

RIESGO DE SUICIDIO EN PRISIÓN Y FACTORES ASOCIADOS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO EN CINCO CENTROS PENALES DE BOGOTÁ¹

José Ignacio Ruiz

Universidad Nacional de Colombia

Ingrid Gómez, Mary Luz Landazabal, Sully Morales, Vanessa Sánchez

Universidad Católica de Colombia

Darío Páez

Universidad del País Vasco

RESUMEN

El riesgo de suicidio en prisión constituye uno de los temas a tener en cuenta en el diseño de políticas penitenciarias ya que las tasas de suicidios suelen ser superiores a las que se dan entre la población general. De acuerdo a la literatura, las conductas de suicidio parecen ser más frecuentes en internos jóvenes, en hombres, en aquellos que tienen problemas de toxicomanía y con historia de psicopatología previa, pero no con depresión. Además, las complicaciones en el proceso judicial o en las condiciones de encarcelamiento, aparecen relacionadas con conductas de autolesión, a las que el interno recurriría como forma de llamar la atención. Desde este marco se analizó mediante cuestionario aplicado a internos de cinco prisiones de Bogotá (n=400) la presencia de indicadores psicológicos de suicidio y de variables asociadas como psicopatología previa, estresores cotidianos en prisión, clima emocional, y antecedentes familiares y de consumo de drogas. Mediante análisis de regresión se encontró que el riesgo de suicidio se asociaba con una menor edad, una mayor dificultad para ajustarse a las normas del centro y con la existencia en el pasado de enfermedades físicas y de dificultades sexuales.

Palabras clave: riesgo de suicidio, prisión, edad, estresores cotidianos, psicopatología

El suicidio en prisión puede ser abordado desde la perspectiva del estrés psicosocial, de acuerdo a la cual el ingreso en prisión conlleva un proceso de adaptación psicológica del individuo, en el que intervienen e interactúan estresores ambientales -humedad, calor o frío, ruido-, existencia de condiciones higiénicas y médicas deficientes, la ausencia

¹ Queremos agradecer la colaboración en la realización de esta investigación a las autoridades de los centros donde se llevó a cabo y a las personas reclusas que respondieron el cuestionario, así como a los colegas que evaluaron y asesoraron la investigación en sus distintas etapas. Dirigir la correspondencia a José Ignacio Ruiz: jiruiz@tutopia.com

ABSTRACT

Suicide risk in prison is an important theme of penitentiary politics agenda, because prisoners suicide rates are frequently higher than in general population. In accordance to research, suicide behaviors are more frequent in youth prisoners, drug abusers, people with previous mental diseases, but not with depression. Also, both legal process difficulties and imprisonment variables are risk factors of self-damage, like a way for receive institutional support and responses. From this view, a questionnaire about suicide indicators and associated risk variables (psychopathology, everyday stressors, emotional climate, family career indicators and drug abuse) was applied to prisoners from five Bogotan jails and counties (n=400). With regression analysis, results showed a relationship between risk suicide with a lower age, more difficulty for prison norms adaptation and past phisic health and sexual problems.

Key words: risk suicide, prison, age, everyday stressors, psychopatology



de espacios de esparcimiento, situaciones de hacinamiento, falta de intimidad, una estructura arquitectónica y organizacional en la que se desarrolla toda la vida del individuo y el alejamiento de las fuentes de apoyo social, todo lo cual, teniendo en cuenta las diferencias individuales en recursos, estrategias de afrontamiento y personalidad, afectaría al estado de salud psicológica y física del individuo (Gutiérrez, 1997).

Aunque la forma de recoger los datos o la definición legal del acto de suicidio así como la fidelidad en el registro de estos casos puede variar en cada país, diversas

fuentes muestran que la tasa de suicidios en prisión es mayor que la reportada en la población en general (Hayes, 1995; Marijuán, 1997). Por ejemplo, de acuerdo a datos de la OMS (www.who.org), la tasa media de suicidio en la población general mundial es de 12,35 para hombres y 3,75 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 o 118 en el Reino Unido (Observatorio Internacional de Prisiones, 1996), con excepciones a esta tendencia como las de las prisiones de Japón en ese año, que 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 (Arboleda-Florez y Holley, 1989) y en Francia sería ocho veces mayor (Ramsay y colaboradores, 1985) En la prisiones escocesas, entre 1970 y 1982 la tasa media de suicidios fue de 51.8 por 100.000 (Backett, 1987)..

Diversos autores se han ocupado del estudio de los factores que serían responsables de estas elevadas tasas. De acuerdo a Bénèzech y Rager (1987), las causas posibles 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 encarcelada puede resentirse psicológicamente de problemas como la lentitud de los procedimientos, las dificultades del proceso, el formalismo jurídico, la falta de celo del defensor o la gravedad de las decisiones judiciales. Archel y Rauvant (1989) señalan que el intento de suicidio o las autolesiones puede 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. Por su parte, Harding (1984) a partir de datos de una prisión suiza indica que en los trece suicidios registrados hubo un suceso desencadenante, relativo al proceso jurídico, al régimen del centro o relacionado con la familia del preso.

En cuanto a las causas asociadas al encarcelamiento, Bénèzech y Rager (1987) 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 distorsión del tiempo, que se vuelve inmóvil e interminable en la prisión, la soledad, violación de la intimidad, aislamiento afectivo, ausencia de comunicación positiva y de relaciones sexuales, estrés moral, tensión psicológica, ansiedad por la aproximación de decisiones judiciales, la tensión de estar encerrado, etc. Además, la vida en prisión favorece volverse sumiso y vegetativo, como también han señalado otros autores (García-Borés, 1998; Páez, 1988).

Señalan también Archel y Rauvant (1989) que los intentos de suicidio y autolesiones pueden ser intentos de dar una temporalidad a la vida en prisión y de romper con el pasado: por un lado, estos actos constituyen formas de introducir variación en la vida de la prisión, de romper la monotonía del tiempo y por otro, el recluso intenta olvidarse, aunque sea un instante, de su pasado delictivo, que es lo que ha determinado que él esté en prisión, y que constituye el elemento central de su identidad social en prisión (rol del preso), identidad que está constantemente presente, sin poder sustituirla por otra -como ciudadano/a, trabajador/a, padre/madre, etc).

Respecto al choque del encarcelamiento, algunos estudios muestran una mayor concentración de actos de suicidio en las primeras semanas de encarcelamiento, pero otros trabajos no confirman esta tendencia. Por ejemplo, para Backett (1987), el riesgo de suicidio aumentaba 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. De entre los estresores, el más importante sería la abstinencia de alcohol o drogas forzada por el encarcelamiento. También son más vulnerables al suicidio los internos que no pertenecen a algún grupo de reclusos -por la naturaleza de su delito, o por su personalidad- ya que entonces se ven privados de la autoestima y del sentimiento de pertenencia -frente al de aislamiento-, y del sentido de control que proporciona el grupo. Los mismos autores plantean la dificultad que se da en ocasiones de distinguir entre tentativas de suicidio, ingestión accidental de objetos extraños, automutilaciones y el suicidio. Por otra parte,

la mayor frecuencia de suicidios no se da siempre en las primeras semanas de encarcelamiento: García-Marijuán (1997) encuentra que de 47 suicidios en prisiones españolas, 9 ocurrieron en el primer mes de ingreso en prisión, y 38 al año o más.

Respecto a las características de la población encarcelada, Bénèzech y Rager (1987) señalan que las tasas de suicidio en prisión son más altas en los hombres, debido a que éstos son más agresivos y más violentos que la mujer y escogen medios más eficaces para culminar el acto de suicidio. En cambio, no existirían diferencias de género para tentativas de suicidio y conductas autoagresivas. También el suicidio se daría más en los internos más jóvenes, y en sujetos psicológicamente frágiles (psicópatas, toxicómanos, alcohólicos, etc.), con gran propensión a pasar al acto auto o heteroagresivo.

