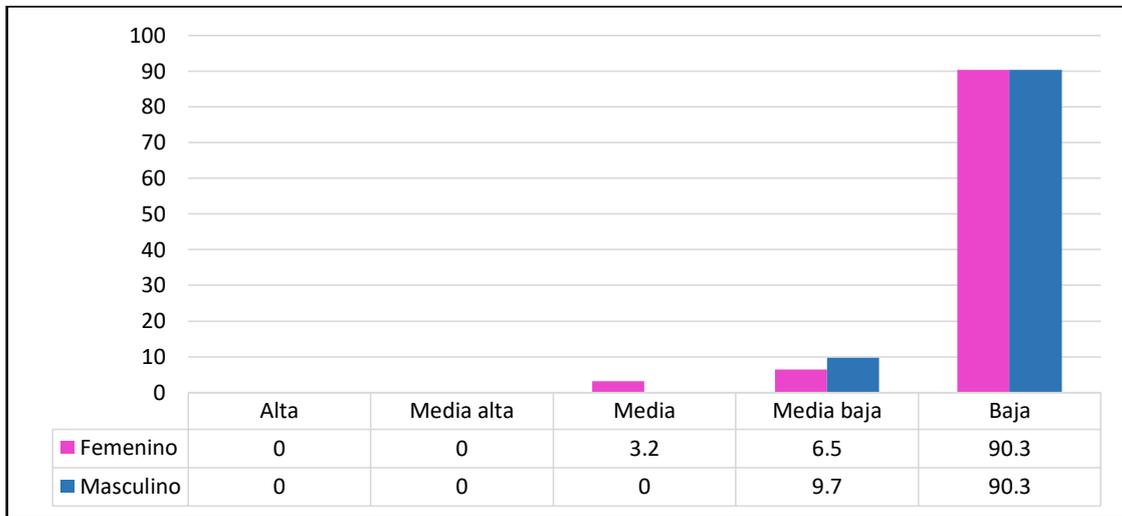
Género			Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	1	3,2
		Media baja	2	6,5
		Baja	28	90,3
		Total	31	100,0
Masculino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	0	0
		Media baja	3	9,7
		Baja	28	90,3
		Total	31	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: El estado de ánimo en ambos géneros es percibido como bajo con el 90.3% para cada uno, mientras la percepción de la calidad de vida media baja para esta área varía

aproximadamente con el 3% en hombres (9.7%) y mujeres (6.5%), únicamente en el género femenino se encontró que el 3.2% lo percibe como calidad de vida media y la precepción de media alta o alta es de 0% para ambos géneros.

Gráfico N° 11 Estado de ánimo



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: En esta área se observa que ambos géneros perciben de la misma manera la calidad de vida (90.3%) en relación al estado de ánimo, es decir como baja, en esto se incluye la motivación e interés por mantener su bienestar emocional, cuidar de su aspecto personal, etc.

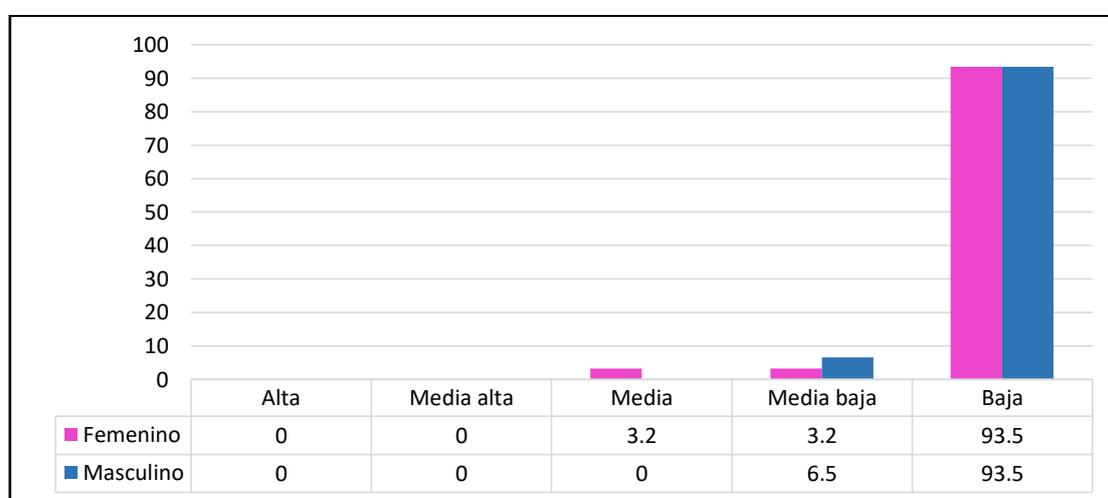
Tabla N° 15 Trabajo

Género			Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	1	3,2
		Media baja	1	3,2
		Baja	29	93,5
		Total	31	100,0
Masculino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	0	0
		Media baja	2	6,5
		Baja	29	93,5
		Total	31	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: En cuanto al trabajo en el género femenino el 3.2% considera tener una calidad de vida media y media baja, el 93.5% baja y el 0% alta o media alta; por otro lado el género masculino el 6.5% lo cataloga como media baja, el 93.5% como baja y el 0% como media, media alta o alta para cada caso.

Gráfico N° 12 Trabajo



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: Las demandas laborales percibidas por los agentes de seguridad en relación con su calidad de vida la categorizan como baja, no se evidencia diferencia porcentual entre

ambos géneros, además esto puede generar dificultades en otras áreas del desarrollo de los sujetos.

