

DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDAD EN FUNCIONARIOS DE GENDARMERÍA
PERTENECIENTES A GUARDIA ARMADA DEL COMPLEJO PENITENCIARIO DE
ACHA Y CIP CRC

DEPRESSION AND SUICIDAL IDEATION IN GENDARMERIE OFFICERS
BELONGING TO ARMED GUARDS OF THE PRISON COMPLEX OF ACHA AND CIP
CRC

DEPRESSÃO E IDEACÃO SUICIDA EM OFICIAIS DE GENDARMERIA
PERTENCENTES A GUARDAS ARMADOS DO COMPLEXO PRISIONEIRO DE ACHA E
CIP CRC

Percy Alvarez-Cabrera, Marcela de la Cerda-Nangarí, Shaysa Tordoya-Espinosa & Natalia
Arriagada-Huanca
Universidad de Santo Tomás¹

RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo principal, realizar una descripción de los niveles de depresión e ideación suicida en funcionarios de gendarmería del complejo de Acha y del CIP-CRC de la ciudad de Arica y Parinacota. La investigación fue de tipo cuantitativa, de corte transversal, y se llevó a cabo en una muestra conformada por 26 funcionarios. Para este estudio se aplicaron los siguientes test: Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la escala de ideación suicida de Beck (ISB Beck, Kovacs & Weissman, 1979). Así mismo se hace un énfasis especial en relación a variables sociodemográficas y a los turnos de trabajo. Estos indicadores fueron comparados para mostrar la relación de las dimensiones del cuestionario de depresión y el cuestionario de ideación suicida y como estos inciden entre sí. Según los resultados obtenidos en

¹ Escuela de Psicología Arica-Chile

la investigación, se observa que la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Esta puede convertirse en un problema de salud serio, cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar incluso sufrimiento y alteraciones en las actividades laborales.

Palabras claves: Depresión, Ideación suicida, Funcionarios penitenciarios.

ABSTRACT.

The following study has for purpose, the realization of a description on the levels of depression and suicidal tendencies in prison officers from Acha and CIP-CRC complex from the Arica and Parinacota region. Our research was quantitative, of a transversal form, and it was made by a universe of 26 workers. For this study the following test were applied. Beck's depression inventory (BDI-II), Beck's suicidal ideation scale (ISB Beck, Kovacs & Weissman, 1979). On this matter a special emphasis must be done to the relation on the socio-demographic and the workshifts. These indicators were compared to proved the relation between both test and how this work between each other. According to the results of the investigation, it appears that depression is different from the usual changes in mood and brief emotional responses to the problems of everyday life. This can become a serious health problem when it is long lasting and moderate to severe intensity, and may even cause suffering and changes in work activities.

Key words: Depression, Suicidal tendencies, correction workers.

RESUMO.

O estudo a seguir tem por propósito, a realização de uma descrição sobre os níveis de depressão e tendências suicidas em oficiais de prisão do complexo Acha e CIP-CRC da região de Arica e Parinacota. Nossa pesquisa foi quantitativa, de uma forma transversal, e foi feita por um universo de 26 trabalhadores. Para este estudo, o seguinte teste foi aplicado. Inventário de depressão de Beck (BDI-II), escala de idéias suicidas de Beck (ISB Beck, Kovacs & Weissman, 1979). Sobre este assunto, deve-se fazer uma ênfase especial na relação entre os avanços

sociodemográficos e os turnos de trabalho. Estes indicadores foram comparados, comprovando a relação entre o teste e a forma como estes funcionam entre si. De acordo com os resultados da investigação, parece que a depressão é diferente das mudanças usuais de humor e respostas emocionais breves aos problemas da vida cotidiana. Isso pode se tornar um grave problema de saúde quando é duradouro e de intensidade moderada a grave e pode até causar sofrimento e mudanças nas atividades de trabalho.

Palavras-chave: depressão, tendências suicidas, correção de trabalhadores.

INTRODUCCIÓN.

Sanz y Vázquez (1995), señalan que en los últimos 20 años se ha producido una drástica proliferación de teorías psicológicas sobre la etiología de la depresión. Lucero (2009), señala que la depresión es un trastorno muy frecuente incluso en progresivo aumento. La relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que este trastorno genera una discapacidad funcional importante, superior incluso a la mayoría de las enfermedades médicas crónicas. Sumado a lo anterior, Tennen, Hall y Affleck, (1995) y Vredenburg, Flett y Krames, (1993), mencionan que gran parte del aval empírico que apoyan los actuales modelos psicológicos de la depresión, proviene de estudios realizados con sujetos subclínicamente deprimidos –sujetos con un estado anímico depresivo intenso, pero no hospitalizados- que son así clasificados en función de la puntuación obtenida en determinada escala o inventario de depresión. Beck, en el año 1976 plantea que esta estrategia metodológica supone la asunción implícita de la llamada hipótesis de la continuidad de la depresión. La cual plantea que depresión es un continuo y, por tanto, cualquier persona podría ser situada en un punto determinado del mismo.

Continuando con lo anterior, como premisa básica de la teoría cognitiva de Beck, (1979) en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información, los sujetos depresivos valoran excesivamente los sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles. La depresión está asociada a la ideación suicida, siendo ésta

definida como una forma de violencia autoinflingida, (Krug et al., 2003). Stack y Tsoudis (1997), en su estudio con agentes carcelarios señala la relación entre riesgo suicida y depresión.

