

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia

Suicide risk in prison population of Tolima, Colombia

Luz Adriana Rubio¹ • Deisy Viviana Cardona-Duque² • Óscar Adolfo Medina-Pérez³ • Luisa Fernanda Garzón-Olivera⁴ • Helen Alexandra Garzón-Borray⁴ • Natalia Sofía Rodríguez-Hernández⁴

Recibido: 29/01/2014 / Aceptado: 1/3/2014

¹ Universidad de San Buenaventura, seccional Medellín, extensión Ibagué. Ibagué, Colombia.

² Universidad de San Buenaventura, seccional Medellín, extensión Armenia. Armenia, Colombia.

³ Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD). Bogotá, Colombia.

⁴ Investigadora independiente.

Correspondencia: Óscar Adolfo Medina-Pérez. Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades. Universidad Abierta y a Distancia (UNAD). Dirección: Carrera 45 N° 55-19. Medellín, Colombia. Correo electrónico: oscar.medina@unad.edu.co

| Resumen |

Antecedentes. 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.

Objetivo. Caracterizar el riesgo suicida en población carcelaria masculina del Tolima, Colombia.

Materiales y métodos. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal. Se tomó una muestra de 122 internos a quienes se les aplicaron dos instrumentos de evaluación: el ISO-30, que mide el riesgo suicida y un cuestionario sociodemográfico.

Resultados. Se encontró que el 16,4% de la población presenta un riesgo suicida alto. El 22,2% de los que habían hecho intentos previos de suicidio presentaron un riesgo alto, frente al 15,9% de los que no lo habían hecho. Al revisar el riesgo y la escolaridad, se halló que el nivel de riesgo disminuye al aumentar el nivel educativo; igual situación se encuentra entre los que tienen pareja e hijos, convirtiéndose estas tres variables en posibles factores protectores.

Conclusiones. Se encontraron niveles de ideación suicida superiores a los hallados en población general. También se identifica una relación directa entre la red social y familiar y la protección frente al riesgo suicida.

Palabras clave: Colombia, Factores de riesgo, Ideación Suicida, Intento de Suicidio, Suicidio, Prisioneros (DeCS).

Rubio LA, Cardona-Duque DV, Medina-Pérez OA, Garzón-Olivera LF, Garzón-Borray HA, Rodríguez-Hernández NS. Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia. Rev Fac Med. 2014; 62: 33-39.

Summary

Background. Prisons involve risk, which can generate suicidal behavior, since the imprisonment hits significantly to subjects who experience this condition.

Objective. The aim of this investigation was to characterize suicide risk in male prison population of the department of Tolima, Colombia.

Materials and methods. Quantitative, descriptive and transversal study. With a sample of 122 inmates were applied two evaluation instruments: ISO-30 measuring suicide risk and a social-demographic questionnaire.

Results. 16.4% of the population has a high suicide risk. 22.2% of those who had made previous suicide attempts had shown a high risk, compared with 15.9% of those who had not. When reviewing the risk and schooling, it was found that the level of risk

decreases with increasing educational level, the same situation is done among those with partners and children making these three variables on potential protective factors.

Conclusions. Higher levels of suicidal ideation were found to those found in the general population. A direct relationship between the social and family network is identified and also protection against suicide risk

Key words: Colombia, Risk factors, Suicidal Ideation, Suicide, Attempted, Suicide, Prisoners (MeSH).

Rubio LA, Cardona-Duque DV, Medina-Pérez OA, Garzón-Olivera LF, Garzón-Borray HA, Rodríguez-Hernández NS. Suicide risk in prison population of Tolima, Colombia. Rev Fac Med. 2014; 62: 33-39.

Introducción

Actualmente el suicidio aqueja a gran parte de la población a nivel mundial: cada año se quitan la vida alrededor de un millón de personas, lo que representa casi la mitad de las muertes violentas en todo el mundo (1). En promedio tres mil personas se suicidan a diario y, por cada una de ellas, veinte lo intentan. Las cifras se encuentran en aumento, puesto que, de acuerdo con las proyecciones de la OMS, para el año 2020 el índice de suicidios a nivel global podría crecer en un 50%, es decir, aproximadamente millón y medio de individuos alrededor del mundo pueden morir por esta causa (2), siendo las sociedades subdesarrolladas y con altos niveles de pobreza las de mayor riesgo (3).

