

Estado del arte de los estudios sobre conducta suicida en población privada de la libertad*

State of the art of studies on suicidal behavior in the population deprived of freedom



Adriana del Pilar Urueña Russinque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4557-5700>
psicoadrianaa@hotmail.com

Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia, Colombia

Alexander Martínez Narváez
martinez001alex@hotmail.com

Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia, Colombia

Antonio Cárdenas Botello
cardebot31@hotmail.com

Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia, Colombia

Ivonne Karine Ramírez
Ivonne.2605@hotmail.com

Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia, Colombia

Jessica García Ángel
qjessica@academia.usbbog.edu.co

Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia, Colombia

Myriam Silva
myriam.silva@inpec.gov.co

Subdirección de Atención Psicosocial, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), Colombia, Colombia

Jorge Oswaldo González Ortiz
jgonzalez@usbbog.edu.co

Director de la Maestría en Psicología Clínica y de la Especialización en Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis de la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia, Colombia

**

Recibido: 22 Marzo 2020

Revisado: 07 Mayo 2020

Aceptado: 02 Septiembre 2020

Resumen

El suicidio en población privada de la libertad (PPL) en centros de reclusión de la ciudad de Bogotá, por la comisión de diferentes delitos, trae consigo una serie de preguntas y cuestionamientos que generan inquietud, duda y en ocasiones temor. El objetivo del estudio fue establecer el estado del arte de los estudios realizados y las tendencias halladas sobre conducta suicida en esta población. En esta investigación se encontrarán los principales estudios, investigaciones y documentos técnicos realizados por funcionarios y académicos, recopilados en trece documentos. Se pudo establecer que son pocos los documentos encontrados (13), pocas las investigaciones y en su mayoría de tipo descriptivo.

Palabras clave: Estado del arte, Psicología, Conducta suicida, Prisiones.

Abstract

The suicide in the population deprived of freedom (PPL, for its initials in Spanish) in prisons in the city of Bogotá, for the commission of different crimes, brings with it a series of questions and issues that generate concern, doubt and sometimes fear. The purpose of the study was to establish the state of the art of studies carried out and trends found on suicidal behavior in this population. In this research we will find the main studies, research and technical documents made by officials and

academics, compiled in thirteen documents. It could be established that there are few documents found (13), few investigations and most of them are descriptive.

Keywords: State of the art, Psychology, Suicidal behavior, Prisons.

Introducción

El fenómeno del suicidio ha traído gran inquietud a través de la historia, lo que para algunas culturas o maneras de ver es un acto de valentía, para otros es un acto de cobardía y pecado (Organización Mundial de la Salud, 2019). Independiente de cómo se entienda, comprender la muerte y lo que lleva a una persona a cometer un suicidio, sigue siendo un ejercicio de comprensión complejo para los seres humanos. En este estado del arte se encontrará un acercamiento a la problemática de la conducta suicida en la población carcelaria y luego de un recorrido de los últimos estudios realizados, se presentarán recomendaciones para el avance en este campo de investigación y abordaje de la temática.

Cuando se realiza una aproximación al suicidio existen diversas investigaciones que proporcionan formas de ver o acercarse a este fenómeno, desde perspectivas psicológicas o sociológicas, como cuestionarios e instrumentos de riesgo de suicidio. La palabra suicidio, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, proviene de expresiones “latinas *suicidium* y *sui*, de sí mismo”, definida como “acción y efecto de suicidarse. Y acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza” (Real Academia Española, 2014). Emile Durkheim (1995), un sociólogo positivista del siglo XIX, propuso la “Teoría de la causalidad social, donde sugirió que los niveles de integración y de regulación social (deseos y aspiraciones de los miembros de

la sociedad, restringidos por normas sociales, costumbres y valores) son los causantes de la tasa de suicidio” (Durkheim 1995, p. 29). Indicando que “se llama suicidio toda muerte que resulta, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado” (Durkheim 1995, p. 26). Y afirma que “más allá de los conceptos meramente individualistas y de carácter patológico, el suicidio es un acto social.” (1995, p. 26). Erwin Stengel (citado por Bobes, Sáiz, García-Portilla, Bascarán y Bousoño, 2004) plantea que en los suicidios no solo hay componentes de autodestrucción, sino que hay componentes interpersonales de búsqueda de comunicación con los demás, “al igual que sucede en las tentativas suicidas” (Stengel, citado en Bobes et ál., 2004, p. 2). El psiquiatra Enrique Rojas en su libro *Estudio sobre el suicidio* (1984) traza la diferencia entre suicidio activo como el acto en el que el sujeto tiene un comportamiento claro dirigido a su autodestrucción, “y suicidio pasivo como aquel en el que el sujeto progresivamente va mostrando una actitud independiente e inmóvil ante la vida” (González, Reyes, Álvarez, Rodríguez y Alarcón, 2003). De acuerdo con Bobes et ál. (2004) las siguientes son algunas definiciones de la amplia terminología que existe alrededor de la conducta suicida:

Suicidio: Muerte derivada de la lesión, envenenamiento o asfixia autoinfligida o suicidio consumado.