Por consiguiente, la relación entre depresión y el suicidio es muy estrecha. De hecho, la mayoría de las personas que se suicidan han estado deprimidas. Por otra parte, la mitad de las personas diagnosticadas de depresión presentan ideas suicidas (De la Torre, 2013). Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. Jiménez y González-Forteza (2003), han definido el suicidio como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte auto infringida.

Basándose en esto, es que existe el consenso casi generalizado de definir al suicidio como un proceso compuesto por diversas acciones que inicia con la ideación suicida (Pérez, 1999; Dias de Mattos, et al. 2010), es por lo anterior, que ha llamado el interés de la comunidad científica en investigar esta temática. En México, Jiménez y González-Forteza (2003) destacan que entre 1982 y 2003 la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF), publicó 56 trabajos de investigación sobre suicidio, de los cuales el 30% de los trabajos se concentró en la ideación suicida.

Por lo anterior, se han subrayado algunos factores que podrían determinar la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida. Al respecto, Krug et al. (2003) en el informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (2004), se señala que aproximadamente el 80% de las personas que se suicidaron tenían varios síntomas depresivos, pues estos influyen de forma directa en la aparición de pensamientos e ideas suicidas (Ceballos y Del Toro, 2008). Inclusive se plantea que un estado de ánimo depresivo se debe de considerar como una condición previa necesaria para la presencia de ideación suicida (Hintikka, et al, 2009). Por su parte, otro autor indica que las experiencias o eventos negativos como los cambios físicos, las relaciones con los pares, los conflictos existenciales, espirituales y familiares, constituyen grandes predictores para la consumación de suicidio (Chaskel, 2006).

Considerando todo lo anteriormente descrito, es que se plantea que la presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada al suicidio; más de 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos (Gutiérrez-García, Contreras & Orozco-Rodríguez, 2006). Algunas personas parecen ser especialmente vulnerables al suicidio cuando tienen que hacer frente a eventos difíciles de la vida o a una combinación de factores de estrés (OMS, 2007).

Uno de los colectivos que presenta mayores niveles de depresión e ideación suicida según Pizarro en el año 2008, es en el sistema penitenciario chileno, el cual se ha visto envuelto en condiciones críticas, esto por la falta de infraestructura, el gran aumento de la población penitenciaria, la existencia de una inadecuada penalización de los delitos y el escaso número de funcionarios en los centros penitenciarios. En la actualidad, los funcionarios no son capaces de cubrir la cantidad de internos en los centros penales del país, existiendo así una gran carga laboral para los gendarmes, que implica dejar tareas inconclusas y la imposibilidad de responder a emergencias dentro de los centros penitenciarios. En Chile, durante el año 2012, según estadísticas que registra la Asociación Nacional de Funcionarios Penitenciarios de Gendarmería (ANFUP), cinco funcionarios de Gendarmería se suicidaron, una tasa que sobrepasa los cuatro funcionarios fallecidos de la misma forma durante el año 2011 (Revista interna de gendarmería, 2012).

En el caso de Chile, y hasta donde conocen los autores, no existen investigaciones previas que aborden de manera específica el estudio de la depresión e ideación suicida en funcionarios de prisiones y su relación con otras variables sociodemográficas. Precisamente, el objetivo del presente estudio consiste en medir la depresión y la ideación suicida en los funcionarios de gendarmería pertenecientes a guardia armada del complejo Penitenciario de Acha y CIP CRS destinados en la XV Región del país (Arica y Parinacota).

MÉTODO

Objetivo General.

Determinar los niveles de Depresión e ideación suicida en los funcionarios de las áreas de guardia civil y guardia armada de gendarmería de Arica y Parinacota.

Objetivos Específicos.

- Describir los niveles de Depresión según los distintos puntos de corte encontrados.
- Describir los niveles de ideación suicida en la muestra de funcionarios de la guardia civil y guardia armada.

Hipótesis

- Las dimensiones del cuestionario de depresión se relacionaran de forma positiva y estadísticamente significativa con las dimensiones del cuestionario de ideación suicida.
- Los niveles de depresión e ideación suicida presentaran valores diferenciales según el lugar de trabajo, siendo los de la guardia armada lo que presentaran las puntuaciones más altas.
- Los niveles de depresión e ideación suicida presentaran valores diferenciales según el turno de trabajo, siendo los turnos de 4 por 4 lo que presentaran las puntuaciones más altas.

Variables sociodemográficas:

Horario y turnos de trabajo: los funcionarios nuevos que ingresan a gendarmería de Chile, inician su trabajo en las garitas de seguridad con un turno de cuatro por cuatro horas, es decir, cuatro horas en la garita y cuatro horas en servicio de guardia, portón principal o descansan esas horas, durante 4 o 5 días, luego de ello un día de franco (día libre) para luego volver al mismo sistema de turnos, por otro lado, está el horario de guardia interna, los cuales presentan un horario de 8:00 a.m. a 17:20 p.m. teniendo uno, dos o tres días de trabajo por uno de franco (día libre), es decir, puede trabajar tres días y descansan uno, si trabajan dos días descansa uno, y si trabajan uno descansan uno, en la jornada nocturna, se da la situación similar a lo mencionado anteriormente, pero los turnos son a partir de las 17:00 hasta 8:00 de la mañana, y por último, está el turno más fijo, el cual consiste en horario de 8:00 a.m. a 17:00 p.m. de lunes a viernes.