Al respecto, Rager y Bénèzech (1987) consideran que la institución carcelaria reúne a sujetos de alto riesgo en varios factores relacionados con el suicidio: padres separados o fallecidos, ausencia de vida familiar, ruptura de relaciones sociales, falta de formación e inserción profesionales, inactividad, categorías sociales desfavorecidas, consumo de psicotrópicos, etc. Además, esta población presenta una acumulación de eventos de vida traumáticos: en un estudio realizado por estos autores entre 25 jóvenes reincidentes, 14 sujetos habían tenido accidentes de motos, 14 sufrieron en algún momento de su vida un coma o pérdida de conocimiento, 16 sujetos padecieron un traumatismo craneal, y 22 sujetos usaban de forma crónica productos tóxicos (16 especialmente heroína) situándose la edad media de inicio del consumo a los 14 años. Dieciseis sujetos se habían auto-mutilado (en 10 casos en situaciones de detención), y 10 habían informaron de tentativas de suicidio (9, fuera de la prisión): la edad media del intento de suicidio fue los 16 años.

En esta misma perspectiva, Archel y Rauvant (1989) encuentran, en las prisiones francesas, que los varones (que componen el 95% de la población penal francesa), se suicidan en proporción tres veces más que las mujeres, el 70% tiene menos de 30 años, muchos son solteros (el 43%), sin formación escolar (el 85%), y por ello de baja cualificación laboral (34% obreros). De 33 muertes clasificadas oficialmente como suicidios, Backett (1987) encontró que las características más sobresalientes eran

ser soltero (18 casos), estar bajo observación psiquiátrica (11 casos, aunque sólo 4 fueron identificados como de alto riesgo de suicidarse), estar en detención preventiva (19), tener antecedentes criminales (29 sujetos, y 24 habían estado antes en prisión). Otros 15 sujetos tenían antecedentes de al menos un acto de parasuicidio; 20 habían tenido algún contacto psiquiátrico pero sólo un sujeto fue diagnosticado como enfermedad depresiva; 15 tenían problemas de alcohol o drogas y algunas padecían síndrome de abstinencia en la época anterior al suicidio.

Por su parte, Arboleda-Florez y Holley (1989) al analizar algunas características que aparecían más frecuentemente en un grupo de 97 internos con riesgo de suicidio, respecto a un grupo de control de 45 sujetos encontraron que entre los primeros había más mujeres, tenían más ingresos en centros correccionales, presentaban síntomas más severos, se mostraban más depresivos, con menos apetito y mayor pérdida de peso, y había más sujetos que habían recibido tratamiento psiquiátrico. El pasado suicida no diferenciaba a ambos grupos.

Con relación al estado de ánimo depresivo, Harding (1984) 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 medico-legales de la institución. El autor concluye que el insomnio es un fenómeno relativamente habitual entre los internos, y que no responde necesariamente a cuadros depresivos. En cuanto al tratamiento psicotrópico, entre un 51% y un 54% de la población de reclusos empleaban diariamente benzodiazepina, somnífero o psicotropos, elevándose los porcentajes entre los toxicómanos (81%, 91% y 93%, respectivamente para cada sustancia) y entre las mujeres reclusas (69%, 86% y 90%). La principal causa de esta elevada prescripción de psicotropos era ayudar a los sujetos disminuir la reactividad del sistema nervioso al ambiente estresante de la prisión y proporcionar un sustituto a los toxicómanos, evitando que estas sustancias se volvieran escasas en prisión, lo que podría fomentar la entrada ilegal de drogas al centro. También, entre 50 pacientes sometidos a tratamiento antidepresor, 12 presentaban cuadro de toxicomanía, 11 desorden de personalidad, 11 reacción depresiva o ansioso-depresiva, y 15 un estado depresivo. Las ideas suicidas, mostradas por 37 de los sujetos, fue el factor motivador de que el

médico aplicase un tratamiento antidepresor y aunque, por un lado, sólo en dos de trece casos de tentativas de suicidio se habían detectado anteriormente síntomas depresivos, de 50 pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría, 33 mostraron ideas suicidas, 28 problemas afectivos de depresión, 25 problemas neurovegetativos y 10 problemas de pensamiento. La ansiedad y los síntomas depresivos estaban presentes en 23 casos. Sin embargo, el diagnóstico más frecuente fue el de estado reactivo, con o sin desorden de personalidad (21 sujetos). El autor concluye que la depresión no es un trastorno principal en prisión, sino más frecuentemente un síntoma asociado a niveles altos de angustia. En este sentido, Zamble (1993) encontró que conforme pasaba el tiempo en prisión el porcentaje de sujetos diagnosticados con síntomas depresivos, de una muestra de 133 reclusos, disminuía: el 53% en la primera medida, el 37% en la segunda y el 21% en la última. Por ello, en las primeras etapas del encarcelamiento podría estar coincidiendo un mayor peso del choque del encarcelamiento –ingreso a un entorno hostil y amenazante y un alejamiento del modus vivendi y de la red social del sujeto– lo cual favorecería los mayores niveles de ansiedad y de síntomas depresivos que algunos estudios encuentran en este período.

En esta línea de investigaciones, el presente trabajo pretende hacer una descripción de la presencia de indicadores de riesgo de suicidio y su asociación con variables relevantes con la experiencia del encarcelamiento. A diferencia de otros estudios, que parten del análisis de casos consumados de suicidio, el presente informe se elaboró a partir de la información obtenida de autoinformes de sujetos entrevistados mediante cuestionario en sus centros de detención, en una investigación más amplia que se realizó sobre el proceso de adaptación psicológica al medio penitenciario.

MÉTODO

Se trata de un diseño exploratorio descriptivo correlacional, en el que se pretende conocer los valores que toman las variables cuya medición fue de interés y hallar aquellas que se relacionaban con varios indicadores de riesgo de suicidio en prisión.

En cuanto a la muestra, estuvo compuesta de 416 sujetos internos, de ellos 90 mujeres, reclusos en cinco centros penales de Bogotá, Colombia: Cárcel Modelo

(106), Penitenciaria Central La Picota (100), Reclusión de Mujeres El Buen Pastor (80), Cárcel Distrital (100, de ellos 10 mujeres) y Cárcel para Policías de Facatativa (30). La cárcel Modelo está destinada a internos sindicados, mientras que La Picota es un centro de cumplimiento de penas, para sujetos con condena en firme. La cárcel Distrital alberga sindicados y condenados de delitos menores, que implican penas cortas de prisión. La Reclusión de Mujeres alberga, como su nombre indica, mujeres sindicadas y condenadas, mientras que la Cárcel de Policías de Facatativa es administrada por la Policía Nacional con Convenio con el Instituto Penitenciario y Carcelario de Colombia (INPEC), y se destina a policías sindicados por delitos cometidos en el ejercicio de su cargo.

La selección de la muestra se realizó mediante muestreo no probabilístico opinático, aunque se procuró recoger datos de los internos de todos los patios de cada institución. De acuerdo a la relación entre tamaño de la población, margen de confianza y margen de error (Cea y Vallés, 1990), excepto en la cárcel de Facatativa, el tamaño de la muestra fue el adecuado para un nivel de confianza del 95.5% y un margen de error de $\pm 10\%$.

La media de edad de los sujetos fue de 30.11 años ($s=8.04$) con la moda en los 32 años, sin diferencias por centros. En cuanto al nivel educativo, 17 (4.1%), sujetos indicaron no haber finalizado la primaria, 176 (42.6%) la habían completado, 174 terminaron la secundaria (42.1%), 21 (5.1%) habían cursado estudios de formación profesional (técnicos), 17 (4.1%) terminaron la universidad y 8 sujetos habían realizado otro tipo de estudio.

Con relación al estado civil, la mayoría (50.6%) indicaron vivir en unión libre (207 sujetos), seguidos de los solteros (103 sujetos, el 25.2% de la muestra). Indicaron estar casado 56 sujetos (13.7%), divorciados 34 (8.3%) y viudos 9 casos (2.2%). En cuanto al número de hijos, la mayoría tiene 1 o 2 (51.4%), seguidos de los que tienen 3 o 4 (23.7%), de los que no tienen ninguno (17% de los sujetos) y de los que tienen 5 o más (7.9%). También, la mayoría tenía familiares en Bogotá (278 sujetos, el 67.6%, frente a 133, el 32.4% que no). La proporción de sujetos sin familia en Bogotá era mayor entre los internos de la Cárcel de Policías (43.3%) ya que pueden proceder de todas las regiones del país por razones de servicio, y entre los internos de la Picota

(46%), que en su mayoría son condenados y pueden también proceder de otras zonas del país [$X^2(4)=14.98$, $p < .01$].