Tentativa de suicidio con lesiones: Acto con lesión no letal, intoxicación o asfixia autoinfligida con alguna intención de matarse.

Tentativa de suicidio: comportamiento autolesivo sin resultado letal con alguna intención de matarse. Puede haber tenido o no consecuencias lesivas.

Actos Suicidas: Comportamientos potencialmente autolesivos en el que hay

evidencia de la intención de matarse, puede tener como resultado el fallecimiento, lesiones o ninguna lesión.

Comportamiento instrumental relacionado con el suicidio: Comportamiento potencialmente autolesivo donde: a. no tenía intención de matarse, b. pretendía conseguir otro objetivo (ayuda, castigar a otros, atención).

Comportamientos relacionados con el suicidio: Comportamientos en el que se evidencia que el sujeto tenía alguna intención de matarse o conseguir algo aparentando que se mataba.

Amenaza Suicida: Comportamiento interpersonal verbal o no verbal como insinuación de actos suicidas.

Ideación Suicida: Manifestación del sujeto que expresa pensamiento de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio. (Bobes et ál., 2004).

Lourdes Villardón (1993, citado por González et al., 2003) investigadora de la Universidad de Deusto, propone que a

[...] todo pensamiento suicida no le sigue la conducta autodestructiva, pero, a todo suicido si le precede un estado mental de interiorización del mismo. Este estado mental estaría caracterizado por la desesperanza, baja autoestima y autoimagen deteriorada, predicciones de fracaso depresión e instrumentalización del suicidio, como medios para resolver determinadas dificultades (González et ál., 2003).

Para Edwin Schneidman (1994, citado por González et ál., 2003) psicólogo clínico estadounidense, experto en suicidiología y tanatología

[...] las tentativas de suicidio tienen aspectos y contenidos propios, que las diferencian de los suicidios consumados: comparten características comunes y en ambos casos existe un componente autolesivo. La tentativa puede incluir significados como demanda

de ayuda, un intento de cambiar las circunstancias ambientales, una llamada de atención o una forma de manipulación (González et ál., 2003).

Los psiquiatras José Giner y Carmen Leal en el tratado de psiquiatría (1982, capítulo “la conducta suicida”), establecen dos conductas: suicidabilidad activa: desde el suicidio consumado hasta el gesto suicida considerado como punto intermedio del suicidio frustrado y la tentativa de suicidio; y la suicidabilidad pasiva: conductas de riesgo donde el individuo busca intencionalmente situaciones peligrosas, considerando dentro de este apartado la toxicomanía suicida, y las conductas agravantes donde los pacientes enfermos graves somáticos, hacen lo contrario de las prescripciones médicas. Adicionalmente, existe otra conducta suicida pasiva, que sería el desinterés por vivir. Esta se presenta cuando el individuo se encuentra privado de proyectos vitales y de un campo idóneo para ejecutarlos. “En la actualidad, el término suicidio está referido sólo al acto consumado de matarse a sí mismo, y se entiende como la culminación de la conducta suicida” (González et ál., 2003, pp. 27-28).

Algunos modelos intentan explicar la conducta suicida. El psicólogo Julian Rotter (citado por González et ál., 2003) indica:

[...] propone la teoría de internalidad/externalidad, basada en el aprendizaje social; la experiencia continuada de ineficacia en el curso de la propia vida, puede llevar al sujeto a un estancamiento y absorción de las propias limitaciones impuestas por el ambiente, rompiéndose el vínculo entre ambos por agotamiento, reificación de los significados, o simple inconformismo con el estatus y el rol socialmente impuesto (González et ál., 2003).

Los constructos personales del psicólogo George Kelly (citado por González et ál., 2003)

[...] todos los sujetos tienen una forma particular de adaptarse al medio que los rodea, en función del desarrollo cognitivo que posee cada individuo, [...] se fundamenta en la idea que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta condición la que orienta, y/o modifica la conducta [...]. Define al suicida como aquel que con la muerte pretende validar la vida y que acude a esa solución, bien porque su mundo le resulta impredecible, o en el caso opuesto porque sus anticipaciones le parecen excesivamente regulares, obvias y carentes de interés (González et ál., 2003).

El psicólogo y escritor estadounidense Martin Seligman (citado por González et ál., 2003)

[...] propone la teoría de la desesperanza aprendida la cual se fundamenta en la idea que la percepción continuada, de no correlación entre los objetivos propuestos y los resultados de sus actos, puede provocar en una persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control provocando tres déficits en la personalidad: a. motivacional, b. cognitivo, c. emocional. Déficit que se manifiestan a través de la depresión que sufriría el sujeto (González et ál., 2003).

Ronald L Bonner y Rich, (1987, citado por González et ál., 2003) proponen el modelo basado en el estado de la mente:

[...] se sitúa en un paradigma biopsicosocial, [...] cuyo elemento fundamental es el denominado estado de la mente. Considera el suicidio como un proceso dinámico y circular, del que los individuos pueden salir o al que pueden volver a entrar. Reúne las variables en dos grupos: contexto social general y estado mental suicida (González et ál., 2003).

