

Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia

Characteristics of suicide behavior in Colombian prisons

Características do comportamento suicida nas prisões da Colômbia

Richard Larrotta Castillo*

Marianela Luzardo Briceño**

Sandra Vargas Cifuentes***

Kelly Rangel Noriega****

*Magíster en Psicología Jurídica. Dragoneante, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia - INPEC. Docente/investigador de la Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia. richard.larrotta@upb.edu.co

**Doctora en Estadística. Docente de tiempo completo, Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia. marianela.luzardo@upb.edu.co

***Especialista en Psicología Jurídica. Coordinadora Nacional del Programa Preservación de la Vida, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia - INPEC, Bucaramanga, Colombia. sandra.vargas@inpec.gov.co

****Estudiante de Psicología. Práctica en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia, Bucaramanga, Colombia. kellyrangel07@hotmail.com

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo: Larrotta C., R., Luzardo B., M., Vargas C., S. & Rangel N., K. (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 56 (1): 83-95.

Fecha de recepción: 2014/02/26 Fecha concepto evaluación: 2014/03/27 Fecha de aprobación: 2014/03/31

Resumen

Objetivo. El estudio, de tipo descriptivo correlacional, buscó establecer cuáles de las variables de tiempo, modo y lugar, propias del contexto penitenciario y carcelario, aparecen con mayor frecuencia en 60 internos que se vieron involucrados con pensamientos de suicidio, intento de suicidio y suicidio consumado, en las cárceles y penitenciarías adscritas al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia (INPEC), durante el primer trimestre del 2013. **Método.** La muestra intencional estuvo constituida por 60 internos, de los cuales el 68,3 % eran hombres y el 31,7 % mujeres, con una edad promedio de 28,02 años y una desviación estándar de 8,03 años. **Resultados.** A través de un formato de uso exclusivo del INPEC y mediante el software estadístico "Statisticals Package for the Social Sciences" (SPSS), se obtuvo que el intento de suicidio, con un

76,7 %, es la conducta que con mayor frecuencia se presenta. Asimismo, a través de la prueba de chi-cuadrado de Pearson (X^2) se estableció la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre el tipo de conducta suicida y el género, el género y el método utilizado, el lugar del acontecimiento y el tipo de conducta suicida. **Conclusiones.** La etapa inicial del encarcelamiento es el lapso de mayor riesgo (uno a cinco meses) en la aparición del intento suicida (41,7 %), lo que podría explicarse a partir del 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 (OMS, 2000).

Palabras clave: *Prisión, instituciones carcelarias, suicidio, psicología, personal penitenciario (fuente: Tesauro de política criminal latinoamericana - ILANUD).*

Abstract

Objective. This study of a descriptive correlational type was aimed at establishing which of the incarceration context variables of time, method and place appear more frequently in 60 inmates involved in situations dealing with suicidal thoughts, suicide attempts and completed suicide during the first quarter of 2013 in the prisons and correctional institutions attached to the INPEC, the National Penitentiary and Prison Institute of Colombia. **Method.** The intentional sample consisted of 60 inmates, 68.3 % of which were men and 31.7 % were women with an average age of 28.02 years and a standard deviation of 8.03 years. **Results.** Through a format for the exclusive use by the INPEC and the "Statisticals Package for the Social Sciences" (SPSS) software, the result obtained was that suicide attempt, with 76.7 %, is the most frequently occurring conduct. Likewise, through the Pearson Chi-squared test (X^2), the existence of statistically significant relations between the suicidal behavior type and gender and method used was established, instead of event and type of suicidal conduct. **Conclusions.** The initial incarceration stage is the most risky period (one to five months) in the emergence of the first suicidal attempt (41.7 %), which may be explained as triggered by the affective and emotional maladjustment fragmenting the daily life of inmates in their interpersonal and intrapersonal relations, where positive communication is absent and both moral and psychological stress are revealed (OMS, 2000).

Key words: *Prison, correctional institutions, suicide, psychology, prison staff (Fuente: Tesauro de Política Criminal Latinoamericana - ILANUD).*

Resumo

Objetivo. O estudo, do tipo descritivo correlacional, procurou estabelecer quais das variáveis do tempo, modo e lugar, próprias do contexto da prisão e penitenciário, aparecem mais frequentemente em 60 presos que estiveram envolvidos com pensamentos de suicídio, tentativa de suicídio e suicídio consumado, nas prisões e cadeias adscritas ao Instituto Nacional Penitenciário e de Prisões da Colômbia (INPEC), durante o primeiro trimestre de 2013. **Método.** A amostra intencional foi constituída por 60 presos, dos quais 68.3% eram homens e 31.7% mulheres, com uma idade média

de 28.02 años e um desvio padrão de 8.03 años. Resultados. A través de um formato do uso exclusivo do INPEC e por meio do software estatístico "Statisticals Package for the Social Sciences" (SPSS), concluiu-se que a tentativa do suicídio, com un 76.7%, é a conduta que apresenta-se mais frequentemente. Também, através do teste do chi-quadrado de Pearson (X²) que estabeleceu a existência de relações estatisticamente significativas entre o tipo de conduta suicida e o gênero, o gênero e o método usado, o lugar do evento e o tipo de conduta suicida. Conclusões. A etapa inicial do aprisionamento é o lapso de maior risco (um a cinco meses) na aparição na tentativa suicida (41.7%), que poderia ser explicada a partir do desequilíbrio emocional e afetivo que fragmenta a vida habitual do preso, a respeito das suas relações interpessoais e intrapessoais, onde há uma ausência de comunicação positiva, e demonstra-se o stress moral e a tensão psicológica (OMS, 2000).