En América, las tasas más altas de suicidio se encuentran en países como Uruguay (17,6), Cuba, (15,1) y Canadá (11,8); los países con menor incidencia son: Perú, (1,9) y Bolivia con (2,3). Ecuador, Venezuela, Brasil, Chile, México y Colombia muestran tasas que oscilan entre 3 y 7 casos por cada cien mil habitantes. Por ende, la mortalidad a causa del suicidio se ha convertido en un problema prioritario en materia de salud pública, tanto en Colombia como a nivel internacional (4).

En Colombia las tasas varían significativamente de un departamento a otro, encontrándose departamentos como San Andrés y Providencia con tasa de 1,2 y Guajira con 1,1, mientras que las cifras más altas se han presentado en Quindío 8,5 (5), Risaralda, 6,7; Huila, 6,2 y Tolima con 6,4 (6).

Las posibles causas para que se presenten comportamientos autolíticos están relacionadas con características de personalidad y variables sociodemográficas, que pueden ser factores desencadenantes de alteraciones emocionales y

desarrollo de trastornos psicológicos que impiden un adecuado afrontamiento de situaciones estresantes (7). El suicidio es asociado con diferentes cuadros clínicos, como depresión, caracterizada por sentimientos de infelicidad, desesperación y desánimo, lo cual genera aislamiento o deterioro en los vínculos sociales e incapacita al individuo para afrontar su situación vital. Está asociado también al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (8). Además de esto, diversos estudios plantean la confluencia de distintos factores causales en el acto suicida, involucrando aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y ambientales (9).

En este orden de ideas, se considera que los centros penitenciarios son contextos que implican situaciones de riesgo, las cuales a su vez pueden generar comportamientos suicidas, pues la privación de la libertad impacta de manera significativa a quienes experimentan esta condición, en el área cognitiva, emocional, conductual y familiar (10). Esta circunstancia conlleva un proceso de adaptación psicológica. En el contexto penitenciario colombiano este fenómeno social merece especial interés, dado que los índices de suicidio en internos han crecido de manera significativa, sin conocerse a profundidad las verdaderas causas que se relacionan con él (11); las cifras ascienden a treinta casos de suicidios por cada cien mil internos (12).

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. Estudios recientes indicaron que entre los años 2008 y 2010 se presentaron once suicidios anuales, dejando un total de treinta y tres suicidios en los centros penitenciarios, mientras que en el 2011 en Ibagué se presentaron tres casos (12).

Diversos estudios han indicado que el mayor riesgo de suicidio se encuentra en las edades comprendidas entre los veintitrés y cuarenta y cuatro años, estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, bajo nivel de escolaridad e inicios tempranos en la actividad laboral. De igual forma, se constituyen en factores de riesgo, formar parte de grupos familiares disfuncionales, con implementación de pautas de crianza relacionadas con maltrato, pobreza, violencia intrafamiliar y abandono, además de entornos sociales hostiles y desfavorables caracterizados por actos de violencia e inseguridad (13). A estos aspectos se aúna el ingreso a prisión, el cual conlleva un proceso de adaptación psicológica para el individuo en el que intervienen e interactúan estresores ambientales, tales como la existencia de condiciones higiénicas y médicas deficientes, la restricción de espacios y actividades de la vida cotidiana y el distanciamiento de las fuentes de apoyo social (14).

Considerando lo anterior, y teniendo en cuenta que el suicidio es una de las principales causas de muerte en prisión, además de que en Colombia son pocos los estudios realizados sobre estos hechos, se hace pertinente la elaboración de actividades investigativas encaminadas a conocer aspectos relacionados con el suicidio en centros penitenciarios, ya que actualmente en el Tolima no se hallan investigaciones de este tipo. Por tal motivo, el objetivo de la presente investigación es caracterizar el riesgo suicida en un centro penitenciario de este departamento.