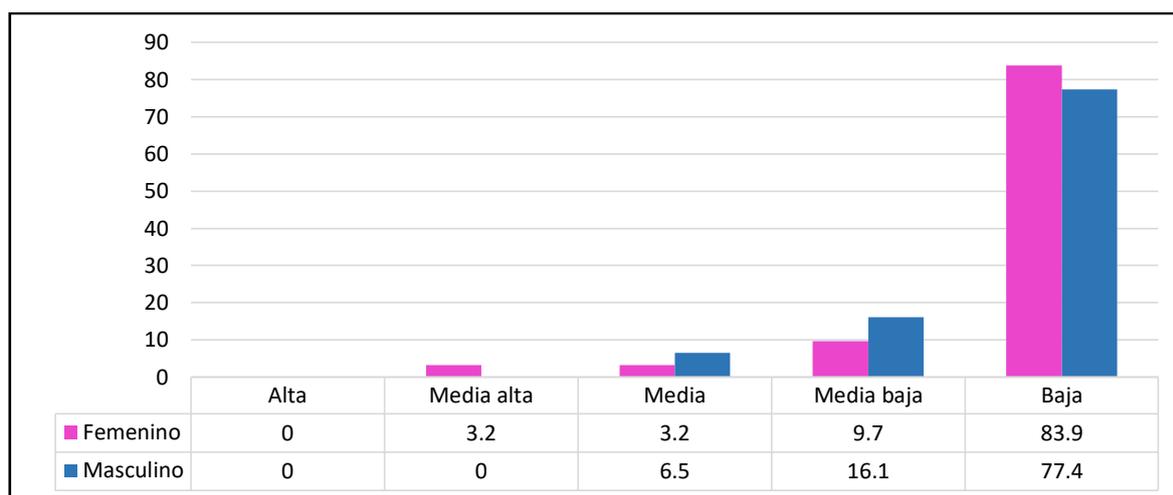
Tabla N° 16 Actividades de la casa

Género			Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	1	3,2
		Media	1	3,2
		Media baja	3	9,7
		Baja	26	83,9
		Total	31	100,0
Masculino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	2	6,5
		Media baja	5	16,1
		Baja	24	77,4
		Total	31	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: La calidad de vida percibida por el género femenino en relación a las actividades de casa se obtuvo el 3.2% como media y media alta, el 9.7% como media baja, el 83.9% como baja y el 0% alta; por otro lado en los hombres los resultados obtenidos fueron calidad de vida media el 6.5%, media baja con 16.1%, baja con el 77.4% y 0% para alta o media alta.

Gráfico N° 13 Actividades de la casa



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: En esta área se observa que las mujeres perciben en mayor medida la calidad de vida como baja con el 83.9% con respecto a los varones, esto se debe a que las mujeres dedican más tiempo a estas actividades además de la crianza de sus hijos, mientras los hombres lo realizan en menor medida.

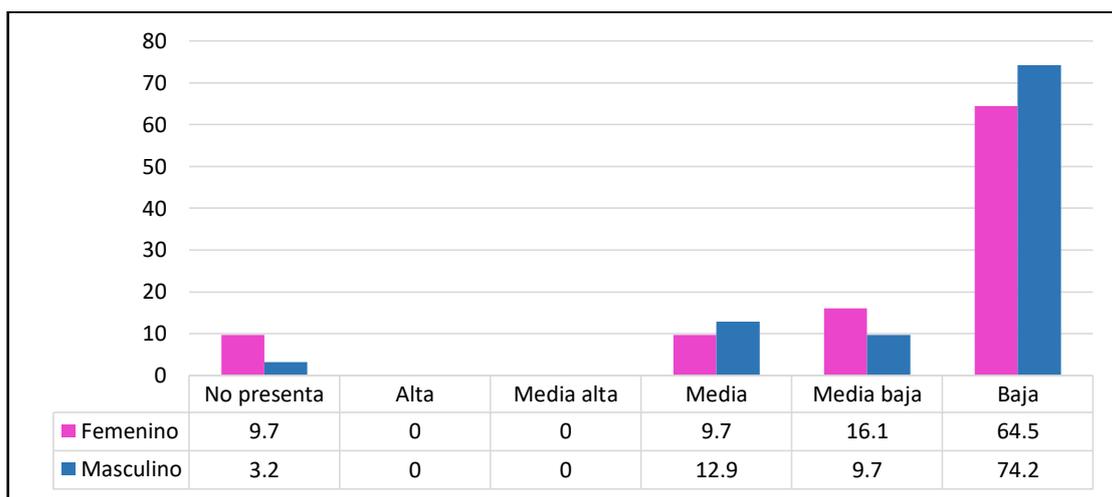
Tabla N° 17 Tareas de curso o clase

Género			Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Válido	No presenta	3	9,7
		Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	3	9,7
		Media baja	5	16,1
		Baja	20	64,5
		Total	31	100,0
Masculino	Válido	No presenta	1	3,2
		Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	4	12,9
		Media baja	3	9,7
		Baja	23	74,2
		Total	31	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: En esta área las mujeres en un 9.7% no se encuentra estudiando, el 9.7% considera una calidad de vida media en esta área, el 16.1% como media baja, el 64.5% baja y el 0% como alta o media alta; por otro lado el 3.2% de los hombres no se encuentra estudiando, el 12.9% lo cataloga como media, el 9,7% media baja, el 74.2% como baja y el 0% como alta o media alta.

Gráfico N° 14 Actividades de curso o clase



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: El género masculino es quien percibe con el 74.2% como baja la calidad de vida en relación al estudio o preparación académica, por otro lado se puede observar que el género femenino representado por el 9.7% con relación al 3.2% del género masculino no se encuentra estudiando alguna carrera, algún curso o capacitación esté o no relacionado con su trabajo.