En cuanto a las variables e instrumentos, se mencionarán aquellos indicadores de mayor relevancia para los objetivos de este informe, mientras que una descripción del instrumento completo puede encontrarse en Ruiz, Gómez, Landazabal, Morales y Sánchez (2000).

Indicador de salud psicológica (sintomatología emocional).

Este indicador se contruyó mediante análisis factorial de componentes principales de puntuaciones de los sujetos en escalas de ansiedad estado (IDARE, a de .89), estrés postraumático (escala adaptada de Echeburúa y cols. 1995, a de .84), y depresión, medida por la escala de Zung (a de .79). En el factor resultante, a mayor puntuación, más sintomatología psicológica.

Lista de 6 ítems dictómicos sobre enfermedades y hospitalizaciones anteriores al actual ingreso en prisión (adaptados de Zimmermann y Von Allmen, 1985).

Pretenden recoger información sobre traumatismos físicos o psiquiátricos padecidos con anterioridad al encarcelamiento actual, agrupados en dos bloques: a) enfermedades graves, accidentes graves, hospitalización por enfermedad física y b) dificultades afectivas, dificultades sexuales, haber recibido consejo o tratamiento psicológico. Los ítems del grupo A obtuvieron un α de .6392, por lo que se creó con ellos un indicador de enfermedades físicas, cuyas puntuaciones podían oscilar entre 0 (ningún antecedente físico) y 3 (más antecedentes). El α del grupo B fue muy bajo: .2760, con el tercer ítem teniendo la asociación más baja con la escala (a si se borraba el ítem de .3852). Con este resultado se decidió excluir el ítem 3 de los análisis subsiguientes y emplear los otros dos (dificultades sexuales y dificultades afectivas) como ítems individuales.

Escala de Estresores Cotidianos en Prisión (adaptada de Paulus y Dzindolet, 1993).

Mide el nivel de ajuste a los estresores cotidianos de la vida en prisión. Consta de 11 ítems, en el que el sujeto debe indicar el esfuerzo de ajuste que le representa adaptarse a la situación que mide el ítem, (nada=1, un poco=2, mucho=3, demasiado=4). Estos ítems son: Escasez de espacio, falta de libertad, presencia de otras personas alrededor, distancia de la familia, dificultad para hacer lo que quiere, paso del tiempo sin tener nada

que hacer, pérdida de intimidad, no poder satisfacer las necesidades sexuales, vivir bajo las normas de centro, no poder disfrutar de las cosas que le gustan, pérdida de la relación con amigos. Paulus y Dzindolet (1993) aplicaron una escala original de 10 ítems a una muestra de 80 internos, 40 hombres y 40 mujeres, obteniendo una fiabilidad interna de .73 y .76 respectivamente en dos aplicaciones. En nuestra adaptación, la escala arrojó un coeficiente α de .79.

Indicador de Riesgo de Suicidio (adaptado de Arboleda-Flórez y Holley, 1989).

Son tres ítems, de formato de respuesta Si/No, en los que se pregunta al sujeto si en el último año a) ha tenido pensamientos, deseos o fantasías sobre suicidio o morir, b) ha realizado algún intento de quitarse la vida o c) se ha causado voluntariamente alguna herida a sí mismo. Para este trabajo se tuvo en cuenta las puntuaciones de cada ítem y una puntuación compuesta de los tres ítems, que puede oscilar entre 0 (ningún pensamiento o conducta de suicidio) a 3 (el sujeto tuvo pensamientos sobre suicidio, intentó herirse e intentó quitarse la vida). Una mayor puntuación en este indicador reflejaría un mayor riesgo de conductas de autolesión o de suicidio del sujeto.

Indicadores de consumo de sustancias psicoactivas (tomadas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas, VESPA).

El VESPA es un instrumento elaborado por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia para evaluación en el marco del Programa de Prevención de la Drogadicción, que se ejecuta en varios establecimientos penitenciarios del país (INPEC, 1999). Este instrumento consta de 56 ítems, sobre consumo actual de SPA, inicio en el consumo, antecedentes de consumo en la familia de procedencia, situación penitenciaria y apoyo social objetivo. Los ítems que se emplearon en esta investigación fueron los siguientes: 1)¿ consume alguna droga o sustancia psicoactiva en la actualidad (Si/No), 2) ¿Cuál?, 3)¿A que edad comenzó a consumir? 4)¿Cómo empezó, cuál fue el motivo?.

Indicadores de antecedentes de maltrato y clima familiar.

Son seis ítems, elaborados ad hoc para esta investigación a partir de la evidencia de que las personas delincuentes suelen carecer con frecuencia de la presencia de uno de los padres durante la infancia, generalmente el varón y suelen proceder de hogares con

un clima familiar negativo en cuanto a la disciplina que se da a los hijos (López-Coira, 1987). Los indicadores que hemos empleado en este estudio son: 1) De niño alguien le obligó a tener relaciones sexuales; 2) recibía castigos físicos habitualmente de alguno de sus papás, 3) Su papá vivía con ustedes (no, a veces, siempre); 4) sus papás se preocupaban de cuidarle, 5), los papás peleaban, 6) sus papás se querían, se preocupaban por la familia (no, si).

Carrera criminal.

Número de ingresos anteriores en prisión, edad del primer ingreso, acusación (delito) actual, existencia de otras personas vinculadas a la misma acusación.

Situación jurídico-penal.

Condenado, sindicado o ambos, años y meses que lleva en prisión ahora, años y meses que le faltan para salir, actividades de redención de pena.

Además, como ya se indicó se recogió información sociodemográfica de los sujetos: edad, sexo, vínculos familiares en Bogotá, estado civil y número de hijos

La aplicación de la encuesta se llevó a cabo a finales del primer semestre del 2000, previa autorización de la Dirección de cada centro. La participación de los sujetos fue voluntaria, ofreciendo que tal participación contará como actividad de redención de pena. La aplicación fue de forma colectiva y a sujetos con nivel suficiente de habilidades de lectura y escritura, con supervisión de los investigadores, que fueron entrenados para tal fin.

En la convocatoria de los sujetos para la aplicación se contó con la ayuda de empleados de cada institución.

RESULTADOS

En primer lugar, se muestran las estadísticas descriptivas de los indicadores incluidos en esta investigación, en segundo lugar se realiza un análisis de correspondencias entre indicadores de suicidio, antecedentes familiares y consumo de droga y por último se muestran los resultados de análisis de regresión sobre los indicadores de suicidio.

Descripción de la muestra en indicadores de criminalidad, antecedentes familiares y de enfermedades, consumo de sustancias psicoactivas y riesgo de suicidio

En cuanto a las variables de criminalidad, la tabla 1 muestra los perfiles encontrados. Así, se encontró que la edad de la primera experiencia de ingreso se sitúa entre los 18 y 26 años, siendo el actual encierro el primero, para la mayoría, y son el homicidio y alguna forma de hurto los delitos más frecuentes. En la categoría de ‘Otros delitos’ se incluyen la rebelión (4 casos), la extorsión (8), el porte ilegal de armas (4 casos), falsificación de documentos o moneda (4 sujetos), o las lesiones personales (8 casos). Hay que señalar que es posible que haya sujetos que hayan estado en prisión más de una vez, pero hayan mentido sobre este dato: algunos sujetos mienten sobre su identidad para hacer ver que es su primer

Tabla 1

Perfiles sociodemográficos y académicos de la muestra

Nº INGRESOS EN PRISION		EDAD PRIMER INGRESO		DELITO ACTUAL	
Primera vez	304	Menos de 17 años	29 (7.3%)	Homicidio	120 (31.5%)
Dos o tres veces	70	Entre 18 y 20 "	102 (25.8%)	Estafa	11 (2.9%)
Cuatro o más	27	De 21 a 26 "	108 (27.3%)	Secuestro	15 (3.9%)
		De 27 a 32 "	78 (19.7%)	Hurto	118 (31.0%)
		De 33 a 38 "	42 (10.6%)	Tráfico de drogas	37 (9.7%)
		De 39 a 44 "	26 (6.6%)	Varios delitos	11 (2.9%)
		A los 45 o más años	10 (2.5%)	Otros	69 (18.1%)
REALIZACION DEL DELITO		SITUACION JURIDICA		ACTIVIDADES DE REDENCION	
Sólo	222 (54.3%)	Preventivo	158 (38.2%)	Educación formal	236
Acompañado	187 (45.7%)	Condenado	256 (61.8%)	Educación no formal	49
				Talleres-Microempresas	62

encarcelamiento, para obtener beneficios penitenciarios o para protegerse de posibles enemigos dentro de la cárcel. También, los sujetos que indican que fueron detenidos antes de los 18 años se refieren a algún ingreso en un centro de menores, de observación o de resocialización, a donde son conducidos los jóvenes que sin tener edad penal legal cometen algún delito.