Materiales y métodos

La presente investigación se realizó mediante una metodología cuantitativa de tipo descriptivo, con un diseño no experimental de corte transversal. La muestra poblacional estuvo conformada por ciento veintidós internos de género masculino ubicados en uno de los bloques de un complejo carcelario del departamento del Tolima. Como criterios de inclusión se estableció que tuviesen entre dieciocho y treinta y cinco años, supiesen leer y escribir y no hubiesen sido diagnosticados con discapacidad cognitiva que impidiera dar respuesta a los instrumentos utilizados en el estudio.

Para la recolección de la información se utilizó el Inventario de Orientación Suicida ISO-30, el cual es un instrumento tipo likert estandarizado, conformado por 30 preguntas que permiten medir el riesgo de suicidio y diseñado por John D. King y Brian Kowalchuk (15). Dicha herramienta se compone de 5 subescalas: *baja autoestima, desesperanza, afrontamiento, aislamiento e ideación suicida*. Cada una de ellas se evalúa mediante 6 preguntas calificadas entre 0 y 3. La puntuación total arrojada se interpreta así: entre 0 y 29 riesgo suicida bajo, entre 30 y 44 riesgo medio, y de 45 a 90 riesgo alto. Las subescalas se calificaron de la siguiente manera: entre 0 y 5 el riesgo es bajo, 6 y 7 medio, y de 8 en adelante alto. También se empleó una encuesta de caracterización sociodemográfica, compuesta por doce preguntas y elaborada con el fin de identificar en la población aspectos de interés como edad, escolaridad, consumo de sustancias psicoactivas (SPA), intentos previos de suicidio, nivel socioeconómico, tiempo de condena, estado civil, entre otras.

La investigación contó con el aval de un Comité de Bioética. Una vez logrado esto se acudió al centro penitenciario para solicitar los permisos correspondientes. Después de ello, se seleccionó la población de forma aleatoria, de acuerdo con los criterios de inclusión ya planteados, empleando información brindada por la institución en el área jurídica, en donde se eligió una muestra de ciento veintidós internos que cumplieran con los requisitos. Antes de aplicar los

instrumentos se explicó a los participantes el propósito de la actividad, dejando claro que su colaboración no les generaría ningún beneficio a nivel personal como redención de penas, reubicación de fase de seguridad o incentivo económico, y se les solicitó firmar un consentimiento informado.

Los datos recolectados fueron ordenados, tabulados y analizados a través del programa Microsoft Excel 2007. Se utilizó Open Epi para calcular la existencia de asociaciones estadísticamente significativas, así como las razones de prevalencia (rp). Como este último procedimiento necesita de variables dicotómicas, se procedió a recategorizar las variables que tenían más de dos posibilidades de respuesta, así: en edad, se agrupó entre los que tenían veinticinco años o menos y veintiséis o más; para la escolaridad, se tomaron los que tenían estudios primarios y los que tenían secundarios o superiores; en el caso del estado civil se tomó a los solteros por un lado, y los separados, casados, unión libre y viudos por el otro. Finalmente, en el caso de la ideación suicida, un grupo lo formó los que tenían ideación alta y el otro los de niveles bajos y medios.

Resultados

En total, 122 prisioneros contestaron el cuestionario. Sus edades oscilaron entre los 20 y 35 años. La edad promedio se ubicó en 28,7 años (DE 4,5 años). La edad más frecuente fue treinta y cinco años. El 25% tenía veintiséis años o menos; el 50% presentaba edades iguales o inferiores a veintinueve años y el 75% tenía menos de treinta y cuatro años.

Se encontró que el 55,7% realizó estudios secundarios, 30,3% primarios, 7,4% técnicos y 6,6% profesionales. En cuanto al estado civil, el 45,9% manifestaron estar solteros, 36,1% en unión libre, 9,8% casados, y un 0,8% afirmó estar viudo. El 80,4% consume actualmente SPA, 63,9% tiene condenas superiores a los cuarenta y nueve meses, 66,4% no había sido encarcelado con anterioridad, 72,1% tiene hijos y el 7,4% ha intentado quitarse la vida.