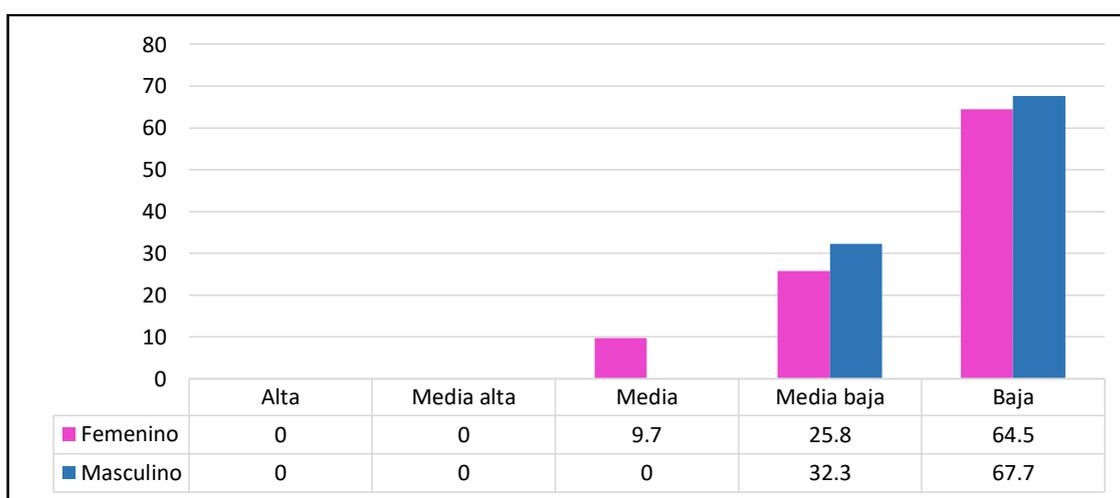
Tabla N° 18 Tiempo libre

Género			Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	3	9,7
		Media baja	8	25,8
		Baja	20	64,5
		Total	31	100,0
Masculino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	0	0
		Media baja	10	32,3
		Baja	21	67,7
		Total	31	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: Se puede observar que el 9.7% de las mujeres consideran tener calidad de vida media, el 25.8% media baja, el 64.5% baja y el 0% lo percibe alta o media alta; mientras los hombres el 32.3% lo cataloga como baja, el 67.7% media baja y el 0% como media, media alta o alta para cada caso respectivamente.

Gráfico N° 15 Tiempo libre



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: El 67.7% de los hombres y el 64.5% de las mujeres consideran este ítem como media baja pues sienten no tener tiempo libre suficiente para realizar actividades de ocio o recreación que les permita sentirse más relajados y descansados.

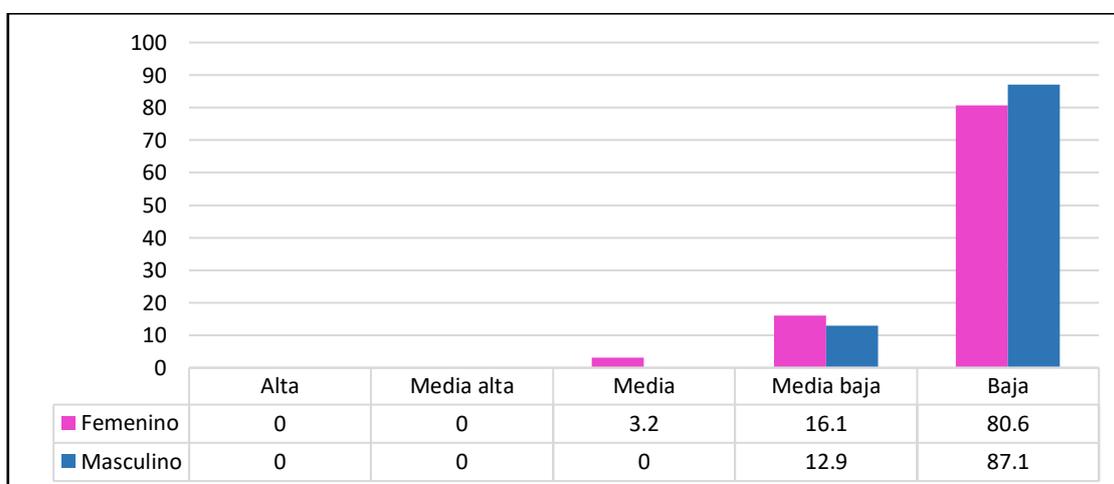
Tabla N° 19 Relaciones sociales

Género				Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Válido	Alta		0	0
		Media alta		0	0
		Media		1	3,2
		Media baja		5	16,1
		Baja		25	80,6
		Total		31	100,0
Masculino	Válido	Alta		0	0
		Media alta		0	0
		Media		0	0
		Media baja		4	12,9
		Baja		27	87,1
		Total		31	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: En cuanto a realizar actividades sociales las mujeres consideran una calidad de vida media con el 3.2%, el 16.1% media baja, el 80.6% baja y el 0% alta o media alta; los hombres por otro lado catalogan en un 12.9% media baja, el 87.1% baja y el 0% media, media alta o alta respectivamente.

Gráfico N° 16 Relaciones sociales



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: A pesar de que ambos géneros catalogan como baja esta área de la vida cotidiana se evidencia una diferencia porcentual de 7.5% entre ellos, siendo los hombres cuyo

porcentajes es mayor, esto se puede relacionar con el hecho de que ellos sienten la necesidad de mantener en mayor medida relaciones sociales las cuales pueden favorecer a descargar la tensión acumulada por diversas situaciones.