Palavras-chave: *Prisão, instituições de prisões, suicídio, psicologia, pessoal penitenciário (fonte: Tesouro de política criminal latinoamericana - ILANUD).*

Introducción

El delito, entendido como aquella conducta que alcanza implicaciones jurídicas al cumplir con los preceptos de tipicidad, antijuricidad y culpabilidad (Ley 599 de 2000), conlleva a que el sujeto activo de la conducta punible reciba una pena que deberá purgar, la mayoría de los casos, en una cárcel o penitenciaría. Ingreso que diversos autores han relacionado con afectaciones de la salud mental, entre las cuales se destacan los episodios de depresión y los siguientes trastornos: depresivos recurrentes, psicóticos, de ansiedad y de la personalidad (Lohner & Konrad, 2007; Swogger, Conner, Meldrum & Caine, 2009).

Ello es consistente en el informe emitido por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de Perú (MISA) y la Dirección Regional de Lima, del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), en el que se mencionan los episodios depresivos y los trastornos de ansiedad generalizada como los problemas de salud mental más comunes entre las personas recluidas en las cárceles, sumados a los trastornos depresivos recurrentes (9,2 %), trastornos psicóticos (4,7 %), fobia social (4,3 %) y trastornos de pánico (3,4 %) (Peru.com, 2013). Binswanger, Merrill, Krueger, White, Booth & Elmore (2010) plantearon que los trastornos psicológicos/ 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. Por otro lado, Franke, Neef, Weiffenbach, Gänssicke, Hautzinger, & Maier (2003) exponen que los trastornos adictivos, en general, son indicadores de vulnerabilidad, y están asociados a otros trastornos y problemas psicológicos. También, en el medio penitenciario, la conducta suicida se ha relacionado con los trastornos de la personalidad, principalmente en los del grupo B, descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), ya que según lo referido por Negredo, Melis & Herrero (2010), el componente compulsivo, de manera específica en el trastorno límite de la personalidad y en el trastorno antisocial de la personalidad, puede llegar a ser una aproximación a la comprensión y explicación de la conducta suicida. Sumado a esto, en el trastorno límite de la personalidad se hallan algunos criterios que están directamente relacionados con la conducta autolesiva, por lo que tienen

un uso predictivo y explicativo limitado en este ámbito, tal como lo mencionan Oliffe, Ogrodniczuk, Bottorff, Johnson & Hoyak (2010).

La conducta suicida en internos se ha ido convirtiendo progresivamente en un foco de gravedad, que reviste del más amplio conocimiento para su intervención: "El término suicidio proviene de dos expresiones latinas: sui [de sí mismo] y caedere [matar], o sea, matarse a sí mismo" (García-De-Jalon & Peralta, 2002, p. 88). El suicidio, por tanto, "es el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada" (Pérez, 1999, citado en Nizama, 2011, p. 1). Para la OMS (1976, citada en Ministerio de Salud, 2013) es "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el propósito letal" (párr. 1). Entendido que el suicidio corresponde a una acción humana, descrita como la "conducta suicida", cabe destacar que esta hace referencia a "toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, para que se produzca o no la muerte del individuo" (Mesa, 1990; Nizama, 2011, p. 1).

Sobre este aspecto en general, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) ha hecho saber, en su informe, que en los últimos 45 años las tasas de suicidio se han incrementado en un 60%, encontrándose entre las tres primeras causas de muerte en ciertos países, con mayor riesgo para las personas que están en el rango de edades de los 15 a los 44 años. Este panorama que para Colombia no es ajeno, de acuerdo con lo enunciado a través de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental en el año 2003, según la cual el 12,3 % de los colombianos han tenido ideaciones suicidas, el 4,1 % han realizado planes y el 4,9 % han hecho intentos suicidas (Ministerio de la Protección Social, 2004). Sumado a lo anterior, Aja (2009), en un informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en los años 2008 y 2009, dio a conocer que la tasa nacional fue de 4 y 4,1/100.000 habitantes, sobrepasada tan solo por el departamento del Quindío, que obtuvo una tasa de 7 y 10,1, y en la ciudad de Armenia la cifra se elevó a 7,7 (Medina, Cardona & Rátiva, 2010).

Ahora bien, es preciso mencionar los principales componentes y causas del fenómeno suicida, comenzando por el espectro completo del comportamiento suicida, que según Pérez (1999) y Mejía, Sanhueza & González (2011), se encuentra conformado por criterios operativos, en los que intervienen sucesivamente tres etapas (que en su conjunto se conocen como el proceso suicida): en primer lugar está el suicidio, entendido como la muerte autoinfligida, con evidencia implícita o explícita de que la persona quería morir; en segundo término se halla el intento o acto fallido de suicidio, definido como la acción del individuo ejecutada, que no llega a consumarse por impericia o falla del método, y por último, la ideación suicida, entendida como aquellos pensamientos universales que tiene un sujeto sobre la interrupción de la propia vida en situaciones de estrés intolerable, ataques de pánico, agresividad, trastornos de humor y ansiedad.