Jornada de trabajo: en gendarmería de Chile, las jornadas laborales son diferentes que en otros colectivos de trabajo, pues como se menciona en el punto anterior, los horarios y turnos son variables, las jornadas de trabajo también, pues deben cubrir las 24 horas del día, lo que implica, jornadas diurnas y vespertinas, por ejemplo, si un trabajador tiene un horario de 8:00 a.m. a 17:00 p.m. el de la jornada de la noche debe trabajar de 17:00 a 2:00 a.m. y la última jornada de madrugada que es de 24:00 a 9:00 a.m. Para a presente investigación los horarios de trabajo se han considerado; horario diurno tarde, horario noche rotativos.

Muestra

La población de estudio está formado por los funcionarios de penitencia de la ciudad de Arica y Parinacota (N=468), pero como característica e indicador crítico en niveles de depresión e ideación suicida en los funcionarios, se consideró a los funcionarios de la guardia civil y guardia armada tanto de Acha como CIP-CRC (Centro de Internación de Arica Provisorio—Centro Régimen Cerrado, Caltani), por lo tanto, la muestra del presente estudio quedó conformada por 33 sujetos, de los cuales cinco sujetos no cumplimentaron el cuadernillo por encontrarse licencias médicas, permiso administrativo, vacaciones, traslado, entre otros. Dos sujetos que no cumplimentaron el cuadernillo en su totalidad fueron descartados para la investigación, quedando una muestra total de 26 sujetos de los cuales 11(42,3%) trabajan en CIP-CRC, 8 sujetos (30,8%) trabajan a Acha (garita de seguridad) y 7 sujetos (26,9%) trabajan en la guardia armada (ingreso del complejo). Distribuidos por edad, estas fluctúan entre 19 años y 27 años (media: 21,96, Ds.: 2,05). Según los años de servicio 22 sujetos (84,6%) tienen entre 1 mes y un año en la institución y dos sujetos (7,7%) tienen más de un año de servicio. Según estado civil 21 sujetos (80,8%) son solteros, 1 sujeto (3,8%) está casado, 4 sujetos (15,3%) en otra situación (convivencia, en pareja, etc.).

Instrumentos

Inventario de depresión de Beck, 1961 (BDI-II). En Chile (Irrazabal, Villacura y Lopez, 2012) se evaluaron las propiedades psicométricas de este instrumento en muestras de adolescentes con edades entre 14 y 20 años. Para corroborar su confiabilidad se analizó su

consistencia interna ($\alpha=0,91$). Este instrumento funciona con modalidad de autoinforme por medio de veintiún ítems con cuatro opciones de respuesta valoradas desde 0 a 3. Para el puntaje de corte se consideran los puntajes recomendados por Beck et al., (1996). Se mantendrán los intervalos correspondientes a 0-13: depresión mínima; 14-19: depresión leve; 20-28: depresión moderada y 29-63: depresión severa. Por último, el cuestionario presenta dos dimensiones llamadas: Factores cognitivos afectivos (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 17, α de ,72) y factor somático (ítem 16, 18, 19, 20 y 21, α de 82).

Cuestionario	Autor y año	ítem	Puntos de corte
BDI	Beck (1988), Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979	21 ítem	0-9 normal 10-18 leve 19-29 moderado 30-63 grave
BDI-II	Beck et al., (1996).	21 ítem	0-13: depresión mínima 14-19: depresión leve 20-28: depresión moderada 29-63: depresión severa
APA	Asociación Psiquiátrica Americana (2000)	21 ítem	Ausente o mínima 0-9 Leve 10-16 Moderada 17-29 Grave 30-36
BDI-II	Beck, Steer y Brown (2011), adaptación española por Sanz y Vasquez (1998)	21 ítem	0-13: depresión mínima 14-19: depresión leve 20-28: depresión moderada 29-63: depresión severa
BDI-II	Roelofs, Van Breukelen, Graaf, Beck, Arntz y Huibers (2013), estudio en Holanda	21 ítem	0-10: depresión mínima 11-17: depresión leve 18-31: depresión moderada 32-63: depresión severa
BDI-II	Sanz, Gutierrez, Gesteira y García-Vera (2014), Madrid-España.	21 ítem	0-13: depresión mínima 14-18: depresión leve

			19-27: depresión moderada 28-63: depresión severa
BDI-II	Irarrazabal, Villacura y Lopez (2012); Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia (2008) Chile. Utilizan los puntos de corte de Beck.	21 ítem	0-13: depresión mínima 14-19: depresión leve 20-28: depresión moderada 29-63: depresión severa

Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB Beck, Kovacs & Weissman, 1979). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y et al., 1979). La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de ‘intentar suicidarse’” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando (Beck et al., 1978). Además el cuestionario, consta de 4 dimensiones: Características de las actitudes hacia la vida/muerte. Reactivos 1 al 5 (alfa de cronbach de ,76). Características de los pensamientos/deseos de suicidio. Reactivos 6 al 11 (alfa de cronbach de ,37). Características del intento. Reactivos 12 al 15 (alfa de cronbach de ,34). Actualización del intento. Reactivos 16 al 21 (alfa de cronbach de ,53).

Diseño, muestreo y procedimiento.