Al indagar por la ideación suicida, se encontró que el 67,2% de la población presenta un riesgo suicida bajo, mientras que los niveles altos y medios se encuentran en un 16,4%, respectivamente. Al revisar el comportamiento de la ideación alta en las distintas variables, se evidenció que los porcentajes más altos estuvieron entre: los que tenían entre veinte y treinta años, quienes sólo tienen estudios primarios, los solteros, aquellos que tienen condenas inferiores a cuarenta y ocho meses, los que han estado encarcelados con anterioridad, quienes no tienen hijos y aquellos que han intentado quitarse la vida con anterioridad (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución del riesgo suicida en las variables analizadas.

	Total		Alto		Medio		Bajo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos Edad								
20 – 25	30	24,6	5	16,7	6	20,0	19	63,3
26 – 30	48	39,3	8	16,7	7	14,6	33	68,8
31 – 35	44	36,1	7	15,9	7	15,9	30	68,2
Escolaridad								
Bachiller	68	55,7	11	16,2	10	14,7	47	69,1
Primaria	37	30,3	8	21,6	9	24,3	20	54,1
Profesional	8	6,6	1	12,5	1	12,5	6	75,0
Técnico	9	7,4	-	-	-	-	9	100,0
Estado civil								
Casado	12	9,8	1	8,3	1	8,3	10	83,3
Separado	9	7,4	-	-	4	44,4	5	55,6
Soltero	56	45,9	13	23,2	6	10,7	37	66,1
Unión Libre	44	36,1	6	13,6	8	18,2	30	68,2
Viudo	1	0,8	-	-	1	100,0	-	0,0
Tiempo de Condena								
48 o menos	44	36,1	10	22,7	6	15,9	28	63,6
49 o más	78	63,9	10	12,8	14	15,9	54	69,2
Ha estado encarcelado antes								
No	81	66,4	13	16,0	9	11,1	59	72,8
Si	41	33,6	7	17,1	11	26,8	23	56,1
Tiene Hijos								
No	34	27,9	9	26,5	5	14,7	20	58,8
Si	88	72,1	11	12,5	15	17,0	62	70,5
Actualmente Consume SPA								
No	98	80,3	15	15,3	13	13,3	70	71,4
Sí	24	19,7	5	20,8	7	29,2	12	50,0
Alguna vez ha intentado quitarse la vida								
Sí	9	7,4	2	22,2	-	-	7	77,8
No	113	92,6	18	15,9	20	17,7	75	66,4

Fuente: autores.

Una vez realizado el análisis bivariado, se hizo notorio que ninguna variable registró una asociación estadísticamente significativa con el riesgo suicida alto. Las que se acercaron más fueron: los que no tienen hijos ($p=0,062$; $rp=2,11$; $IC95\%=0,964-4,65$); aquellos que no tienen pareja ($p=0,103$; $rp=1,98$; $IC95\%=0,849-4,62$), y entre quienes tienen condenas inferiores a cuarenta y ocho meses ($p=0,155$; $rp=1,77$; $IC95\%=0,8-3,92$).

Discusión

Es conveniente resaltar las principales limitaciones que tuvo la presente investigación. Primero, el cuestionario utilizado para evaluar el riesgo suicida (ISO 30) no está validado para Colombia. Segundo, no se hizo un muestreo probabilístico en toda la población carcelaria, por tanto, los resultados aquí obtenidos no permiten hacer inferencia sobre la totalidad de la

población. Tercero, el ISO 30 es poco empleado en Colombia; así, la realización de comparaciones de los resultados aquí obtenidos con los de otros trabajos se dificulta.

Se encontró que 16,4% de los entrevistados presenta riesgo alto de suicidio, lo que 4,7 veces superior al hallado en último estudio de salud mental realizado en Colombia (16), pero inferior a otros estudios realizados en población carcelaria, como el 20% que se encontró en Boyacá (7) o el 29% registrado en Quindío (9).

