

RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de Grado para optar por el título de ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE CRISIS.
2. **TÍTULO:** ADAPTACIÓN DE UNA PRUEBA DE TAMIZAJE PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD, COLOMBIA 2017.
3. **AUTOR (ES):** Doriana Vanessa Giancane Seib, Viviana Patricia López Calderon y Luz América Torres Lopez.
4. **LUGAR:** Bogotá D.C.
5. **FECHA:** septiembre de 2017.
6. **PALABRAS CLAVES:** Conducta suicida, Factores de riesgo, adaptación psicométrica, población privada de la libertad.
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El presente estudio de tipo psicométrico instrumental tuvo como objetivo adaptar una prueba de tamizaje González, Oliveros, Morales y Bojacá (2011), para medir los factores de riesgo suicida en población privada de la libertad de 14 centros de reclusión pertenecientes al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia (INPEC). Para lo cual, inicialmente se realizó la validez de constructo y contenido mediante la evaluación de expertos y posterior a ello, se aplicó la prueba piloto a una muestra intencional de seis internos pertenecientes al Establecimiento Penitenciario de Bogotá “La Picota”. Finalmente, se ajustó la prueba “Síntomas Psicológicos para Población Privada de la Libertad versión 1.0” así como se diseñó su respectivo manual de aplicación.
8. **LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Línea de investigación USB: Enfermedad de Alto Impacto. Facultad de Psicología. Programa: Especialización en Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis.
9. **METODOLOGÍA:** Es un estudio empírico analítico, de tipo psicométrico instrumental.
10. **CONCLUSIONES:** De acuerdo a las observaciones halladas, se identificó confusión en algunos de los ítems, en los que los internos argumentaron no entender y presentaban dudas frente a algunos términos utilizados, que si bien en la literatura son definidos, dentro del INPEC, no resultan de uso corriente para el manejo de los PPL, lo cual concuerda con la opinión de los expertos expuesta anteriormente. Se recomienda para futuras investigaciones, identificar el lenguaje típicamente utilizado por los internos en los centros de reclusión, para facilitar la comprensión de los ítems y generar de esta forma una mayor validez de la prueba. Es importante mencionar, que se cumplieron con los objetivos propuestos para esta etapa, realizar el proceso de adaptación un instrumento psicométrico de tamizaje para medir los factores de riesgo suicida presentes en población privada de la libertad, proponiendo un instrumento que mide dichos factores teniendo en cuenta variables propias del contexto penitenciario y usando un lenguaje claro, de acuerdo al nivel escolar de la población objeto de estudio.

ADAPTACIÓN DE UNA PRUEBA DE TAMIZAJE PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD, COLOMBIA 2017

Vanessa Giancane¹, Viviana López², América Torres³

RESUMEN

El presente estudio de tipo psicométrico instrumental tuvo como objetivo adaptar una prueba de tamizaje González, Oliveros, Morales y Bojacá (2011), para medir los factores de riesgo suicida en población privada de la libertad de 14 centros de reclusión pertenecientes al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia (INPEC). Para lo cual, inicialmente se realizó la validez de constructo y contenido mediante la evaluación de expertos y posterior a ello, se aplicó la prueba piloto a una muestra intencional de seis internos pertenecientes al Establecimiento Penitenciario de Bogotá “La Picota”. Finalmente, se ajustó la prueba “Síntomas Psicológicos para Población Privada de la Libertad versión 1.0” así como se diseñó su respectivo manual de aplicación.

PALABRAS CLAVE: Conducta suicida, Factores de riesgo, adaptación psicométrica, población privada de la libertad.

¹Psicóloga estudiante de segundo semestre de Especialización En Intervención Psicológica En Situaciones De Crisis, vanessagiancane@hotmail.com.

²Psicóloga estudiante de segundo semestre de Especialización En Intervención Psicológica En Situaciones De Crisis, vivilopez890@gmail.com

³Psicóloga estudiante de segundo semestre de Especialización En Intervención Psicológica En Situaciones De Crisis luz.america.torres@gmail.com

INTRODUCCION

De acuerdo con la (OMS) Organización Mundial de la Salud, (2012) “*anualmente se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos*”. Por lo cual, el suicidio es considerado como un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2014) refiere que las tasas de suicidio en América Latina han sido inferiores al promedio mundial, aun cuando se han descrito dichas cifras como irregulares, frente a los datos aportados por países Europeos. Sin embargo, “*en Colombia su tendencia ha ido hacia el aumento con una tasa que pasó de 3,84 en 2013 a 3,94 en 2014*”. Con relación a lo anterior, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014) sostiene que en Colombia el suicidio es la cuarta forma de violencia, encontrando que por cada mujer que se quita la vida, lo hacen también cinco hombres. Durante el año 2014, se registraron 1.878 casos por suicidio frente a 2.068 casos en el año 2015, equivalentes a un 10% más que el año anterior. Seda un aumento significativo

en el año 2016 en 11,70 % con 242 casos más que en el 2015 (Forensis, 2016). Lo cual demuestra el aumento continuo de esta importante problemática social.

LA CONDUCTA SUICIDA

El suicidio es un fenómeno que se ha experimentado históricamente en las diferentes culturas durante el desarrollo de la humanidad, por lo cual, Durkheim (1982) lo comprende de manera distinta de acuerdo a los principios religiosos, filosóficos, sociales, económicos y políticos propios de cada periodo, generando así, apreciaciones y atribuciones variadas.

En aras de brindar una comprensión más amplia, Durkheim (1982) propone dos categorías de clasificación **1) Por integración: a) el suicidio egoísta** en el cual la persona se siente desintegrado en el ámbito social “*el egoísta está triste porque no ve nada real en el mundo más que el individuo*” y **b) suicidio altruista** es aquel que contrario al egoísta, se siente ligado fuertemente a sus creencias y pierde su identidad. El altruista opta por el suicidio porque considera “*que es su deber*” en nombre de la honra, o de la causa. Durkheim, (1982)

ejemplifica esta acción relacionando el año 1987 en el cual 706 viudas de una ciudad de la india se suicidaron puesto que su validez social había sido anulada debido a la muerte de su conyuge, considerando su muerte una obligación.

2) Por regulación: a) suicidio anímico “*son las pasiones propiamente individuales (...) y quedan sin norma que les regule* por lo cual proviene de la percepción de desajuste a la norma social. Para tener una comprensión más amplia, Durkheim, (1982) cita la declaración de crisis financiera de experimento Viena de 1872 a 1874, en la cual la tasa de suicidios aumentó de 141, a 156 y a 216 casos respectivamente cada año. De igual manera, tal y como el altruista se contrapone al egoista, El fatalista “*sería el resultante de un exceso de reglamentación*” es decir, el que cometen las personas cuya percepción de futuro es completamente reprimida por el carácter inflexible de la norma en una disciplina esclavista u opresora, refiere en un ejemplo “*es el suicidio de los esposos demasiado jóvenes, el de las esposas sin hijos*” (Durkheim, 1982, pág. 240) no obstante, refiere que su valor documental es puramente histórico.

Adicional a lo anterior, la conducta suicida implica comportamientos variados frente a los cuales Durkheim (1982) realizaba ya una distinción en cuanto a la definición, entre suicidio e intento de suicidio; especificando que suicidio “*es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la víctima*” mientras que intento de suicidio lo define como el mismo acto, detenido antes de alcanzar la muerte.

En ese sentido, autores como Schneidman (1994) citado por Montalbán (1998), refieren que la tentativa de suicidio y el suicidio consumado comparten aspectos como la autolesión; sin embargo, la tentativa esta acompañada de otros propósitos subyacentes, como la necesidad de atención y de ayuda.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud mencionando los Cuadernos de salud pública Nro. 35 de Ginebra en 1969, cuyo objeto es la prevención del suicidio; define los términos suicidio e intento de suicidio como los diferentes actos cometidos en contra de quien los ejecuta con distintos niveles de intensidad y perjuicio y en pleno conocimiento de las potenciales

consecuencias. Así mismo, debido a la dificultad de definición de los términos acota **acto suicida** a “*todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de instensión letal y de conocimiento del verdadero móvil*” (Organización Mundial de la Salud, 1969).

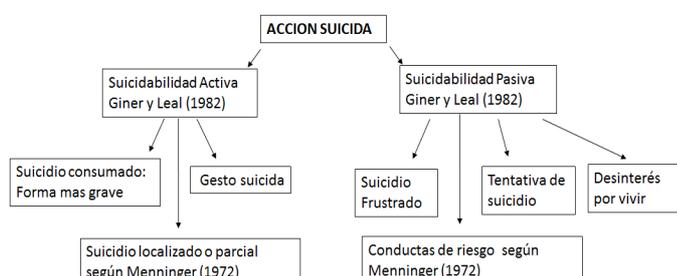
Esta diversidad de características que conforman el acto suicida, ha sido abarcado de acuerdo con Montalbán, (1998) desde una línea de pensamiento que tiene en cuenta factores transculturales, sociales e históricos, por teóricos como Rojas (1978), Giner y Leal en el tratado de psiquiatría (1ª edición 1982) desde donde el primero propone la clasificación de suicidio activo en el que la persona claramente dirige su objetivo hacia la autodestrucción y el suicidio pasivo, como aquella persona que procede paulatinamente a experimentar indiferencia ante la vida. Mientras que Giner y Leal proponen en el tratado de psiquiatría (1982) los conceptos de suicidabilidad activa y pasiva en sintonía con Menninger (1972) como lo sintetiza el siguiente esquema, Figura 1.

Figura 1. *Clasificación de la acción suicida* Fuente: Propia

COMPORTAMIENTO SUICIDA EN POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD EN COLOMBIA

El suicidio no es un comportamiento único por sí mismo, sino un conjunto de manifestaciones que emite una persona con mayor o menor grado de intencionalidad, cuya causalidad se origina de acuerdo a la confluencia de factores variados. Teniendo en cuenta esta referencia, Negredo (2003), señala que las causas del suicidio pueden ser muy complejas, sin embargo, coexisten situaciones estresógenas que pueden hacer a algunas personas más vulnerables a cometer conducta suicida cuando tienen que enfrentarse a estas, representando un reto a nivel de prevención, la identificación de personas y situaciones con mayor susceptibilidad a ser vulnerables.

En Colombia existen estudios como los de J Ruiz, I Gómez, et al (2002) quienes hicieron una descripción de la presencia de indicadores de riesgo de



suicidio y su asociación con variables relevantes con la experiencia del encarcelamiento. La muestra estuvo compuesta de 416 sujetos internos, de ellos 90 mujeres, reclusos en cinco centros penales de Bogotá; en este análisis, encontraron que el riesgo de conducta suicida es 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.

Por otro lado, Mojica, Sáenz & Rey (2009) se enfocan en estados afectivos como la depresión en dicha población y mediante un diseño descriptivo comparativo y correlacional, encuentran que el 20% de la población presenta riesgo suicida, con niveles moderados y altos de desesperanza y de depresión, por lo cual, existe una correlación positiva entre el riesgo suicida y estas dos variables.

J Andrade, L Bonilla & Z Isazar. (2010) identificaron factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres de

una cárcel de Quindío mediante un modelo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal; en el cual encontraron que toda la población contaba con factores protectores, destacándose supervivencia y afrontamiento con un 20%, responsabilidad con la familia (19%), preocupación por los hijos (19%), objeciones morales (18%), miedo al suicidio (12%), y miedo a la desaprobación social (12%) así como también se tienen en cuenta el aprovechamiento ocupacional y la red de apoyo.

Así mismo, en una cárcel de Quindío se establece relación entre riesgo suicida y depresión. Medina, Cardona & Arcila (2011), encontraron que más del 75% de los internos presentan riesgo suicida moderado o alto y el 56% reporta sintomatología depresiva grave y moderada. Por lo cual se halló importante correlación entre estas dos variables, resultados que se relacionan a los encontrados en el estudio de Mojica, Sáenz & Rey (2009).

Por su parte Larrota, Luzardo, Vargas, & Rangel (2014) identificaron las características del comportamiento

suicida en las cárceles de Colombia, analizando cuáles de las variables de tiempo, modo y lugar, propias del contexto penitenciario que aparecen con mayor frecuencia en 60 internos que refirieron pensamientos de suicidio, intento de suicidio y suicidio consumado. Encontrando que el rango de edad de 20 a 25 años aparece con el mayor número de incidentes.

Rubio, Cardona, et al., (2014), tienen como objetivo caracterizar el riesgo suicida en población carcelaria masculina del Tolima, encontrando que el 16,4% de la población presenta un riesgo suicida alto. El 22,2% de los que habían hecho intentos previos de suicidio presentaron un riesgo alto, frente al 15,9% de los que no lo habían hecho. Al analizar las variables riesgo y escolaridad, encuentran que el nivel de riesgo disminuye al aumentar el nivel educativo; así como sucede con quienes tienen pareja e hijos; convirtiéndose estas tres variables en posibles factores protectores. Se encontraron niveles de ideación suicida superiores a los hallados en población general. También se identificó una relación directa entre la red social y

familiar y la protección frente al riesgo suicida.