Por otra parte, la mayoría de los sujetos afirman que cometieron el delito en solitario, y su situación jurídica es la de condenado. El tiempo promedio que llevan en prisión es de 2.61 años (desviación típica de 1.65) y entre aquellos que están condenados, es decir que saben hasta cuando permanecerán en prisión, el tiempo que les queda es de 3.39 años (desviación típica de 2.95, lo que refleja la gran variación de la duración de la condena en función del delito cometido). Finalmente, se puede apreciar que prácticamente todos los sujetos participan en alguna actividad de redención de pena, destacando los cursos de educación formal (alfabetización). Los talleres y empresas son actividades de producción (panadería, artesanía, muebles, granja, etc.) o servicios (mecánica, carpintería, etc.) en los cuales el interno realiza un trabajo remunerado que se dirige habitualmente al mercado externo a la institución.

Un análisis por centros encontró diferencias en el número de ingresos, la edad del primer ingreso, el tipo de delito, la situación jurídica y la realización de actividades de redención de pena (ver tabla 2). Se encontró que en el grupo de internos policías era menor el número de ingresos en prisión y mayor entre los de la Cárcel Distrital: esto se explica por que los primeros suelen cometer el delito en el ejercicio de su cargo, ya en la edad adulta, y una vez cumplida la sentencia con frecuencia son expulsados del Cuerpo. En cambio, entre los internos de la Cárcel Distrital predominan los delitos como el hurto en sus diversas modalidades, que conllevan penas cortas y por tanto la posibilidad de reincidir con frecuencia, además de que el comienzo en la carrera criminal es más temprano: casi un 48% de estos sujetos tuvieron su primer ingreso en prisión entre los 18 y 20 años.

También se comprueba que entre los internos de la Picota predomina el homicidio en alguna de sus modalidades (75.5% de esta muestra), seguido de los policías de Faca (35% de los sujetos). En cambio en la Picota, sólo dos sujetos están encerrados por hurto, y

ni en la Distrital ni en la de Facatativa hay acusados por secuestro. Por último, en cuanto a las actividades de redención de pena, se ve como en la Distrital predomina la enseñanza formal, lo que corresponde a una población de bajos recursos económicos y educativos, mientras alguna forma de taller o micro-empresa es más frecuente en la cárcel de Policías y en la de mujeres. En la primera porque se elaboran algunos productos que tienen su mercado asegurado en ciertas instituciones de la policía y el ejército, como panadería y uniformes. En la segunda debido a que algunas empresas del exterior contratan el trabajo de las internas en, por ejemplo, confección de ropa y utensilios escolares. La baja tasa de participantes en estas actividades entre los sujetos de la Distrital refleja la inexistencia de formación laboral para este colectivo, que bien podría beneficiarse de ella, ya que uno de los factores que suele mantenerles en el ámbito de la marginación y de la delincuencia suele ser el de las dificultades de inserción laboral.

En cuanto a los periodos de tiempo de vida en prisión, se encontró que los sujetos de la Picota llevaban más tiempo en prisión ($\bar{X}=4.33$ años, $DT=1.48$), seguidos de los de la Cárcel Modelo ($\bar{X}=2.41$ años, $DT=1.43$), de la Cárcel para policías ($\bar{X}=2.10$ años, $DT=1.40$), de la Distrital ($\bar{X}=1.83$ años, $DT=1.05$), y de la Reclusión ($\bar{X}=1.74$ años, $DT=1.07$), con una valor de $F(4,365)=58.60$, $p < .001$ (F de Levene= 2.93 , $p < .05$). El cuanto al tiempo restante de condena, éste era mayor también entre los sujetos de la Picota, en coherencia con el tipo de delitos más frecuente en esta muestra ($\bar{X}=5.13$ años, $DT=3.01$), seguidos de los del grupo de policías detenidos ($\bar{X}=4.29$ años, $DT=9.96$) entre quienes, como se vió, también es alta la proporción de acusados de homicidio. A continuación, se encuentran los sujetos de la Modelo ($\bar{X}=3.27$ años, $DT=3.02$), los de la Reclusión ($\bar{X}=2.85$ años, $DT=2.75$) y los de la Cárcel Distrital ($\bar{X}=1.67$ años, $DT=1.05$) en consonancia con los delitos de condenas cortas que predominan en este grupo [$F(4,258)=6.90$, $p < .001$; F de Levene= 6.83 , $p < .001$].

En cuanto al género, no hubo diferencias en el número de ingresos ni en la edad del primer encierro y sí en el tipo de delito, la participación en actividades de redención y en la situación jurídica. En cuanto al tipo de delito, era menor la proporción de mujeres acusadas de homicidio (18.8%) que los hombres (35.1%), y mayor la de acusadas por tráfico de drogas (mujeres, 24.7%;

Tabla 2

Comparación de sujetos por centros penales en las variables penitenciarias. Chi cuadrado

CENTRO						
Nº Ingresos	Faca	Distrital	Picota	Modelo	Reclusión	
Primera vez	25 (92.6)	56 (58.9)	83 (83.0)	75 (75.0)	65 (82.3)	$X^2 (8)=26.09^{**}$
2 o 3 veces	2 (7.4)	26 (27.4)	11 (11.0)	20 (20.0)	11 (13.9)	
4 veces o más		13 (13.7)	6 (6.0)	5 (5.0)	3 (3.8)	
Primer ingreso	Faca	Distrital	Picota	Modelo	Reclusión	
Menos de 17 años	2(6,9)	9 (9.4)	5 (5.1)	10 (10.4)	3 (3.9)	$X^2 (24)=67.06^{***}$
De 18 a 20 años	5 (17,2)	41 (42.7)	27 (27.6)	16 (16.7)	13 (17.1)	
De 21 a 26	8 (27.6)	16 (16.7)	37 (37.8)	32 (33.3)	15 (19.7)	
De 27 a 32	11 (37.9)	15 (15.6)	19 (19.4)	13 (13.5)	20 (26.3)	
De 33 a 38		6 (6.3)	7 (7.1)	14 (14.6)	15 (19.7)	
De 39 a 44	3 (10.3)	4 (4.2)	2 (2.0)	10 (10.4)	7 (9.2)	
45 o más		5,0	1,0	1,0	3,0	
Delito	Faca	Distrital	Picota	Modelo	Reclusión	
homicidio	7 (35.0)	5 (5.2)	74 (75.5)	20 (22.2)	14 (18.4)	$X^2 (24)=242.80^{***}$
estafa		5 (5.2)	3 (3.1)	1 (1.1)	2 (2.6)	
secuestro	1 (5.0)		9 (9.2)	2 (2.2)	3 (3.9)	
hurto		62 (63.9)	2 (2.0)	29 (32.2)	25 (32.9)	
tráfico drogas	2 (10.0)	2 (2.1)		12 (13.3)	21 (27.6)	
varios delitos		1 (1.0)	3 (3.1)	7 (7.8)		
otros	10 (5.0)	22 (22.7)	7 (7.1)	19 (21.1)	11 (14.5)	
Redención pena	Faca	Distrital	Picota	Modelo	Reclusión	
Educac. formal		78 (80.4)	58 (60.4)	58 (57.4)	42 (56.0)	$X^2 (24)=185.14^{***}$
Educac. no formal	1 (4.2)	12 (12.4)	1 (1.0)	35 (34.7)		
Talleres-Empresas	10 (41.7)	4 (4.1)	17 (17.7)	4 (4.0)	27 (36.0)	
Otros	13 (54.2)	3 (3.1)	20 (20.8)	4 (4.0)	6 (8.0)	
	Faca	Distrital	Picota	Modelo	Reclusión	
Preventivo	19 (63.3)	33 (33.0)	10 (10.0)	50 (50.0)	46 (57.5)	$X^2 (4)=59.60^{**}$
Condenado	11 (36.7)	67 (67.0)	90 (90.0)	54 (51.9)	34 (42.5)	