La presente investigación se enmarca dentro de un estudio cuantitativo, de corte transversal, pues la toma de muestra de genera en un momento único, el diseño utilizado es ex post facto retrospectivo, con alcance descriptivo correlacional, pues se busca determinar los niveles de Depresión e ideación suicidada en la muestra y su relación con las variables de trabajo y

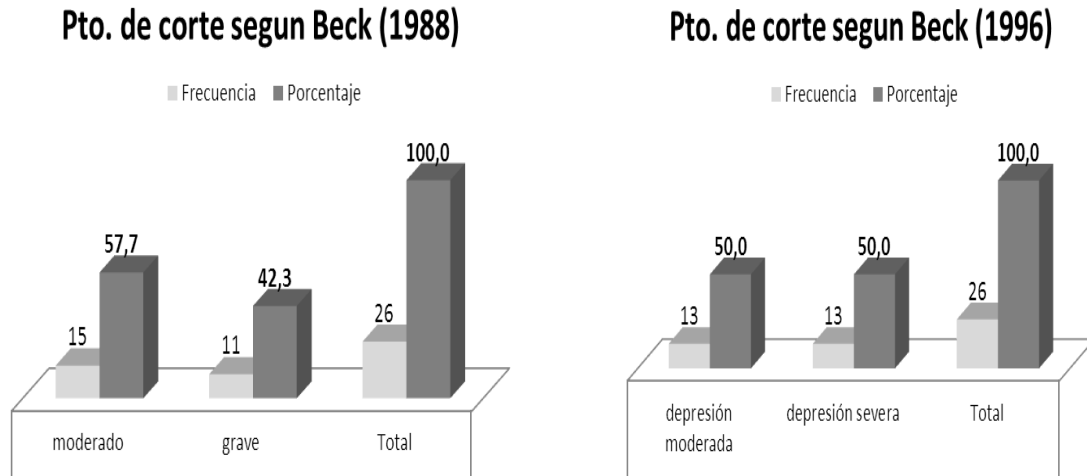
sociodemográficas. Para la recogida de la muestra se utilizó un muestreo por conveniencia, pues según la literatura, prensa y recomendación del personal de salud mental de gendarmería de Arica y Parinacota, este sector de funcionarios es el que presenta características depresivas e ideación suicida, principalmente por el tipo de funciones, horarios, turnos, distancia con el medio externo (familia, amigos, etc.).

En cuanto al procedimiento, el estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación y Ética de la Dirección Nacional de Gendarmería de Chile. Para la recolección de datos, se entregó a cada persona participante el cuestionario a contestar de forma autoadministrada. La cumplimentación tenía lugar en el lugar de trabajo de manera supervisada por un investigador (alumnos de psicología y psicólogo de gendarmería) cualificado para tal función. Se aseguró el anonimato en las respuestas, obteniendo el consentimiento informado de todos los participantes. El tiempo necesario para la aplicación del instrumento fue de 15 minutos, aproximadamente.

RESULTADOS

Para dar respuesta al objetivo general, se realizara análisis de estadística descriptiva, prueba de normalidad, correlación de Pearson y comparación de medias.

Tabla 1a: Descripción de los niveles de Depresión (cuestionario BDI) según los puntos de corte de Beck (1988), Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, donde: 0-9 normal, 10-18 leve, 19-29 moderado y 30-63 grave. Según los resultados de estadística descriptiva a través de frecuencias, se encontró que gran parte de la muestra está en niveles de depresión moderado (15 sujetos, 57,7%) y grave (11 sujetos, 42,3%).



Fuente: Analisis de la presente investigación.

Tabla 1b: Descripción de los niveles de Depresión (cuestionario BDI-II) según los puntos de corte de Beck (1988), Beck et al., (1996), donde: 0-13 depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28, depresión moderada y 29-63 depresión severa. Según los resultados de estadística descriptiva a través de frecuencias, se encontró que gran parte de la muestra está en niveles de depresión moderada (13 sujetos, 50%) y severa (13 sujetos, 50%).

Tabla 1c: Descripción de los niveles de Depresión (APA) según los puntos de corte Asociación Psiquiátrica Americana, (2000), donde: Ausente o mínima 0-9, Leve 10-16, Moderada 17-29 y Grave 30-36. Según los resultados de estadística descriptiva a través de frecuencias, se encontró que gran parte de la muestra está en niveles de depresión moderada (15 sujetos, 57,7%) y grave (11 sujetos, 42,3%).