En cuanto a sus componentes generales y específicos, Nizama (2011) plantea que:

Las personas que intentan suicidarse, con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que les parece imposible de manejar, como sentimientos o pensamientos negativos, sentimientos de vergüenza o culpa, sentirse como una carga

para sus seres queridos, concebirse como víctimas y poseer sentimientos de rechazo, pérdida o soledad. Por consiguiente, el mismo autor refiere que las conductas suicidas pueden desencadenarse por una situación o hecho que las personas perciben como agobiante, tales como el envejecimiento, puesto que los ancianos presentan la tasa más alta de suicidio, la muerte de un ser querido, las adicciones, sustancias lícitas e ilícitas y ludopatía, crisis emocionales, enfermedades físicas graves, desempleo o pérdida del mismo y problemas financieros (p. 82).

Lo anterior no es más que la falla del proceso de adaptación del sujeto en el ámbito en el que se encuentra. Especialmente se presenta un declive de aquellos mecanismos que constituyen un conjunto de representaciones, ideas, acciones y sentimientos que le permiten actuar en la realidad. Estos se desencadenan ante situaciones frustrantes; e. g., el estar privado de la libertad, en celdas de aislamiento, genera una tensión psicológica, en la cual se desatan conflictos que afectan las relaciones interpersonales e intrapersonales del individuo (Nizama, 2011; Negredo, Melis & Herrero, 2010).

Seguidamente, con respecto a los motivos específicos, el suicidio es de causa multifactorial, en el sentido de que intervienen:

1. Factores sociodemográficos, entre los cuales aparecen aspectos como género, edad, etnia, estado civil y nivel socioeconómico. En primer lugar, el género femenino presenta mayores tasas de ideación suicida e intentos de suicidio, pues las mujeres emplean para ello métodos como intoxicación o sobreingesta de agentes químicos, o se realizan cisuras con elementos cortopunzantes; esto a diferencia del género masculino, ya que en la mayoría de los casos los hombres cometen suicidios consumados, porque los métodos que emplean son más efectivos, tales como el ahorcamiento y las armas de fuego (Faisal-Cury, Menezes, Tedesco, Kahalle & Zugaib, 2008). En el caso de la edad, se ha publicado que el riesgo de suicidio aumenta con esta variable, aunque en la actualidad las tasas de suicidio consumado en jóvenes se viene incrementando, principalmente en varones entre 15 y 24 años (García-De-Jalon & Peralta, 2002). En cuanto a la etnia, Borges et ál. (2010) realizaron estudios en Estados Unidos, donde encontraron que en los hombres blancos se encuentran mayores tasas de suicidio que en los hombres negros; por el contrario, en este mismo estudio, las mujeres negras son las que presentan mayores tasas de suicidio, y en menor grado las mujeres blancas. En referencia a las relaciones sentimentales o de pareja, específicamente cuando se experimenta sentimiento de pérdida o rupturas, estas se convierten en un factor de riesgo crucial, en el sentido de que llegan a fragmentar la vida de los sujetos, pues comienzan a desatar en estos conflictos internos, que llevan en últimas a que atenten contra su propia vida (Nizama, 2011). Como lo estipulan García-De-Jalon & Peralta (2002), el estado civil influye en la ejecución de este tipo de comportamientos; e. g., ellos encontraron que se presentan mayores conductas suicidas en hombres y mujeres solteras, divorciadas y viudas. Por último, respecto al nivel socioeconómico, Qin, Agerbo & Mortensen (2002) esbozan que la conducta suicida, principalmente los suicidios consumados e intentos de suicidio, son más usuales en sujetos desempleados, de estratos socioeconómicos bajos y con menor nivel cultural.

2. Factores clínicos, de modo que la relación entre el suicidio y las enfermedades orgánicas es significativa; e. g., los trastornos mentales más comunes relacionados con el suicidio son: la depresión mayor, los trastornos de personalidad, la impulsividad, las adicciones y el trastorno bipolar (Borges et ál., 2010).
3. Factores neurobiológicos. Kohli et ál. (2010) y Saifi, Mansourian & Marjani (2010) proponen un sustrato biológico de la agresividad/impulsividad, relacionado con el sistema serotoninérgico, pues encuentran en ello una relación explícita y directa entre bajos niveles de serotonina y el insuficiente control de impulsos, la violencia y la letalidad del acto suicida. Asimismo, plantean que el déficit de la actividad de este sistema es un factor causante de la depresión, la conducta violenta y la suicida, lo cual ocasiona que los individuos no encuentren vías alternativas a su problemática o conflictos internos, y ello provoca una sobrevaloración de las situaciones, no estimándose en su verdadero ámbito y contexto, y apreciándolas como insuperables e insostenibles.

En este orden de ideas, develado el panorama que alberga el suicidio y sus componentes, es comprensible que este fenómeno haya merecido la atención de diferentes instituciones, entre las cuales se encuentran las prisiones, más aún cuando se ha calculado que por cada suicidio en la calle se producen 17 dentro de ellas (Centro de Documentación contra la Tortura, 2005).

Al respecto, autores como Snow, Paton, Oram & Teers (2002), citados en Negredo, Melis & Herrero (2010), informan que las personas privadas de libertad exhiben un mayor riesgo de suicidio que la población general; McKee (1998), citado en Negredo, Melis & Herrero (2010), afirma que las personas privadas de libertad tienen unas tasas de suicidio entre once y catorce veces mayores que la población general. Esto guarda relación con lo descrito por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, cuando aseveró que el suicidio es una causa única de muerte, y la más frecuente en las instituciones penitenciarias.