** p <.01; *** p <.001

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes en antecedentes de victimización, suicidio y enfermedades físicas-psiQUIÁTRICAS

Victimización	No	Siempre	A veces
El padre vivía con la familia	205 (49.9%)	156 (37.5%)	50 (12.2%)
Los papás se preocupaban por cuidarle	65 (15.6%)	247 (59.4%)	95 (22.8%)
Los papás peleaban	145 (36.0)	53 (12.7%)	205 (50.9%)
Los papás se preocupaban por la familia	43 (10.7%)	114 (28.3%)	246 (61.0%)
	No	Si	
Alguien le obligó a tener relaciones sexuales		347 (84.8%)	62 (15.2%)
Recibía castigos físicos habituales de los papás		240 (57.7%)	166 (39.9%)

hombres, 5.4%), y no hubo ninguna mujer acusada de varios delitos, con un valor de $X^2(6)=34.73, p < .001$. En cuanto a la situación jurídica, la proporción de hombres condenados (65.7%) era mayor que la de las mujeres (47.8%, $X^2(1)=9.63, p < .001$). Por otro lado, debido a la existencia de varios proyectos de microempresas en la Reclusión de mujeres, la proporción de éstas que participan en esas actividades (34.1%) es mayor que en los hombres (10.7%), y ninguna mujer indicó su participación en actividades de educación no formal (hombres, 15.9%; $X^2(3)=38.68, p < .001$).

Con relación a los antecedentes familiares, la mayoría de los sujetos consideran que los padres se preocupaban por cuidarle siempre, pero menos del 30% consideró que siempre los padres se preocuparon por la familia, lo cual se puede asociar a que más del 60% consideraron que a veces había peleas entre los progenitores. Otro dato que destaca es la ausencia permanente u ocasional del padre durante la infancia de los sujetos, ya que menos del 48% indicó que el papá vivía con la familia siempre (ver tabla 3).

Por centros, se destacó la diferencia entre la muestra de detenidos policías y las demás. Más sujetos internados en el centro de Facatativa sentían siempre que sus padres se preocupaban por cuidarle [Facatativa,

89.7%; Distrital, 62%; Picota, 60.2%; Modelo 54.9%; Reclusión Mujeres; 55.7%; $X^2(12)=34.58, p < .001$] y por cuidar a la familia [Facatativa, 90%; Distrital, 62.9%; Picota, 64.3%; Modelo 56%; Reclusión Mujeres; 50%; $X^2(8)=17.41, p < .05$]. No hubo diferencias en la proporción de sujetos víctimas de abuso sexual ni de castigo físico.

Por sexos, la proporción de mujeres que sintió que sus padres se querían y se preocupaban por la familia fue menor (51.1%) que la de los hombres [63.8%, $X^2(2)=6.59, p < .05$]. La proporción de mujeres abusadas sexualmente en la infancia (21.6%) sólo fue tendencialmente mayor $-X^2(1)=3.61, p < .10$ - que la de los hombres (13.4%), y no hubo diferencias en exposición a castigos físicos.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), se encontró que la mayoría de los sujetos ($n=296$, 74.4% de la muestra) indicaron no consumir droga o alcohol en el momento de la encuesta (ver tabla 4), aunque este resultado puede ser inexacto debido a que oficialmente el consumo de estas sustancias en prisión está sancionado, de forma que pudiera ser que algún interno estaría prevenido de informar de su consumo en esta encuesta. Además, la marihuana no es considerada por todos los internos como una droga.²

Tabla 4

VARIABLES DE CONSUMO DE SPA POR CENTROS.

	Facatativa	Distrital	Picota	Modelo	Reclusión	
Consumo de SPA						
Si	2 (7.7%)	47 (49.5)	21(21.2)	24(23.8)	8 (10.4)	$X^2(4)=43.31***$
No	24 (92.3)	48 (50.5)	78(78.8)	77(76.2)	69(89.6)	
Tipo de SPA						
Marihuana	35 (35.4)	9 (9.3)	16 (16.8)	5 (6.6)		$X^2(9)=31.80***$
Cocaína	2 (2.0)	7 (7.2)				
Bazuco	2 (2.0)	1 (1.0)	3 (3.1)			
Otras	8 (8.1)					
Edad inicio consumo						
Menos de 12 años		12 (25.53)	2 (9.52)	7 (29.16)	2 (25.0)	$X^2(9)=17.021*$
De 13-18 años	1	28 (59.57)	8(38.09)	10(41.6)	4 (50.0)	
De 19-25 años		5 (10.64)	7(33.33)	2 (8.33)		
26 años o más.		2 (4.25)	4(19.05)	5 (20.84)	2 (25.0)	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

² El líder de un patio de la Cárcel Distrital nos contó que habían desterrado del patio el consumo de drogas. A la pregunta de si había quienes consumían marihuana, contestó que sí, y que ella no era considerada una droga.

En todo caso, 102 (25.6% de la muestra) sujetos indicaron que si eran consumidores de alguna SPA. De éstos, 65 consumían marihuana, 9 cocaína, 6 basuco y 8 sujetos otro tipo de drogas. De estos sujetos, 24 indicaron que habían empezado a los doce años o antes, 55 entre los trece y dieciocho años. 16 entre los diecinueve y veinticinco y 7 después de los 25 años.

Por género, el consumo de SPA era mayor entre los hombres (28.6%) que entre las mujeres (14.9), [$\chi^2(1)=6.67, p=.01$], aunque no hubo diferencias en la edad de inicio en el consumo, ni en el tipo de SPA.

Por centros, destacó la alta proporción de internos de Facatativa no consumidores de SPA; y la alta de consumidores, sobre todo de marihuana, en la muestra de la Cárcel Distrital. La edad de inicio en el consumo fue mayor entre los internos de la Picota (ver tabla 4)

En cuanto a antecedentes de enfermedades, los datos muestran que entre el 17% y el 38% de los sujetos padeció antes del ingreso en prisión de algún traumatismo físico o psicológico. Por otra parte, aunque la mayoría de los sujetos indicaron no haber tenido pensamientos o fantasías sobre suicidarse, no se autolesionó, ni intentó quitarse la vida, un porcentaje no despreciable de la muestra, entre el 9% y el 17% indicó haber realizado en el último año alguno de estos dos comportamientos autoagresivos (ver tabla 5).

En los indicadores de suicidio no hubo diferencias de proporciones por género ni por centro. En los indicadores de antecedentes médico-psiquiátricos, no hubo diferencias de género y por centro sólo se halló

dos diferencias de proporciones tendencialmente significativas: las proporciones de sujetos de la Picota con enfermedades graves (26.5%) y la de la Distrital que recibieron consejo o tratamiento psicológico (37%) eran ligeramente superiores a las de otros centros. Para Enfermedades graves: Facatativa, 16.7%; Distrital, 20%; Modelo, 11.4%; Reclusión, 17.9%; $\chi^2(4)=7.81, p<.10$. Para consejo o tratamiento psicológico: Facatativa, 13.3%; Picota, 37%; Modelo, 21.4%; Reclusión, 19%; $\chi^2(2)=14.98, p<.10$.

Respecto a los indicadores compuestos de antecedentes de enfermedades físicas y de riesgo de suicidio, las medias fueron 0.74 (DT=.98) y .48 (DT=.78), no encontrándose diferencias entre hombres y mujeres, ni por muestras de centros, en estos indicadores.

Relaciones entre consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes médico-psiquiátricos y riesgo de suicidio.