Otros autores como Jaramillo, Vallejo, et al., (2015) analizan componentes como ideación suicida y factores asociados, en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia) encontrando que el 14,9% presentó ideación suicida alta. Al analizar la distribución de la ideación suicida en las variables estudiadas, se encontró que los porcentajes más altos se presentaron en los que tenían intento de suicidio previo (61,1%), quienes presentaban antecedentes de violencia intrafamiliar en el hogar (50,0%), quienes no tenían escolaridad (33,3%), los que tenían antecedentes familiares de suicidio (28,6%) y los que no tenían definida la condena (22,9%).

Adicionalmente, Cañón, Castaño, et al., (2016) analizaron los factores de riesgo suicida en reclusas de una cárcel de Caldas, encontrando riesgo de emitir conductas suicidas en el 11,5% de la población. Se identifican al igual que en estudios anteriores factores como, aislamiento, red de apoyo familiar, intentos suicidas, consumo de SPA como

estrógenos que pueden influir en la emoción de comportamientos suicidas.

Finalmente, el INPEC destacó estadísticamente la relación existente 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 en las cárceles y penitenciarías adscritas. Identificando que la etapa inicial del encarcelamiento es el lapso de mayor riesgo (uno a cinco meses) en la aparición del intento suicida (41,7 %).

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) un factor de riesgo se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Teniendo en cuenta lo anterior, el comportamiento suicida implica variables genéticas y biológicas, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales. Blumenthal y Kupfer, (1986) expuestos por Montalbán,

(1998);proponen un modelo explicativo de la conducta suicida, en el cual esta se interpreta con base a la interacción de múltiples factores que se agrupan en cinco grandes dimensiones y que finalmente establecen la vulnerabilidad: **1) factores biológicos, 2) rasgos de personalidad, 3) trastornos psiquiátricos, 4) factores familiares y genéticos y 5) factores psicosociales**, entre los cuales se incluyen acontecimientos vitales, factores ambientales y enfermedades médicas. Así mismo, reconoce la apreciación de otros teóricos quienes por su parte establecen como causalidad la confluencia de cuatro grandes dimensiones: **1) trastornos psiquiátricos, 2) factores biológicos, 3) factores familiares y 4) factores situacionales.**

Para la presente investigación, de acuerdo a la revisión bibliografía, fundamentos teóricos anteriormente mencionados y particularidad del contexto penitenciario, se tendrán en cuenta cuatro dimensiones que abarcan los diferentes factores de riesgo suicida presentes en población privada de la libertad.

1. Psicológicos, psiquiátricos y sociales.

Integran todas aquellas características propias del individuo y su relación con el contexto (edad, sexo, raza, estado civil nivel académico, nivel socioeconómico, religión) así como las características inmodificables relativas a bases genéticas (heredabilidad), modificables relacionadas con procesos cognitivos (rasgos de personalidad, estilos cognitivos), así como las relacionadas con la presencia de trastornos mentales y desajustes.

2. **Penitenciarios y forenses.** Se fundamenta en aquellas características propias del entorno penitenciarios que influyen en el comportamiento suicida (fase de condena, tipo de delito, tipo de condena, encarcelamiento previo, faltas disciplinarias, aislamiento y acoso).
3. **Epidemiológicos:** que son aquellas que demuestran cifras frente a la incidencia, prevalencia, tasas de suicidio y sus variaciones. A continuación en la Figura 2, se muestra una síntesis de los factores

riesgo anteriormente mencionado.

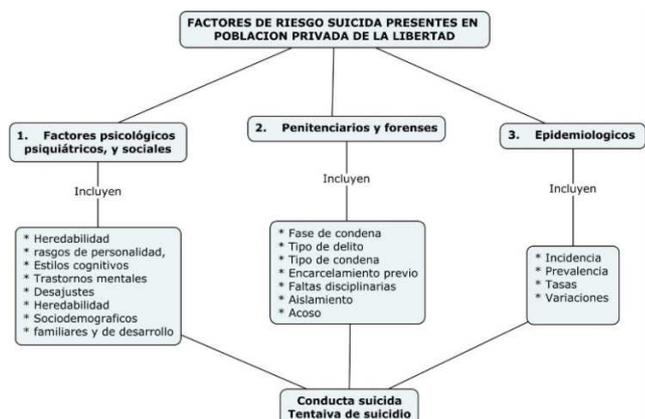
Figura 2. Factores de riesgo de conducta suicida en población PPL

Fuente: Propia

Teniendo en cuenta la anterior revisión teórica y entendiendo la importancia de identificar los factores de riesgo suicida presentes en la población privada de la libertad en Colombia, ya que no existen en la actualidad estudios que lo efectúen, se hace relevante realiza el proceso de adaptación del instrumento “Síntomas Psicológicos En El Medio Militar” de González, Oliveros, Morales y Bojacá (2011), es importante mencionar, que la adaptación de un instrumento hace referencia al proceso de transformación, adición o substracción de algunos ítems de la escala original (Mikulic, 2010).

Objetivo General

Realizar el proceso de adaptación de un instrumento psicométrico de tamizaje para medir los factores de riesgo suicida presentes en población privada de la libertad de 14 cárceles que hacen parte del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario De Colombia INPEC.



Objetivos Específicos

- Realizar el proceso de adaptación del instrumento Síntomas Psicológicos en Población Militar, González et al. (2011), para medir los factores de riesgo en población privada de la libertad.
- Realizar el proceso de validación de constructo y de contenido.
- Aplicar la prueba la Piloto del instrumento validado.
- Elaboración de prueba de Síntomas Psicológicos para Población Privada de Libertad versión 1.0
- Diseñar el manual de aplicación de la prueba de Síntomas Psicológicos para Población Privada de Libertad versión 1.0

METODO

Diseño

Se realizó un estudio con enfoque empírico analítico, de tipo psicométrico instrumental, ya que está encaminado a la adaptación de una prueba, lo cual acorde con Montero y León, (2005, p. 124), es el método pertinente para el *“desarrollo de pruebas y aparatos incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de*

las propiedades psicométricas de los mismos”

Participantes

La muestra estuvo conformada por siete profesionales que laboran en el INPEC, quienes actuaron como jueces expertos en el proceso de validación. Estos pertenecen a los Establecimientos Penitenciarios de Mediana Seguridad y Carcelarios (EPMSC) de las ciudades de Buga, Barranquilla, Cali, Regional Santa Martha, Regional Norte y Regional Central.

Adicionalmente, para la prueba piloto, se contó con la participación intencional de seis internos pertenecientes al Establecimiento Penitenciario de Bogotá “La Picota”.

Instrumento

El instrumento a partir del cual se hizo el proceso de adaptación fue la prueba de tamizaje “Síntomas Psicológicos en Población Militar” elaborado por González et al. (2011), el cual se había aplicado en el medio militar, pero no a personas privadas de la libertad.

El instrumento utilizado consta de 20 ítems, de respuesta dicotómica (si/no), cuyo objetivo es identificar el riesgo

suicida abordando aspectos como disfunción familiar, antecedentes de suicidio, antecedentes psiquiátricos, apoyo social y consumo de sustancias psicoactivas.

Para la presente adaptación se diseñó y aplicó un *formato de validación por jueces* con el objetivo de calificar cada uno de los ítems de la prueba, en cuanto a redacción (evalúa lógica, coherencia, claridad y facilidad de comprensión), pertinencia (que tan oportuno y adecuado es el ítem frente al tema a medir) estructura (grado de relación, extensión y organización de los conceptos) y lenguaje (la terminología es adecuada de acuerdo a la población) (Ver anexo 1).

De igual forma, se diseñó y aplicó un formato de *Consentimiento informado*, con el fin de garantizar la integración voluntaria de los participantes (Ver anexo 2).

Procedimiento

Para la realización del estudio, se ejecutaron las siguientes fases:

Fase I: Se realizó el proceso de adaptación del instrumento González et al. (2011)

Fase II: Se sometió el instrumento a

evaluación de validez de constructo y contenido mediante el juicio de expertos.

Fase III: Se realizó la prueba piloto con la muestra intencional de seis internos pertenecientes al Establecimiento Penitenciario de Bogotá “La Picota”.

Fase IV: Se realizó el ajuste final del instrumento “Síntomas Psicológicos para Población Privada de la Libertad versión 1.0” con base en los resultados obtenidos por los jueces expertos y la prueba piloto.

Fase V: Se diseñó el respectivo manual de aplicación.

Resultados

Como resultado de la fase I, se realizó el proceso de adaptación del instrumento González et al. (2011), analizando los 20 ítems que constituían esta prueba de tamizaje e identificando cuáles de ellos median los factores de riesgo suicida en población privada de la libertad previamente identificados en la literatura e investigaciones. Se encontró que tanto los factores psiquiátricos, psicológicos, sociales y epidemiológicos eran medidos a través de los reactivos del instrumento, sin embargo, hacían falta los factores penitenciarios y forenses propios de dicho contexto, entre los que se encuentran fase de la condena, tipo de

delito, tipo de condena, encarcelamiento previo, faltas disciplinarias, aislamiento y acoso, por lo que se diseñaron 17 preguntas que contenían dichas variables.

Para el desarrollo de la fase II, se solicita la evaluación de la adaptación del instrumento a siete jueces expertos, de los Establecimientos Penitenciarios de

Mediana Seguridad y Carcelarios (EPMSC) de las ciudades de Buga, Barranquilla, Cali, Regional Santa Martha, Regional Norte y Regional Central, mediante el formato de validación por jueces en el cual se analiza el valor otorgado a cada uno de los ítems, por ciudad, y en general de los diferentes centros participantes.

Por otro lado, se realizó el análisis de las sugerencias cualitativas generadas por los jueces frente al formato, extensión y escala utilizada, así como en relación a los ítems en cuanto a redacción, pertinencia estructura y lenguaje, encontrando que Barranquilla considera pertinente el instrumento y no sugiere modificación alguna.

El experto perteneciente al centro de Buga, encuentra adecuado el formato y la extensión de la prueba, no obstante, recomienda que el tipo de escala utilizada sea likert. Frente a los ítems, 1, 4, 5, 7, 8, 9, 18, 19, 24, 27 y 31 propuso que el lenguaje se modificara de acuerdo al nivel educativo, en promedio bajo de la población, así como refiere escasa pertinencia en los ítems 3 y 32. Por su parte, el representante del centro de Cali coincide en la reestructuración con respecto al lenguaje de los ítems 1 y 4. Y la Regional Norte reitera a su vez dicha apreciación frente a los ítems 1, 4, 7, 9, 17 y 27.

El representante de la Regional Central menciona que los ítems 1, 3, 12, 14, 32 y 33 no tienen definido un espacio temporal, por lo que sugiere adicionarlo; con relación al ítem 2, manifiesta que la

pregunta es muy directa y el uso de la @ no es adecuado, además que la palabra “desilusión” es muy difícil de entender para la población y sugiere cambiarlo por una alternativa como “¿Siente que ha fracasado en la vida?”; con relación a los ítems 4 y 7, afirma que no corresponden y muchas veces no lo saben, por lo cual, sugiere una casilla en el encabezado con “Situación Jurídica”; en cuanto al ítem 5, refiere que la pregunta es demasiado directa, por lo que podría cambiarse por: “¿Usted ha pensado que otros estarían mejor si no existiera?”; en relación a los ítems 6, 8, 16, 18, 25 y 34, los cuales hacen referencia al tiempo de condena, menciona que podrían eliminarse todas y adicionar mejor un espacio denominado “Tiempo de reclusión en meses”; frente al ítem 9, refiere que la pregunta es demasiado directa, por lo que se podría cambiar por “¿Usted ha causado daño físico a otros?”, sugiere también agregar algo sobre el cutting “¿Usted alguna vez se ha cortado intencionalmente?”, en cuanto a los ítems 10 y 11 manifiesta que son muy directos, pero necesarios, por lo que sugiere moverlos al final del instrumento para no generar un impacto tan temprano en la aplicación; en cuanto al ítem 15 afirma que están muchas

categorías en una, por lo que manifiesta que sería bueno cambiarla por “¿He buscado ayuda psicológica o psiquiátrica?” y “¿Sigo las recomendaciones y tratamientos del psicólogo o psiquiatra?”; frente al ítem 20 refiere que las palabras usadas suenan más a narcicismo que a depresión y que las negaciones generan mucha confusión, por lo que es relevante cambiarlo por “¿Pienso que yo soy digno de tener amigos?”; frente a los ítems 24,26, 27, 28, 31 y 35 sugiere mejorar la redacción para que sean un poco más claros, finalmente, refiere que sería pertinente eliminar los ítems 29 y 30 ya que son muy similares a las preguntas 24 y 27.