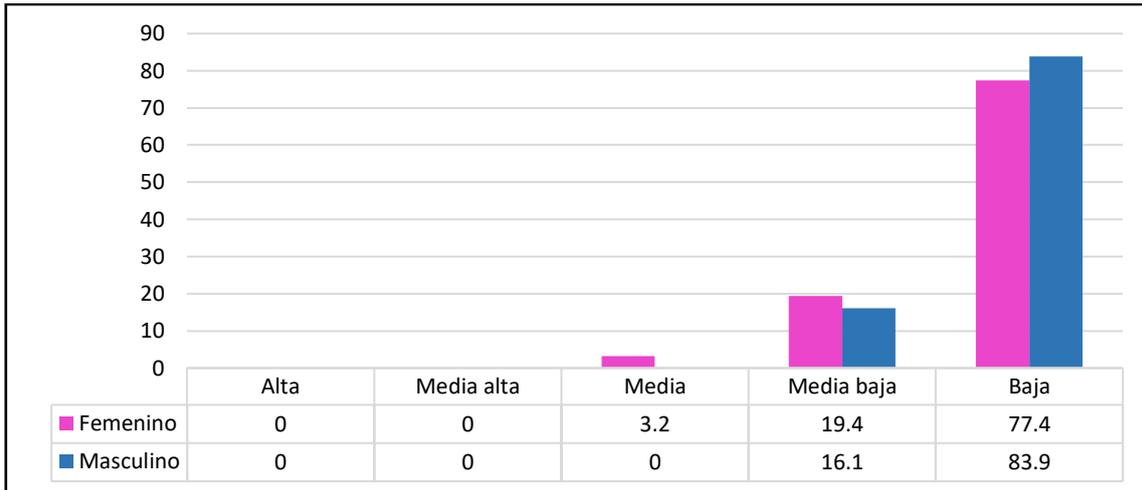
Tabla N° 20 Actividades generales

Género			Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	1	3,2
		Media baja	6	19,4
		Baja	24	77,4
		Total	31	100,0
Masculino	Válido	Alta	0	0
		Media alta	0	0
		Media	0	0
		Media baja	5	16,1
		Baja	26	83,9
		Total	31	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: En relación a las actividades generales el género femenino en un 3.2% considera una calidad de vida media, el 19.4% media baja, el 77.4% como baja y el 0% alta o media alta; el género masculino por otro lado en un 16.1% lo cataloga media baja, el 83.9% baja y el 0% como media, media alta o alta para cada caso.

Gráfico N° 17 Actividades generales



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: En ambos géneros a pesar de considerar como muy grave su calidad de vida en actividades generales se puede observar que existe una diferencia de 6.5% entre ambos, siendo los hombres quienes tienen el mayor porcentaje, esto puede relacionarse en que en su mayoría son quienes proveen en su hogar y sienten mayor presión en relación al aspecto económico, de vivienda etc.

4.3.2 Escala de Riesgo suicida de Plutchik

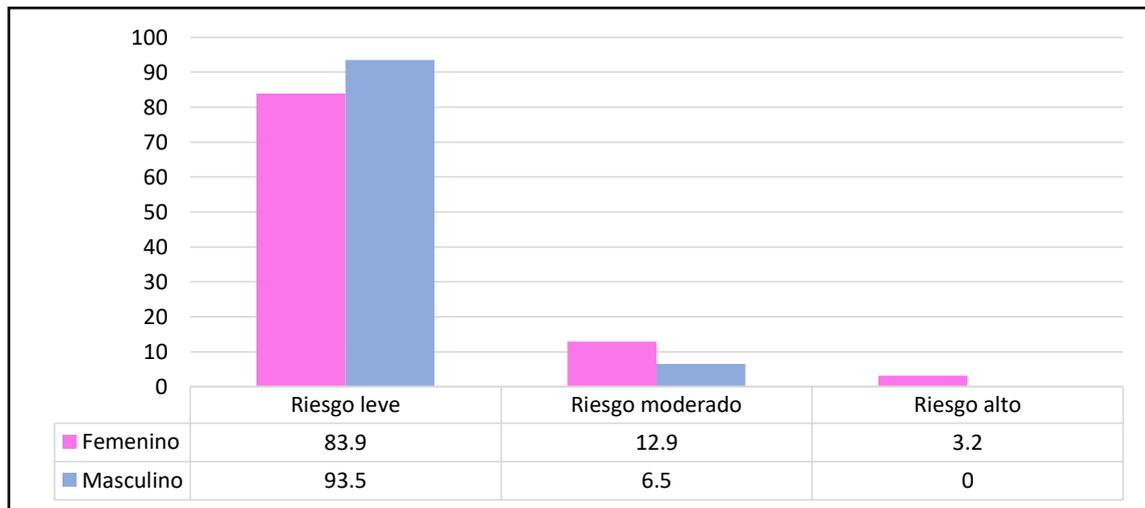
Tabla N° 21 Riesgo suicida

Género			Frecuencia	Porcentaje
Femenino	Válido	Riesgo leve	26	83,9
		Riesgo moderado	4	12,9
		Riesgo alto	1	3,2
		Total	31	100,0
Masculino	Válido	Riesgo leve	29	93,5
		Riesgo moderado	2	6,5
		Riesgo alto	0	0
		Total	31	100,0

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: En el género femenino los resultados obtenidos fueron: riesgo leve 83.9%, riesgo moderado 12.9% y riesgo alto 3.2%; mientras en el género masculino los resultados fueron: riesgo leve 93.5%, riesgo moderado 6.6% y riesgo alto 0%.

Gráfico N° 18 Riesgo suicida



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Interpretación: Como se puede observar el riesgo suicida leve se encuentra en mayor medida en ambos géneros siendo un tanto alto el porcentaje en los hombres con un 10.4%, sin embargo en el nivel de riesgo moderado y alto son las mujeres quienes tienen un mayor porcentaje con un 12.9% y 3.2% respectivamente, esto puede relacionarse con dificultades en cuanto a la esfera emocional y familiar, problemas para manejar la tensión, resolver conflictos, entre otros aspectos.

4.4 Verificación de la hipótesis Calidad de vida y riesgo suicida

Tabla N° 22 Resumen de procesamientos de casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Calidad vida * Riesgo suicida	62	100,0%	0	0,0%	62	100,0%

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: Se muestra el total de casos válidos o perdidos y sus porcentajes, siendo un total de 62 casos válidos correspondiente al 100%, los mismos han sido usados para la comprobación de la hipótesis mediante la prueba estadística del Chi-cuadrado.