Por otro lado, al analizar el riesgo de suicidio según los diferentes grupos de edad, se encontró una leve diferencia entre el rango de 20-30 años (16,4%) y 31-35 años (15,9%), presentando el primer grupo un riesgo alto y el segundo un riesgo menor, aunque no significativamente bajo, lo que indica que los adultos jóvenes tienden a ser más vulnerables. Esta situación se manifiesta como un patrón, ya que, según lo descrito por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en Colombia las conductas suicidas parecen ser más frecuentes en hombres con edades entre los 20 y 29 años (17). Esto puede relacionarse con la perspectiva del ciclo vital, según la cual el fracaso en realizar las tareas del desarrollo genera infelicidad en el individuo; se resalta, además, que en la adultez aumentan las exigencias personales y sociales, pues se deben llevar a cabo tareas como establecer una profesión u ocupación, una familia, un lugar en la comunidad o red social y asumir responsabilidades cívicas (18), lo que puede verse obstaculizado en situaciones que interfieren con la percepción de control y puede generar o reforzar sentimientos de indefensión, antes mencionados, y/o insatisfacción con la vida, teniendo en cuenta que el proyecto de vida se ve claramente afectado en las instituciones totales.

También se identificó que las personas con hijos presentan menor riesgo suicida, disminuyendo de manera importante la tendencia a ejecutar dichas conductas, pues estos se convierten en motivadores trascendentales para la vida de los individuos (19). Al respecto es importante anotar que la situación de reclusión genera una reorganización de los roles y funciones familiares y en múltiples casos ocasiona ruptura, lo que influye de forma significativa en el proceso de adaptación psicológica al interior de los penales y puede considerarse un factor de riesgo en la población carcelaria; aspectos que requieren investigación posterior, pues en Colombia existen pocos estudios encaminados al análisis del papel protector o de riesgo que cumple la familia con relación a los internos (20).

De otra parte, el consumo de SPA no se asocia con el riesgo suicida en este grupo poblacional, aunque sí se observan porcentajes mayores de consumo en quienes presentan alto y medio riesgo suicida. Es necesario tener en cuenta que la

dependencia a SPA constituye un factor de riesgo para la población, ya que afecta la capacidad de respuesta del ser humano ante situaciones de tensión y estrés (21) y aumenta el riesgo de suicidio hasta cinco veces (22), lo que puede estar relacionado con el síndrome de abstinencia y con los escasos recursos de afrontamiento con los que cuenta el farmacodependiente. Esta última circunstancia se presenta debido a que su repertorio de conductas se halla focalizado en la dependencia, física y/o psicológica, a la sustancia, a lo que se suma los efectos depresores de algunas SPA en el sistema nervioso central, afectando el juicio y capacidad de autocontrol.

Otros factores sociodemográficos objeto de análisis, hacen alusión al tiempo de condena y de reclusión; se identificó mayor porcentaje de ideación suicida entre quienes tienen condenas inferiores en tiempo, situación que podría corresponder con la descripción del proceso de adaptación en forma de "V", descrito por Zamble y Porporino (14), con mayor ansiedad ante el proceso de ajuste por internamiento o salida de prisión. Es necesario realizar estudios al respecto que aclaren dicha relación.

Ahora bien, se encontró un descenso en los índices de conductas suicidas a medida que aumentaba el nivel de escolaridad, datos similares a los reportados por Reyes y Alonso (23), quienes han afirmado la relación existente entre el nivel educativo y el riesgo suicida. Se ha establecido la educación como un posible factor protector, debido a que la persona con un nivel educativo mayor se encuentra, por lo general, mejor preparada para enfrentar y solucionar sus conflictos; también puede obedecer a que cuenta con mayor información o conocimientos para buscar ayuda o comprender sus procesos de adaptación. Se requiere precisar este tipo de estudios.

Con relación a los intentos previos de suicidio, se encontró que presentan mayor riesgo quienes alguna vez han tenido antecedentes relacionados con estas conductas, frente a los que nunca lo han realizado. Mientras para unos internos los intentos de suicidio y autolesiones pueden ser vistos como una forma de acabar con su vida en prisión u olvidar el pasado delictivo, otros lo pueden tomar como un mecanismo para "romper con la monotonía" y sustituir su identidad o rol social (14). No obstante, uno de los aspectos en que la mayoría de los autores coincide, es que los intentos de suicidio constituyen un fuerte predictor de futuras tentativas y eventuales suicidios consumados (13).