Finalmente, otra experta de la Regional Central, refiere que los ítems 4, 6 y 16, pueden integrarse en un solo y sugiere: “*me encuentro sindicado o imputado hace más de seis meses*”, de igual forma, aclara que según el proceso penal la situación jurídica debe definirse en los primeros seis meses; en relación a los ítems 9, 13, 22, 31, 35 y 36 menciona que es importante mejorar la redacción y da unas sugerencias puntuales de cómo podría realizarse; frente a los ítems 18,25 y 34 afirma que se pueden reducir a uno y en caso de condena se pueden considerar

intervalos de 1-10 años y de 11 en adelante, adicional, plantea que se debe tener en cuenta que el ítem 7 se refiere al mismo tema. Finalmente, menciona que los ítems 24, 27, 29 y 30 abordan el mismo tema, por lo cual, se pueden dejar en un solo.

Dado a lo anterior, se evidencia la necesidad de realizar la restructuración de los ítems en cuanto al lenguaje, así como eliminar algunos, para lograr la comprensión de la población y mantener la validez e intensión de la prueba.

Como resultado de la fase III, se convocan a seis individuos privados de la libertad pertenecientes al Establecimiento Penitenciario de Bogotá “La Picota”, los cuales aceptan realizar el ejercicio mediante el consentimiento informado. Durante y al finalizar la aplicación de la prueba, se identifican los siguientes aspectos que se deben tener en cuenta para la realización del ajuste final del instrumento:

1. Se debe agregar el Número Único de Identificación (NUI) teniendo en cuenta que en ocasiones las PPL no responden a su nombre real.

2. No se evidencia la importancia de consignar el dato "*nivel de seguridad*", dado que por un lado, el recluso no siempre conoce este dato y por otro, el término no es adecuado en relación a lo que se maneja dentro del INPEC, lo cual genera confusiones y posibles datos errados.

3. El título de la prueba y del consentimiento informado, puede llegar a predisponer al participante frente a las respuestas esperadas

4. Se sugiere incluir tiempo de reclusión en un mismo ítem (en el encabezado), teniendo en cuenta que parece repetirse este en tres diferentes preguntas, pudiendo confundir al participante-

5. El consentimiento informado es muy extenso y su lenguaje no es adecuado para la población teniendo en cuenta el nivel académico de algunas PPL.

Adicional a lo anterior, se observa que el tiempo de aplicación de la prueba es de cinco a diez minutos. Todos los participantes, excepto uno; expresan disposición para su aplicación, no

obstante cada uno refiere indicaciones específicas frente a los reactivos, encontrando en general que las preguntas que indagan directamente el consumo de sustancias psicoactivas generan sentimientos de vergüenza o confrontación directa (ítems 24, 27 y 30).

Por otro lado, preguntas asociadas con las relaciones sociales, afectivas o percepción de la vida, parecen brindar una apreciación vaga para la descripción de las relaciones con la cual se sienten mayormente identificados (ítem 2 y 3) generando dificultad en la respuesta. Varios de los participantes manifestaron duda frente a la comprensión del término reducción de pena, por lo cual las preguntas 31 y 35 generaron dificultad a la hora de ser contestadas. Finalmente, ítems relacionados con el tiempo de reclusión condensada en las preguntas 8, 16 y 34 sugieren ser agrupadas en un mismo ítem que las contenga.

En respuesta a la fase IV con base a los resultados obtenidos por los jueces expertos y la prueba piloto se realiza el ajuste final del instrumento "Síntomas Psicológicos para la Población Privada de la Libertad versión 1.0" (Anexo 3) así

como se desarrolla el respectivo manual de aplicación (Anexo 4).

Discusión

En la presente investigación, que tuvo como objetivo adaptar una prueba de tamizaje para identificar los factores de riesgo suicida en población privada de libertad en Colombia, se propone el instrumento “Síntomas Psicológicos para la Población Privada de la Libertad versión 1.0” de fácil administración y aplicación, cuyas evidencias de validez de constructo y contenido están dadas por el juicio de expertos y la prueba piloto realizada con seis internos.

La evaluación de expertos fue realizada por siete profesionales que trabajan en Establecimientos Penitenciarios de Mediana Seguridad y Carcelarios (EPMSC) de las ciudades de Buga, Barranquilla, Cali, Regional Santa Martha, Regional Norte y Regional Central, quienes determinaron la pertinencia, estructura, redacción y lenguaje de los ítems; identificando la importancia de modificar varios de ellos debido a que el lenguaje utilizado no fue pertinente para la población, teniendo en

cuenta que muchos de ellos tienen un nivel de escolaridad bajo.

Con relación a los ítems que median los factores de riesgo forenses y penitenciarios, aunque la literatura resaltaba la importancia de distinguir aspectos como el tipo de condena y tiempo, para los internos no era claro dadas las condiciones propias de los centros de reclusión del INPEC.

En cuanto a la prueba piloto realizada con seis internos pertenecientes al Establecimiento Penitenciario de Bogotá “La Picota”, se determinó que el tiempo promedio de la aplicación de la prueba está entre 5 y 8 minutos, con una disposición de colaboración a responder variada, ya que tres de ellos mostraron interés y disposición permanente durante la prueba y los demás internos mostraron menos interés, dado que hubo omisión de respuestas, incluso el abandono de la misma durante el proceso de contestación.

De acuerdo a las observaciones halladas, se identificó confusión en algunos de los ítems, en los que los internos argumentaron no entender y presentaban dudas frente a algunos términos utilizados, que si bien en la literatura son definidos, dentro del

INPEC, no resultan de uso corriente para el manejo de los PPL, lo cual concuerda con la opinión de los expertos expuesta anteriormente.

Se recomienda para futuras investigaciones, identificar el lenguaje típicamente utilizado por los internos en los centros de reclusión, para facilitar la comprensión de los ítems y generar de esta forma una mayor validez de la prueba.

Para darle continuidad al proceso de adaptación de la prueba de tamizaje propuesta, que evalúe el riesgo suicida en población privada de libertad, se hace relevante realizar el análisis de confiabilidad mediante un coeficiente como el alfa de Cronbach, así como realizar la aplicación a una muestra más amplia, preferiblemente escogida mediante un método de muestreo probabilístico para poder analizar el comportamiento de la misma.

Una vez finalizado éste ejercicio, se podrá continuar con el establecimiento de la sensibilidad de la prueba con una muestra clínica.

A modo de conclusión es importante mencionar, que se cumplieron con los objetivos propuestos para esta

etapa, realizar el proceso de adaptación de un instrumento psicométrico de tamizaje para medir los factores de riesgo suicida presentes en población privada de la libertad, proponiendo un instrumento que mide dichos factores teniendo en cuenta variables propias del contexto penitenciario y usando un lenguaje claro, de acuerdo al nivel escolar de la población objeto de estudio.

Referencias

- Andrade J; Bonilla L; Isaza Z; (2010) Factores Protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: “Villa Cristina” Armenia – Quindío (Colombia). **Orbis**, [S.l.], n. 17, p. 6-32, nov. 2010. ISSN 1856-1594. Disponible en: <http://ojs.revistaorbis.org.ve/index.php/orbis/article/view/182>. Fecha de acceso: 19 abr. 2017
- Bobes Garcia, J., Diaz Suarez, J., Busoño Garcia, M., & Saiz Martinez, P. A. (2004). *Comportamientos Suicidas. Prevencion Y Tratamiento*. Chile: ARS MEDICA.
- Cañón Buitrago, S. C., Castaño Castrillón, J. J., Muriel Arrigúí, D. L., Pérez Moreno, C. E., & Ramírez López, S. (2016). Factor de riesgo suicida y factores asociados en reclusas de un centro

- penitenciario de Caldas (Colombia), 2015: estudio de corte transversal. *Archivos de Medicina (Col)*, 16(1).
- Cifuentes, S. (2013). *Comportamiento del Suicidio en Colombia*. Colombia: Instituto de Medicina Legal y Ciencias forenses.
- Dhurkheim, É. (1982). *El suicidio Un estudio de sociología*. Madrid: Ediciones Akal S.A.
- Forensis. (2014). Comportamiento del suicidio Colombia 2014. *Forensis datos para la vida*, 319-347.
- Forensis. (2015). Comportamiento suicidio. Colombia 2015. *Forensis datos para la vida*, 423-470.
- Freud, S. (1975). *Duelo y melancolía*. Buenos Aires: Amorrortu Editores .
- González, J., Oliveros, E., Morales, L., & Bojacá, J. (2011). *ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA PRUEBA DE TAMIZAJE PARA MEDIR*. Bogotá.
- Gutiérrez, A., Contreras, C., & Orozco, R. (2006). El Suicidio, Conceptos Actuales . *Salud Mental*, Vol. 29, No. 5, 66- 71.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw Hill.
- Jaramillo Gutiérrez, M. R., Vallejo, C. S., Rojas Arango, B. P., & Medina-Pérez, Ó. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(2).
- Salazar J, Bonilla L, & Valencia Z.,(2010). *Factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: "Villa Cristina" Armenia - Quindío (Colombia)*. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas* 2010 6(17)
- Larrotta, R., Luzardo, M., Vargas, S., & Rangel, K. (2014). Características del Comportamiento Suicida en Cárceles Colombianas. *Revista criminalidad*, 53 (1):83-95.
- Legido, T. (2012). *Clasificación De La Conducta Suicida Utilizando Cuestionarios Psicométricos*. Madrid: Universidad de Alcalá.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad.
- Medina-Pérez, Ó., Cardona, D., & Arcila, S. Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia). *Investigaciones Andinas* [Internet]. 2011; 13 (23): 268–80.
- Mojica, César Augusto, Sáenz, Diego Arturo, & Rey-Anacona, César Armando. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en

- internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 681-692. Retrieved September 18, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000400009&lng=en&tln g=.
- Montalbán, R. S. (1998). *La conducta suicida*. Madrid: Arán ediciones.
- Moron, P. (1992). *El suicidio*. México D.F.: Publicaciones Cruz O.,S.A.
- Negredo López, L., Melis Pont, F., & Herrero Mejías, Ó. (2013). *Factores de riesgo suicida en intrnos con trastorno mental grave*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Mortalidad por suicidio en las américas informe regional*. Wshington DC: OPS.
- Organizacion Mundial de la Salud. (1969). *Cuadernos de slud publica N° 35 Prevencion del Suicidio*. Ginebra.
- Organizacion Mundial de la Salud. (20 de octubre de 2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Rubio, L. A., Duque, D. V. C., Pérez, Ó. A. M., Olivera, L. F. G., Borray, H. A. G., & Hernández, N. S. R. (2014). Riesgo suicida en población carcelaria del Tolima, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(1), 33-39.
- Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M., Morales, S., & Sánchez, V. (2002, No. 11). RIESGO DE SUICIDIO EN PRISIÓN Y FACTORES ASOCIADOS: UNESTUDIO EXPLORATORIO EN CINCO CENTROS PENALES DE BOGOTÁ. *Revista Colombiana de Psicología*, 99-114.
- Villalobos, F. H. (2009). *Ideación suicida en Jóvenes: Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior*. Granada: Universidad de Granada.

ANEXO 1. UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ, INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO DE COLOMBIA - INPEC

FORMATO DE VALIDACION POR JUECES

NOMBRE EVALUADOR: _____

INSTITUCIÓN _____

INSTRUCCIONES

SEÑOR EVALUADOR: a continuación encontrará una serie de preguntas mediante las cuales podrá calificar cada uno de los ítems del instrumento. Favor marcar con una (X) en el ESPACIO según la evaluación que haga de cada uno de los ítems. Sus observaciones favor colocarlas al final de la evaluación. Los siguientes son los criterios a tener en cuenta.

REDACCION: Evalúa que la conformación del ítem sea lógica, coherente, clara y fácil de comprender.

PERTINENCIA: Evalúa lo oportuno y adecuado que resulta ser el uso del ítem con relación al tema a medir.

ESTRUCTURA: Mide grado de relación, extensión y organización de los conceptos usados en la conformación del ítem.

LENGUAJE: La terminología es adecuada teniendo en cuenta las características de la población.

REDACCION	(1)	(2)	(3)	(4)
	MUY CONFUSA	CONFUSA	COMPRENSIBLE	MUY COMPRENSIBLE
PERTINENCIA	(1)	(2)	(3)	(4)
	NO PERTINENTE	POCO PERTINENTE	PERTINENTE	MUY PERTINENTE
ESTRUCTURA	(1)	(2)	(3)	(4)
	INADECUADA	POCO ADECUADO	ADECUADA	MUY ADECUADA
LENGUAJE:	(1)	(2)	(3)	(4)
	INADECUADO	POCO ADECUADO	ADECUADA	MUY ADECUADO

CRITERIOS ÍTEMS	REDACCION				PERTINENCIA				ESTRUCTURA				LENGUAJE			
	1	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

3	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
6	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
7	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
9	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
10	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
11	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
12	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
13	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
14	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
15	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
16	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
17	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

18	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
19	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
20	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
21	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
22	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
23	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
24	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
25	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
26	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
27	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
28	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
29	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
30	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
31	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
32	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

33	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
34	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
35	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
36	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
37	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ – ESCUELA DE LOGÍSTICA, EJÉRCITO NACIONAL

FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUECES

Señor Evaluador favor registrar sus observaciones generales con respecto al instrumento en los siguientes espacios.