Con estos indicadores se realizó un análisis de correspondencias, cuyos resultados se muestran en forma de planos factoriales en las figuras 1 y 2. La figura 1 representa el plano factorial de los dos primeros ejes del análisis (varianza explicada del 38%) mientras que los factores 3 y 4 explican algo más del 43% de la varianza.

El primer eje opone respuestas afirmativas al consumo de SPA, intentos de suicidio, autolesiones, y antecedentes de enfermedades físicas o traumatismos psicológicos, a respuestas negativas a estos ítems. El segundo factor opone esencialmente el bajo riesgo de suicidio (no haber intentado autolesionarse, suicidarse

Tabla 5

Frecuencias y porcentajes en los indicadores de antecedentes médico-psiquiátricos y de riesgo de suicidio.

	No	Si
<i>Antecedentes médico-psiquiátricos</i>		
Enfermedades graves	334 (81.3%)	77 (18.7%)
Accidentes graves	112(27.3%)	299 (72.7%)
Hospitalización por enfermedad física	118 (28.4%)	291 (71.1%)
Dificultades afectivas	158 (38.5%)	251 (60.3%)
Dificultades sexuales	70 (17.1%)	339 (82.7%)
Consejos o tratamiento psicológico	104 (25.3%)	306 (74.5%)
<i>Riesgo de suicidio</i>		
Ha tenido fantasías de suicidio	289 (72.3%)	111 (27.8%)
Ha intentado quitarse la vida (último año)	355 (88.8%)	45 (11.3%)
Se ha herido voluntariamente (último año)	357 (90.2%)	39 (9.8%)

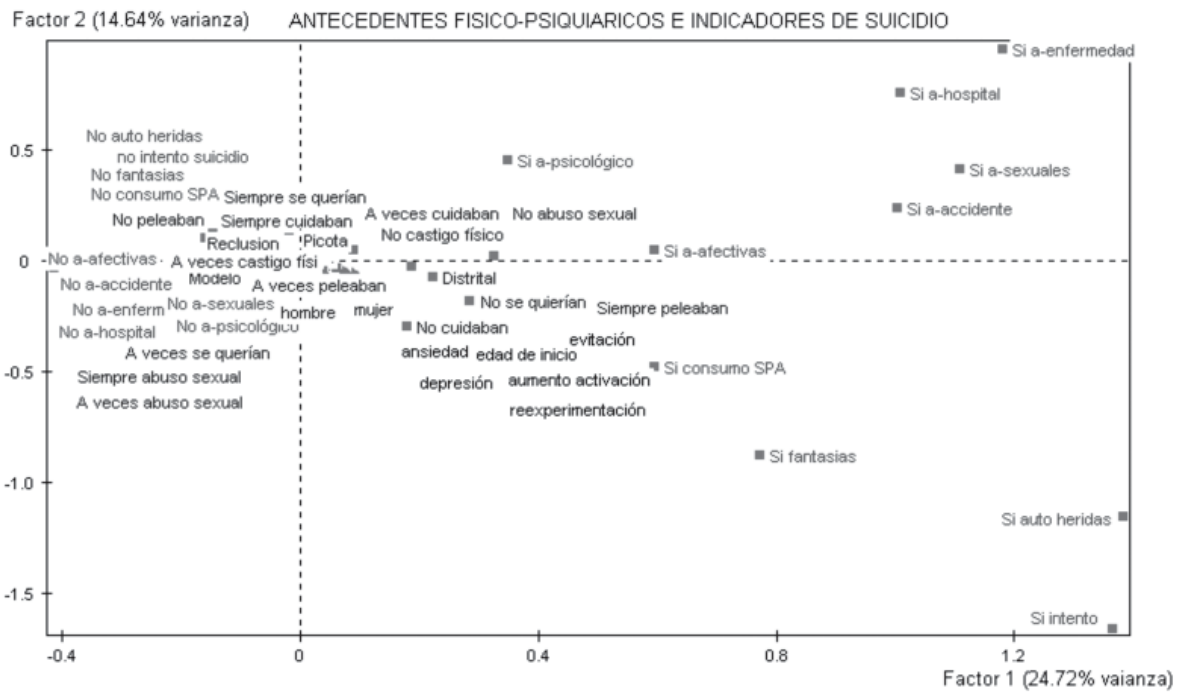


Figura 1

Análisis de correspondencias múltiples. Antecedentes médico-psiquiátricos e indicadores de suicidio (rojo=variables nominales activas; azul=variables nominales ilustrativas; negro (variables continuas ilustrativas).

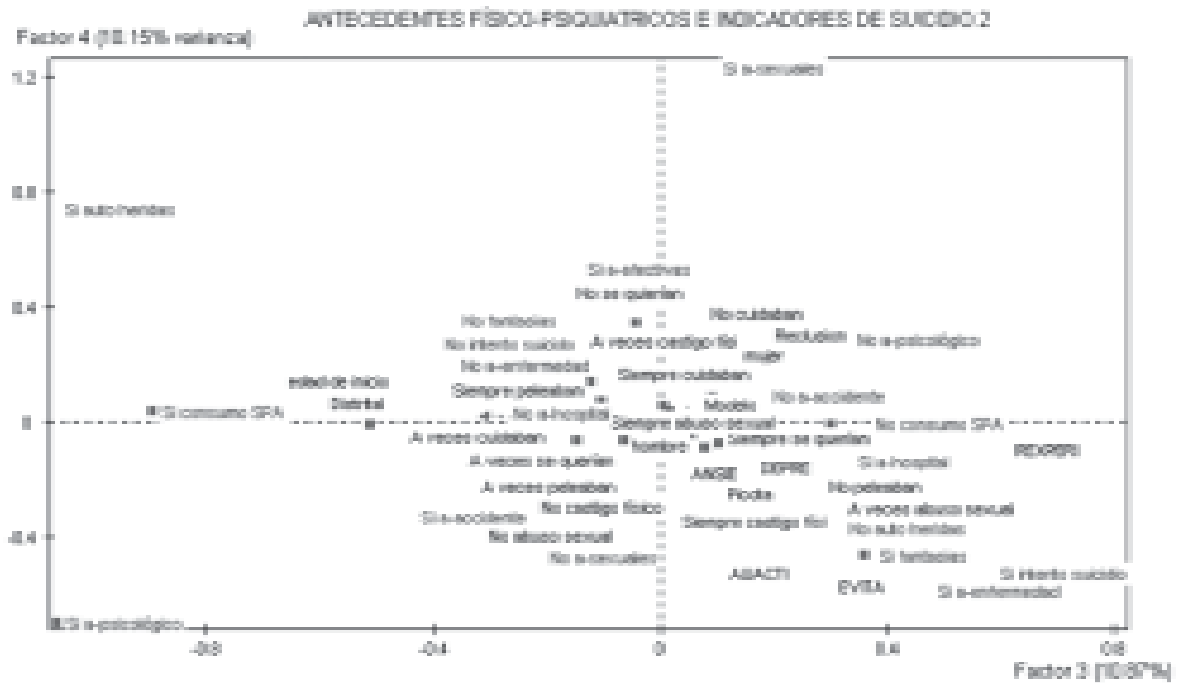


Figura 2

Análisis de correspondencias. Ejes 3 y 4.

ni tener fantasías de suicidio) a alto riesgo de suicidio (cuadrante inferior izquierdo). Además, los indicadores positivos de riesgo de suicidio aparecen ligados al consumo de SPA, a niveles superiores de ansiedad, depresión, y dimensiones de estrés post-traumático, y a un clima familiar negativo en la infancia, en el que los padres tendían a pelearse, no se querían y no cuidaban a la familia. En cambio, la ausencia de pautas de riesgo de suicidio (cuadrante superior izquierdo), parece asociarse a un entorno familiar en la infancia donde los padres se querían, y no peleaban. Más difícil de interpretar es el grupo de elementos del cuadrante izquierdo inferior. En él, la ausencia de antecedentes de traumas físicos y psicológicos aparece próximo a las categorías de abuso sexual ocasional (a veces) y frecuente (siempre).