Desde la OMS (2000), este panorama estadístico podría encontrar respuesta en las particularidades que hacen al contexto penitenciario y carcelario vulnerable a este tipo de comportamientos: (a) el factor social, que en este caso concreto es un exceso de individualización sumado a una desintegración del grupo social, representado como obstáculo o barrera insalvable, ya que se convive con hombres jóvenes, que tienen algún trastorno mental, con problemas de drogas, es decir, personas que han estado entre los grupos de mayor riesgo de suicidio, y (b) el impacto psicológico de la vida intramural, que puede llegar a exceder las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables, en términos de esperanza y de superación. De manera consistente, el encarcelamiento puede representar una pérdida de libertad, de apoyo social y familiar, miedo a la violencia física o sexual, incertidumbre respecto al futuro, culpabilidad por el delito cometido, estrés derivado de las restrictivas condiciones ambientales y, finalmente, un deterioro físico y emocional (OMS, 2000; Douglas, Herbozo, Poythress, Belfrage & Edens, 2008).

La OMS (2007) resume de este modo los factores de riesgo más significativos de la conducta suicida en esta población: (a) factores personales, donde intervienen aquellas variables que hacen a los sujetos vulnerables a este comportamiento, e. g., el abuso de drogas o tener algún trastorno mental; (b) factores externos, relacionados con la tensión psicológica que genera el medio

penitenciario, el síndrome de abstinencia, la falta de apoyo familiar y de la relación de pareja, y (c) factores situacionales, que los constituy en el periodo de seguridad y el cumplimiento íntegro y efectivo de las condenas. En contraste, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, 2007) habla también de los diferentes factores protectores que reducen el suicidio, entre los cuales señala el apoyo de la familia, amigos y otras personas importantes, las creencias religiosas culturales y étnicas, la participación sana y activa en la nueva comunidad, llevar una vida social satisfactoria a través de la integración social, el uso constructivo del tiempo libre, habilidades efectivas para resolver problemas y tener un propósito general de vida; esto tiene relación con lo estipulado en la Resolución 7302 de 2005, donde se establece que el interno debe recibir una atención integral, en la cual él obtenga servicios esenciales para el bienestar del mismo, durante el tiempo de reclusión.

En este orden de ideas, es pertinente, por la población objeto de este estudio, dar a conocer los planteamientos de Konrad et ál. (2007), quienes han mencionado los métodos de suicidio e intento de suicidio utilizados por los internos, entre los cuales se destacan el ahorcamiento, cuando se encuentran en celdas individuales y en momentos de baja vigilancia, como lo sugiere Magaletta, Patry, Wheat & Bates (2008). Según Nock et ál. (2008), el rango de edad entre 20 a 25 años aparece como el de mayor tendencia al suicidio en prisión. Pero también se señala, con estas premisas, que hay una diferencia entre internos sindicados y condenados, frente a las conductas suicidas. Konrad et ál. (2007) encontraron diferencias respecto a los factores de riesgo en internos condenados y sindicados. En primer lugar están los internos condenados, que por lo general son mayores de 30 a 35 años, y su comportamiento suicida está relacionado con conflictos emocionales (peleas o rupturas sentimentales). Por el contrario, los factores de riesgo de suicidio referentes a los internos sindicados dan a conocer que son adultos jóvenes, con un rango de edad entre 20- 25 años, que cometen suicido en los momentos iniciales del encarcelamiento, específicamente los tres días cercanos a la audiencia o el juicio donde se anuncia el tiempo de condena.

Por su parte, en Colombia, Ruiz, Gómez, Landazábal, Morales, Sánchez & Páez (2002) llevaron a cabo un estudio en cinco prisiones de Bogotá, con una muestra de 416 sujetos, sobre el riesgo de suicidio en prisión y aquellos factores asociados a este fenómeno. En los resultados se evidencia que la media de edad de los internos e internas que participaron fue de 30,11 años. Además, plantean que el tiempo de condena podría convertirse en un factor de riesgo de suicidio, y asimismo cuando hay presencia de antecedentes médicos, como enfermedades físicas y dificultades sexuales, sobre todo en aquellos más jóvenes y los que no logran adaptarse a las normas intramurales. Otro estudio, realizado por Mojica, Sáenz & Rey-Anacona (2009), buscó evaluar la relación entre el riesgo suicida y el grado de desesperanza o el de depresión, y variables sociodemográficas como la edad, el tiempo de condena, el de reclusión y el número de reclusiones, en una muestra de 95 internos, con edades entre 19 y 59 años. Encontraron que la edad, el tiempo de condena y el de reclusión no se relacionan con el riesgo suicida, y que la prevalencia de depresión clínica en la muestra era mayor que la de la población general, por lo que es posible afirmar que el riesgo suicida podría predecirse con un grado moderado o alto en desesperanza o depresión, o puntuaciones altas en dichas variables.

Aunados se hallan factores que pueden aumentar el riesgo de suicidio, entre los cuales se destacan: el momento de comunicación de la sentencia condenatoria, la espera de decisiones judiciales, el consumo de drogas, el no estar vinculado a una actividad productiva que le permita hacer buen uso del tiempo libre, además de la separación de los seres queridos, la muerte o enfermedad de un familiar, trastornos psiquiátricos y el mismo ingreso a la prisión (Fazel, Cartwright, Norman-Nott & Hawton, 2008). Cabe destacar que por las características presentes en dicho contexto, los internos pueden llegar a usar el comportamiento suicida solo para obtener algún control sobre el ambiente (Bobes, Giner & Saiz, 2011).