Observaciones:

RESUMEN EVALUACION POR JUECES.

CRITERIOS ÍTEMS	REDACCIÓN	PERTINENCI A	ESTRUCTUR A	LENGUAJE	CONCLUSIONES CON LOS ÍTEMS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

FORMATO DE VALIDACION DE CONTENIDO

Escala para medir síntomas psicológicos en población privada de la libertad

Señor evaluador, a continuación encontrará cada una de las categorías que componen el instrumento con sus correspondientes ítems, para efectos de la evaluación de la calidad técnica de dicho instrumento, se le solicita marcar con una (X), de acuerdo a la escala anteriormente presentada:

No.	ITEMES	Criterios de Evaluación																Observaciones y Sugerencias
		Redacción				Pertinencia				Estructura				Lenguaje				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	¿Pienso que convivo en un hogar disfuncional?																	
2	¿Me siento desilucionad@ con mi vida actual?																	
3	¿Vivía con mi padrastro o madrastra?																	
4	¿Tenía una relación de pareja disfuncional?																	
5	¿Me encuentro recluido en situación de sindicado(a) ?																	
6	¿He tenido ideas, fantasías o sueños de morir?																	
7	¿Me encuentro en detención preventiva desde hace menos de diez meses ?																	
8	¿Me encuentro recluido en situación de condenado(a)?																	
9	¿Me encuentro en fase de reclusión temprana de																	

37	¿En prisión pertenezco a algún grupo minoritario debido a condiciones relacionadas con sexo, edad, nacionalidad, discapacidad física o enfermedad?																	
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Formato de Instrumento:

Extensión del Instrumento.

--

Escala Utilizada:

--

Observaciones

--

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA- SEDE BOGOTÁ INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO - INPEC

FECHA: 20 / 06 / 2017

Buen día,

La Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) lo(a) invitan a participar en el proyecto “Validación de una prueba para medir síntomas psicológicos en población privada de la libertad”, el cual tiene por objetivo identificar tempranamente las condiciones de salud psicológica, con el fin de brindar atención oportuna. La participación es voluntaria, por lo cual puede o no aceptar. Toda la información procedente de la aplicación de la prueba, será confidencial.

La participación consiste en responder Sí o No a una serie de afirmaciones. Si durante la aplicación, decide no continuar, puede hacerlo, informando a la persona encargada.

Puede realizar todas las preguntas que tenga sobre el proyecto de investigación y si después de que le sean respondidas decide participar, debe firmar en la parte inferior éste consentimiento informado.

Todos los datos personales que sean suministrados serán analizados psicométricamente por los investigadores y sólo en caso que se requiera atención psicológica, ésta le será ofrecida a través del Servicio de Psicología, mediante remisión.

Manifiesto que he leído y comprendido la información de este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Nombres y apellidos - Rango

Firma y No. Cédula

Testigo

Nombres y apellidos - Rango

Firma y No. Cédula

ANEXO 3. INSTRUMENTO: SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS PARA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD VERSIÓN 1.0

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ – INPEC
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y PENITENCIARIAS EN POBLACIÓN
PRIVADA DE LIBERTAD**

NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN (NUI): _____

EDAD: _____ **SEXO:** _____

NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN: _____

SITUACIÓN JURÍDICA: _____

TIEMPO DE RECLUSIÓN (EN MESES): _____

A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con algunas características psicológicas, para lo cual le solicitamos responder con la mayor sinceridad y de acuerdo a su situación personal. Tenga en cuenta que esta información será confidencial. Marque con una (X) SI O NO según la opción que considere se ajusta a su situación.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	SI	NO
1. ¿Durante mi infancia vivía en un hogar conflictivo?		
2. ¿Me siento decepcionado (a) y/o infeliz con mi vida actual?		
3. ¿Tengo una relación de pareja que me hace feliz?		
4. ¿Usted ha pensado que otros estarían mejor si no existiera?		
5. ¿Usted ha causado daño físico intencional a otros o a usted mismo?		
6. ¿En los últimos tres meses he estado muy enfermo o con malestares físicos?		
7. ¿Anteriormente he estado privado de la libertad por otro proceso?		
8. ¿En los últimos 6 meses o menos he sentido que pierdo el control y no sé lo que hago?		
9. ¿He buscado ayuda psicológica o psiquiátrica cumpliendo las indicaciones, recomendaciones y tratamientos de los especialistas?		
10. ¿Pienso que los demás estarían mejor sin mí?		
11. ¿Pienso que yo soy digno de tener amigos?		
12. ¿Tengo algún amigo o familiar de mi absoluta confianza?		
13. ¿He tenido problemas de mala conducta, peleas o riñas en la cárcel?		
14. ¿Si me muero nadie estaría triste?		
15. ¿En el último mes he usado alcohol o drogas para sentirme mejor o no pensar en mis problemas?		

16. ¿He estado en la Unidad de Tratamiento Especial – UTE?		
17. ¿Siento que me han atacado física, verbal o sexualmente?		
18. ¿Mi familia me ha visitado en los últimos 3 meses?		
19. ¿Mi pareja me ha visitado en los últimos 3 meses?		
20. ¿Participo en alguna actividad de trabajo, estudio o enseñanza que me permite redimir pena?		
21. ¿Alguna vez he intentado suicidarme?		
22. ¿He pensado en el día y la forma de mi muerte?		

¡MUCHAS GRACIAS!

**ADAPTACIÓN DE UNA PRUEBA DE TAMIZAJE PARA LA IDENTIFICACIÓN DE
FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD,
COLOMBIA**

MANUAL DE APLICACIÓN

INVESTIGADORAS

VANESSA GIANCANE

VIVIANA LÓPEZ

LUZ AMÉRICA TORRES

DIRECTOR

JORGE OSWALDO GONZÁLEZ

2017

AVISO

La presente prueba fue construida con el propósito de detectar el riesgo suicida, por lo tanto su uso no contempla procesos de selección o diagnóstico clínico.

CONTENIDO

Agradecimientos	3
Presentación	4
Ficha técnica	6
Capítulo 1 introducción	
Reseña histórica	7
Clasificación de las conductas suicidas	11
Modelos explicativos	16
Factores de riesgo	21
Suicidio en Colombia	25
Ansiedad y Riesgo suicida en población privada de la libertad	29
Capítulo 2. Normas de Aplicación	
Estructura del Cuestionario	32
Aplicación	32
Puntuación	33
Referencias.	35

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a las instituciones participantes, Universidad de San Buenaventura y cárceles del INPEC por facilitar las condiciones presupuestales y de talento humano para el buen desarrollo y término del proyecto.

PRESENTACIÓN

El suicidio es un fenómeno que se ha experimentado históricamente en las diferentes culturas durante el desarrollo de la humanidad, siendo percibido por Durkheim (1982), de manera distinta de acuerdo a los principios religiosos, filosóficos, sociales, económicos y políticos propios de cada periodo, generando así, apreciaciones y atribuciones variadas.

Después de la elaboración de la Prueba de tamizaje para el riesgo suicida en población militar creada por González (2011) en el proyecto de grado sobre factores de riesgo suicida de la Universidad de San Buenaventura, se vio la necesidad de evaluar el riesgo suicida en otras poblaciones en las que existiera falta de pruebas para el diagnóstico de esta variable como es el caso de la población privada de la libertad por lo que se reúne un grupo para llevar a cabo la adaptación y validación de la prueba para el riesgo suicida en población privada de la libertad. Dicho grupo de investigación fue conformado por el Doctor Jorge Oswaldo González como investigador principal, Dorian Giancane, Viviana López y Luz Torres como co-investigadores y los estudiantes Sebastián Camilo Jacobo y Andrea Lancheros como auxiliares de investigación.

En 2016 comenzó el trabajo respecto a la conducta suicida en población privada de libertad, estudio realizado desde la Universidad de San Buenaventura, encontrando pocos avances e investigación al respecto en el país, por lo que se decidió llevar a cabo producir resultados tangibles y aportes al medio.

Ese mismo año se inicia con la recolección de datos que permitieron encontrar la similitud de los síntomas que presentan la población civil y la población privada de la libertad, así como una recolección literaria de factores de riesgo suicida que permitieron dar cuenta a la identificación de posibles hallazgos en los resultados de población privada de la libertad.

Una vez saldada la conceptualización se prosiguió con la adaptación de la prueba de tamizaje para medir el Riesgo Suicida en población Militar (González, 2005) dando como resultado la prueba piloto para medir los factores de riesgo suicida la cual se aplicará en un futuro para medir confiabilidad del instrumento, siendo diseñado especialmente para población privada de la libertad, con el propósito de realizar un diagnóstico preventivo de conducta suicida que permita una oportuna intervención.

En esta publicación, se exponen en primer lugar las principales características de la conducta suicida, el desarrollo de esta temática a lo largo de la historia, su contexto teórico en diferentes disciplinas, así como sus características psicométricas, en segundo lugar, ofrece una guía sobre la correcta utilización de la prueba.

Se espera que sea de ayuda y guía temática para futuras investigaciones y producción de más conocimiento sobre esta población.

FICHA TÉCNICA

Título: Síntomas Psicológicos para Población Privada de la Libertad Versión 1.0

Autor: Jorge González

Investigador Principal: Jorge González

Co-investigadores: Dorian Giancane, Viviana López y América Torres.

Auxiliares de investigación: Andrea Lancheros y Sebastián Jacobo.

Aplicación: Individual o colectiva

Participante: Sujeto privado de la libertad en una institución carcelaria.

Duración de la aplicación: 5 minutos.

Finalidad: Tamizaje del riesgo suicidad en población privada de la libertad.

Material: Manual, formato de aplicación, lápiz y borrador.

Validez: Validez de constructo y contenido mediante la evaluación de expertos en población privada de libertad del contexto carcelario colombiano.

Usos: Para la investigación, practica en salud mental y prevención de la conducta suicida en población privada de libertad (PPL).

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que se ha experimentado históricamente en las diferentes culturas durante el desarrollo de la humanidad, siendo percibido por Durkheim (1982), de manera distinta en relación a los principios religiosos, filosóficos, sociales, económicos y políticos propios de cada periodo, generando así, apreciaciones y atribuciones variadas.

En un análisis más reciente Montalban, (1998) da cuenta de dichas atribuciones que se generan en contextos específicos, marcados por la historia en sus diferentes dimensiones. Así algunos pueblos lo entendieron como honra, otros como deshonor, la iglesia lo señaló como pecado y la ley lo declaró como delito. Desde la religión, encuentra que el islamismo condena el suicidio como un acto de desobediencia opuesto a la resignación como principio de sumisión divina. Mientras que el budismo por su parte, comprende al hombre como la cohesión entre cuerpo y alma, por lo cual, el suicidio se concibe como un karma de vidas pasadas, ya que todo sucede por una causa real.

El catolicismo, lo ha documentado recreando varios casos en la Biblia: el antiguo testamento describe el de Abimelec (Jueces; 9, 54) quién luego de resultar herido exige que finalicen con su vida. También se cita a Sansón (Jueces; 16 - 30), a Saúl y su escudero (Samuel 1, 31,4-5) entre otros, mientras que el nuevo testamento relata el acto suicida realizado por Judas Iscariote (Mateo; 7-23). Sin embargo, el suicidio fue defendido en casos de deshonor o pérdida de virtud y no fue condenado hasta que San Agustín se opusiera refiriéndose al suicidio como inapropiado ya que contradice la máxima “no mataras”.

En la antigua Grecia, el suicidio solo se permitía legalmente una vez los motivos fueran expuestos ante el tribunal supremo, por lo cual estaba sujeto a un veredicto. Mientras que el imperio romano en una postura direccionada, rechaza y penaliza la acción suicida, sin embargo, exime la locura como desencadenante; lo cual implica una mirada inicial al entendimiento de la conducta suicida a partir de la ausencia de salud. En ese sentido, desde la ilustración, las escuelas filosóficas, presentan observaciones diversas que más allá de condenarlo o aprobarlo, promueven argumentaciones explicativas profundas y propias de la existencia del ser humano.

En el siglo XVIII, el movimiento humanista promueve el pensamiento y la identificación del individuo a partir de la razón. La literatura, la música y el arte en general se emplean como

medio de expresión frente al suicidio, atribuyéndole cualidades de melancolía, angustia y dolor. Más adelante a finales del siglo XIX, durante la revolución francesa, la introducción del capitalismo y el existencialismo, convergen con la aparición de las ciencias sociales y con esto el estudio de la sociedad y sus componentes individuales y como consecuencia de las mismas; el análisis específico de la conducta suicida como fenómeno con múltiples influencias. (Montalban, 1998).