El sociólogo David Phillips (citado por González et ál., 2003) “concluyó que el fenómeno es causado por procesos relacionados con imitación o sugestión”. Frente a la idea de si el suicidio se

[...] presenta como una cadena que se inicia en la ideación, pasa por el intento y culmina con

la consumación del acto hay dos hipótesis al respecto: Que la culminación de la cadena es la consumación del suicidio; y Que cada forma de conducta suicida, aunque se relaciona con otras no necesariamente corresponde a un eslabón en la cadena del suicidio (González et ál., 2003).

Clasificación de las conductas suicidas

Desde la perspectiva sociológica Durkheim indica que la clasificación debe atender aspectos sociales y no solo individuales; “las sociedades llevan al suicidio”. “Los suicidios se clasifican en egoístas, altruistas, anómicos y fatalistas” (1995).

Factores de riesgo suicida

Como afirma el Psiquiatra Josep Moya (2007) en su artículo

La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil son muchos los factores de riesgo suicida en los adolescentes: desde el proceder de medios familiares desestructurados hasta la presencia de trastornos psicopatológicos como la depresión o el abuso de sustancias, sin olvidar la exposición a situaciones de riesgo suicida, como es el caso de haber tenido problemas con la justicia. Todos ellos constituyen un campo heterogéneo que conviene revisar. Estos factores pueden clasificarse en tres grandes grupos: a) individuales; b) familiares, c) sociales. Dentro de los factores individuales cabe destacar antecedente de haber realizado tentativas de suicidio anteriores. Algunos autores han señalado que aproximadamente un 25 % de los adolescentes que realizaron un intento de suicidio lo habían realizado con anterioridad. La tentativa de suicidio multiplica por treinta el nivel de riesgo. Por otro lado, se considera también que el nivel de riesgo es mayor cuanto más joven es el suicida (Moya, 2007).

Epidemiología del suicidio

Según la OMS, el suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. el 79 % de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo (2019).

De acuerdo con datos de la OMS (<https://www.who.int>), la tasa media de suicidio en la población general mundial es de 12.4 para hombres y 3.8 para mujeres por cada 100.000 habitantes, mientras que en contextos penitenciarios se han encontrado en 1996 por cada cien mil internos, tasas de 146 suicidios en Alemania, 187 en Bélgica, 197 en Camerún, 317 en Chad, 194 en Francia, 91 en Nueva Zelanda y 118 en el Reino Unido (Observatorio Internacional de Prisiones, 1996 citado por Ruiz, Gómez, Landazabal, Morales, Sánchez y Páez, 2002), con excepciones a esta tendencia como las de las prisiones en Japón que en ese año, no registró ningún suicidio en prisión. En Canadá se ha señalado que la tasa de suicidio en prisión es tres veces superior a la de la población general (Ruiz et ál., 2002) y en Francia sería ocho veces mayor (Ramsay y colaboradores, 1985; citados por Ruiz et ál., 2002). En prisiones escocesas, entre 1970 y 1982 la tasa media de suicidios fue de 51.8 por 100.000 (Ruiz et ál., 2002).

Si se toma la conducta en tiempo, para Backett (1987, citado por Negredo, Melis y Herrero, 2010), el riesgo de suicidio aumenta en las primeras semanas de encarcelamiento: 9 sujetos se suicidaron en las primeras 24 horas, 13 en la primera semana y 20 en el primer mes. De acuerdo a estos datos, el autor afirma que la probabilidad del suicidio aumenta cuando se sobrepasa un umbral de resistencia al estrés, umbral que depende de los recursos de afrontamiento del sujeto. Por otra parte, la

mayor frecuencia de suicidios no se da siempre en las primeras semanas de encarcelamiento (García-Marijuán, 1997, citado por Negredo et ál., 2010) sino que por el contrario, se encuentra que de 47 suicidios en prisiones españolas, 9 ocurrieron en el primer mes de ingreso en prisión, y 38 al año o más. Y además, se encontró que a mayor tiempo restante para salir en libertad más dificultad para ajustarse a las normas del centro, y a más dificultad en ajustarse a las normas del centro, más riesgo de suicidio existe (Ruiz et ál., 2002).

Según va pasando el tiempo, el encarcelamiento genera más estrés por conflictos con la institución, victimización, frustración por las resoluciones legales, y finalmente un deterioro físico y emocional (Douglas et ál., 2008; OMS, 2000a, citado por Negredo et ál., 2010). Marcus y Alcabes (1993, citado por Folino, Marchiano y Sanchez, 2003) informan que, a diferencia de otros estudios norteamericanos, el típico suicidio ocurría en las primeras 24 horas de detención, en población carcelaria en la ciudad de New York. “Se ha estimado que los internos preventivos presentan unas tasas de suicidio 7.5 veces mayores que la población general y los penados, casi 6 veces más que la población general” (Jenkins y cols., 2005, citado en Negredo et ál., 2010, p. 25). Hawton y Catalan (1987, citado por Roca, Guardia y Jarne, 2012) señalan que los internos que se autolesionan tienen una tasa de suicidio más elevada, aproximadamente 100 veces superior a la población general. Entrando en un contexto local, las cifras en Colombia ascienden a una tasa de 30 casos de suicidios por cada 100.000 internos. En los últimos diez años el 11 % de las muertes en dichos establecimientos se ha debido a suicidios, con un promedio de dieciséis suicidios anuales. Estas cifras se consideran altas, con respecto a la población general (Rubio et ál., 2014).