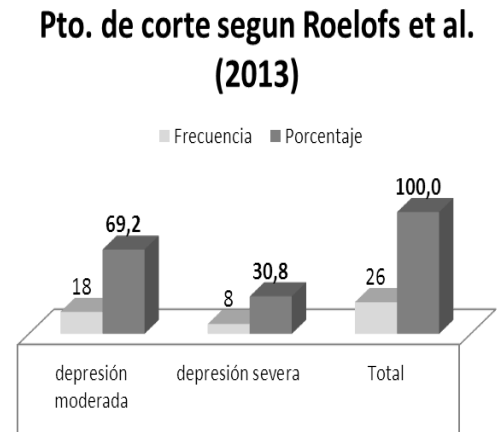
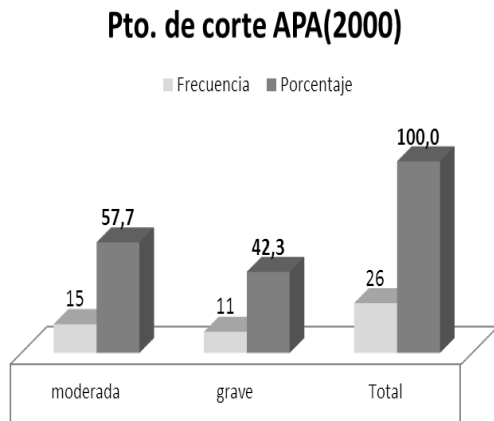
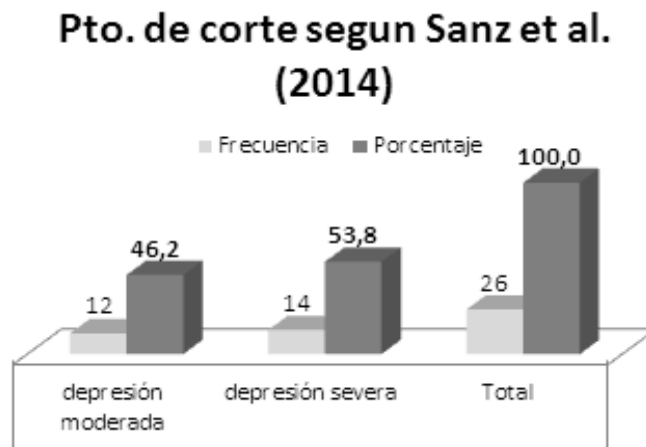


Tabla 1e: Descripción de los niveles de Depresión (BDI-II) según los puntos de corte de Roelofs, Van Breukelen, Graaf, Beck, Arntz y Huibers (2013), estudio en Holanda, donde: 0-10 depresión mínima, 11-17 depresión leve, 18-31 depresión moderada, 32-63 depresión severa. Según los resultados de estadística descriptiva a través de frecuencias, se encontró que gran parte de la muestra está en niveles de depresión moderada (18 sujetos, 69,2%) y severa (8 sujetos, 30,8%).

Tabla 1f: Descripción de los niveles de Depresión (BDI-II) según los puntos de corte de Sanz, Gutierrez, Gesteira y García-Vera (2014), Madrid-España, donde: 0-13 depresión mínima, 14-18 depresión leve, 19-27 depresión moderada, 28-63 depresión severa. Según los resultados de estadística descriptiva a través de frecuencias, se encontró que gran parte de la muestra está en niveles de depresión moderada (12 sujetos, 46,2%) y severa (14 sujetos, 53,8%).



Para dar respuesta a la Descripción de los niveles de ideación suicida en la muestra de funcionarios de Caltani, Acha y Guardia Armada. Se aplicó una tabla de contingencia con Chi cuadrado. Según los resultados de estadística descriptiva a través de una tabla de contingencia, no se encontraron diferencias significativas en la muestra: Características de las actitudes hacia la vida/muerte, (Chi-cuadrado de Pearson 2,862; gl 4; sig. 0.05 ≤ 0, 581).

Características de los pensamientos (chi-cuadro de Pearson 7,464; gl 4; sig. 0.05 ≤ 0,113). Características (chi-cuadro de Pearson 0,005; gl 2; sig. 0.05 ≤ 0,99). Actualización (chi-cuadrado de Pearson 2,429; gl 4; sig. 0.05 ≤ 0,657)

Tabla 3: relaciones entre las dimensiones del cuestionario de depresión (depresión general, Factor cognitivo-afectivo y factor somático) e ideación suicida (Características de las actitudes hacia la vida/muerte, Características de los pensamientos/deseos de suicidio, Características del intento, Actualización del intento).

	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
1° Depresión general	1						
2° Cognitivo somático	,65 (**)	1					
3° Somático vegetativo	,83 (**)	.(a)	1				
4° Caract. De las actitudes hacia la vida/muerte	,63 (**)	,60 (**)	,1 3	1			
5° Características de los pensamientos	,46 (*)	,49 (*)	,1 7	,22	1		
6° Características	,58 (**)	,35	,4 7(*)	,35	,2 7	1	
7° Actualización	,41 (*)	,57 (*)	- .19	,66 (**)	,0 9	,2 9	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Según el análisis de correlación de Pearson para las dimensiones de depresión e ideación suicida, se encontró que entre depresión general y las características de las actitudes hacia la

vida/muerte ($r = ,63$; $0.00 \leq 0.01$), características de los pensamientos ($r = ,46$; $0.00 \leq 0.05$), características ($r = ,58$; $0.00 \leq 0.01$), actualizaciones ($r = ,41$; $0.00 \leq 0.05$), existe una correlación positiva y estadísticamente significativa. Entre la dimensión cognitivo somático y las características de las actitudes hacia la vida/muerte ($r = ,60$; $0.00 \leq 0.01$), características de los pensamientos ($r = ,49$; $0.00 \leq 0.05$), y actualizaciones ($r = ,57$; $0.00 \leq 0.05$), existe una correlación positiva y estadísticamente significativa, sin embargo, con Características ($r = ,35$; $0.00 \geq 0.15$), no se relacionan de forma significativa. Por último, Entre la dimensión cognitivo somáticos y características ($r = ,47$; $0.00 \leq 0.05$) existe una correlación positiva y estadísticamente significativa. Pero, entre la dimensión Caract. De las actitudes hacia la vida/muerte ($r = ,13$; $0.00 \geq 0.54$), Características de los pensamientos ($r = ,17$; $0.00 \geq 0.46$), Actualización ($r = -,19$; $0.00 \geq 0.40$), no se relacionan de forma significativa.