En la época moderna la definición de conducta suicida ha sido analizada por teóricos como S. Freud quien entiende el suicidio como un fenómeno intra-psíquico, que impulsado por la pulsión del thánatos impone deseos de agresión hacia sí mismo en respuesta inconsciente a la incapacidad de exteriorizarlo es decir *“cuando puede dirigir contra sí mismo la hostilidad que tiene hacia un objeto; hostilidad que representa la reacción primitiva del yo contra los objetos del mundo exterior”* (Freud, 1975).

Menninger (1938) y Ringel (1953) (Montalban, 1998), estudian el comportamiento suicida; el primero con un enfoque psicodinámico desde la temporalidad e intensidad crónica o gradual de la auto-destrucción, clasificando inicialmente el suicidio en: a) suicidio crónico como aquel secundario a conductas antisociales, como alcoholismo, psicosis entre otras, b) suicidios localizados como accidentes intencionales, automutilación etc (...) Por otro lado, Ringel (1953) propone el *“síndrome presuicida”* que inicia en la infancia e implica deseos de muerte como las fantasías.

Durkheim, (18827) es sin duda el teórico más influyente quien explora a profundidad este fenómeno, comprendiéndolo desde un punto de vista sociológico, a partir de la dimensión individual y los factores externos que puedan influir en lo que compete a dicho concepto; encontrando que los móviles pueden ser variados. Incluyen motivaciones religiosas, políticas, individuales, entre otras que no necesariamente subyacen a enfermedad mental ya que en dicho caso en el que un paciente con enfermedad mental se suicidara; este se denominaría suicidio vesánico.

A partir de esto, tomando la clasificación de Jousset y Moreau de Tours, Durkheim, (1982) cita lo correspondiente al suicidio vesánico: **1)** Suicidio maniático producido por pensamientos distorsionados o delirantes. **2)** Suicidio melancólico relacionado con estados de ánimo depresivos **3)** Suicidio obsesivo que corresponde a aquel que obedece a la idea misma de muerte sin alguna razón sólida **4)** Suicidio impulsivo o automático cuya motivación es automática dominando la voluntad, *“sin antecedente alguno intelectual”* y difiere del maniático debido a que

las ideas que impulsan este último son de tipo irracional, Durkheim, (1982) indica que solo hay suicidio “*donde existe la intencion de matarse*” y lo define como “*todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la victima misma, sabiendo ella que debia producir este resultado*” (Durkheim, 1982, pág. 5) concepto dentro del cual incluye la tentativa de suicidio.

En aras de brindar una comprension más amplia que no limite la acción, a suicidio vesánico; Durkheim (1982) propone dos categorias de clasificación **1) Por integración: a) el suicidio egoista** en el cual la persona se siente desintegrado en el ambito social “*el egoísta está triste porque no ve nada real en el mundo más que el individuo*” y **b) suicidio altruista** es aquel que contrario al egoísta, se siente ligado fuertemente a sus creencias y pierde su identidad. El altruista opta por el suicidio porque considera “*que es su deber*” en nombre de la honra, o de la causa. Durkheim, (1982) clarifica esta acción relacionando el año 1987 en el cual 706 viudas de una ciudad de la india se suicidaron debido a que estan obligadas a matarse por la muerte de su conyuge. **2) Por regulación: a) suicidio anómico** “*son las pasiones propiamente individuales (...) y quedan sin norma que les regule*” (Durkheim, 1982, pág. 278) por lo cual proviene de la percepción de desajuste a la norma social. Para tener una comprension más amplia, Durkheim, (1982) cita la declaración de crisis financiera de experinto Viena de 1872 a 1874, en la cual la tasa de suicidios aumentó de 141, a 156 y a 216 casos respectivamente cada año. De igual manera, tal y como el altruista se contrapone al egoista, El fatalista “*seria el resultante de un exceso de reglamentación*” es decir, el que cometen las personas cuya percepción de futuro es completamente reprimida por el carácter inflexible de la norma en una disciplina esclavista u opresora, refiere en un ejemplo “*es el suicidio de los esposos demasiado jóvenes, el de las esposas sin hijos*” (Durkheim, 1982, pág. 240) no obstante, refiere que su valor documental es puramente histórico.

En efecto, el suicidio es un fenómeno donde confluyen componentes demográficos, sociales, ambientales y psicológicos, cuya operacionalización no necesariamente implican una serie de rutinas ordenadas, por lo cual, el estudio de las conductas suicidas se describirán a partir de diferentes paradigmas y en función de cualidades diferentes tal y como se evidencia en la Tabla 1.

Autor	Postura	Descripción	citado
-------	---------	-------------	--------

Giner y Leal Tratado de Psiquiatría (1892)	Conducta suicida se divide en: suicidabilidad activa y suicidabilidad pasiva	Suicidabilidad activa Suicidio consumado: forma más grave Gesto suicida. Suicidabilidad pasiva Suicidio frustrado Tentativa de suicidio desinterés por vivir.	(S Ros, 1998).
Esquirol (1938)	Suicidio es toda enfermedad o delirio agudo.	Afección Moral Pasiones humanas (Sarró B., 1991).	(S Ros, 1998).
Deshaies (1947)	Suicidio como acto de locura.	"Si algunas personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, entonces los suicidas son enfermos mentales" (Sarró B., 1991).	(S Ros, 1998).
Kreitman (1969)	Propone el término parasuicidio en vez de tentativa	<i>"Acto no letal en el que la persona se autolesiona"</i> (Sarró B., 1991).	(S Ros, 1998).
Menninger (1972)	Percibe el suicidio no solo como "el deseo de matar, deseo de ser matado y deseo de morir".	Consta de tres componentes, El deseo de matar "en donde el yo es tratado como un objeto externo." El deseo de ser matado "Expresión del sentimiento (...) el individuo es incapaz de creerse merecedor de vivir" generalmente es agobiado por sentimientos	(S Ros, 1998).

		de culpa. El deseo de morir se experimenta consciente (tentativas y fracaso) e inconscientemente asociado a conductas de riesgo (alcoholismo, conducta antisocial etc...).	
Rojas (1978) Enfoque psiquiátrico (clínico)	Suicidio Activo: claridad en el comportamiento autodestructivo y Suicidio pasivo: actitud progresiva de inmovilidad hacia la vida.	Debido a la complejidad de los aspectos que acompañan al suicidio, es necesario establecer una clasificación que les integre.	(S Ros, 1998).
Baechler (1979)	Propone el suicida escapista, agresivo, oblativo y lúdico.		comportamientos suicidas
Aarón T Beck "Terapia cognitiva de la depresión" (1983)	Los pensamientos suicidas surgen con la evidencia de comportamientos de desesperanza definida por Beck (1983) como " <i>un sistema de esquemas cognitivos sobre expectativas negativas hacia el futuro</i> ".	La sintomatología depresiva se genera mediante el pensamiento "primitivo" absolutista y negativo percibido a través de la distorsión de la triada cognitiva: visión de sí mismo, interpretación de experiencias e interpretación del futuro.	(S Ros, 1998).
REA (1992)	Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza.		

Diekstra (1993)	Suicidio: acto mortal realizado por el sujeto con la esperanza de muerte.	Tentativa de suicidio, acto no habitual con un fin no fatal que podría ser evitado por otros. Parasuicidio asociado a un acto con un fin no fatal mediante la sobre ingesta de medicamentos que pretende la modificación exterior	
Schneidman y Farberow (1994)	Analizan diferencia entre tentativa de suicidio y suicidio consumado	Comparten la autolesión. La tentativa implica intentos de cambio, de ayuda, de manipulación. Clasificación de los suicidas en 4 grupos: 1. Quienes esperan pasar a una vida mejor; 2. Quienes lo ven como liberación de una situación intolerable; 3. Psicóticos; 4. Los que esperan aflicción de los demás.	(S Ros, 1998).

Tabla 1. *Aportes de investigación sobre la conducta suicida*

Fuente: Propia

Adicional a lo anterior, Moron (1992) citando a Halbwachs (1930), quién en contraposición a Durkheim, refiere que “*el vacío social que se crea en el individuo es la única causa del suicidio*”, atribuye su origen a las diferentes dinámicas sociales que se generan con la interacción; Sin embargo, se hace necesario estudiar el suicidio en una perspectiva amplia que

“permite abordar la conducta bajo sus diferentes aspectos”; indica Moron, (1992) citando a Quido (s,f) quién propone las siguientes definiciones: **a) Suicidio**: acto de quitarse la vida, **b) Tentativa de suicidio** acto incompleto que implica fracaso en el objetivo de quitarse la vida. **c) veleidad del suicidio** acto mas o menos esbozado **d) idea del suicidio** básica representación mental de la acción **e) chantaje del suicidio** ambigüedad entre el gesto suicida y la actitud psicológica y **f) criterios equivalentes suicidas** como negligencia o rechazo a tratamientos que evitan la degradación del individuo.

En este sentido Durkheim (1982) ya realizaba una distinción entre suicidio e intento de suicidio en su definición donde especifica que suicidio “*es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la víctima*” mientras que intento lo define como el mismo acto, detenido antes de alcanzar la muerte.

Schneidman (1994) citado por Montalban, (1998) refiere que la tentativa de suicidio y el suicidio consumado comparten aspectos como la autolesión; sin embargo, la tentativa esta acompañada de otros propósitos subyacentes, como la necesidad de atención y de ayuda.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud en los cuadernos de salud pública Nro. 35 de Ginebra, (1969), cuyo objeto es la prevención de suicidio, definen los términos suicidio e intento de suicidio como los diferentes actos cometidos en contra de quien los ejecuta con distintos niveles de intensidad y perjuicio y en pleno conocimiento de las potenciales consecuencias. Así mismo, debido a la dificultad de definición de los términos acota **acto suicida** como “*todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intensidad letal y de conocimiento del verdadero móvil*” (Organización Mundial de la Salud, 1969).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) a partir de la octava versión, propone la diferenciación de suicidio e intento de suicidio, así como lesiones autoinfligidas. En la novena versión el CIE 9 (1984) describe el intento de suicidio asociado al envenenamiento y en otro apartado describe el suicidio y las lesiones autoinfligidas. Actualmente el CIE 10, (1992) en

el capítulo de causas de muerte, ubica en causas externas (Cap. XX), la categoría suicidio y lesiones autoinfligidas en el apartado X60 hasta el X84.

Keitman (1969) citado por (Montalban, 1998) hace distinción entre el término intento suicida para dar paso al parasuicidio definiéndolo como un acto en el cual la persona ejecuta una acción no mortal donde deliberadamente se autolesiona mediante la ingesta de medicamentos en dosis superiores a las prescritas. Mientras que Diekstra (1993) con criterios operativos, de exclusión y consideraciones hace la distinción entre suicidio, como un acto cuyo resultado es mortal, autoinfligido, deliberado o intencionado. La tentativa de suicidio, la define como un acto con un fin no fatal que causaría autolesiones y cuyo posible resultado fatal es de conocimiento de la víctima” y parasuicidio como un acto no habitual, con un fin no mortal, que causaría autolesiones, asociado con la ingesta de medicamentos sin prescripción o con prescripción menor a la consumida y que está acompañado de una intensión subyacente orientada a conseguir cambios en el ambiente (Bobes Garcia, Diaz Suarez, Busoño Garcia, & Saiz Martinez, 2004).

Esta diversidad de características que conforman el acto suicida, ha sido abarcado de acuerdo con Montalbán, (1998) desde una línea de pensamiento que tiene en cuenta factores transculturales, sociales e históricos, por teóricos como Rojas, (1978) Giner y Leal en el tratado de psiquiatría (1ª edición 1982) desde donde el primero propone la clasificación de suicidio activo en el que la persona claramente dirige su objetivo hacia la autodestrucción y el suicidio pasivo, como aquella persona que procede paulatinamente a experimentar indiferencia ante la vida. Mientras que Ginel y Leal proponen en el tratado de psiquiatría (1982) los conceptos de suicidabilidad activa y pasiva en sintonía con Mennunger, (1972) de acuerdo con el siguiente esquema, Figura 1.