Factores de riesgo

Las prisiones implican situaciones de riesgo que pueden generar comportamientos suicidas, puesto que la privación de la libertad impacta de manera significativa a los sujetos que experimentan esta condición (Rubio et ál., 2014). De acuerdo con Bénèzech y Rager (1987, citados por Ruiz, et ál., 2002) las posibles causas de los intentos de suicidio serían diversas, pudiéndose diferenciar entre factores judiciales, factores asociados a la situación misma de encarcelamiento y causas relacionadas con las características de la población penitenciaria. Entre las causas judiciales, la persona en prisión puede afectarse psicológicamente de problemas como la lentitud de los procedimientos legales, las dificultades del proceso penal, el formalismo jurídico, la falta de celo del defensor o la gravedad de las decisiones judiciales (Archel y Rauvant, 1989, citados por Ruiz, et ál., 2002). Las conductas autolesivas dentro de las prisiones que más a menudo se describen son las de cortarse, quemarse y producirse abrasiones (Liebling y Krarup, 1993, citado por Roca et ál., 2012). Aunque no existen estudios exhaustivos en este sentido, las conductas autolesivas son un tipo de conducta que causa un número importante de problemas y que genera unos altos niveles de estrés (Roca et ál., 2012). Las autolesiones pueden ser un recurso del interno para llamar la atención sobre sus condiciones judiciales, acelerar una resolución o retrasar un traslado. También pueden constituir una forma de comunicarse a nivel no verbal, a la que algunos internos pueden recurrir cuando perciben que la institución no atiende sus demandas (Ruiz et ál., 2002). En cuanto a las causas asociadas al encarcelamiento (Bénèzech y Rager, 1987, citados por Ruiz et ál., 2002) identifican el choque del encarcelamiento en los detenidos por primera vez, la ruptura con el medio de vida habitual, y con las coordenadas

espacio-temporales y afectivas del interno, la percepción acerca de la distorsión del tiempo, en donde pareciera inmóvil e interminable en la prisión, la soledad, la violación de la intimidad, el aislamiento afectivo, la ausencia de comunicación positiva y de relaciones sexuales, estrés moral, tensión psicológica, ansiedad por la aproximación de decisiones judiciales, la tensión de estar encerrado, entre otros. Además, la vida en prisión favorece volverse sumiso y vegetativo, como también han señalado otros autores (García-Borés, 1998; Páez, 1988 citados por Ruiz et ál., 2002). Cada suicidio en prisión no sólo genera una pérdida humana con sus consecuencias particulares sino que también tiene un impacto profundo en los parientes del suicida, el personal penitenciario y en los internos restantes. Además, el estado tiene responsabilidad en la protección y en el servicio de salud que se ofrece a los internos y si no cumple con esa responsabilidad se abren las oportunidades para las demandas judiciales. (Folino, Marchiano y Sanchez, 2003). Igualmente debe tenerse en cuenta el papel de la añoranza, separación y pérdida de lazos familiares, pues el encarcelamiento afecta drásticamente la composición familiar e incluso puede generar su desintegración (Moreno y Zambrano, citado por Medina, Cardona y Arcila, 2011).

En relación con el estado de ánimo depresivo, Harding (1984, citado por Ruiz et ál., 2002) analizó en personas detenidas algunos indicadores asociados a la depresión, como los trastornos de sueño, los porcentajes de internos que recibían tratamiento psicotrópico, el comportamiento autoagresivo, y el diagnóstico psiquiátrico dado a 50 pacientes atendidos en los servicios médico-legales de la institución. Binswanger et ál. (2010, citados por Larrotta, Luzardo, Vargas y Rangel, 2014) plantean que los trastornos psicológicos y psiquiátricos más frecuentes en la población penitenciaria

suicida son el abuso de sustancias (sobre todo en la población masculina), los trastornos afectivos y la esquizofrenia (Larrotta et ál., 2014). El riesgo de suicidio global, sería mayor cuando hay presencia de antecedentes médicos —enfermedades físicas o dificultades sexuales—, en los internos más jóvenes y en aquellos en los que hay peor ajuste a las normas del centro (Ruiz et ál., 2002). A esto se añaden posibles trastornos de personalidad en cada uno de los internos con dichas conductas.

Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos detectados son muy frecuentes entre la mayoría de la población penitenciaria tales como el estrato, por lo que solo se consideran predictivos en combinación con otros factores.