Para proceder a la comparación de medias, se realizara un análisis de distribución normal a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. El estadístico de prueba Kolmogorov-Smirnov presenta un nivel de significación asintótica bilateral “p” para Ideación suicida (sig.: 0.01), Cognitivo somático (sig.: 0.00), somático vegetativo (sig.: 0,00), act. Vida o muerte (sig.: 0.00), caract. Pensamiento (sig.: 0,00), carácter. 8sig.: 0,00) y actualización (sig.: 0,00) son menores a 0,05. Ello significa que las variables no sigue la Ley Normal o de normalidad y que, en consecuencia, podemos aplicar pruebas no paramétricas.

En los resultados de Comparación de medias entre los niveles de depresión y el lugar de trabajo, según los análisis realizados con pruebas no paramétricas de comparación de medias con el estadístico de Kruskal-Wallis, entre las variables depresión general (chi-cuadrado 3,012; $0,05 \leq 0,22$), dimensión cognitivo somático (chi-cuadrado 1,222; $0,05 \leq 0,543$), la dimensión somático vegetativo (chi-cuadrado 0,128; $0,05 \leq 0,938$) y lugar de trabajo no presentan diferencias significativas.

En cuanto a Comparación de medias entre lugar de trabajo y las variables de ideación suicida. Según los análisis realizados con pruebas no paramétricas de comparación de medias con el estadístico de Kruskal-Wallis, entre las variables Características de las actitudes hacia la vida / muerte (chi-cuadrado 1,968; $0,05 \leq 0,374$), características de los pensamientos (chi-cuadrado

0,282; $0,05 \leq 0,868$), Características (chi-cuadrado 0,005; $0,05 \leq 0,998$) y la dimensión actualización (chi-cuadrado 1,655; $0,05 \leq 0,437$) no presentan diferencias significativas.

Sumado a lo anterior, en Comparación de medias entre Turno y las variables de depresión. Según los análisis realizados con pruebas no paramétricas de comparación de medias con el estadístico de Kruskal-Wallis, entre las variables depresión general (chi-cuadrado 1,001; $0,05 \leq 0,801$), dimensión cognitivo somático (chi-cuadrado 0,364; $0,05 \leq 0,948$), la dimensión somático vegetativo (chi-cuadrado 1,711; $0,05 \leq 0,635$) y lugar de trabajo no presentan diferencias significativas y, entre los niveles de ideación suicida y turno. Según los análisis realizados con pruebas no paramétricas de comparación de medias con el estadístico de Kruskal-Wallis, entre las variables características hacia las actitudes de vida/muerte (chi-cuadrado 1,038; $0,05 \leq 0,792$), dimensión característica de los pensamientos (chi-cuadrado 0,116; $0,05 \leq 0,944$), la dimensión característica (chi-cuadrado 4,667; $0,05 \leq 0,198$) y la dimensión actualización (chi-cuadrado 3,769; $0,05 \leq 0,287$) no presenta diferencia según el turno de trabajo.

DISCUSIÓN.

Esta investigación tuvo como propósito determinar los niveles de depresión e ideación suicida en una muestra realizada a 26 funcionarios de las áreas de guardia civil y guardia armada de Gendarmería de Arica y Parinacota.

En referencia al objetivo específico número uno, el cual habla de describir los niveles de depresión según los distintos puntos de corte encontrados, según los resultados obtenidos por estadística descriptiva a través de frecuencias, se encontró que gran parte de la muestra está en niveles de depresión moderado y grave, sin tener diferencias significativas entre un corte y otro. Pinto (2004), plantea que el término depresión se ha concebido históricamente con un conjunto de estados y síntomas que van desde la tristeza hasta la más profunda melancolía y desánimo. Dada la multiplicidad de dimensiones somáticas afectadas por la depresión (conductual, emocional y motriz entre otras) se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Alberdi, Taboada, Castro & Vásquez,

2006). Estas definiciones concuerdan directamente con los encuestados, en donde están presentes factores somáticos, cognitivos y afectivos entre los puntajes más altos.

Por otro lado, para responder al objetivo específico número dos, no se encontraron diferencias significativas en la muestra. Aunque según los resultados de esta investigación, el nivel de ideación suicida no es tan elevado, la depresión en la muestra se posicionó entre los niveles moderado y severo, lo que implica que hay mayor probabilidad de que los funcionarios en algún momento hayan tenido pensamientos suicidas o ideas de ponerle fin a su vida, ya que la depresión clínica es un trastorno caracterizado mayormente por sentimientos de tristeza, irritabilidad, cambios en el apetito y en los patrones de sueño, baja autoestima y pensamientos o actos suicidas (APA, 1997).

Por su parte, según el análisis de correlación de Pearson para las dimensiones de depresión e ideación suicida, que intenta responder a la hipótesis número uno. Se encontró que entre depresión general y las características de las actitudes hacia la vida/muerte, características de los pensamientos, características y actualizaciones, existe una correlación positiva y estadísticamente significativa. Entre la dimensión cognitivo somático y las características de las actitudes hacia la vida/muerte, características de los pensamientos y actualizaciones, existe una correlación positiva y estadísticamente significativa, sin embargo, con características, no se relacionan de forma significativa. Por último, Entre la dimensión cognitivo somáticos y características existe una correlación positiva y estadísticamente significativa. Pero, entre la dimensión características de las actitudes hacia la vida/muerte, características de los pensamientos y actualización, no se relacionan de forma significativa.