De igual forma, se identificó que se presentan intentos suicidas con una mayor frecuencia entre personas solteras, separadas, divorciadas o viudas; aquellos que mantienen una

relación de pareja son menos frecuentes, aspecto concordante con las descripciones de Tuesca y Navarro, quienes sostienen que este hecho puede estar relacionado con la importancia de la red primaria de apoyo social (24). Aunado a lo anterior, algunos estudios se refieren a este grupo poblacional como el de mayor incidencia, incluso se ha identificado como uno de los factores detonantes del intento suicida, la separación de la pareja (23).

En síntesis, la condición de reclusión es considerada uno de los sucesos más difíciles que puede experimentar una persona (10,25); esto representa no sólo la pérdida de libertad, confianza en sí mismo y seguridad, credibilidad y respeto frente a los demás, sino también, en muchos casos, la pérdida del apoyo familiar y social, posibilitando el surgimiento de ideas e intentos suicidas (26,27), en donde el sujeto experimenta la pérdida de algo que consideraba esencial para su bienestar, lo que puede llevar a expectación ansiosa, baja autoeficacia y autoconcepto (28), considerando además, la representación social que tiene el hecho de ser presidiario.

Conclusión

Se encontró que el 16,4% de los encuestados presentan riesgo suicida alto, cifra que es muy superior al promedio de la población general, pero más bajo que el hallado en investigaciones similares realizadas en Colombia. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se halló mayor riesgo entre los que no tienen hijos, quienes poseen condenas inferiores a cuarenta y ocho meses, y los que no cuentan con pareja.

Se le recomienda al centro penitenciario la estandarización de protocolos de tamizaje, evaluación, prevención e intervención temprana, así como establecimiento de redes de apoyo social e inclusión de las familias en dichos programas, ya que es importante destacar la relación entre la red social y familiar con la prevención del riesgo suicida, entendiendo que la convivencia en pareja, la presencia de hijos y el acompañamiento de familiares cercanos, se han considerado factores protectores frente al suicidio. Durante el proceso de adaptación al entorno carcelario se requiere fortalecer estrategias de afrontamiento a nivel cognitivo, emocional y conductual, que faciliten al individuo aprendizajes que le permitan enfrentar los cambios que se presentan en su vida, ya que su capacidad para sobrellevar las distintas situaciones estresantes que produce este medio, será determinante para la toma de decisiones que favorezcan su bienestar y seguridad.

Se recomienda también generar procesos formales de detección y atención ante el riesgo suicida y problemáticas

de salud mental en población carcelaria, que involucren al personal penitenciario en general. Estas medidas contribuirán a la optimización de los recursos físicos y el talento humano con que cuentan estos centros, para facilitar el mejoramiento continuo del proceso de resocialización y garantizar continuidad y permanencia de las intervenciones psicológicas allí planteadas, de manera que pueda apreciarse la eficacia y efectividad de las mismas, a la par que puedan ser retroalimentadas por la experiencia e investigación en este campo.

Conflicto de interés

Los autores declaran total independencia frente a las instituciones que avalaron la presente investigación. Certifican que durante el trabajo, o redacción del presente manuscrito, no han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene una investigación.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. **Rodríguez-Escobar J, Medina-Pérez Ó, Cardona-Duque D.** Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010. *Rev. Fac. Med.* 2013;61:9-16.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio en cárceles y prisiones [Internet]. Ginebra; 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf.
3. **Leal C, Macedo E, Lima L.** Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos Saude Pública* [Internet]. 2013;29:175-87. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500020&lang=es.
4. **Ayuso-Mateos J, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al.** Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2012 [citado 2013 Mar 1];5(1):8-23. Disponible en: http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2012/2012_Ayuso_Recomendaciones.pdf.
5. Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. La respuesta de muchos, la experiencia de vida: el suicidio [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2010/SUICIDIO.pdf>.
6. Alcaldía municipal de Ibagué. Ibagué en Cifras 2008-2009 [Internet]. Secretaría. Ibagué; 2009. p. 116. Disponible en: <http://>