Los internos más jóvenes presentan un mayor riesgo de suicidio (Sherman y Morschauer (1989, citados por Negredo et ál., 2010). La experiencia de estar encarcelado puede ser especialmente difícil para los delincuentes más jóvenes al estar separados de su familia y amigos (OMS, 2000; citado por Negredo et ál., 2010). De hecho, aunque algunos estudios encuentran un menor nivel de suicidios consumados en delincuentes jóvenes institucionalizados, los intentos de suicidio y la ideación suicida son mayores en este grupo que en la población juvenil general (Battle, Battle y Tolley, 1993, citados por Negredo et ál., 2010).

En cuanto al género, a pesar de que la mayoría de los suicidios en las instituciones penitenciarias son llevados a cabo por hombres (porque la mayoría de los internos son hombres), las mujeres también presentan un elevado riesgo de suicidio sobre todo cuando están en prisión preventiva, tienen una enfermedad mental severa, poco apoyo familiar y social y un historial previo de conducta suicida (OMS, 2000a; citado por Negredo et ál., 2010). Las mujeres privadas de

libertad intentan suicidarse 5 veces más que las mujeres en la comunidad (Holley, Arboleda-Flórez y Love, 1995, citados por Negredo et ál., 2010) y dos veces más que los hombres privados de la libertad. En general, se considera que las mujeres privadas de la libertad presentan un mayor riesgo de intento de suicidio y los hombres privados de la libertad, un mayor riesgo de suicidio consumado (Nicholls, Lee, Corrado y Ogloff, 2004, citados por Negredo et ál., 2010). Bénèzech y Rager (1987, citados por Ruiz et ál., 2002) señalan que las tasas de suicidio en prisión son más altas en los hombres, debido a mayor agresividad y más violencia y escogen medios más eficaces para culminar el acto de suicidio.

Por otro lado, con respecto al estado civil, según Lohner y Konrad (2007, citados por Negredo et ál., 2010) en el medio penitenciario las personas solteras presentan un riesgo de suicidio mayor que las personas casadas. Sin embargo, Fazel y colaboradores (2008; citado por Negredo et ál., 2010) han encontrado que, por el contrario, estar casado es un factor de riesgo de la conducta suicida en la población penitenciaria. Estos últimos autores explican sus datos por el efecto que puede tener sobre los internos el hecho de perder a sus referentes sociales más importantes durante el encarcelamiento. A nivel metodológico, hay que destacar que algunos estudios no explican si incluyen a las personas divorciadas y a las personas que conviven con su pareja aunque no estén casados, lo cual limita estimar la influencia de este factor.

Otro punto a considerar es cumplir la condena en el país de origen. Por un lado, las dificultades en la comunicación y la falta de contacto con sus familiares pueden contribuir al aislamiento de los inmigrantes en los centros penitenciarios. También el miedo a ser extraditados puede ser un factor estresante añadido en esta población. Sin embargo, los resultados indican un mayor riesgo de suicidio

entre la población penitenciaria nacional, no inmigrante (González et ál., 2003). Existen varias explicaciones para este resultado. Por un lado, es posible que se informe más frecuentemente de las conductas de los internos nacionales, o incluso que ellos mismos den más información al respecto. Debido a las dificultades con el idioma, también es posible que los inmigrantes sean excluidos sistemáticamente de las investigaciones. Otra explicación que se plantea es que los internos nacionales pueden conseguir más refuerzos a su comportamiento autolesivo del personal de la prisión, por lo que tienden a repetirlo (Negredo et ál., 2010).

En este sentido, un factor adicional es la falta de apoyo social. Sherman y Morschauer (1989, citados por Negredo et ál., 2010) encontraron que el apoyo social es un factor de protección del suicidio en la población penitenciaria. Los internos que se autolesionan utilizan estrategias de afrontamiento emocional poco efectivas (Liebling, 1992, citado por Negredo et ál., 2010) y su estilo de afrontamiento se caracteriza por la evitación y la reacción emocional (Zamble y Porporino, 1990, citado por Negredo et ál., 2010).

En los centros penitenciarios se produce a veces lo que se denomina un suicidio por contagio o imitación (McKenzie y Keane, 2007, citados por Negredo et ál., 2010). Este fenómeno se explica por sentimientos de unidad que se producen en pequeños grupos de internos, incluso como “ritos de iniciación” o como muestras de valor (Cox y Skegg, 1993, citados por Negredo et ál., 2010). Núñez (1997, citado por Ruiz et ál., 2002) indica la necesidad de que los psicólogos y médicos de los establecimientos trabajen coordinadamente y a los casos detectados se les de una intervención por medio de un programa de prevención de al menos una semana de duración, con entrevistas diarias de apoyo, asistencia de otro interno seleccionado por su

madurez y entrenado sobre cómo proporcionar ayuda inmediata, con quien comparta celda, seguimiento de los profesionales de salud, y con un sistema de vigilancia especial cada hora, día y noche. En este sentido, García-Marijuán (1997, citado por Ruiz et ál., 2002) considera que en la prevención del suicidio en prisión hay que evaluar como factores de riesgo, además de ser hombre y una edad más joven, la presencia de intentos anteriores, pérdidas recientes tales como muerte de un ser querido, pérdida de empleo, separaciones familiares y afectivas, síntomas relacionados con la depresión, problemas de salud física y psíquica, aislamiento y falta de recursos sociales y la ingesta reiterada de alcohol y fármacos.