De forma específica, como características propias del suicidio e intento de suicidio en población carcelaria y penitenciaria, existe consistencia en relación con el género, dado que la mayoría de los casos son ejecutados por hombres, sin dejar de lado que las mujeres también presentan alto riesgo (Malaver, 2010), y lo expuesto por Negrodo, Melis & Herrero (2010) acerca de que entre los factores de riesgo de intento o ideación suicida se encontró el ser de género femenino, pudiéndose aumentar el riesgo (Malaver, 2010) cuando las mujeres están en calidad de sindicadas, comparándolas con las que se encuentran en libertad.

Consistente con esta tendencia, Frottier, Koenig, Seyringer, Matschnig & Fruehwald (2009) señalan que una constante relevante con respecto a los suicidios consumados, a nivel mundial, en Latinoamérica y, finalmente, en la población carcelaria y penitenciaria, tiene que ver con tasas más elevadas en hombres que en mujeres. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que respecto a suicidios e intentos de suicidio, existe un predominio del género femenino (Beautrais, 2006; Nordentoft & Branner, 2008), planteamiento que encontraría apoyo en los estudios desarrollados en Colombia por Núñez, Olivera, Losada, Pardo, Díaz & Rojas (2008) y Pérez-Olmos, Ibáñez-Pinilla, Reyes-Figueroa, Atuesta-Fajardo & Suárez-Díaz (2008), quienes confirmaron este hecho en muestras de las ciudades de Huila, Bogotá y Popayán, respectivamente.

Finalmente, y de acuerdo con lo expuesto, este trabajo pretende mostrar el panorama del suicidio en cárceles y penitenciarías de Colombia, elaborado y desarrollado a partir de las estadísticas actuales que se tienen de este fenómeno. En sí, este estudio busca especificar las características del suicidio e intento de suicidio concretamente en la población penitenciaria, a partir del conocimiento de las diferentes variables que han estado presentes en la comisión del hecho, para que las entidades competentes tengan una aproximación al suicidio carcelario-penitenciario y puedan implementar programas que promuevan intervenciones efectivas (detección, prevención y/o tratamiento de casos), dado que está demostrado que el suicidio se puede prevenir en la medida en que se determinen las variables que lo predisponen o lo facilitan, tal como lo plantean Bedoya, Martínez-Carpio, Humet, Leal & Lleopart (2009).

Método

Diseño

Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, transversal, con diseño no experimental.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 60 internos, de una población constituida por 119.504, que presentaron pensamientos de suicidio, intento de cometerlo y suicidio consumado durante el primer trimestre del año 2013, en penitenciarías y cárceles adscritas al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), de los cuales el 68,3 % eran hombres y el 31,7 % mujeres, con edades entre los 20 y 61 años, con una media de 28,02 (DT = 8,03). Se trató de una muestra no probabilística por conveniencia, en la que los participantes fueron seleccionados en relación con la conducta que presentaron.

Instrumento

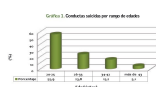
Formato único de registro para casos de comportamientos suicidas (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia). En el marco del programa denominado Preservación de la Vida, con la intención de conocer y a partir de lo cual prevenir la aparición de los comportamientos objeto de este estudio, el formato contempla las siguientes variables: (a) edad del interno; (b) género; (c) situación jurídica (condenados y sindicados); (d) tiempo de condena; (e) tiempo de reclusión transcurrido al momento del hecho; (f) fecha del evento; (g) día de la semana; (h) método utilizado; (i) lugar del acontecimiento; (j) antecedentes; (k) actividad de redención; (l) clasificación en fase del tratamiento penitenciario, y (m) tipo de conducta suicida. El formato es diligenciado por los psicólogos del establecimiento de reclusión donde ocurren los hechos, y se remite a la Sede Central del INPEC; allí se consolidan estos en una matriz, para su análisis y toma de decisiones.

Procedimiento

Mediante pautas emanadas de la Sede Central del INPEC, a las diferentes áreas de Atención y Tratamiento se les indicó que ante la aparición de conductas relacionadas con el comportamiento suicida, diligenciaran el formato para tal fin. A corte marzo 31 del 2013, se recolectó información de 60 internos que se vieron involucrados en este tipo de comportamientos, y se procedió a analizarlos mediante la utilización del Statisticals Package for the Social Sciences (SPSS), que permite el análisis multivariante de datos experimentales, conforme al objetivo planteado en este estudio. El análisis se caracterizó, en una primera fase, en la descripción y comparación por género de cada una de las variables en estudio, a partir de gráficas y tablas estadísticas, que representan los porcentajes de ocurrencia de cada una de sus alternativas. En segundo lugar, por el hecho de tener variables categóricas, se utilizó la prueba estadística chi-cuadrado de Pearson (X^2) para comprobar si estaban relacionadas estadísticamente a partir de un nivel de significación del 5 %.

Resultados

En la [gráfica 1](#) se detallan los rangos de edad en los que aparece el comportamiento suicida. Como se puede evidenciar, el rango de 20 a 25 años aparece como el de mayor número de incidentes de este tipo.



La [gráfica 2](#) presenta cómo se distribuyen los sucesos por direcciones regionales del INPEC, y el comportamiento de mayor frecuencia en cada uno de ellas.



En la [tabla 1](#) se presentan los métodos utilizados por los internos que cometieron intento de suicidio. No obstante, cabe resaltar que en el caso de los suicidios consumados, los métodos empleados para ello fueron asfixia mecánica por sofocación y ahorcamiento.