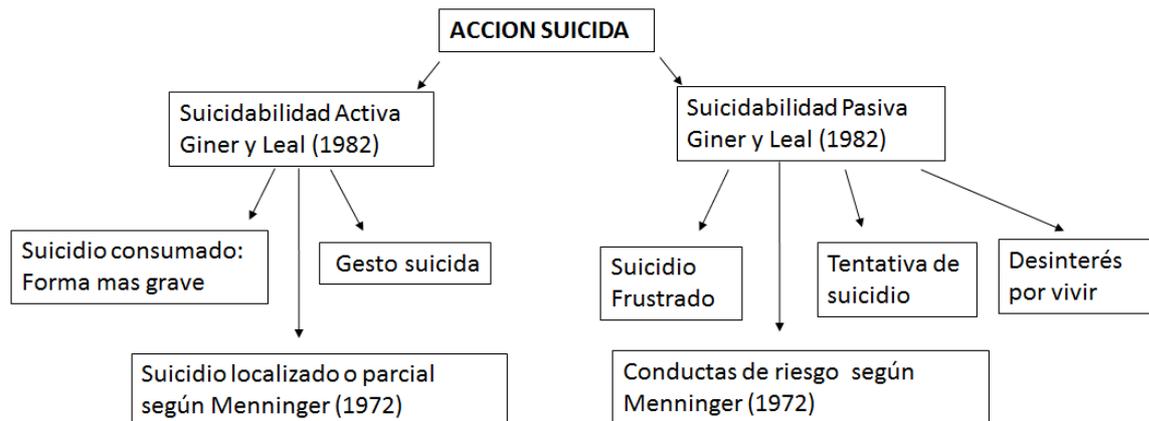


Figura 1. *Clasificación de la acción suicida*

Fuente: Propia

Las clasificaciones de la conducta suicida, pueden ser variadas de acuerdo al paradigma desde el cual se analice, de igual forma se pueden clasificar a partir de las diferentes cualidades que la explican, tales como intensidad, rasgos psicopatológicos, técnicas utilizadas, número de personas implicadas, dinámicas motivacionales, entre otras.

De este modo de acuerdo con Bobes Garcia, Diaz Suarez, Busoño Garcia, & Saiz Martinez, (2004) desde un enfoque clínico, se puede mencionar el aporte realizado por Rojas (1984), en el cual clasifica la conducta suicida según su etiología en psicótica, neurótica, social, y filosófica. Desde el aspecto motivacional, se propone el impulsivo, obsesivo, fóbico obsesivo - reflexivo e histriónico mientras que con respecto al número de personas implicadas, se ofrece la tipología individual, doble, ampliado y colectivo.

Teorías y Modelos Explicativos

En la literatura científica, se han propuesto diferentes teorías y modelos explicativos que permiten entender los múltiples factores etiológicos de la conducta suicida, a continuación se presentarán algunas de ellas:

Teorías biológicas

Uno de los hallazgos en los que se han focalizado las investigaciones biológicas sobre las causas de la conducta suicida ha sido el rol particular de la serotonina (5-HT), neurotransmisor encargado de inhibir la impulsividad y es modulador de la conducta, ya que en muchas de estas, se ha establecido la asociación entre las alteraciones del funcionamiento serotoninérgico y la conducta suicida (Villalobos, 2009).

Según Mann, (1999) citado por (González, Oliveros, Morales, & Bojacá, 2011) la disminución de la serotonina en la corteza prefrontal implica una mayor impulsividad y agresividad, lo que se relaciona con los estudios con imágenes que confirman la asociación entre la alteración del sistema serotoninérgico y la conducta suicida.

Adicional a lo anterior, Cortet citado por (Legido, 2012) ha analizado el gen implicado en la codificación de la enzima que sintetiza la serotonina (tryptophanhydroxylase, TPH), el gen responsable de la síntesis del transportador de serotonina (5-HTT) y el gen encargado de codificar la enzima responsable de la degradación de la serotonina (Monoamine oxidase A, MAOA) y ha concluido que todos ellos participan en la predisposición de la conducta suicida.

Así, el TPH1 se asocia con la conducta suicida en general, el 5-HTT se relaciona con violencia e intentos de suicidio repetidos y la MAOA se asocia con un cambio en el fenotipo suicida que lleva a actuar de forma violenta.

Modelo clínico-bioquímico de cuatro vías

Este modelo desarrollado por Fawcett citado por (Legido, 2012) plantea que el suicidio emerge de un estado de desesperanza y desolación, que a su vez es motivado por el deseo de escape, de tal manera que la desesperanza constituye una dimensión cercana a la depresión, mientras que la desolación se asocia a la ansiedad.

Teniendo en cuenta un estudio prospectivo, éste autor plantea que la conducta suicida está determinada por dos tipos de factores de riesgo en virtud de la duración de su acción, unos de carácter agudo o a corto plazo (horas, días, semanas, meses, hasta un año) y otros de carácter crónico o a largo plazo (más de un año desde la exposición). Así, los factores de riesgo como el grado de ansiedad, anhedonia, insomnio, falta de concentración, presencia de crisis de pánico o el

abuso moderado de alcohol se relacionan con el suicidio a corto plazo, mientras que factores de riesgo típicos como ideación suicida, intentos previos, grado de desesperanza, o abuso de sustancias, se relacionan significativamente con el suicidio a largo plazo (Legido, 2012).

Modelo estrés-diátesis del suicidio

El término diátesis se emplea para referirse a la predisposición que tienen ciertas personas para contraer una determinada enfermedad. (Gutiérrez, Contreras, & Orozco, 2006). El modelo estrés-diátesis de Mann, es el modelo neurobiológico más citado en la literatura científica sobre la etiología de la conducta suicida. Este autor propone que la conducta suicida es la resultante de la interacción entre el estrés ambiental y la predisposición y vulnerabilidad a dicha conducta, es decir la diátesis (Legido, 2012).

Así mismo, sostiene la hipótesis de una transmisión familiar, quizá genética, de cierta propensión a externalizar la agresividad y una tendencia a tener conductas suicidas. De esta manera, el riesgo suicida no está únicamente determinado por la posibilidad hereditaria de cierta enfermedad psiquiátrica sino, también, por la tendencia a experimentar una mayor ideación suicida y una tendencia a actuar de manera impulsiva y, como consecuencia, una potencialidad a cometer un acto suicida (Aranguren, 2009).

Es importante resaltar que el aspecto genético es ineludible, quienes intentan o logran suicidarse tienen una historia familiar de actos suicidas, de manera comparable a la predisposición para desarrollar otros trastornos como la enfermedad bipolar o la esquizofrenia. En diversos estudios realizados se ha encontrado que la tasa de concordancia entre el suicidio y los intentos suicidas son mayores entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos y el suicidio es frecuente en niños adoptados provenientes de padres biológicos que cometieron suicidio, a pesar de las diferencias en el ambiente familiar (Gutiérrez, Contreras, & Orozco, 2006).

Para concluir, el autor de este modelo afirma que para consumar una conducta suicida requiere una aproximación multidimensional que comprometa lo biológico, lo clínico e índices neuropsicológicos (González, Oliveros, Morales, & Bojacá, 2011).

Modelo del suicidio como proceso

Éste modelo se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos suicidas, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas, las conductas suicidas sin resultado de muerte y el suicidio consumado (Gutiérrez, Contreras, & Orozco, 2006). Lo apropiado, es identificar aquellas conductas de riesgo, evaluar el potencial suicida de cada sujeto y prevenir un desenlace evitable (Aranguren, 2009).

Por otro lado, se han descrito tres características dependientes de rasgo, a) pensamientos de derrota; b) percepciones de "imposibilidad de escapatoria", asociadas a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para resolver problemas; y c) percepción de "imposibilidad de rescate", relacionadas a desesperanza, es decir, el abandono de los intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas (Gutiérrez, Contreras, & Orozco, 2006).

Modelo Neurocognitivo Operativo

Este modelo está centrado en la exploración de los déficit en procesos cognitivos de la conducta suicida y las bases neuroanatómicas de las mismas. Jollant citado por (Legido, 2012) plantea un modelo basado en hallazgos neuropsicológicos en sujetos con intentos de suicidio, en los que se evidencia déficit en toma de decisiones, disminución de habilidades en resolución de problemas y elevada atención selectiva hacia estímulos emocionales negativos. A su vez, resalta la importancia de áreas neuroanatómicas implicadas en la conducta suicida, como son el área orbital ventrolateral, córtex prefrontal dorsomedial y dorsolateral, el giro cingulado anterior, la amígdala y la interacción entre las mismas.

En conclusión, este modelo propone que la existencia de déficit neurocognitivo, unido a características de rasgo, pueden facilitar el desarrollo de conductas suicidas durante circunstancias ambientales estresantes (Villalobos, 2009).

Modelo de Schotte y Clum

Estos autores proponen que las habilidades de solución de problemas interpersonales median la relación existente entre estrés y desesperanza, la cual es a su vez, predictora de la ideación y conducta suicida. De esta manera, una persona con deficientes habilidades de solución de problemas, podría sentirse abrumada a medida que los estresores aumentan, lo que conlleva a la desesperanza, y si estas condiciones no se modifican de manera positiva, puede desencadenarse una depresión y finalmente, la conducta suicida. Por el contrario, un sujeto que tenga adecuadas estrategias de afrontamiento y mejores habilidades de solución de problemas, podría generar alternativas productivas, minimizando la desesperanza y todo el proceso que conllevaría al riesgo suicida (Villalobos, 2009).

Epidemiología de la conducta suicida.

Durkheim, (1897) en su libro – el suicidio – hace un recorrido histórico acerca de la mortalidad del suicidio en las sociedades, encontrando que las tasas son más o menos constantes en un periodo de tiempo y que las variaciones obedecen a determinadas y específicas situaciones culturales. (Montalbán, 1998) refiere que Bayet en 1992 (citado por Diekstra, 1990) afirma que *“los suicidios correlacionan fuertemente con el ciclo vital de las culturas y sociedades, siendo más frecuentes en momentos de máximo poder y desarrollo”*.

Los teóricos hacen énfasis en la importancia del estudio de las conductas suicidas en relación a las estadísticas de homicidio, ya que generalmente las primeras superan las segundas en número de casos. De acuerdo con la (OMS) Organización Mundial de la Salud, (2012) anualmente *“se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad “global” de 16 por 100.000, o una muerte cada 40 segundos”*. Por lo cual, el suicidio es considerado como un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte. La Organización Panamericana de la Salud, (2014) refiere que las tasas de suicidio en América Latina han sido inferiores al promedio mundial, aun cuando han descrito dichas cifras como irregulares frente a los datos aportados por los países de Europa.

Sin embargo, *“en Colombia, el suicidio ocupó el tercer lugar (...) su tendencia ha sido hacia el aumento con una tasa que pasó de 3,84 en 2013 a 3,94 en 2014”*. Así mismo, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014) sostiene que en Colombia el suicidio es

la cuarta forma de violencia con una tasa de mortalidad para el año 2013 de 3,84 por cada 100.000 habitantes, encontrando que por cada mujer que se quita la vida, lo hacen también cinco hombres. Durante el año 2014, el Instituto Nacional de Medicina Legal registró 1.878 casos por suicidio en Colombia, mientras que en el 2015 se registraron 2.068 casos, lo que corresponde a un 10% más que el año anterior, aunque de acuerdo con datos estadísticos, cabe destacar que en Bogotá, no se registró la mayor prevalencia de suicidios de la población colombiana, con respecto a otros departamentos del país. (Forensis, 2015).

Exponiendo las discusiones de Forensis (2015), una de las debilidades presentes en los estudios epidemiológicos centrados en el suicidio, es que se trabaja con información cuantitativa, de datos cerrados y de variables reducidas, que se encuentran limitadas de datos sociodemográficos, familiares, laborales, sociológicos, que faciliten el análisis del presente fenómeno, teniendo en cuenta que para evaluar el riesgo suicida, es necesario considerar las facetas de la vida personal, familiar, escolar, laboral y social, además de las condiciones del contexto geográfico, así como factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales.

Con respecto a las tentativas de suicidio (Montalbán, 1998) refiere que no existen estadísticas oficiales, ya que los datos provienen de estudios específicos de centros de atención en salud. Sin embargo, a diferencia de la mortalidad por suicidio, en la tentativa este autor encuentra que los estudios arrojan una incidencia en las mujeres superior a la de los varones e indican que es más frecuente en los jóvenes que en los adultos. Desde éste punto de vista (Montalbán, 1998) identifica que la tentativa de suicidio es el principal predictor del suicidio consumado, estimándose que entre el 10% y 15% de personas que ejecutan una tentativa; terminan consumando el suicidio y su riesgo es mayor durante el primer año posterior a esta.

Citando a Diekstra, 1993, (Montalbán, 1998) señala que los suicidas y parasuicidas se diferencian en que los primeros presentan con mayor frecuencia trastornos psiquiátricos o de la personalidad. Sin embargo, en ambas poblaciones intervienen factores socioculturales que pueden influir en la ejecución en cuanto a grado y duración, estableciéndose unas acciones jerárquicas para la realización que pueden variar de acuerdo a elementos como el acceso a información y modelos culturales.

Factores de riesgo

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2016) un factor de riesgo se define como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Teniendo en cuenta esta referencia, Negredo (2003), señala que las causas del suicidio pueden ser muy complejas, sin embargo, coexisten situaciones estresógenas que pueden hacer de algunas personas más vulnerables al suicidio cuando tienen que enfrentarse a estas, representando un reto a nivel de prevención, la identificación de personas y situaciones con mayor susceptibilidad a ser vulnerables.