Un paso importante para prevenir la conducta suicida es establecer perfiles de riesgo de suicidio entre la población penitenciaria. Esto, debido a la relación que existe entre los factores de riesgo y el tipo de interno, es decir, si es preventivo o penado (OMS, 2007, citado por Negredo et ál., 2010).

Instrumentos para evaluar conducta suicida

Existen varios instrumentos que permiten evaluar la conducta suicida. A continuación, se presentan algunos de ellos: la Escala de ideación suicida (SSI), el Inventario de depresión de Beck (BDI-IA), la Escala de desesperanza de Beck (BHS), todas ellas para población general.

Método

Tipo de estudio

Se realizó un estado del arte, en palabras de Vélez y Galeano (2002), una modalidad de la investigación documental que permite el

estudio del conocimiento acumulado, escrito dentro de un área específica, cuya finalidad es dar cuenta del sentido del material sometido a análisis con el fin de revisar de manera detallada los documentos que tratan sobre un tema específico (Londoño, Maldonado y Calderón, 2014).

Universo documental

Dado que la presente investigación es documental se identificaron y seleccionaron todos (censo) los documentos escritos relacionados con conducta suicida elaborados por el Grupo de Atención Social de la Subdirección de Atención Psicosocial, de la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC y por otras instituciones educativas (IES) tales como libros, artículos, ensayos, tesis, monografías, informes técnicos, investigaciones y programas, entre otros (ver tabla 1), en el período de estudio de 2010 al 2016.

Instrumentos

La información consultada fue organizada en una matriz bibliográfica y relacional en Excel, en la cual se incluyeron todos los documentos encontrados para su posterior categorización y análisis.

Procedimiento

Esta investigación se llevó a cabo mediante tres fases: Fase heurística: mediante

la cual se realizó la búsqueda y compilación de las fuentes de información tales como libros, artículos, ensayos, tesis, monografías, informes técnicos, investigaciones y programas, entre otros, relacionados con la conducta suicida. Segunda, fase para el diseño de la ficha y la base de datos (matriz bibliográfica) con el fin de sistematizar la información encontrada. Tercera, la fase hermenéutica la cual consistió en la lectura, análisis, interpretación, correlación y clasificación de la información (matriz analítica de contenido). Esta fase comprendió a su vez, tres subfases: 1. Interpretación, análisis de los documentos por áreas temáticas, 2. Construcción teórica, revisión de conjunto de la interpretación de los núcleos temáticos y 3. Publicación, con el fin de dar a conocer a la comunidad los hallazgos.

Resultados

La recolección de información sobre conducta suicida en población privada de la libertad recluida en los centros penitenciarios de Colombia se realizó inicialmente gracias a la información suministrada por el Grupo de Atención Social de la Subdirección de Atención Psicosocial del INPEC y de allí se procedió a consultar información en las bases de datos Redalyc, Dialnet, Scielo y en la biblioteca digital de la Universidad San Buenaventura de Bogotá, de la documentación encontrada (tabla 1).

Tabla 1
Distribución por tipo de documento: 2010-2016

Documentos Inéditos	Publicaciones Seriadas	Libros y trabajos de grado	Políticas	Total
Inf. Tec 2	Artículos 9	Libros 0	Ins. 0	
Inv. Ins. 2	Boletines 0	Tes. G. 1	Nación. 1	13
15,4	69,2	7,7	7,7	100,0

Fuente: INPEC (2016).

Como se puede apreciar en la tabla 1, son pocos los documentos encontrados correspondientes al periodo de estudio. Cabe resaltar que los documentos técnicos corresponden al Programa de Preservación de la Vida, el cual opera a nivel nacional.

Además de encontrar pocas investigaciones al respecto y presentando un interés explícito por evaluar el riesgo suicida y los factores

asociados, la metodología utilizada en su mayoría fue de tipo descriptivo, lo cual nos remite al estudio de factores de tipo psicosocial, cualitativos y no epidemiológicos. Esto contribuye a describir mas no a intervenir desde un nivel de evidencia.

Como se puede observar en la tabla 2, todos los documentos hallados fueron elaborados desde un enfoque cuantitativo y descriptivo.

Tabla 2
Distribución documental según enfoque epistemológico

	Empírico analítico		Histórico hermenéutico		Crítico social	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Trabajos de grado	1		0		0	
Publicaciones	9					
Informes técnicos	2					
Política	1					
%	100					

Fuente: INPEC (2016).

Como se puede observar en la tabla 3, la mayoría de los documentos tratan sobre las características descriptivas de la ideación y

el intento de los eslabones que componen la conducta suicida.

Tabla 3
Distribución según tendencia temática en trabajos de grado y artículos científicos: 2010-2016

Ideación suicida		Intento suicida		Suicidio consumado	
n.º	%	n.º	%	n.º	%
10		10		20	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4
Distribución cronológica de los estudios y publicaciones: 2010-2016

Año	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	n.º	%												
Documentos técnicos			1										1	
Artículos, trabajos de grado	2		1					4		1			1	

Fuente: elaboración propia.