En general, y por lo antes mencionado, la mayor parte de las dimensiones de depresión e ideación suicida están relacionadas de manera significativa, lo que concuerda con diversos autores, cuyas investigaciones reportan que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida (Au, Lau, y. Lee, 2009; Garlow, S. et al. 2008; McLaren, y Challis, 2009; Sánchez-Sosa, et al 2010; Coffin, Álvarez y Marín, 2011). La teoría de Beck (1987) expone la manera negativa en que el individuo percibe su mundo, su futuro y a sí mismo/ a, lo que es conocido como la tríada cognitiva. Esta teoría sugiere que los pensamientos negativos juegan un papel principal en el desarrollo y mantenimiento de la depresión (Wilkes, Belsher, Rush, &

Ellen, 1994). Por su parte, Stark, Rouse y Livingston (1991) plantearon que los pensamientos de los/as niños/as depresivos/as son dominados por una percepción negativa de ellos/as mismos/as, del mundo y del futuro., lo que más adelante pudieron comprobar con un estudio que examinaba la relación entre el suicidio y las vulnerabilidades cognitivas con estudiantes de nuevo ingreso a la universidad, entre las edades de 18 y 19 años, el cual reveló que los/as participantes con cogniciones negativas y de desesperanza fueron los/as más propensos/as a expresar ideación suicida.

Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos en este estudio, lo que podría significar, que esta relación positiva entre ideación suicida y depresión, se puede dar en cualquier contexto y en cualquier grupo de personas.

Por otro lado, la hipótesis número dos, se obtuvo que entre las variables depresión general, dimensión cognitivo somático, la dimensión somático vegetativo y lugar de trabajo no presentan diferencias significativas, lo que significa que dicha hipótesis es falsa, ya que la depresión se puede presentar en cualquiera de los dos lugares de trabajos (Acha y CIP-CRC) de igual manera. Esta hipótesis fue planteada basándonos en autores como Parra (2003), quien planteó que existe la posibilidad que el trabajo produzca ciertos malestares y factores de riesgo para el bienestar físico y mental del sujeto, dadas las condiciones organizacionales en que se realice, lo que ha alarmado a los ámbitos relacionados con la seguridad y salud ocupacional a nivel internacional.

Si bien, hasta el momento no hay estudios empíricos que demuestren que hay relación entre el trabajo en gendarmería con la depresión, es de conocimiento público que dicha institución no cuenta con el mejor ambiente para trabajar. Cuando se comenzó con esta investigación se creía que habrían diferencias en cuanto a trabajar en el complejo penitenciario de Acha, el que cuenta con población penal adulta, y el trabajar en el CIP-CRC, el cual mantiene recluido a adolescentes que han sido condenados o derivados desde SENAME, sin embargo, al parecer, según lo que se puede observar en este estudio, es que no existe diferencia, y trabajar en uno u otro lado, es igual en cuanto a ambiente laboral.

Por otro lado, según lo descrito en la hipótesis número tres, al realizar los análisis con pruebas no paramétricas de comparación de medias con el estadístico de Kruskal-Wallis, entre las variables características de las actitudes hacia la vida / muerte, características de los pensamientos, características y la dimensión actualización, se pudo observar que no presentan diferencias significativas, lo que significa que la ideación suicida no varía según el lugar de trabajo, ya sea Complejo de Acha o CIP-CRC, es decir, puede presentarse en ambo lugares de igual manera y/o intensidad. Este punto es muy parecido a la hipótesis anterior, lo que mantiene la teoría de que no existe relevancia alguna entre trabajar con población adulta y trabajar con adolescentes, o mejor dicho, en trabajar en diferentes ambientes laborales.

Siguiendo con la investigación, cuando nos detenemos a revisar la hipótesis número cuatro, no presentan diferencias significativas, por lo que se rechaza la hipótesis, ya que la depresión se manifiesta en los funcionarios independientemente del turno en el que trabajen. Inicialmente, se creía que existiría diferencia según los turnos, ya que las horas de sueño y las horas en que deben mantenerse activos cumpliendo su labor, varían significativamente, sin embargo, se observó mediante este estudio que no hay mayor relevancia entre los turnos, por lo tanto, la depresión puede afectar a cualquier funcionario, sin importar el turno.

Finalmente, al revisar la hipótesis número cinco, no presenta diferencia según el turno de trabajo. Por lo que queda claro, que no hay ningún turno que este más expuesto a la ideación suicida que otro, lo que inmediatamente hace rechazar esta hipótesis. Este rechazo, concuerda con los datos obtenidos en la depresión, los cuales manifiestan que no hay mayor significancia entre los diferentes turnos de trabajo, por lo tanto, las horas de trabajo y de sueño, no influyen en la aparición de ideas suicidas u otros pensamientos irracionales que pudieran desencadenar o ser parte de la depresión.

En resumen, con los resultados obtenidos en esta investigación, se observa que la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Esta puede convertirse en un problema de salud serio, cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar incluso sufrimiento y alteraciones en las actividades laborales.

Una de las limitaciones más importantes con la que nos encontramos fue con el número de la muestra, ya que en un momento se llegó a pensar que, al ser una muestra menor, no nos daría los resultados esperados o que nos arrojaría bajos niveles de depresión e ideación suicida. Otra de las limitaciones es la poca información respecto al tema, lo cual se pudo ver en la dificultad para encontrar información que abarcaran los temas a trabajar y más específicamente que se enfocaran en nuestro país, ya que la mayoría de las investigaciones que se encontraron que hablaran respecto a estos temas se centraban en países como España, Colombia o México.