Tabla N° 23 Tabla cruzada de Calidad de vida y riesgo suicida

Recuento

		Riesgo suicida			Total
		Riesgo leve	Riesgo moderado	Riesgo alto	
Calidad de vida	Media	0	0	1	1
	Media baja	9	3	0	12
	Baja	46	3	0	49
Total		55	6	1	62

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

Análisis: En los resultados se puede observar que de los 62 agentes participantes en la investigación 1 persona tiene una calidad de vida media y un riesgo suicida alto; de los 12 sujetos con una calidad de vida media baja, 9 tienen un riesgo suicida leve y 3 un riesgo moderado; por otro lado 49 personas con calidad de vida baja 46 poseen un riesgo suicida leve y 3 un riesgo moderado.

Tabla N° 24 Prueba de Chi-cuadrado de Calidad de vida y riesgo suicida

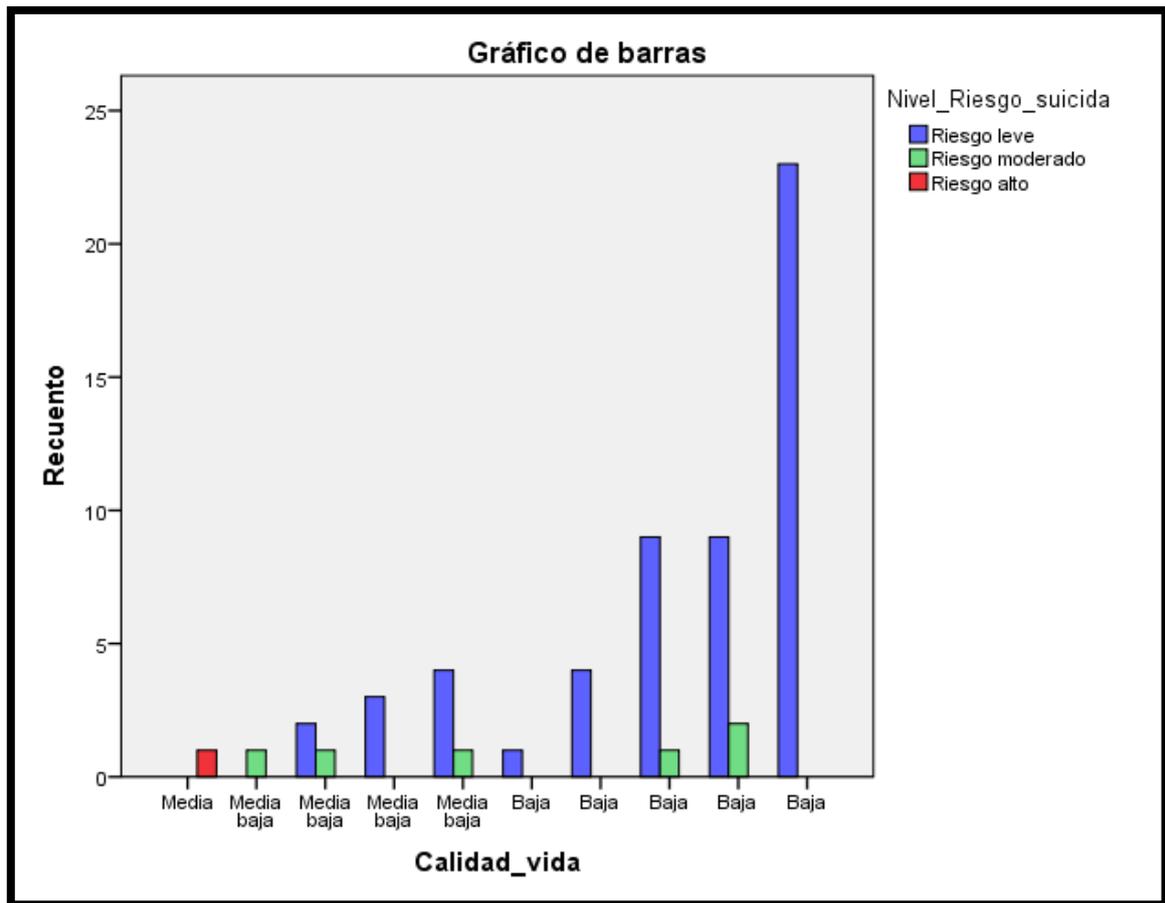
	Valor	gl	Significación exacta (bilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	78,123 ^a	18	,004	
Razón de verosimilitud	23,701	18	,010	
Prueba exacta de Fisher	34,238		,008	
Asociación lineal por lineal	18,440 ^b	1	,000	,000
N de casos válidos	62			

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.

Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

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° 19 Relación entre la calidad de vida y riesgo suicida



Nota: Elaborado por Ponce, Y. (2017). Fuente proyecto de investigación calidad de vida y riesgo suicida

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.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna, 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 las áreas de funcionamiento de la vida cotidiana que se encuentran afectadas en mayor medida, es decir con una calidad de vida muy grave en la población investigada se hallan, el trabajo con el 93.5%, pues requiere de toma de decisiones difíciles, disfrutar o tener motivación para realizar sus funciones además de ser una actividad laboral considerada de alto riesgo; el estado de ánimo con el 90.3%, donde se toma en cuenta el interés de cuidar su aspecto físico, sentirse relajado o a gusto con su vida; seguido de la relaciones sociales con el 83.9%, 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 lo 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 familiares de suicidio y el 1.6% un alto riesgo suicida, es decir pasaron de pensamientos suicidas a realizar intentos suicidas.