Otro aspecto que llama la atención corresponde a que la producción documental se fue incrementando en los últimos cuatro años, es decir, que el interés surgió recientemente por el estudio de las condiciones de esta PPL. No obstante lo mencionado en relación con el enfoque epistemológico de los documentos encontrados y de su característica descriptiva, algunos de los hallazgos reportados son importantes para el diseño de políticas y la intervención adecuada de la PPL. Por ejemplo los aspectos referentes al proceso de adaptación inicial a los centros penitenciarios, los cuales generan notablemente un incremento significativo de los factores de riesgo por diversas situaciones, desajuste afectivo y emocional que fragmenta la vida habitual del interno, en cuanto a sus relaciones interpersonales e intrapersonales, donde hay ausencia de comunicación positiva y se evidencia el estrés moral y la tensión psicológica. Posterior a esta identificación las habilidades de supervivencia y afrontamiento se incrementan o disminuyen, según la estabilidad, responsabilidad, el nivel educativo y otros variables de carácter familiar (estado civil, hijos, parejas estables, redes de apoyo y familias funcionales). En cuanto a la población carcelaria femenina,

se evidencia un alto índice de estrategias de afrontamiento adecuadas, lo cual se refleja en los bajos índices de ideación suicida o suicidio consumado, reconociendo entre otros aspectos el temor a morir, aspectos morales y supervivencia por motivaciones específicas como sus hijos y familia.

Desde una mirada cualitativa, se evidencia que los internos presentan riesgo suicida moderado, como también la identificación de una alta sintomatología depresiva grave, factores como la presencia de violencia, ausencia de estudio, redes de apoyo distantes y otros aspectos importantes como la edad, aumenta el comportamiento suicida y este se visualiza en las primeras semanas de su ingreso.

Los resultados del análisis evidencian un interés explícito por evaluar el riesgo suicida y los factores protectores o de riesgo que anteceden esta conducta, sin encontrar características sobresalientes en cuanto a la intervención, los métodos utilizados, los instrumentos o la población escogida. Las variables analizadas podrían formar una secuencia estructurada para establecer la importancia de las fases implementadas frente a esta problemática, ya que se carece de experiencia, de actividades reales y

oportunas para contribuir a un mejor ajuste dentro de la estadía de los reclusos. En este sentido, son muchos los componentes implicados, tales como los factores de riesgo y aquellos identificados como protectores, los datos estadísticos, el tiempo establecido y demás, son una brecha y una oportunidad para continuar con un estudio más eficaz que permita la intervención oportuna a esta necesidad.

Discusión

En el presente estado del arte se realizó un acercamiento a los diversos documentos técnicos y estudios sobre el fenómeno del suicidio en población carcelaria privada de la libertad. Esta información abarcó el periodo entre los años 2010 a 2016 en algunos centros de reclusión de Colombia. La literatura científica consultada nos permitió evidenciar que los avances, los medios y métodos utilizados para contrarrestar la conducta suicida en los centros carcelarios colombianos, son insuficientes para una problemática de alta complejidad. El presente estado del arte cuenta con la información descriptiva documentada dentro de un periodo relativamente corto (2010-2016), lo cual no permitió conocer toda la información referenciada.

Es necesario mencionar que, no toda la recolección de datos y análisis de información se realizó sobre la base de material e inventarios validados para Colombia, lo que deja latente aspectos socioculturales relacionados en las estadísticas del suicidio e ideación en la población de personas privadas de la libertad en Colombia. Teniendo en cuenta que los instrumentos fueron diseñados para una población diferente a la PPL (población general). Los motivos detrás del suicidio o la conducta suicida son multifactoriales para el recluso (a), y

aunque los centros carcelarios son reconocidos legítimamente por el estado y la sociedad como rehabilitadores, la pérdida de la libertad y la adaptación a un escenario que restringe o limita al individuo, genera un desajuste emocional, afectivo, familiar y social, que conlleva al interno a un déficit en el desarrollo de estrategias de afrontamiento. En este sentido, las penas establecidas en la legislación colombiana, los fallos condenatorios que implican permanencia intramural y los juicios sociales se convierten en factores que podrían conducir a los comportamientos suicidas. Es por esto, que esta situación nos traslada a reevaluar y tener clara la necesidad de fortalecer todo programa que disminuya el riesgo suicida en los centros penitenciarios.