El aporte que queremos dar es mostrar las condiciones cognitivas, afectivas y emocionales que están mostrando los funcionarios de gendarmería de la ciudad de Arica, ya que, al no ver investigaciones anteriores respecto a estos temas, las autoridades no están al tanto de cómo se encuentran a nivel emocional y afectivo sus funcionarios, cargándolos aún más de trabajo y turnos que no les permiten descansar lo suficiente. El aporte más importante es dar a conocer el estado de los funcionarios para que se pueda tratar de forma rápida y efectiva. Se sugiere que el área de recursos humanos o los encargados de salud mental de Gendarmería, tomen cartas en el asunto y aborden a los funcionarios desde estas temáticas, considerando que si no se hace algo rápido, puede que en un corto plazo, aumenten los suicidios, producto de las depresiones no tratadas de los funcionarios. Se podrían trabajar mediante sesiones grupales y también individuales, que trabajen los síntomas y las causas.

REFERENCIAS.

1. Albardi, J., Toboada, O., Castro, C. & Vásquez, C., (2006). *Guías clínicas*. Recuperado de <http://www.dialnet.unirioja.es>
2. American Psychiatric Association. (1997). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado DSM-IV. Barcelona: Editorial Masson.
3. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
4. Au, A., Lau, S. & Lee, M. (2009). Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence*, 44, 851-868.

5. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual (2nd ed.). Boston: Harcourt Brace.
6. Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford. (Traducción española en Bilbao: DDB, 1983). }
7. Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 343-352.
8. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571
9. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson.
10. Ceballos G. & Del Toro, J. (2008). *Cartilla para la prevención del suicidio*. Santa Marta. Editorial Unimagdalena.
11. Chaskel, R. (2006). Depresión en niños y adolescentes: Cuando dar medicación. *Acta Neurol Colombia*, 22 (2) 195-200.
12. Coffin, N., Alvarez, M. & Marín, A. (2011). Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de la FESI: Un Estudio Piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341- 354.
13. De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid España.
14. Dias de Mattos, L., Azevedo, R., Jansen, K., Peretti, R., Lessa, B. & Pinheiro, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (1) 37-41.
15. Gutiérrez-García, A., Contreras C. & Orozco-Rodríguez, R. (2006). El suicidio: Conceptos actuales. *Salud Mental*, 29 (5), 66-74.
16. Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K. & Viinamaki, H. (2009). Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A3-year prospective follow-up study in a general population. *Sociological Psychiatric Epidemiology*, 44, 29-33.
17. Irarrázabal, N., Villacura, L. & López, I. (2012). *Evaluación de sintomatología Depresiva y Ansiosa en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile*. Memoria

para optar al Título de Psicólogo, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales Carrera de Psicología.

18. Jiménez, T. & González, Forteza, C. (2003) “Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. *Revista de Salud mental*, 26 (6), 35-51.

19. Krug, E. Dahlberg, L. Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2003). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.

20. McLaren, S. & Challis, Ch. (2009). Resilience among men farmers: the protective roles of social support and sense of belonging in the depression-suicidal ideation relation. *Death Studies*, 33, 262-276.

21. Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P. & Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 59-69,

22. Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, Suiza. Recuperado, de <http://www.who.int/whr/2004/es/>

23. Organización Mundial de la Salud (2007). *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra, Suiza.

24. Parra, M. (2003). *Conceptos básicos en salud laboral*. Chile: organización internacional del trabajo.

25. Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general*, 15 (2), 196-217.

26. Pinto, A. (2004). *Sistema de activación e inhibición conductual en los trastornos depresivos atendidos en la atención primaria en salud. Un estudio de seguimiento a 6 meses*. Tesis doctoral. Barcelona: España.

27. Pizarro, A. (2008). Estrés en funcionarios. *Revista de estudios criminológicos y penitenciarios*. 17, 569-585.

28. Roelofs, J., van Breukelen, G., de Graaf, L. E., Beck, A. T., Arntz, A., y Huibers, M. J. H. (2013). Norms for the Beck Depression Inventory (BDI-II) in a large Dutch community sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 93- 98

29. Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M., Musitu, G. & Martínez-Ferrer, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 287.
30. Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C. & García-Vera, M. (2014). *Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)*. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
31. Sanz, J. & Vázquez, C. (1998) Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2) 303-318.
32. Sanz, J., Navarro, M. E., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de BeckCII (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
33. Stack, S. & Tsoudis, O. (1997). Suicide risk among corrections officers: A logistical regression analysis. *Archives of Suicide Research*, 3, 183-186.
34. Stark, K., Rouse, L. & Livingston, R. (1991). Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive behavioral procedures for the individual and family. *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*, 3, 22-41.
35. Tennen, H., Hall, J.A. & Affleck, G. (1995). Depression research methodologies in the Journal of Personality and Social Psychology: A review and critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 870-884.
36. Wilkes, T., Gayle B., Rush, J. & Ellen, F. (1994). Cognitive therapy for depressed adolescents. New York, USA:

RECIBIDO: 15/8/2017

REVISADO: 19/01/2018

NO EXISTEN CONFLICTOS DE INTERÉS