En cuanto a los ejes 3 y 4, explican algo más del 20% de la varianza (ver figura 2). El primero opone el consumo de SPA (cuadrantes izquierdos) al no consumo (cuadrantes derechos). El segundo opone los antecedentes de dificultades sexuales (cuadrantes superiores) a no tener antecedentes en este aspecto. En ellos, la edad de inicio de consumo se asocia inversamente con la presencia de síntomas relacionados con depresión y ansiedad, y dimensiones de estrés post-traumático. De esta forma, a menor edad de inicio en el consumo mayor es la presencia actual de síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión. Además, se establece que las variables relacionadas con estrés como son aumento de la activación, reexperimentación y evitación también se relacionan de forma inversa con la edad de inicio en el consumo. Es posible establecer que las personas pertenecientes a la muestra de la Picota presentan mayor sintomatología y que además no se causan auto lesiones o heridas pero si tienen fantasías acerca del suicidio y han tenido intentos de suicidio, en contraste con la muestra perteneciente a la Distrital la cual muestra consumo de sustancias psicoactivas y autolesiones pero no fantasías ni intentos de suicidio. En cuanto a los antecedentes físicos se puede observar la presencia de enfermedad y hospitalización asociados a la muestra que ha tenido intentos de suicidio. En cuanto a los antecedentes familiares, es posible identificar dificultades de funcionamiento familiar, relacionadas con la falta de cuidado y el castigo físico en la muestra de mujeres participantes de la Reclusión, además, se encuentra una asociación entre el castigo físico con los sujetos que manifiestan mayor sintomatología e intentos de suicidio. Es importante resaltar en este punto que pese a los antecedentes familiares de maltrato, esta muestra no

es consumidora de SPA, mientras que aquella en donde se presentó ausencia de maltrato físico y abuso sexual, y que han consultado a un psicólogo se ubican en el cuadrante de consumo de SPA.

VARIABLES ASOCIADAS AL RIESGO DE SUICIDIO.

Se estudió que variables influían en cada indicador simple de riesgo de suicidio (fantasías, tentativas y autolesiones) y en el indicador global del mismo. Esto se hizo así debido a la baja fiabilidad interna de este indicador global, de manera que las asociaciones que se encontraran sólo con él podrían ser engañosas. Para los indicadores simples se combinó el análisis de regresión lineal paso a paso con la regresión logística de método enter. Los análisis se muestran en la tabla 6.

De acuerdo a los resultados de los análisis por cada indicador simple, los aspectos que influirían más en las fantasías de suicidio son la sintomatología psicológica emocional, el pertenecer a la Cárcel Picota, los antecedentes de dificultades sexuales (tendencialmente, en la regresión lineal) y los antecedentes de enfermedades físicas. El resultado de la cárcel Picota puede ser debido a que tres meses antes de la aplicación de la encuesta, hubo un enfrentamiento armado entre grupos de internos (guerrilleros y paramilitares) que dejó un saldo de casi dos docenas de muertos. Una parte de los sujetos que respondieron esta encuesta participaron de forma activa o pasiva en esos acontecimientos.

Por su parte, los intentos de suicidio se asocian a un peor ajuste a las normas del centro y, en la regresión lineal, a mayor sintomatología emocional, más antecedentes de enfermedades físicas y en sujetos no pertenecientes a la Cárcel Modelo. Este resultado parece mostrar una relación entre factores de personalidad previas al ingreso en prisión con dificultades para ajustarse al régimen de vida del centro.

En cuanto a las autolesiones, la regresión logística, en un segundo paso, muestra una asociación entre más antecedentes de dificultades sexuales y más realización de conductas de autoagresión. La regresión lineal muestra que también el consumo actual de SPA se asocia directamente con las autolesiones, como ya se había encontrado en el análisis de correspondencias.

En cuanto al indicador global, el riesgo de suicidio sería mayor en aquellos sujetos con más antecedentes de

enfermedades físicas y de dificultades sexuales, más jóvenes y a quienes más les cuesta ajustarse a las normas del centro.

En resumen, el porcentaje de varianza explicada de los indicadores de suicidio por las variables predictoras es alrededor del 20% en la regresión lineal y menor del 5% en las regresiones logísticas, lo que sugiere que otras variables no incluidas en esta investigación, podrían tener un papel más importante en los síntomas de suicidio. En general se muestra la influencia de experiencias y rasgos de personalidad previos al ingreso en prisión, englobados en los antecedentes de enfermedades físicas y de dificultades sexuales, sobre las tendencias suicidas y autolesivas, que interactuarían con las dificultades en el ajuste a las normas del centro en el caso de las tentativas de suicidio y del riesgo global de suicidio, mientras el consumo de drogas se asocia a las conductas de autolesión. Además, el riesgo de suicidio es mayor en los sujetos más jóvenes, quizá por carecer de menos recursos psicológicos para afrontar los rigores de la vida en prisión y por que ellos pueden ser víctimas en la prisión de más amenazas (acoso sexual, por ejemplo) que los reclusos de más edad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las relaciones encontradas entre los indicadores de suicidio y otras variables, muestran una asociación entre más antecedentes médicos –físicos y/o dificultades sexuales- y mayor riesgo de suicidio, pero no se halló una relación directa entre éste y la duración del encarcelamiento, como algunos estudios postulaban (por ejemplo, Backett, 1987). Sin embargo si se encontró que a mayor tiempo restante para salir en libertad más dificultad para ajustarse a las normas del centro [$r(368) = .15, p < .01$], y, a más dificultad en ajustarse a las normas del centro, más riesgo de suicidio [$r(382) = .12, p < .05$]. Por otro lado, para cada indicador simple de riesgo de suicidio, la sintomatología emocional apareció asociada con las fantasías y con los intentos de suicidio (en la regresión lineal pero no en la logística), los antecedentes de enfermedades físicas se asociaron con las fantasías y con los intentos de suicidio (uno de dos análisis) y los antecedentes de dificultades sexuales con las autolesiones.

Resumiendo los resultados para el riesgo de suicidio global, éste sería mayor cuando hay presencia de antecedentes médicos –enfermedades físicas o dificultades sexuales-, en los internos más jóvenes y en aquellos en que hay peor ajuste a las normas del centro.

El consumo actual de SPA aparece asociado sólo una vez con uno de los indicadores de suicidio, sugiriendo una relación entre consumo actual y realización de autolesiones. En general este perfil de riesgo de suicidio se acerca al descrito por otros autores (por ejemplo, Rager y Bénézech, 1987) aunque hay que recordar que son relativamente pocos los sujetos que manifestaron haber experimentado o llevado a cabo alguno de los indicadores de suicidio. Mientras en otros estudios el perfil del suicida en la cárcel, o de los factores de riesgo se describe a partir de los casos registrados de suicidios consumados o intentados, en nuestro caso se obtiene a partir de una comparación –implícita en el análisis de regresión logística- entre sujetos que contestaron afirmativamente o negativamente a cada indicador.

Se han propuesto distintas acciones para prevenir los suicidios en prisión. Nuñez (1997) indica la necesidad de que los psicólogos y médicos de los establecimientos trabajen coordinadamente y a los casos detectados se les aplique 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 como 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.

Por su parte, García-Marijuán (1997) 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, síntomas relacionados con la depresión, problemas de salud física y psíquica, aislamiento y falta de recursos sociales y la ingesta abusiva de alcohol y fármacos.