De lo anterior se sigue la necesidad de proceso de construcción e implementación de esquemas que orienten más allá de estudios descriptivos, estadísticas generales y repetitivos para el abordaje de la conducta suicida. Se deben buscar métodos que identifiquen de manera real los daños psicológicos y otras manifestaciones psicopatológicas, que permitan hacer una intervención de manera directa y que disminuya significativamente el riesgo dentro de la población carcelaria, sintetizando resultados y contribuyendo colectiva e interdisciplinariamente sobre los internos, identificados como personas vulnerables ante esta afectación negativa que pone en riesgo la calidad de vida. Por lo anterior, se sugiere que los programas de prevención ante la conducta suicida en población carcelaria, se desarrollen desde el día de ingreso del individuo al centro penitenciario, permitiendo una mejor adaptación en la fase inicial de pérdida de la libertad, teniendo en cuenta que en esta etapa se incrementa el riesgo al comportamiento suicida en el interno. Así mismo, desarrollar y validar instrumentos de tamizaje que permitan identificar de

manera rápida y oportuna el riesgo de conducta suicida en la PPL; identificar otras problemáticas de salud mental que afectan la población carcelaria, involucrando al personal penitenciario en general; garantizar la continuidad y permanencia de la PPL en las intervenciones psicológicas propuestas; realizar un programa de psicoeducación a todo el personal del INPEC, guardianes, profesionales y directivos que fortalezcan las habilidades de afrontamiento que permitan incrementar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en la PPL. En este sentido, implementar y ejecutar un plan de prevención interdisciplinario frente a la conducta suicida en los internos marcado por las necesidades características de la población carcelaria del contexto colombiano. Este plan debe tener en cuenta al sujeto dentro del programa, el proceso de salida del interno, sus redes de apoyo, oportunidades laborales, estado de salud y demás factores protectores que hagan que el riesgo de la conducta suicida disminuya. Con esto se busca que el ciclo de llegada y salida del interno de la institución carcelaria, estaría cubierto con una visión completa en cuanto a la prevención y disminución de conductas suicidas.

Por último, la legislación colombiana, debe fortalecer las políticas públicas existentes que respalden el esfuerzo del personal y las instituciones comprometidas, para el pleno desarrollo y cumplimiento de estas propuestas descritas anteriormente. Esto con el fin de permitir una continuidad sostenible en el tiempo que impacte y mejore los niveles de calidad de vida para los internos y se haga extenso en sus redes de apoyo, de esta manera los esfuerzos no se darían de forma individual siendo así una obligación estatal e institucional, una política y por ende un derecho.

Limitaciones

La principal limitación encontrada fue la escasez de documentos encontrados en los archivos del INPEC. Sin embargo, este a su vez se constituye en una muestra de la necesidad de brindar apoyo desde la Academia a las instituciones gubernamentales.

Agradecimientos

El grupo de estudio del presente trabajo agradece a la Universidad de San Buenaventura por facilitar la realización de la presente etapa, parte del Macroproyecto en Conducta suicida; al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia (INPEC) y en especial a la Dra Myrian Silva Beltrán, quien permanentemente brindó el apoyo para la búsqueda y obtención de los documentos técnicos y estudios realizados en y con el apoyo del INPEC y a los participantes del semillero en Violencias y Salud Mental que apoyaron la búsqueda de información.

Referencias

- Bobes, J., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., Bascarán, M. Y. y Bousoño, M. (2004) *Comportamientos suicidas prevención y tratamiento*. Barcelona: Psiquiatría Editores S. L.
- Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. Madrid. Akal.
- Folino, J., Marchiano, S. y Sánchez, A., (2003). Suicidios en convictos bonaerenses. *Revista Argentina psiquiatría: Vertex*, 54(14), 286.
- González, J. O, Reyes, A., Álvarez, C., Rodríguez, A. y Alarcón, L. F. (2003) *Ideación, intento y suicidio en Bogotá*. Un Estado de Arte. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias

- Forenses. Alcaldía Mayor de Bogotá.
Secretaría de Gobierno
- Larrotta, C. R., Luzardo, B. M., Vargas, C. S. y Rangel, N. K. (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 56(1): 83-95. <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>
- Londoño, O. L., Maldonado, L. F. y Calderón, L. C. (2014). Guía para construir estado del arte. *International corporation of Networks of Knowledge*, 1-39.
- Medina, O., Cardona, D. y Arcila, S. (2011). Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andina*, 13(23), 268-280.
- Moya, J, (2007) *La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3247531>
- Negredo, L., Melis, F. y Herrero, Ó. (2010) *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. Recuperado de: [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Factores+de+riesgo+de+la+conducta+suicida+en+internos+con+trastorno+mental+grave+\(NIPO+126-11-051-1\).pdf/f3efbc07-5caa-4601-8248-6147b79a6440](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Factores+de+riesgo+de+la+conducta+suicida+en+internos+con+trastorno+mental+grave+(NIPO+126-11-051-1).pdf/f3efbc07-5caa-4601-8248-6147b79a6440)
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (2019). *Suicidio. Datos y cifras*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.a Ed.). Madrid, España: Autor. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>
- Roca, X., Guardia, J. y Jarne, A. (2012). Las conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 116-128.
- Rubio, L., Cardona, D., Medina, Ó., Garzón, L., Garzón, H., y Rodríguez, N. (2014). Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, 62, 33-39. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n1.43672>
- Rojas, E. (1984). *Estudios sobre el suicidio*. España: Salvat Editores. S.A.
- Ruiz, J, Gómez, I, Landazabal, M, Morales, S, Sánchez, V. y Páez, D. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 99-114.

Notas

- * El presente artículo hace parte del Macro proyecto de conducta suicida, en el marco del convenio 172, suscrito entre la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá, y el INPEC.