En la [tabla 2](#) aparece el periodo de reclusión transcurrido al momento de los hechos, es decir, el tiempo que hay desde el instante en que los internos ingresaron al establecimiento hasta el día en que llevaron a cabo el comportamiento suicida.



En la [tabla 3](#) se presenta la diferencia en porcentaje entre hombres y mujeres con respecto al tipo de conducta suicida.



Por otra parte, se obtuvo que de los tres meses que conformaron este primer trimestre, en marzo se presentaron mayores casos de conductas suicidas, con un 50 %; enero, con un 25 %, y febrero, con un 25 %. Asimismo, los días de la semana que con frecuencia ocurrieron los eventos suicidas fueron: en primer lugar se encuentran los jueves, con un 25 %; los viernes, un 18,3 %; los martes, un 16,7 %; un 15 % los miércoles; los lunes, un 11,7 %; un 8,3 % los domingos, y por último, un 5 % los sábados. De manera congruente, el 45 % de los internos cometieron estos actos en las celdas del patio; un 15 % (distribuido en tres partes iguales) en el baño, en la unidad de tratamiento especial (UTE) y en consulta psicológica; un 3,3 % en el patio; el 1,7 % en el pabellón, y un 35 % no especifican el lugar. Otro aspecto relevante son los antecedentes de los internos: en primer lugar, el 36,7 % no presentaban ningún antecedente; el 33,3 % habían sido diagnosticados con alguna patología psiquiátrica; el 21,3 % tenían antecedentes de consumo de SPA; el 6,6 % habían manifestado intentos previos, y el 1,7 % presentaban antecedentes familiares. Respecto a las actividades de redención en que se encontraban estos internos, el 48,3 % de ellos estaban sin actividad, el 31,7 % estudiaban, el 11,7 % trabajaban y el 8,3 % se hallaban en actividades de enseñanza. Por último, en cuanto a las fases del tratamiento penitenciario en las que ellos se encontraban, el 50 % estaban en la fase de alta seguridad, el 21,7 % en la de observación y diagnóstico, el 5 % en la de mediana seguridad y el 23,3 % no habían sido clasificados.

En el transcurso del análisis de los datos, se realizó un estudio inferencial de los 60 casos, en donde se hallaron cuatro relaciones estadísticamente significativas, corroboradas con la prueba estadística X^2 (chi-cuadrado de Pearson): (a) en cuanto al tipo de conducta suicida y el género, se tiene que es mayor el intento de suicidio en los hombres ($X^2 = 14,992$; $p = 0,002$); (b) método utilizado y género ($X^2 = 19,448$; $p = 0,003$), las mujeres utilizan armas cortantes, y los hombres, además de estas, también usan la asfixia mecánica por ahorcamiento; (c) lugar del acontecimiento y el género,

donde la celda del patio es la escogida por ambos géneros como el sitio para cometer el suicidio ($X^2 = 24,790$; $p = 0,000$), y (d) lugar del acontecimiento y el tipo de conducta suicida, donde el intento de suicidio es llevado a cabo, la mayor proporción, en las celdas ($X^2 = 52,958$; $p = 0,000$).

Discusión

En el presente estudio se buscó conocer la frecuencia con la que aparecen algunas variables sociodemográficas y otras propias del comportamiento suicida, en cuanto a tiempo, modo y lugar del hecho, en una muestra de internos que se hallaban reclusos en cárceles y penitenciarías de Colombia, durante el primer trimestre del 2013, en aras de proporcionar un conocimiento ordenado y válido, que permita al INPEC y a otras instituciones interesadas en el tema adelantar trabajos conjuntos, que salvaguarden la vida de las personas reclusas. Más aún cuando ha sido la propia Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) la que ha llamado la atención por el aumento del suicidio, ubicándolo entre las tres principales causas de muerte; esto aunado a que la situación no es ajena a la realidad vivida por esta población, como lo han hecho saber algunos organismos, que indican que por cada suicidio en la calle acaecen 17 en las prisiones (Centro de Documentación contra la Tortura, 2005).

Los resultados de este estudio sugieren que el inicio del encarcelamiento (uno a cinco meses) se constituye en una de las variables de interés para el diseño de futuras investigaciones e intervenciones, si se valora que es el rango de tiempo en el cual los sucesos ocurrieron con mayor frecuencia (55,5 %). Pareciera estar relacionado con el hecho de que los sujetos vivencian el encarcelamiento como un hecho de difícil manejo, que genera sentimientos de culpa y vergüenza, pensamientos negativos; se percibe como una carga para su familia, y alberga sentimientos de rechazo y soledad, exacerbado por la ausencia de mecanismos adaptativos, que llevan a un desajuste emocional (Nizama, 2011).

Se encontró una correlación positiva entre el género y el tipo de conducta suicida; donde fueron los hombres de esta muestra los que alcanzaron porcentajes superiores (69,56 %), en relación con el intento de suicidio, a los evidenciados por las mujeres (30,43 %), contrario a la tendencia general, en la cual son las mujeres las que en mayor proporción se relacionan con ideación suicida e intento de suicidio (Mejía, Sanhueza & González, 2011); a lo mejor los hombres, sin excluir a las mujeres, pueden estar buscando algún tipo de control sobre el ambiente o ganancias secundarias (Bobes, Giner & Saiz, 2011).