Se hace incuestionable el hecho de que el suicidio no es un comportamiento por sí mismo único y específico, sino un conjunto de conductas que emite una persona, en mayor o menor grado de intencionalidad, cuya causalidad se origina en la confluencia de factores variados. Su delimitación proporciona datos significativos en la comprensión tanto del fenómeno suicida como de las estrategias necesarias para su prevención, evaluación e intervención.

Son muchas las variables que intervienen en el comportamiento suicida e incluyen factores genéticos y biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales. Blumenthal y Kupfer, (1986) expuestos por Montalbán, (1998) proponen un modelo explicativo de la conducta suicida, en el cual esta se interpreta con base a la interacción de múltiples factores que se agrupan en 5 grandes dimensiones y que finalmente establecen la vulnerabilidad: **1)** factores biológicos, **2)** rasgos de personalidad, **3)** trastornos psiquiátricos, **4)** factores familiares y genéticos y **5)** factores psicosociales, entre los cuales se incluyen acontecimientos vitales, factores ambientales y enfermedades médicas. También reconoce la apreciación de otros teóricos quienes por su parte establecen como causalidad la confluencia de 4 grandes dimensiones: **1)** trastornos psiquiátricos, **2)** factores biológicos, **3)** factores familiares y **4)** factores situacionales.

Por otro lado la GPC (Guía de Práctica Clínica) de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida de España, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012), realiza la clasificación de los factores de riesgo como **los modificables**: en relación a factores sociales, psicológicos y psicopatológicos los cuales pueden ser modificados clínicamente y entre los que se encuentran los trastornos mentales, trastornos de personalidad, afectivos y de ansiedad así como el abuso de sustancias, dimensiones psicológicas y salud física. **Los inmodificables**: asociados directamente a la persona y al grupo social al que pertenece caracterizados por rangos amplios de

tiempo y cuya modificación es ajena al campo clínico; como lo son de tipo psicosocial y entre los cuales incluye heredabilidad, sexo, edad, estado civil, situación laboral y económica, creencias religiosas, apoyo social y conducta suicida previa.

De igual forma, esta GPC, realiza una distinción de los factores asociados a la conducta suicida en el siguiente orden: **1. Factores individuales** (trastornos mentales, factores psicológicos, intentos previos de suicidio, edad, género, factores genéticos y biológicos, enfermedad física o discapacidad) **2. Factores familiares y contextuales** (historia familiar previa de suicidio, eventos vitales estresantes, factores socio-familiares y ambientales como red de apoyo, nivel socio-económico, educativo y laboral etnia y religión. Exposición y **3. Otros factores** como antecedentes de maltrato y/o abuso sexual, orientación sexual, acoso por parte de pares y fácil acceso a armas /tóxicos / medicamentos).

Desde otra perspectiva (Bobes García, Díaz Suárez, Busoño García, & Saiz Martínez, 2004) encuentra pertinente la clasificación realizada por Beautrais, (2000) en la cual se argumenta el suicidio y la tentativa de suicidio con base a la siguiente clasificación de factores de riesgo. **3. Factores genéticos y biológicos.** Algunos estudios señalaron la predisposición genética a experimentar enfermedades psiquiátricas que enmarcan tendencias suicidas. Estas investigaciones se enfocan en los procesos neurobiológicos de las alteraciones en el sistema serotoninérgico presentes en los trastornos del ánimo y en el comportamiento suicida, por lo cual tiene en cuenta tanto factores ambientales como la morbilidad psiquiátrica.

4. Factores sociales y sociodemográficos. Se refiere a elementos como edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, raza, nivel socioeconómico y logros educacionales.

5. Factores relacionados con características familiares y experiencia en la infancia. Se ha identificado que la disfunción familiar puede aportar a la conducta suicida, situaciones como divorcio parental, antecedentes familiares de suicidio o tentativa, abuso de sustancias y/o presencia de enfermedad mental, psicopatología parental, relaciones familiares y parentales conflictivas, experiencias de maltrato y abuso, comportamientos parentales mal adaptados, como abandono, débiles pautas de crianza, excesiva sobreprotección o ausencia de límites entre otras.

6. Factores de rasgos de personalidad y estilos cognitivos. de acuerdo con (Bobes García, Díaz Suárez, Busoño García, & Saiz Martínez, 2004), estudios como los de Brent DA & colaboradores,

(2001), Marttunn M (1991), Robert W, (2000), Diesktra (1995) entre otros; han relacionado rasgos cognitivos y de la personalidad con la conducta suicida destacando entre otros, la baja autoestima, falta de control, introversión, neurotismo, impulsividad, imprudencia, agresión y violencia, estados y rasgos de ansiedad e ira, inadecuación social, disminución de las habilidades cognitivas para medir consecuencias.

Por otro lado (Montalbán, 1998) amplía los factores demográficos, ya que adicional a la edad, sexo, raza, nivel socioeconómico y nivel cultural tiene en cuenta otros factores económicos y sociales como las guerras, crisis económicas, régimen político, servicio militar y la prisión. El ingresar a prisión implica la modificación drástica de estilo de vida, así como aumenta la exigencia de adaptación de un nuevo medio con especificidades y cohibiciones propias; por lo cual se genera una mayor tendencia a emitir conductas suicidas, haciéndose necesario tener en cuenta que en población privada de libertad (PPL), existe prevalencia de psicopatología y trastornos de la personalidad en relación a la población general, Bonner, (1992).

Este último componente enmarca la intensión de la presente investigación. Por lo tanto se hace necesario delimitar los factores de riesgo propios que implican la población privada de la libertad, pertinentes para el objetivo de este estudio.

En análisis previos Negrodo López, Melis Pont, & Herrero Mejas, (2010) en un amplio estudio del ministerio del interior y la secretaria general de instituciones penitenciarias de España, identifican factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave permitiendo enlazar tanto los factores de riesgo propios del suicidio en población general como algunas adiciones propias de la población privada de la libertad.

Sustentándose en estudios de Lohner y Konrad (2007) y Fazel, Cartwright, Norman-Nott y Hawton (2008) Negrodo et al, (2010) clasifican los factores de riesgo de conducta suicida en población privada de la libertad en 3: **1) Factores sociodemográficos:** son tenidos en cuenta en combinación con otros factores para lograr un buen nivel de predicción: edad, sexo, estado civil, relaciones familiares, nivel de estudios, raza, país de condena vs país de origen, red de apoyo social. **2) Factores penitenciarios:** encontrarse en prisión preventiva o en una fase temprana de la condena, tipo de delito, tipo de condena, encarcelamiento previo, faltas disciplinarias, celda de

aislamiento y acoso. **3) Factores psicológicos o psiquiátricos:** Trastornos psicológicos o psiquiátricos, estrategias de afrontamiento, rasgos de personalidad, intentos de suicidio previos o conductas autolesivas previas, trastornos anímicos, Trastornos psicóticos, antecedente de suicidio en su entorno, abuso/dependencia de SPA (sustancias psicoactivas), Trastorno de déficit de atención/hiperactividad, Abuso físico/sexual, Sucesos vitales, Depresión, Desesperanza, Ideación suicida y trastornos de personalidad.

García de Jalón & Peralta (2002) hacen una distinción a otros factores como lo son los factores clínicos caracterizado por Trastornos médicos, Trastornos mentales, Trastornos de ansiedad, Trastornos de personalidad, Abuso a las sustancias, Trastornos adaptativos, Trastornos afectivos, Conducta suicida previa.

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida de España del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012), la OMS sugiere realizar un cribado de riesgo suicida para el ingreso de los centros penitenciarios, de preferencia bajo la responsabilidad de personal sanitario calificado o en defecto por funcionarios de la prisión entrenados para tal fin, con el propósito de realizar un proceso de observación, post-ingreso y su respectivo seguimiento.

Los instrumentos de evaluación utilizados en el proceso de cribado deben contar con variables demográficas y situacionales personales. La información recogida deberá quedar registrada en un historial, comunicada al personal de la prisión concerniente y seguidamente al profesional de la salud mental, para proceder a una evaluación del individuo, teniendo en cuenta la observación post-ingreso, para mantener alerta los factores de riesgo suicida que se puedan presentar; posteriormente el seguimiento debe establecerse bajo la supervisión e intervención de un profesional de la salud mental.

Para la evaluación de la población reclusa con riesgo suicida, la OMS y la GPC sugieren la aplicación de los siguientes instrumentos, **StandardsfortheReporting of DiagnosticAccuracy (STARD)**, es una guía clínica que detecta la presencia de deterioro mental o comportamental, está diseñada para ser utilizada con adultos tanto privados de libertad como en la comunidad; **MassachusettsYouthScreeningInstrument Versión 2 (MAYASI-2)**, mide trastornos mentales

graves, emocionales y del comportamiento en jóvenes reclusos; **Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment (SCOPE)**, escala autoaplicada, evalúa apoyo social, estrategias de solución de problema, y optimismo; **Suicide Checklist (SCL)**, escala heteroaplicada, valora sentimientos de minusvalía, hostilidad, desesperanza, e ideación suicida; **Suicide Potential Scale**, es una escala autoaplicada, mide pérdidas afectivas recientes, problemas actuales, influencia de SPA, signos de depresión, plan suicida e intentos previos.

La situación de privación de la libertad estadísticamente representa un mayor riesgo de suicidio con respecto a la población general, estableciéndose de ésta manera como la causa de muerte más frecuente en las instituciones penitenciarias. El factor de privación de libertad, representa en cualquier escenario mundial, una causa que multiplica la tasa de suicidio, según refiere el informe del Consejo de Europa para el año 2004, en el que se reportan 88 suicidios por cada 100.000 habitantes.

En Colombia el suicidio en PPL es un fenómeno que amerita particular atención, teniendo en cuenta las cifras encontradas en los últimos años cuya tendencia ha venido en aumento; un ejemplo que se puede evidenciar entre el año 2008 y 2010, en los que se halló un promedio de 11 muertes anuales por causa de suicidio, representado durante la última década el 11% de las muertes en los centros penitenciarios.

En la actualidad, los estudios con base en la problemática señalada, muestran importantes limitantes, dada la escasez de información y de investigaciones previas en población específica privada de libertad, teniendo en cuenta condiciones propias del contexto como el aislamiento, restricciones, violencia, amenazas, entre otras. Adicionalmente, se presentan los diferentes grupos de reclusos mezclados, conviviendo juntos en los mismos centros, lo que difícilmente ha permitido la clasificación y diferenciación de los factores de riesgos de acuerdo a las condiciones carcelarias específicas, (Negredo et al, 2010).

Ahora bien, siendo el carácter del estudio, Negredo, et al (2010) referencia autores como Snow, Paton, Oram y Teers, (2002) quienes encuentran que la población privada de libertad tiene un mayor riesgo suicida que la población general. Así mismo la OMS (2000), señala que el suicidio representa el tipo de muerte más común que se halla en los centros penitenciarios,

información que apoya igualmente Mc Kee (1998) indicando que ésta población cuenta con una tasa de suicidio que supera de los 11 a 14 puntos respecto a la población general.

De acuerdo con la Procuraduría General de la Nación (2004), señalan que las personas privadas de la libertad resultan particularmente vulnerables a enfermedades, dado que la vida en prisión es, en sí misma, un factor de riesgo sobre el disfrute de la salud. Así mismo, se ha constatado la ausencia de políticas de salud mental, ausencia de programas estructurados de intervención para las personas reclusas, además de una deficitaria atención psiquiátrica y psicológica especializada, para atender a ésta población especial propensa al suicidio.

En Colombia existen estudios como los de J Ruiz, I Gómez, et al (2002) quienes hicieron una descripción de la presencia de indicadores de riesgo de suicidio y su asociación con variables relevantes con la experiencia del encarcelamiento. La muestra, estuvo compuesta de 416 sujetos internos, de ellos 90 mujeres, reclusos en cinco centros penales de Bogotá; en este análisis, encontraron que el riesgo de conducta suicida es 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.

Mojica, D Sáenz & C Rey (2009) se enfocan en estados afectivos como la depresión en dicha población, mediante un diseño descriptivo comparativo y correlacional, encuentran que el 20% de la población presenta riesgo suicida, con niveles moderados y altos de desesperanza y de depresión, por lo cual, existe una correlación positiva entre el riesgo suicida y estas dos variables.

J Andrade, L Bonilla & Z Isazar (2010) identificaron factores protectores de la ideación suicida en 50 mujeres de una cárcel de Quindío mediante un modelo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, en el cual encontraron que toda la población contaba con factores protectores, destacándose supervivencia y afrontamiento con un 20%, responsabilidad con la familia (19%), preocupación por los hijos (19%), objeciones morales (18%), miedo al suicidio (12%), y miedo a la desaprobación social (12%), también se tienen en cuenta el aprovechamiento ocupacional y red de apoyo.