- Tomando en cuenta el género se obtuvo que la calidad de vida tanto en hombres como mujeres es similar, aunque en ciertas áreas se observa una leve discrepancia porcentual como en el área de salud física donde la percepción de calidad de vida muy grave en los hombres es mayor con un 9.6% en comparación con las mujeres; en actividades de casa son las mujeres quienes con una diferencia de 6.5% en relación a los hombres la perciben con muy grave; en cuanto a tareas de curso el género masculino lo considera como muy grave con una diferencia de 9.7% en comparación con el género femenino; en relaciones sociales la diferencia entre ambos es de 6.5%; por otro lado el riesgo suicida entre los géneros muestra que las mujeres tienen los porcentajes más elevados en los tres niveles: leve con 83.6%, moderado con 12.9% y alto con el 3.2% en comparación con los hombres cuyo riesgo leve es de 93.5%, moderado de 6.5% y no se encontró alto riesgo suicida.

5.2 Recomendaciones

- 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.
- Siendo el Centro de Rehabilitación Social en el cual los agentes pasan la mayor parte de su tiempo, se recomienda 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, y por lo menos en este espacio lograr aumentar la percepción de la calidad de vida de los mismos.

- Una vez que se cuente con un consultorio psicológico para los agentes de seguridad penitenciaria y tomando como referencia los datos obtenidos en cuanto al riesgo suicida, se debe implementar la habilitación de una ficha psicológica para cada uno de los agentes, así como seguimientos profilácticos trimestrales o mensuales de acuerdo a las necesidades de la institución y del personal que labora en estas instalaciones para poder prevenir el aumento del riesgo suicida así como la aparición o desarrollo de trastornos mentales.
- En cuanto a la percepción de la calidad de vida y riesgo suicida en ambos géneros es muy similar, por lo cual se debe aplicar las recomendaciones anteriormente mencionadas para mejorar en general su salud mental, en primera instancia dentro del área laboral y posteriormente en las demás áreas de funcionamiento de la vida cotidiana, sin embargo se debe tomar en cuenta la necesidad de cada uno de los sujetos y brindar una atención personalizada.

Bibliografía

- 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.
- Callanan, M. (2012). Diferencias de género en los métodos suicidas. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*
- Caqueo, A. (2008). *Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana*. Editorial Psicothema.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona- España. Editorial Paidós.
- 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 alcohólicos: revisión empírica y conceptual. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 28, 6-17.
- Durkeim, A. (1897). *Psicología social aplicada*. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer.
- Eguiluz, R. (1995). *Una reflexión sobre la conducta suicida desde el marco de la Terapia Familiar*. México. Editorial Psicología Iberoamericana Nueva Época.
- Evans, D. (1994). Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research*, 33, 1-3, 9-46.
- Florenzano, R. (1995). *Familia y salud de los jóvenes*. Santiago de Chile. Editorial Universidad Católica de Chile.

- Gómez A. (2008). *Conducta Suicida*. Apuntes para Docencia, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile.
- Gutiérrez, J. (1990). *Factores de riesgo suicida*. México. Editorial Psiquiatricmed.
- Harris, L. (2011). Auto-daño deliberado en las zonas rurales y urbanas: un estudio comparativo. *Ciencia Social*, 73 (2), 274- 281.
- Hidalgo, G. (1999). *Evaluación del funcionamiento familiar de familias con y sin riesgo biopsicosocial*. Editorial PSYKHE
- Jiménez A. (1997). *Depresión, desesperanza e intento suicida*. México. Editorial Psiquiatricmed.
- Kaplan, H., Sadock, B. (2004). *Sinopsis de Psiquiatría, 9ª edición*. Barcelona, España: Waverly Hispanica SA, Barcelona.
- Levy y Anderson. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- Marchiori, H. (1998). *El Suicidio enfoque criminológico*. México: Porrúa.
- Mardomingo, C. (1994). *Psicopatología del niño y el adolescente*. En: Suicidio e intento de suicido. Ediciones Driz de Sotos.
- Martín, H (1990). *Epidemiología de la Vejez*. México. Editorial Interamericana
- Ministerio de Salud de Chile. (2000). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago de Chile, Chile.
- Moix, M. (1980). *El bienestar social: ¿mito o realidad?* Madrid: Almena.
- Moreno, B. (2009). *Calidad de vida y funcionalidad en la depresión*. Editorial Semergen
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Documentos básicos 47ª edición*. Ginebra.

- 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.
- Ortiz, M. (1999). *La Salud Familiar*. Cuba. Editorial Cuban Med Gen Integr.
- Palomar, J. (1999). *Relación entre el Funcionamiento Familiar y calidad de vida en familias con un miembro alcohólico*. Editorial Salud Ment.
- Peccei, A. (1976). *La calidad humana*. Milano: Arnoldo Mondadori. Madrid, España: Taurus.
- Sarró, B., De la Cruz, C. (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000. Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Seligman, M. (2005). *La auténtica felicidad*. Barcelona- España. Editorial Byblos.
- Ryff, C. (1989). *The structure of psychological well-being revisited*. USA. Editorial Paidós.
- Roskar, S., Podlesek, A., Kuzmanic, M., Demsar, L., Zaletel, M., y Marusic, A. (2011). Riesgo de suicidio y su relación con el cambio en el estado civil. *Crisis*, 32 (1), 24-30.
- Schalock, R. (1997). *The quality of children's lives*. Illinois. Editorial Charles C.
- Shneidman, E. (1973). Notas de suicidio reconsideradas. *Psiquiatría*, 36, 379-395.
- 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.