El comportamiento suicida aparece acentuado en personas relativamente jóvenes, ubicadas en la adultez temprana, en el rango de 20 a 25 años de edad (55,9 %), consistente con lo descrito para este tipo de población (Nock et ál., 2008) y ajustado a la tendencia de la población general, donde el rango de 15 a 44 años acoge a la mayor cantidad de personas que se ven involucradas en este tipo de comportamientos (OMS, 2011; Borges et ál., 2010; Fazel, Cartwright, Norman-Nott & Hawton, 2008).

En cuanto al sitio de ocurrencia y tiempo, se presenta con mayor frecuencia en celdas dentro de los pabellones y los días de la semana viernes y martes (con los mayores porcentajes), en los cuales un importante número de internos se encuentran en actividades fuera del pabellón; lugares y días con

baja afluencia de internos (en los pabellones) y disminuida supervisión, que encontraría explicación en el incremento desmedido de la población reclusa, factores que de alguna manera facilitan la comisión de este tipo de hechos (OMS, 2007). El riesgo se aumenta si se tiene en cuenta que un 48 % de la muestra se hallaban sin actividad válida para la redención de pena, es decir, que permanecían la mayor parte del tiempo en el pabellón, lo cual es equiparable a la población en general que habita desempleada, variable asociada con el intento de suicidio y los suicidios consumados (Qin, Agerbo & Mortensen, 2002).

Además, se pudo observar que las armas cortopunzantes son las de mayor uso en el intento de suicidio; no obstante, el ahorcamiento es el método más frecuente en el suicidio consumado. Las armas se fabrican con elementos propios de las estructuras de los establecimientos.

Por último, cabe resaltar que en este estudio también se hallaron correlaciones entre: (a) el género y el lugar de ocurrencia, y (b) el método utilizado y el género. De ahí que se sugiere realizar investigaciones con capacidad de explicar y confirmar, en una población mucho más amplia, este tipo de relaciones. Añadir el uso de la entrevista estructurada como instrumento de recolección de información relacionada con aquellas variables que la literatura científica ha identificado como de incidencia en el comportamiento suicida, lleva a establecer diferencias entre hombres y mujeres respecto al lugar de ocurrencia y el método, teniendo como base que el género femenino tiende en mayor medida a llevar a cabo ideaciones suicidas e intentos de suicidios, y los hombres, el suicidio consumado (Mejía, Sanhueza & González, 2011).

En conclusión, las características de la muestra en cuanto a sus antecedentes: enfermedades psiquiátricas y médicas; el hallarse en un rango de edad que se ha acogido como de vulnerabilidad, sumado a la facilidad que genera la falta de vigilancia causada por la dinámica de los centros de reclusión, y adicionalmente un proceso de adaptación al contexto de reclusión deficiente, podrían estar generando un ambiente propicio para la aparición del comportamiento suicida, tal como en el 2000 lo ratificó la OMS.

Finalmente, cabe resaltar que las variables valoradas en el presente estudio son mínimas con respecto a las muchas que pueden incidir en la aparición del comportamiento suicida, por lo que sugerimos abordar variables como el apoyo familiar o de amigos, las creencias religiosas y culturales, el manejo adecuado del ocio, habilidades de afrontamiento y sociales, estructuración del proyecto de vida, nivel de escolaridad y económico, entre otras. Además convendría buscar que se amplíe la muestra para facilitar la generalización de resultados al resto de la población, y así permitir la toma de decisiones efectivas, sobre la base de información poblacional válida y confiable.

Referencias

Aja E., L. (2009). ¿Qué ha pasado con el suicidio en Colombia en los últimos 13 años? *Forensis*, 389-398. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Recuperado de: http://www.buscandoanimo.org/Descargas/10_Qu_e_ha_pasado_con_el_suicidio.pdf.

Beautrais, A. (2006). Women and Suicidal Behavior. *Crisis*, 27 (4): 153-156. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1995-97260-000>.

Bedoya, A., Martínez-Carpio, P. A., Humet, V., Leal, M. J. & Lleopart, N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11 (2): 37-41. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000200002

Binswanger, I., Merrill, J., Krueger, P., White, M., Booth, R. & Elmore, J. (2010). Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 100 (3): 476-482.

Bobes, J., Giner, J. & Saiz, J. (2011). Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Tricastela. Recuperado de: http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatr%C3%ADa-Texto.pdf.

Borges, G. et ál. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J. Clin. Psychiatry*, 71 (12): 1617-28.

Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000). Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2000/ley_0599_2000.html.

Centro de Documentación contra la Tortura (2005). Más de 800 presos han muerto en las cárceles en los últimos cinco años. *Heraldo de Aragón*, 2005. Recuperado de: <http://www.nodo50.org/tortuga/Mas-de-800-presos-han-muerto-en>.

Douglas, K., Herbozo, S., Poythress, N. G., Belfrage, H. & Edens, J. F. (2006). Psychopathy and suicide: a multisample investigation. *Psychological Services*, 3 (2): 97-116. Recuperado de : <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2006-07382-003>.

Faisal-Cury, A., Menezes, P. R, Tedesco, J. J., Kahalle, S. & Zugaib, M. (2008). Maternity "Blues": Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (2): 593-599. Recuperado de: <https://www.google.com.co/#q=MATERNITY+%22BLUES%22%3A+PREVALENCE+AND+RISK+FACTORS>.

Fazel, S., Benning, R. & Danesh, J. (2005). Suicides in male prisoners in England and Wales. *The Lancet*, 366: 1301-1302. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16214601>.

Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: asystematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (11), 1721-1731. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19026254>

Franke, P., Neef, D., Weiffenbach, O., Gänsicke, M., Hautzinger, M. & Maier, W. (2003). Psychiatrische Komorbidität in Risikogruppen für Opiatabhängigkeit: eine Untersuchung an Opiatabhängigen und nichtopiatabhängigen BTMG-Inhaftierten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71: 37-44. Recuperado de: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=14519056>.

Frottier, P., Koenig, F., Seyringer, M., Matschnig, T. & Fruehwald, S. (2009). The distillation of "VISCI": Towards a better identification of suicidal inmates. *Suicide Life Threat Behavior*, 39 (4):

376-85. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19792979>.

García-De-Jalon, E. & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (3): 87-96. Recuperado de:

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>.

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). Resolución número 7302 del 23 de noviembre de 2005. Por medio de la cual se revocan las Resoluciones 4105 del 25 de septiembre de 1997 y 5964 del 09 de diciembre de 1998 y se expiden pautas para la atención integral y el tratamiento penitenciario.

Kohli, M. et ál. (2010). Association of genetic variants in the neurotrophic receptor-encoding gene *Ntrk2* and a lifetime history of suicide attempts in depressed patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 67 (4): 348-59. Recuperado de: <http://f1000.com/prime/2281957>.

Konrad, N., Daigle, M., Daniel, A., Dear, G., Frottier, P., Hayes, L., Kerkhof, A., Liebling, A. & Sarchiapone, M. (2007). Recommendations from the international association for suicide prevention task force on suicide in prisons. *Crisis*, 28 (3):113-121. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17992824>.

Lohner, J. & Konrad, N. (2007). Risk factors for self-injurious behaviour in custody: problems of definition and prediction. *International Journal of Prisoner Health*, 3 (2): 135-161. doi: 10.1080/17449200701321654.

Magaletta, P., Patry, M., Wheat, B. & Bates, J. (2008). Prison inmate characteristics and suicide attempt lethality: an exploratory study. *Psychological Services*, 5 (4): 351-361. Recuperado de:

<http://psycnet.apa.org/journals/ser/5/4/351/>.

Malaver, I. M. (2010). Diferencias de género sobre riesgo de suicidio en población reclusa colombiana (tesis de grado). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6193/1/ivonnemagalymalaverperez.2010.pdf>.

Medina-Pérez, O., Cardona-Duque, D. V. & Rátiva-Osorio, J. S. (2010). Caracterización del suicidio en Armenia-Colombia en el periodo 2004-2008. *ORBIS Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas*, 15: 76-102. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70916420005>.

Mejía, M., Sanhueza, P. & González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoria*, 8: 15-25.

Mesa, G. (1990). Suicidio: epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.

Ministerio de la Protección Social (2004). En: Taborda- Ramírez, L. C. & Téllez-Vargas, J. El suicidio en cifras - Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2013). Suicidio. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio>.

Mojica, C. A., Sáenz, D. A. & Rey-Anacona, C. A. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (4): 681-692.

Negredo, L., Melis, F. & Herrero, O. (2010). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. España: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Recuperado de:

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Segund_Accxsit_2010.pdf.

Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15 (2): 1-5. Recuperado de:

http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011_V15_N02/AR1_Vol15_No2_2011.html.

Nock, M. et ál. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192: 98-105. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18245022>.

Nordentoft, M. & Branner, J. (2008). Gender differences in suicidal intent and choice of method among suicide attempters. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29 (4): 209-212. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19069613>.

Núñez, N., Olivera, S., Losada, I., Pardo, M., Díaz, L. & Rojas, H. (2008). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10): 85-100.

Recuperado de: http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/PS10_85-100.pdf.

Oliffe, L., Ogrodniczuk, J., Bottorff, J., Johnson, J. & Hoyak, K. (2010). "You feel like you can't live anymore": Suicide from the perspectives of men who experience depression. *Social Science y Medicine*, 74 (4): 1-9. doi:10.1016/j.socscimed. 2010.03.057

OMS - Organización Mundial de la Salud (2000). Preventing suicide: A resource for prison officers. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf.

OMS - Organización Mundial de la Salud & International Association for Suicide Prevention Officers (2007). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf.

OMS - Organización Mundial de la Salud (2011). Prevención del suicidio (SUPRE). Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/index.html.

Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*, 15 (2): 196-217.

Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J., Atuesta-Fajardo, J. & Suárez-Díaz, M. (2008). Ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 10 (3): 374-385.

Peru.com (2013). Depresión y ansiedad son principales problemas de salud mental de internos en cárceles [Noticias en línea]. Recuperado de: <http://peru.com/estilo-de-vida/salud/depresion-y->

[ansiedad-son-principales-problemas-salud-mental-internos-carceles-noticia-142855.](#)

Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 3 (60): 1126-30.

Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazábal, M. L., Morales, S., Sánchez, V. & 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. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1201>.

Saifi, A., Mansourian, A. & Marjani, A. (2010). Drugs and suicide by young adults. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 4 (22): 53-6.

Snow, L., Paton, J., Oram, C. & Teers, R. (2002). Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 4 (4): 317-322.

Swogger, M. T., Conner, K. R., Meldrum, S. C. & Caine, E. D. (2009). Dimensions of psychopathy in relation to suicidal and self-injurious behavior. *Journal of Personality Disorders*, 23 (2): 201-210.

http://www.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/v56n1/v56n1a05.html