Por otro lado, Malaver (2010) busca establecer diferencias en el riesgo de conductas suicidas con base al género encontrando que no existen diferencias de género en cuanto el ajuste general a la prisión, aunque si se encontraron diferencias significativas respecto a tres estresores

valorados diferencialmente por hombres y mujeres. En cuanto a riesgo de suicidio, se hallaron diferencias en el segundo bloque de la Escala de Riesgo de Suicidio en Prisión, presentándose una media mayor para las mujeres que para los hombres en cuanto a los puntajes de riesgo de suicidio.

En una cárcel de Quindío se establece relación entre riesgo suicida y depresión. O Medina, D Cardona & S Arcila, encontraron que más del 75% de los internos presentan riesgo suicida moderado o alto; el 56% reporta sintomatología depresiva grave y moderada. Se halló importante correlación entre estas dos variables.

Larrotta, Luzardo, Vargas, & Rangel (2014) por su parte pretendió identificar las características del comportamiento suicida en las cárceles de Colombia, analizando cuáles de las variables de tiempo, modo y lugar, propias del contexto penitenciario y carcelario, que aparecen con mayor frecuencia en 60 internos que se vieron involucrados con pensamientos de suicidio, intento de suicidio y suicidio consumado. Ahora bien, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia (INPEC) destacó estadísticamente la relación existente entre el tipo de conducta suicida y el género, en contraste con el método utilizado, el lugar del acontecimiento y el tipo de conducta suicida en las cárceles y penitenciarías adscritas. De igual manera identificó que la etapa inicial del encarcelamiento, corresponde al lapso de mayor riesgo (uno a cinco meses) en la aparición del intento suicida (41,7 %).

L Rubio, D Cardona, et al., (2014), tenían por objetivo caracterizar el riesgo suicida en población carcelaria masculina del Tolima, encontrando que el 16,4% de la población presenta un riesgo suicida alto. El 22,2% de los que habían hecho intentos previos de suicidio presentaron un riesgo alto, frente al 15,9% de los que no lo habían hecho. Al revisar el riesgo y la escolaridad, se halló que el nivel de riesgo disminuye al aumentar el nivel educativo; igual situación se encuentra entre los que tienen pareja e hijos, convirtiéndose estas tres variables en posibles factores protectores. Se encontraron niveles de ideación suicida superiores a los hallados en población general. También se identifica una relación directa entre la red social y familiar y la protección frente al riesgo suicida.

Otros autores como M. Jaramillo, C. Vallejo, et al, (2015), analizan componentes como ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia

(Colombia) encontrando que el 14,9% presentó ideación suicida alta. Al analizar la distribución de la ideación suicida alta en las variables estudiadas, se encontró que los porcentajes más altos se presentaron en los que tenían intento previo (61,1%), quienes presentaban antecedentes de violencia intrafamiliar en el hogar (50,0%), aquellos que no tenían escolaridad (33,3%), los que tenían antecedentes familiares de suicidio (28,6%) y los que no tenían definida la condena (22,9%).

Finalmente, S. Cañón, J. Castaño, et al., (2016) analizaron los factores de riesgo suicida en reclusas de una cárcel de Caldas, encontrando riesgo en el 11.5% de la población. Se identifican al igual que en estudios anteriores factores como, aislamiento, red de apoyo familiar, intentos suicidas, consumo de SPA.

No obstante, no se hallan estudios recientes que analicen dichos factores en población privada de libertad en cárceles de Bogotá, por lo cual llevado a la problemática planteada, resulta un reto y una necesidad para las instituciones penitenciarias determinar los factores de riesgo predisponentes para la conducta suicida en dicha población; teniendo en cuenta variable sociodemográficas, la diversidad y orientación sexual, centro penitenciario, motivo de ingreso a prisión, tiempo de permanencia, condiciones de salud física y mental, entre otras que pudieran considerarse relevantes, para determinar los factores de riesgo de la conducta suicida de la población privada de libertad (Forensis, 2015).

Ansiedad y riesgo suicida en PPL

Como resalta Ghosh y Víctor (1996) en personas Privadas de la libertad se puede evidenciar que uno de los factores de riesgo suicida es la desesperanza, esta puede estar presente en algunos trastornos de ansiedad, esto principalmente se debe a la desesperanza por un cambio con la convicción de que la vida es imposible sin que se dé determinado cambio (Negredo, et al, 2010).

Se deben tener en cuenta la existencia de la historia familiar en trastornos psiquiátricos (trastornos depresivos o bipolares, esquizofrenia, trastornos de ansiedad y/o alcoholismo), esto debido a que pueden jugar un papel importante como factor de riesgo del comportamiento suicida. Dentro de los factores de riesgo suicida psicológicos/psiquiátricos se hace una identificación de la ansiedad o agitación (Negredo et al, 2010).

Ghosh y Víctor (1996) mencionan la atención que se debe tener sobre los síntomas de ansiedad como posibles desencadenantes que marcan el riesgo suicida a corto plazo, más marcado en personas que presentan trastorno de pánico en el cual el riesgo puede aumentar en un 25%. La mayoría de intentos suicidas en estos casos está permeado por la incapacidad de hacer amigos, deseo de proyectar a los demás sentimiento de culpabilidad en la cual sienten que viven una condición insostenible junto a la necesidad manifiesta que expresan de ser ayudados. (Negredo, et al, 2010).

Respecto a la autolesión, se evidencia que provoca una disminución de los niveles de ansiedad y de la angustia que precede. En estudios realizados con PPL se puede observar como el apoyo social en personas con trastornos de ansiedad es generalmente bajo, además se analizan casos de trastornos conductuales y consumo de sustancias psicoactivas y algunos otros problemas emocionales. También se encuentra que los problemas de ansiedad e impulsividad se encuentran más frecuentemente en individuos antisociales que en su mayoría son hombres. (Negredo, et al, 2010).

Para la presente investigación de acuerdo a la revisión bibliográfica y fundamentos teóricos anteriormente mencionados, se tendrán en cuenta 4 dimensiones que abarcan los diferentes factores de riesgo suicida presentes en población privada de la libertad.

4. Factores psicosociales y demográficos. Integran todas aquellas características propias del individuo y su relación con el contexto (edad, sexo, raza, estado civil nivel académico, nivel socioeconómico, religión);
5. Biológicos, psicológicos y psiquiátricos. Corresponde a aquellas características tanto inmodificables como las relativas a bases genéticas (heredabilidad), como aquellas modificables relacionadas con procesos cognitivos (rasgos de personalidad, estilos cognitivos), así como las relacionadas con la presencia de trastornos mentales y desajustes;
6. Familiares y de desarrollo. Esta dimensión abarca todo lo correspondiente a la historia de vida del individuo y el impacto en sus respuestas. (psicopatología parental, antecedentes familiares de suicidio, historia de consumo de SPA en la familia, abuso sexual y/o maltrato en la infancia, intentos previos de suicidio);
7. Penitenciarios y forenses. Se fundamenta en aquellas características propias del entorno penitenciario que influyen en las conductas suicidas (fase de condena, tipo de delito, tipo de condena, encarcelamiento previo, faltas disciplinarias, aislamiento y acoso).

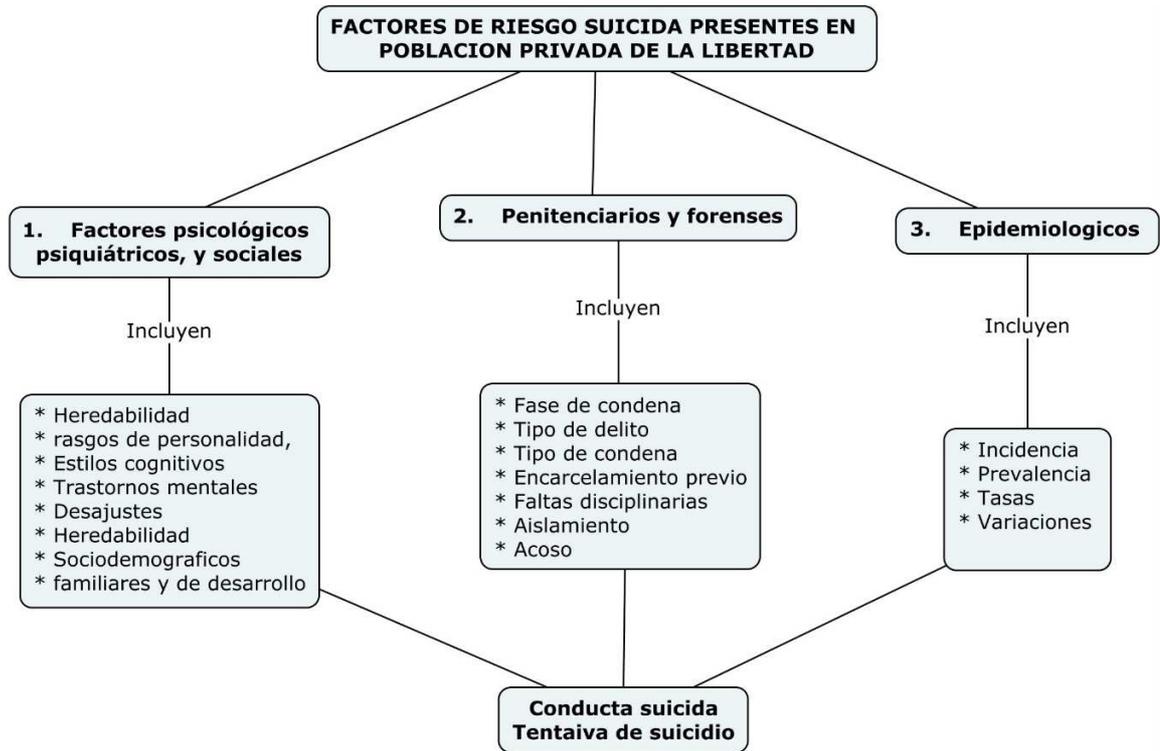


Tabla 2. *Factores de riesgo de conducta suicida en población PPL*

Fuente: Propia

ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

El instrumento de factores de riesgo suicida en población privada de la libertad está compuesto por veintidós (22) ítems con respuesta dicotómica de Si o No. La conformación de la prueba se llevó a cabo por medio de una tabla de especificaciones (ANEXO 2) en la cual se muestra la distribución de los ítems y el cruce con las dimensiones de riesgo suicida: disfunción familiar, antecedentes de suicidio, antecedentes psiquiátricos, apoyo social, consumo de SPA y factores penitenciarios y forenses..

NORMAS DE APLICACIÓN

Para la aplicación de este instrumento deberán cumplirse los requisitos habituales para la aplicación del mismo. Esto hace referencia a que el investigador deberá preparar el material previamente, contar con una sala en donde el individuo goce de completa tranquilidad a la hora de responder el cuestionario. Se recomienda preparar junto con la prueba una hoja en blanco extra y un bolígrafo preferiblemente de tinta negra. Conviene también hacer algún tipo de motivación previa a la presentación del test para asegurar la tranquilidad del individuo al responderlo.

Inicialmente se dará al sujeto, o sujetos, una pequeña explicación respecto a cómo llenar los datos en la prueba. Posteriormente se darán instrucciones precisas de solo marcar una de las dos opciones en cada respuesta después de leer cuidadosamente cada uno de los ítems.

Debido a que se trata de una prueba corta con respuestas dicotómicas, sí y no, no exigirá demasiado esfuerzo del individuo.

La presente prueba es autoaplicada, por lo cual se le deberá entregar a cada sujeto el cuestionario y un lapicero con el fin que marque una equis (x) sobre la columna que indique SI ó No.

NORMAS DE CORRECCIÓN Y PUNTUACIÓN

La corrección se hará de forma manual verificando que en cada ítem solo esté marcada una respuesta: SÍ o NÓ. Posteriormente se procederá a otorgar la puntuación a cada respuesta que será de (1) uno en caso de que el individuo haya marcado SÍ y (0) cero si por el contrario marcó NÓ.

Para obtener la puntuación total se deberá hacer la sumatoria de las puntuaciones otorgadas. En caso de que la puntuación total sea mayor o igual a 1 significará que el individuo se encuentra en algún grado de riesgo y se deberá dar alarma e iniciar un proceso de intervención en los ítems que haya marcado con SÍ. En el caso de los ítems 3, 9, 12, 18, 19 y 20, la respuesta marcada con NO, representarán el factor de riesgo, lo cual deberá calificarse un punto por cada una. Cuando la puntuación obtenida sea cero (0) significará que el individuo, al momento de la aplicación no presenta riesgo evidente o no lo quiso manifestar. En todo caso se recomienda contrastar con otros aspectos de la evaluación clínica y realizar seguimiento permanente.

Para determinar en qué área se presenta el factor de riesgo será necesario contrastar las preguntas puntuadas con SÍ o NO según corresponda, dentro de la tabla de especificaciones y de ese modo saber en qué área centrar la intervención, sin ignorar las demás.