Linkografía

Aguirre, D., Cataño, J., Cañon, S., Marín, D., Rodríguez, J., Rosero, L. y 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>

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

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., 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

- 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>
- 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
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2015). Informe de Resultados ECV 2013- 2014. *UNICEF*. Recuperado de <https://www.unicef.org/ecuador/150411-ResultadosECV.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>
- Medina, O., Cardona, D. y Arcila, S. (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>
- MSP. (2016). Principales causas de mortalidad general. *Salud.gob.ec*. Recuperado de <https://public.tableau.com/profile/publish/defuncionesgenerales2014/Menu#!/publish-confirm>

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%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas¶m2=1259944627273¶m4=Mostrar

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

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&gclid=27709&lang=es

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/>

Vinaccia, S., Quinceno, J. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Colombiana 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=0ahUKEwiyuvPMmp7TAhWM6SYKHcsZDMkQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fen-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-pdf-S0123901510700810-S300&usg=AFQjCNGbTbffcNCisRZsJpx2YGNVliueYng&sig2=vGHAnTtVbgQFofP1fA98TQ&bvm=bv.152180690,d.eWE>

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.bvsalud.org/pdf/eureka/v8n1/a04.pdf>

Citas bibliográficas - Bases de datos UTA

EBRARY. Da Cruz, M., Santana, T., Pires, M., Botelho, E. & Bastos, O. (2014). Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36 (2), 63-74. doi 10.1590/2237-6089-2013-0044

EBRARY. Leal, F. y Peña, M. (2008). Representaciones sociales de la depresión y del suicidio elaboradas por estudiantes de psicología. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (4), 714-727. Doi 10.1590/S1414-98932008000400005.

SCOPUS. Lobo, A. (2009). Motivación para la actividad física y su relación con la calidad de vida. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12 (3), 405-415. Doi 10.1590/1809-9823.2009.00008

SCOPUS. Martins, F., Cardoso, L. & Ferreira, R. (2016). La influencia del alejamiento del trabajo en la percepción de salud y calidad de vida de individuos adultos. *Fisioterapia e Pesquisa*, 23 (1), 98-104. Doi 10.1590/1809-2950/14900923012016.

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

SCOPUS. Vélez, C., Escobar, M. y Pico, M. (2016). Calidad de vida y trabajo informal en personas mayores en una ciudad intermedia colombiana, 2012-2013. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (3), 415-427. Doi 10.1590/1809-98232016019.140215.

Anexos

AnexoN°1: Autorización del Coordinador Zonal de Justicia Derechos Humanos y

Cultos 3



Abogado

Víctor Jácome Mafla

COORDINADOR ZONAL DE JUSTICIA, DERECHOS HUMANOS Y CULTOS 3.

Presente.-

Reciba un cordial saludo, con todo comedimiento y respeto Yo, PONCE SÁNCHEZ YADIRA ESTEFANÍA con cédula de ciudadanía 1500781214, estudiante de Décimo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato, me dirijo a usted y por medio de la presente me permito solicitarle de la manera más comedida se me autorice el ingreso y el acceso al personal de esta prestigiosa institución para poder llevar a cabo mi Proyecto de Investigación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica, el mismo que lleva por *tema* "Calidad de Vida y Riesgo Suicida en los Agentes de Seguridad Penitenciaria" el cual lo realizaré en el periodo académico Octubre 2016- Marzo 2017, además al culminar la investigación se entregará los resultados obtenidos para que puedan ser utilizados como antecedentes en la institución en futuras investigaciones.

De antemano le agradezco su buena acogida y pronta respuesta.

Atentamente,

Yadira Estefanía Ponce Sánchez

C.C. 1500781214



17/10/2016



**Anexo N°2: Autorización del Director del Centro de Rehabilitación Social Regional
Sierra Centro Norte de Latacunga**

Latacunga, 12 de octubre del 2016

Abogado

Edwin Castelo Paredes

**DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL REGIONAL SIERRA
CENTRO NORTE DE LATACUNGA**



Presente.-

Reciba un cordial saludo, con todo comedimiento y respeto Yo, PONCE SÁNCHEZ YADIRA ESTEFANÍA con cédula de ciudadanía 1500781214, estudiante de Décimo semestre de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato, me dirijo a usted y por medio de la presente me permito solicitarle de la manera más comedida se me autorice el ingreso y el acceso al personal de esta prestigiosa institución para poder llevar a cabo mi Proyecto de Investigación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica, el mismo que lleva por tema "Calidad de Vida y Riesgo Suicida en los Agentes de Seguridad Penitenciaria" el cual lo realizaré en el periodo académico Octubre 2016- Marzo 2017, además al culminar la investigación se entregará los resultados obtenidos para que puedan ser utilizados como antecedentes en la institución en futuras investigaciones.

De antemano le agradezco su buena acogida y pronta respuesta.

Atentamente,

Yadira Estefanía Ponce Sánchez

C.C. 1500781214



Anexo N°3: Consentimiento informado

Yo, _____ con Cédula de Identidad _____ autorizo a la Srta *Ponce Sánchez Yadira Estefanía* hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema “*Calidad de vida y riesgo suicida en los Agentes de Seguridad Penitenciaria* ” de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Psicología Clínica, la misma que se llevará a cabo en el Centro de Rehabilitación Social Regional Sierra Centro Norte de Latacunga.

El objetivo de este documento es darle a conocer que:

La participación en esta investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o abandonar el estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar estrategias o instrumentos psicométricos en complemento con tratamiento psicoterapéutico acordes para su profesión.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza total discreción y confidencialidad en la información obtenida.

Con el fin de agilizar la investigación se procederá a hacer un acompañamiento donde se emitirá una explicación previa, antes de que conteste las baterías de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo N° 4: Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q)

Se ha creado este cuestionario para ayudar a evaluar el grado de placer y satisfacción experimentados durante la semana pasada.