- www.alcaldiadeibague.gov.co/web2/joomla/planeacion/images/stories/secretarias/planeacion/Ibague_cifras_2008_2009.pdf.
7. **Mojica CA, Sáenz DA, Rey-Anaconda CA.** Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2009;38(4):681-92. Disponible en: http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-38/4/RCP0409_AOrg6_Riesgo_suicida_desesperanza_y_depresion_en_internos.pdf.
 8. **Ávila Cadavid J, Escobar Córdoba F, Chica Úrzola H.** Prevalencia de ansiedad y depresión en alcohólicos hospitalizados para desintoxicación en Bogotá. *Rev. Fac. Med.* 2005;53:219-25.
 9. **Medina-Pérez Ó, Cardona D, Arcila S.** Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andina* [Internet]. 2011;13(23):268-80. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v13n23/v13n23a04.pdf>.
 10. **Ruiz J.** Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2007;39(3):547-61. Disponible en: <http://openjournal.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/view/337/237>.
 11. **Muñagorri R, Peñalver M.** Intentos autolíticos en prisión: un análisis forense. *Anales de Psicología* [Internet]. 2008;24(2):361-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps/article/view/42991/41281>.
 12. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC. Ministerio del Interior y de Justicia República de Colombia Caracterización y Perfilación de la Población Condenada [Internet]. Ministerio del Interior y de Justicia, editor. Bogotá D.C.; 2011. p. 1-132. Disponible en: http://www.inpec.gov.co/portal/pls/portal/!PORTAL.wwwpob_page.show?_docname=2893094.PDF.
 13. **Casullo M, Scheinsohn M.** Comportamientos suicidas en situaciones de internación psiquiátrica. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica* [Internet]. 2006;2(22):29-48. Disponible en: www.aidep.org/03_ridep/R22/R222.pdf.
 14. **Ruiz J, Gómez I, Landazabal M, Morales S, Sánchez V, Páez D.** Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología* [Internet]. 2002;(11):99-114. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1201/1752>.
 15. **King JD, Kowalchuk B.** ISO-30. Adolescent Inventory of Suicide Orientation-30. Minneapolis: NCS Pearson; 1994.
 16. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia, 2003. Cali: C&C Gráfico. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES; 2005. p. 66.
 17. **Chica Urzola HL.** La respuesta de muchos, la experiencia de vida: el suicidio [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2010. p. 234. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2010/SUICIDIO.pdf>.
 18. **Lefrancois G.** El ciclo de la vida. 6th ed. México: International Thomson Editores; 2001. p. 670.
 19. **Mejía M, Sanhueza P, González J.** Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza.com* [Internet]. 2011;(8):15-25. Disponible en: http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf.
 20. **Moreno C, Zambrano L.** familias de internos e internas: una revisión de la literatura [Internet]. Disponible en: <http://psicologajuridica.org/psj222.html>.
 21. **Medina Ó, Piernagorda D, Rengifo Á.** Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes del departamento del Quindío-Colombia, entre 1989 y 2008. *Pensamiento Psicológico* [Internet]. 2010;8(15):9-16. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80115648002>.
 22. **Negredo L, Melis F, Herrero Ó.** Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave [Internet]. Madrid: Colección Técnica M del ISG; 2010. p. 126. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Segund_Accxsit_2010.pdf.
 23. **Reyes WG, Alonso A.** Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2001;17(2):155-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000200008&script=sci_arttext.
 24. **Tuesca Molina R, Navarro Lechuga E.** Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte.* 2003;17:19-28.
 25. **Milulic IM, Crespi MC.** Contexto carcelario: un estudio de los estresores y las respuestas de afrontamiento en detenidos primarios y reincidentes. *Anuario de Investigaciones* [Internet]. 2004;12:211-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a21.pdf>.
 26. **Del Corral P.** Trastorno antisocial de la personalidad. En: Echeburúa O, editor. Personalidades violentas. Madrid: Pirámide; 1994. p. 301.
 27. **Soria M, Otamendi A, Berrocal C, Caño A, Rodríguez C.** Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. *Psicothema* [Internet]. 2004;16(3):476-0. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OD8Uj07rXe0J:www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/download/8225/8089+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>.
 28. **Beck A.** La terapia cognitiva de Beck. En: de Brouwer D, editor. Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas. Bilbao; 1976. p. 137-77.