En esta misma línea, Ramsay, Tanney y Searle (1985) llevaron a cabo un programa de prevención del suicidio en prisión en la región canadiense de Alberta que, partiendo de una concepción de equipo multidisciplinar, que incluía la participación de empleados, buscaba la formación de voluntarios entre el personal de prisiones no solo de salud, sino también vigilantes, encargados de aseo e higiene, etc., a través del entrenamiento en cinco áreas: a) identificación de actitudes y creencias sobre el suicidio, b) formación sobre las conductas de suicidio y sus correlatos, así como de los factores de riesgo e identificación de señales, c)

Tabla 6

Riesgo de suicidio: Análisis de regresión

Fantasías de suicidio:	Beta	Wald	Expon. B	
<i>Regresión logística</i>				
Antecedentes enfermedades físicas	.26	2.03	1.29	Ss. correctamente clasificados: 76.46% -2 Log Likelihood: 189.73 Bondad de ajuste:180.85 R^2 de Cox y Snell: .21 $X^2 = 42.96^{***}$
Dificultades sexuales	.63	3.40	1.88	
Cárcel Modelo	-.60	+ 1.93	0.55	
Cárcel Picota	-1.13	5.70*	0.32	
Indicador salud mental	1.11	22.90****	3.03	
<i>Regresión lineal</i>				
	Beta	ΔR^2	t	
Indicador salud mental	.371	.149	4.89***	Constante = 2.99**
Antecedentes enfermedades físicas	.273	.213	3.61***	
Cárcel Picota	.200	.247	2.67**	F(3,135) = 15.87***
Regresión logística				
Intentos de suicidio	Beta	Wald	Expon.B	
Normas del centro	.453	6.36*	1.57	Ss. correctamente clasificados: 89.36% -2 Log Likelihood: 247.75 Bondad de ajuste:383.04 R^2 de Cox y Snell: .02 $X^2 = 7.08^{**}$
<i>Regresión lineal</i>				
	Beta	ΔR^2	t	
Indicador salud mental	.196	.070	2.29*	Constante = -.89 (4,127) = 7.90***
Antecedentes enfermedades físicas	.207	.120	2.56*	
Normas del centro	.201	.146 F	2.34*	
Cárcel Modelo	-.186	.174	-2.31*	
Autolesiones				
<i>Regresión logística</i>				
Antecedentes dificultades sexuales	-1.34	12.88***	.26	Ss. correctamente clasificados: 90.55% -2 Log Likelihood: 226.71 Bondad de ajuste:380.94 R^2 de Cox y Snell: .03 $X^2 = 11.64^{***}$
Regresión lineal				
	Beta	ΔR^2	t	
Consumo actual de SPA	.284	.079	3.79***	Constante = -.763
Antecedentes dificultades sexuales	.239	.131	3.19**	F(2,153) = 12.64***
Indicador global riesgo de suicidio				
<i>Regresión lineal</i>				
	Beta	ΔR^2	t	
Antecedentes enfermedades físicas	.240	.102	3.03**	Constante = -.96
Dificultades sexuales	.235	.156	2.97**	F(2,153) = 12.67***
Normas del centro	.189	.186	2.45*	
Edad	-.185	.214	-2.37*	

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

la problemática del suicidio y las conductas autoagresivas en prisión, d) entrenamiento en habilidades de intervención para reducir el riesgo de suicidio y e) entrenamiento en trabajo en equipo multidisciplinar.

Este tipo de intervenciones no son forzosamente gravosas para los presupuestos destinados a las prisiones, y pueden contribuir a reducir los decesos autoinducidos entre la población reclusa, siempre que cumplan con los siguientes criterios: a) elaboración de factores de riesgo y su evaluación en las primeras entrevistas con el sujeto en su ingreso al establecimiento, b) entrenamiento de personal en la detección de indicios de suicidio, personal que debe estar compuesto también por guardias y vigilantes, ya que son ellos los que más tiempo pasan en contacto con los internos, c) un sistema coordinado de información que permita activar la intervención del personal especializado –por ejemplo, psicólogos, médicos, trabajadores sociales- a partir de la detección de sujetos en riesgo, d) protocolos de actuación, a nivel de intervención en crisis, y a nivel de prevención primaria y secundaria, que incluya mecanismos de seguimiento y apoyo y vigilancia de los sujetos en riesgo. A nivel preventivo debe evitarse la lentitud y arbitrariedades del proceso judicial, que pueden actuar como mecanismos desencadenantes del intento de suicidio.

Programas como éstos pueden ayudar a hacer frente a una problemática, la del suicidio y autolesiones en prisión, que pone en evidencia la obligación del Estado de garantizar la integridad física y psicológica de las personas albergadas en sus establecimientos de reclusión.

REFERENCIAS

- Arboleda-Flórez, J., & Holley, H. (1989). Predicting suicide behaviours in incarceration settings. *Canadian Journal of Psychiatry, 34*; 668-674.
- Archel, E., & Rauvant, J. F. (1989). Le suicide en milieu pénitentiaire: le corps en jeu. *Psychologie Medicale, 21*; (4) 483-485.
- Backett, S. A. (1987). Suicide in Scottish prison. *British Journal of Psychiatry, 151*; 218-221.
- Bénèzech, M., & Rager, P. (1987). Suicide et tentative de suicide en milieu carcéral: considérations générales. *Psychologie Medicale, 19*; (5) 613-615.
- Harding, T. W. (1984). Dépression en milieu carcéral. *Psychologie Medicale, 16*; (5) 835-839.
- Hayes, L. M. (1995). *Prison suicide: A overview and a guide for intervention*. Washintong: National Center on Institutions and Alternatives.
- García-Borés, J. M. (1998) La cárcel. En A. Aguirre & A. Rodríguez (Eds.) *Patios abiertos y patios cerrados: psicología cultural de las instituciones*. (pp. 93-117) México: Alfaomega.
- García-Marijuán, J. A. (1997). Programas de prevención de suicidios en prisión. En M. Clemente & J. Nuñez (Eds.) *Psicología Jurídica Penitenciaria Vol II*. (pp. 199-213) Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Gutiérrez, C. (1997) El ingreso del interno en prisión y su clasificación penitenciaria. En M. Clemente & J. Nuñez (Eds.) *Psicología Jurídica Penitenciaria*. Vol. I. (pp. 221-244) Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Nuñez, J. (1997) El tratamiento penitenciario y otras funciones del psicólogo. En M. Clemente & J. Nuñez (Eds.) *Psicología Jurídica Penitenciaria Vol I*. (pp. 59-91) Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Observatorio Internacional de Prisiones (1996) *Informe 1996*. Saint-Just la Pendue: Chirat.
- Páez, D. (1980) La carrera moral del prisionero político. En A. A. VV (Ed.) *Así buscamos rehacemos: Represión, Exilio, Trabajo Psicosocial*. (pp. 49-78) COLAT & CELADEC.
- Rager, P., & Bénèzech, M. (1987). Enquête sur les comportements mettant en jeu le pronostic vital chez les jeunes délinquants récidivistes. *Psychologie Medicale, 19*; (5) 617-618.
- Ramsay, R. F., Tanney, B. L., & Searle, C. A. (1985). Suicide prevention in high-risk prison populations. *Paper presented to the International Conference on Prevention*, Universidad de Montreal, Abril 29 a Maayo 3.
- Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M., Morales, S., & Sánchez, V. (2000). *Relaciones entre variables sociodemográficas, psicosociales, penitenciaras y de salud psicológica en personas detenidas*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- Zamble, E. (1992). Behavior and adaptation in long-term prison inmates. *Criminal Justice and Behavior, 19*; (4) 409-425.
- Zimmermann, E., & Von Allmen, M. (1985). Consultations médicales et consommations médicamenteuses en cours de détention préventive à la prison de Champ-Dollon. *Médecine sociale et préventive, 30*; 312-321.

ANEXO

ÍTEMES DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO Y DE ENFERMEDADES FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS ANTERIORES AL INGRESO EN PRISIÓN

Riesgo de suicidio (adaptado de Arboleda-Flórez, J. & Holley, H., 1989):

- | | | |
|---|------|------|
| -¿Ha tenido pensamientos, deseos o fantasías sobre suicidio o morir? | No__ | Si__ |
| -Durante el último año ¿Ha realizado algún intento de quitarse la vida? | No__ | Si__ |
| -Durante el último año ¿Se ha causado voluntariamente alguna herida a sí mismo? | No__ | Si__ |

Antecedentes médicos (adaptado de Zimmermann, E. & Von Allmen, M., 1985):

- | | | |
|--|------|------|
| -¿Ha tenido enfermedades graves? | No__ | Si__ |
| -¿Ha tenido accidentes graves? | No__ | Si__ |
| -¿Ha estado hospitalizado por una enfermedad física? | No__ | Si__ |
| -¿Ha tenido dificultades afectivas? | No__ | Si__ |
| -¿Ha tenido dificultades sexuales? | No__ | Si__ |
| -¿Ha recibido consejos o tratamiento psicológico? | No__ | Si__ |
| -¿Ha estado hospitalizado para recibir tratamiento psiquiátrico? | No__ | Si__ |