ESTADO DE SALUD FÍSICA/ACTIVIDADES

Con respecto a su estado de salud física durante la semana pasada,

¿Con qué frecuencia...	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
1. ...se sintió sin dolores ni molestias?					
2. ...se sintió descansado/a?					
3. ...se sintió con energía?					
4. ...se sintió en un excelente estado de salud física?					
5. ...sintió, por lo menos, un estado de salud física muy bueno?					
6. ...no se preocupó de su estado de salud física?					
7. ...sintió que durmió lo suficiente?					
8. ...se sintió suficientemente activo/a?					
9. ...sintió que tenía una buena coordinación en sus movimientos?					
10. ...sintió que su memoria funcionaba bien?					
11. ...se sintió bien físicamente?					
12. ...se sintió lleno/a de energía y vitalidad?					
13. ...no experimentó problemas visuales?					

ESTADO DE ÁNIMO

Durante la semana pasada,

¿con qué frecuencia se sintió...	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
14. ...con la mente despejada?					
15. ...satisfecho/a con su vida?					
16. ...a gusto con su aspecto físico?					
17. ...alegre o animado/a?					
18. ...independiente?					
19. ...contento/a?					

44. ...quedó satisfecho/a con la manera en que preparó la comida?					
45. ...quedó satisfecho/a con la manera en que se ocupó de limpiar la casa y lavar la ropa?					
46. ...quedó satisfecho/a con las tareas domésticas que realizó?					
47. ...se concentró y pensó claramente en las tareas domésticas que tenía que realizar?					
48. ...resolvió los problemas de la casa o los manejó sin demasiada tensión?					
49. ...fue firme o tomó decisiones, cuando fue necesario, respecto a las tareas de la casa?					
50. ...hizo arreglos o se encargó del mantenimiento de la casa cuando fue necesario?					

TAREAS DE CURSO/DE CLASE

Durante la semana pasada, ¿siguió algún curso, fue a clase, o participó en algún tipo de curso o clase en algún centro, escuela, colegio o Universidad? NO

SÍ

Si responde que no, anote la razón y pase a la página 6.

Si no, ¿por qué no? 1 Demasiado enfermo/a físicamente
 2 Demasiado alterado/a emocionalmente
 3 Nadie espera que haga esto
 98 Otra razón

escriba la razón

Si responde que sí, complete esta sección

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
51. ...disfrutó con las tareas del curso/clase?					
52. ...deseó empezar las tareas del curso o de la clase?					

53. ...desarrolló las tareas del curso/de la clase sin demasiada tensión?					
54. ...pensó con claridad sobre las tareas del curso/clase?					
55. ...se mostró decidido/a con las tareas del curso/clase, cuando fue necesario?					
56. ...se sintió satisfecho/a con los logros conseguidos en el trabajo del curso/de la clase?					
57. ...se interesó en las tareas del curso/clase?					
58. ...se concentró en las tareas del curso/clase?					
59. ...se sintió bien mientras hacía las tareas del curso/clase?					
60. ...se comunicó e intercambió opiniones con facilidad con los compañeros/as del curso/clase?					

ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE

Las preguntas siguientes se refieren a las actividades de tiempo libre durante la semana pasada, como ver la televisión, leer el periódico o revistas, ocuparse de las plantas de la casa o del jardín, pasatiempos, ir a museos o al cine o a actos deportivos, etc.

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
61. Cuando tuvo tiempo, ¿con qué frecuencia lo utilizó para actividades de tiempo libre?					
62. ¿Con qué frecuencia disfrutó de sus actividades de tiempo libre?					
63. ¿Con qué frecuencia deseó realizar las actividades de tiempo libre antes de poder disfrutar de ellas?					
64. ¿Con qué frecuencia se concentró en las actividades de tiempo libre y les prestó atención?					
65. Si surgió algún problema durante las actividades de tiempo libre,					
66. ¿con qué frecuencia lo solucionó o lo manejó sin demasiada tensión?					

RELACIONES SOCIALES

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia...					
	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo o la mayor parte del tiempo	Muy a menudo o siempre
67. ...se divirtió conversando o estando con amigos o familiares?					
68. ...deseó reunirse con amigos o familiares?					
69. ...hizo planes con amigos o familiares para futuras actividades?					
70. ...disfrutó conversando con compañeros/as de trabajo o vecinos?					
71. ...se mostró paciente cuando otras personas le irritaron con sus acciones o con sus palabras?					
72. ...se interesó por los problemas de otras personas?					
73. ...sintió cariño por una o más personas?					
74. ...se llevó bien con otras personas?					
75. ...bromeó o se rió con otras personas?					
76. ...sintió que ayudó a amigos o familiares?					
77. ...sintió que no había problemas ni conflictos importantes en su relación con amigos o familiares?					
ACTIVIDADES GENERALES					
<p>Nivel global de satisfacción</p> <p>En general, ¿cómo evaluaría su nivel de satisfacción durante la semana pasada en cuanto a...</p>					
	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno
78. ...su estado de salud física?					
79. ...su estado de ánimo?					
80. ...su trabajo?					
81. ...las tareas de la casa?					
82. ...sus relaciones sociales?					
83. ...sus relaciones familiares?					
84. ...sus actividades de tiempo libre?					
85. ...su capacidad de participar en la vida diaria?					

86. ...su deseo sexual, interés, rendimiento o desempeño?*					
87. ...su situación económica?					
88. ...la situación de alojamiento o vivienda?*					
89. ...su capacidad para desplazarse sin sentir mareos, inestabilidad o caídas?*					
90. ...su visión en cuanto a la capacidad para trabajar o disfrutar de sus aficiones?*					
91. ...su sensación general de bienestar?					
92. ...la medicación? (Si no toma medicamentos, indíquelo aquí y deje la respuesta en blanco) <input type="checkbox"/>					
93. ...¿Cómo evaluaría su nivel de satisfacción general de vida durante la semana pasada?					
*Si el nivel de satisfacción es muy malo, malo, o regular en estas respuestas, por favor SUBRAYE los factores asociados a la falta de satisfacción.					

Anexo N° 5: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

<p><i>Instrucciones:</i> Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho.</p> <p align="center">Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.</p>		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO