

**Trabajo de grado**

**Diferencias de género sobre riesgo de suicidio en población reclusa Colombiana**

**Presentado por**

**Ivonne Magaly Malaver Pérez**

**Para optar al título de**

**PSICÓLOGA**

**Universidad Nacional de Colombia**

**Facultad de Ciencias Humanas**

**Departamento de Psicología**

**2010**

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por contribuir en el logro de este objetivo,  
A mis hermanos por estar presentes y acompañarme en este proceso,  
A mis amigos de universidad por compartir conmigo grandes momentos  
Al profesor José Ignacio Ruiz por fortalecer mi formación profesional  
Y finalmente agradezco a Christian por su apoyo incondicional que  
Se constituyo en el pilar fundamental para lograr esta gran meta.

Lista de contenidos

Resumen.....	5
OBJETIVOS.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
MÉTODO.....	24
Diseño.....	24
Participantes.....	24
Variables.....	24
Instrumentos.....	25
Procedimiento.....	26
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES.....	36
Referencias.....	37
ANEXOS.....	41
Anexo I <i>Escala de Estresores Cotidianos en Prisión. (EECP)</i> .....	41
Anexo II <i>Escala de Riesgo de Suicidio en Prisión. (ERSP)</i> .....	42

Lista de tablas

Tabla 1 <i>Comparación de género por porcentajes de los tres delitos principales.....</i>	27
Tabla 2. <i>Medias y Desviaciones Estándar por grupo para EECP...--.....</i>	28
Tabla 3. <i>Medias por ítem de la EECP según grupo.....</i>	29
Tabla 4. <i>Media y Desviaciones Estándar por grupo para ERSP.....</i>	30
Tabla 5. <i>Porcentajes de respuestas afirmativas por grupos para ERSP.....</i>	30
Tabla 6. <i>Porcentaje de respuestas del índice de riesgo de suicidio por grupo.....</i>	31
Tabla 7. <i>Porcentajes de respuestas afirmativas al segundo bloque ERSP por situación jurídica.....</i>	32

## Diferencias de género sobre riesgo de suicidio en población reclusa Colombiana

-----

### Gender differences about risk of suicide in Colombian prisoner population

Ivonne Magaly Malaver Pérez<sup>1</sup>

Universidad Nacional de Colombia

**Resumen:** La literatura científica reporta hallazgos consistentes respecto a las diferencias de género existentes entre las tasas de suicidio consumado y las tasas de intentos de suicidio a nivel mundial (González, Rodríguez, Aristizábal, García, Palacio, & López, 2010), resultados que se confirman también en el contexto carcelario, con una mayor incidencia de suicidio consumado para los hombres y una incidencia de las mujeres en las tasas de intentos de suicidio. Por lo cual, en el presente estudio se aplicó la Escala de Riesgo de Suicidio en Prisión (Ruiz, 2004, sobre el trabajo de Arboleda-Flórez y Holley, 1989) y la Escala de Estresores Cotidianos en Prisión (Ruiz, 2004) a 200 internos e internas de establecimientos carcelarios de la ciudad de Bogotá, buscando determinar si existen diferencias de género en dicha población en cuanto al riesgo de suicidio y al tipo de estresores cotidianos en prisión que consideran de más difícil ajuste.

Los resultados obtenidos permiten determinar 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.

**Palabras clave:** comportamiento suicida, riesgo de suicidio, género, prisión y factores de riesgo.

---

<sup>1</sup> Código: 454353, Correspondencia: [immalaverp@unal.edu.co](mailto:immalaverp@unal.edu.co)

**Abstract:** The scientific literature reports consistent findings regarding gender differences in rates of suicide and attempted suicide rates worldwide (González, Rodríguez, Aristizábal, García, Palacio, & López, 2010) this results are also confirmed in the context prison, with a higher incidence of suicide for men and women in incidence rates of suicide attempts. Therefore, in this study, a Suicide Risk Scale in Prison (Ruiz, 2004, on the work of Holley and Arboleda-Flórez, 1989) and the Scale of daily stressors in Prison (Ruiz, 2004) were aplicated to 200 male and female inmates of prisons in the city of Bogota, seeking to determine whether there are gender differences in this population in the risk of suicide and the type of daily stressors in prison considered more difficult adjustment.

The results indicated that there are no gender differences in overall adjustment to prison, although significant differences were found for three stressors differentially valued by men and women. In risk of suicide was found between the second block of the Suicide Risk Scale in Prison, appearing half higher for women than for men in terms of suicide risk scores.

**Key words:** suicidal behavior, risk of suicide, gender, prison and risk factors.

## **OBJETIVOS**

Los objetivos del presente trabajo son:

1. Evaluar riesgo de suicidio y estresores cotidianos en población reclusa Colombiana tanto femenina como masculina.
2. Establecer si existen diferencias significativas en cuanto a riesgo de suicidio entre los dos géneros.
3. Determinar si existen diferencias significativas sobre estresores cotidianos en prisión a partir del género.

## INTRODUCCIÓN

Para la exposición conceptual de este trabajo se utilizaron las bases de datos afiliadas a la Universidad Nacional de Colombia PsycArticles, ScienceDirect, Medline, SpringerLink y también se hizo uso del motor de búsqueda Google Académico. Usando como descriptores o palabras claves, suicidio, género, riesgo de suicidio, diferencias de género, prisión y otras como afrontamiento y apoyo social. En cuanto al criterio temporal se utilizó literatura científica de 2008 hasta la fecha, con algunas excepciones de artículos relevantes a la investigación. Respecto al filtro utilizado para la escogencia, se menciona que se seleccionó aquellos artículos que contenían relación directa con el tema de trabajo, es decir, que contenían en el título alguno de los descriptores de búsqueda, pero principalmente se dio prelación a los artículos disponibles con texto completo en las diferentes bases de datos.

El suicidio es y será uno de los comportamientos humanos más controversiales a lo largo de toda la historia, debido a que es una conducta que como señalan Medina, Cardona & Rativa (2009, en Medina, Mendoza, & Muñoz, 2009) se ha presentado en todas las sociedades y en todas las épocas, así como también las diferentes estrategias utilizadas para contrarrestar dicho comportamiento, por ejemplo en la Roma Imperial el suicidio de los esclavos implicaba como castigo la muerte de toda su familia o en el siglo XX la existencia del criterio de que los suicidas eran excluidos de la cristiana sepultura, pasando por prácticas como enterrar al suicida en un cruce de caminos y clavarle una estaca en el corazón o desmembrar el cadáver y echarlo al cauce de un río (Aja Eslava, 2009).

Debido al notorio impacto que el suicidio ha tenido a través del tiempo, diversos planteamientos y estudios se han realizado en la búsqueda por la explicación de dicho comportamiento humano. Sin embargo, es difícil establecer una única definición ya que como lo menciona Medina, Cardona & Rativa (2009, en Medina, Mendoza, & Muñoz, 2009) se ha comprendido como un tema de la moral, la espiritualidad, la filosofía, los procesos inconscientes e incluso de disfunciones biológicas o finalmente mediado por fuerzas del medio ambiente o una combinación de todos.

La palabra suicidio viene del latín, *sui*, que se refiere a sí mismo y *caedere* que significa matar, es decir, significa matarse a sí mismo. Se dice además que la primera persona en utilizar este término fue el físico y filósofo Thomas Browne, en su libro “Religio Medici” de 1642 (World Health Organization, 2002).



En consonancia con lo anterior, Shneidman (2001 en Medina, & Cols. 2009) define el suicidio como el acto humano de causar la cesación de la propia vida, mientras Durkheim, sociólogo francés señala que "... se llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. De manera compatible, la Secretaria de Gobierno Distrital de Bogotá indica que "...el suicidio es el acto de muerte ya consumado e identificando además que existen otras manifestaciones que contienen una intención de muerte y/o autolesión (Aja Eslava, 2009). Finalmente la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, explica el suicidio como "la muerte ocasionada por la lesión auto inflingida informada como intencional" (Pérez-Olmos, & Cols. 2008).

A pesar de la notoria incidencia del suicidio en la historia humana anteriormente mencionada, se debe destacar que este fenómeno es actualmente una realidad mundial, lo cual se hace patente en que en el presente es una de las principales causas de muerte a nivel global (Nock, Borges, Bromet, & Cols. 2008), debido a que como señala la Organización Panamericana de la Salud (2010) las tasas de suicidio han aumentado a escala mundial en los últimos 45 años en un 60 % y por tal razón el suicidio se ha convertido en una de las tres principales causas de muerte evitables para ambos sexos. Además cabe destacar la alta prevalencia de suicidios consumados a nivel mundial del género masculino en comparación con el femenino, evidenciado en una constante de dichos hallazgos en países occidentales y en otros países (González, & Cols. 2010).

Frente a dicha problemática, las cifras Latinoamericanas confirman que el suicidio se constituye en un relevante problema de salud pública en el lugar, especialmente en América Latina y el Caribe, donde en muchos países las tasas siguen en aumento (Organización Panamericana de la Salud 2010) aún a pesar de que como lo advierte Vijayakumar, Nagarag, Pirkis, & Whiteford, (2005, en Organización Panamericana de la Salud, 2010) históricamente, América Latina ha mantenido tasas de suicidio inferiores a las registradas por el promedio mundial. Respecto a las estadísticas mundiales en cuanto a género, la Organización Panamericana de la Salud (2010) evidencia congruentemente que las tasas de suicidio en hombres latinoamericanos siguen siendo superiores a las observadas en las mujeres, y además que representaban más del 79% de todas las muertes por suicidio en esta parte del mundo.

En cuanto a nuestro país como lo indica Ballesteros, (s.f. en Medina, Mendoza, & Muñoz, 2009) Colombia se encuentra dentro de las naciones con tasas medias de suicidio. Sin embargo, es válido destacar que la incidencia de dicho

comportamiento en el país, ha venido en aumento desde 1985 cuando era de 3,5 por 100.000 habitantes al año, hasta 1999 que era de 5 por 100.000 habitantes al año. Posteriormente la incidencia del comportamiento suicida se ha sostenido relativamente estable (Charry, 2007), lo cual concuerda con los datos registrados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009) donde se puede develar la estabilidad de las tasas de incidencia de suicidio desde el año 2005 hasta el año 2009, con una tasa de suicidio de 4,1 por cada 100.000 habitantes en estos últimos 5 años.

Respecto a las cifras de suicidio registradas para el año 2009 por esta misma institución, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses manifiesta la existencia de 1845 suicidios en Colombia, mientras que la Policía Nacional de Colombia da cuenta de 1929 suicidios para el mismo año (Espino, 2010).

En relación con las características propias del fenómeno del suicidio en el país, las conductas suicidas en Colombia se hallan entre los 15 y 25 años y en las personas mayores de 65 años (Aja Eslava, 2009), además es de destacar que, como lo señala Charry (2009) al igual que en la mayoría de los países, en Colombia los suicidios en la población masculina generalmente superan a la femenina, ya que como lo muestra el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, (2009) por cada cuatro hombres que se suicidan, tan sólo una mujer se quita la vida.

Respecto al estado civil de las personas que ejecutaron conductas suicidas se encontró que son en su mayoría personas solteras y en cuanto a los métodos utilizados para llevar a cabo el suicidio se encuentra una evidente reiteración de intoxicación para el caso de las mujeres y asfixia mecánica para los hombres durante el año 2009 en Colombia (Aja Eslava, 2009).

Pero la magnitud de la problemática del suicidio en Colombia está determinada en que hoy por hoy se constituye en la cuarta forma de muerte violenta en el país (Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2009), de manera consistente con dicho planteamiento el boletín estadístico mensual de esta misma institución expone que para julio de 2010, las cifras de suicidio eran de 173 mujeres y 775 hombres para un total de 948 suicidios consumados hasta dicha fecha para este año.

En definitiva es ineludible manifestar como señalan Stein, Tat Chiu, Hwang, & Cols. (2010) que el suicidio es un importante problema de salud pública que resulta en significativas cifras de mortalidad y morbilidad. Teniendo en cuenta que se estima que alrededor de novecientas mil personas mueren por suicidio al año en todo el mundo, con una presencia de las tasas más altas para países de Europa Oriental y las tasas más bajas en algunos países de Asia (Charry, 2007). Sin embargo, es importante

tener en cuenta que a pesar de cifras contundentes de suicidio como las anteriormente mencionadas a nivel mundial, es de público conocimiento que algunos casos de suicidio pueden llegar a ser erróneamente clasificados como muerte por causa indeterminada o como una muerte de causa natural, además en muchos lugares no se informa sobre las lesiones y por lo tanto no se realizan reportes legítimos de la conducta suicida, es decir, que las tasas de suicidio no son realmente conocidas en muchos países (World Health Organization, 2002).

Ahora bien, es de relevancia denotar que la problemática del suicidio es el resultado de la interacción de diferentes factores, genéticos, psicológicos, sociológicos, biológicos, ambientales y culturales (Organización Mundial de la Salud, 2006 en Medina, Mendoza & Muñoz, 2009). Por lo tanto, el comportamiento suicida engloba en su complejidad no sólo diferentes conceptualizaciones sino que además en su estudio deben tenerse en cuenta también diversos elementos que lo componen, dentro de los que Aja Eslava, (2009) destaca encontramos la ideación suicida, que se refiere al paso antes del acto, expresado en verbalizaciones o escritos y la conducta suicida no fatal o el intento de suicidio referido a gestos concretos que generan un daño o lesión pero que no terminan con la muerte de la persona. Y finalmente el riesgo de suicidio, el cual hace referencia a diferentes factores, demográficos, clínicos, psicosociales, ambientales, médicos, de personalidad y de salud mental, elementos que componen el “Módulo de factores de riesgo para el suicidio” propuesto por Sánchez (2001) los cuales se han hallado a partir de la investigación del comportamiento suicida, además este mismo autor indica la existencia de algunos factores protectores frente al suicidio.

En cuanto a los factores de riesgo demográficos se encuentra la edad, el género, el estado civil, tener hijos con obligación de mantener (Sánchez, 2001; Frottier, & Cols. 2009), mientras que respecto a los factores clínicos Sánchez (2001) alude a cambios en el estado de ánimo, en las actitudes, el comportamiento, el estado mental y más específicamente a comportamientos que sugieran la planeación del suicidio, por ejemplo, sentirse insatisfecho, tener un sentido irrealista del futuro, aislarse socialmente, tener una depresión severa y despedirse de los amigos respectivamente.

Sobre los factores de riesgo psicosocial el mismo autor destaca, haber tenido una historia de comportamiento violento y contar con un historial de abusos en la niñez. Refiriéndose a los factores ambientales subraya la presencia de aislamiento social, las pérdidas significativas, la ruptura de sistemas de soporte y la existencia de eventos de vida estresantes, como el abuso sexual. En tanto a los factores de riesgo médico señala principalmente la presencia de problemas médicos graves, como

enfermedades incurables o crónicas y acerca de los factores de riesgo de personalidad se deben tener en cuenta pocas habilidades de afrontamiento, baja tolerancia al estrés, impulsividad o agresión crónica, inestabilidad emocional crónica, creencias irracionales, pensamiento rígido, poca resolución de problemas y la presencia de un trastorno de personalidad asociado al suicidio como el trastorno de personalidad antisocial o el límite.

Y finalmente frente a los factores de riesgo de salud mental se apunta específicamente a la existencia de trastornos mentales asociados al suicidio, como la depresión, el abuso de sustancias o la dependencia alcohólica, contar con una historia de auto lesiones o haber tenido tratamientos mentales o comportamiento suicida anteriormente.

En contraste Sánchez (2001), habla también de diferentes factores protectores del suicidio entre los cuales señala, el estar casado o tener una relación significativa, contar con un empleo estable, tener hijos menores de 18 años, el uso constructivo del tiempo libre, habilidades efectivas para resolver problemas, tener un propósito general de vida y contar con sistemas de soporte como familia, amigos, clubes sociales o iglesias.

Todo esto permite admitir como lo indica Fazel, Benning, & Danesh, (2005) que es evidente que el fenómeno del suicidio en sí mismo es bastante complejo y que se refiere a un continuo compuesto de pequeños constructos. Se inicia por una ideación, que moviliza hacia la generación de un plan, o impulsivamente a cometer un intento de suicidio sin dicha planificación. Siguiendo los lineamientos ofrecidos por los diferentes factores de riesgo de suicidio podemos referirnos a la investigación del suicidio en la población carcelaria. Ya que es posible destacar la presencia ineludible de características particulares y propias para dicha población, que requieren estudios pertinentes a sus condiciones frente al comportamiento suicida, debido a que el aislamiento social, el aislamiento físico y la pérdida de acceso a recursos de soporte intensifican el riesgo de suicidio (Konrad, Daigle, Daniel, & Cols. 2007).

Dicho planteamiento es consistente si como lo menciona Konrad, & Cols. (2007) se destaca que el suicidio es frecuentemente la causa de muerte individual más común en escenarios correccionales, en donde las cárceles y penitenciarias son las responsables de la salud y la seguridad de los internos. Dicho riesgo de suicidio en prisión es consistente al constatar la existencia en la población carcelaria de factores de riesgo psicosocial como separación de la familia, problemas emocionales, sentimientos de desesperanza e historial de enfermedades psiquiátricas.

Ahora bien respecto al estudio de las características propias del fenómeno del suicidio en escenarios carcelarios y penitenciarios, en lo que respecta a los métodos de suicidio utilizados en cárceles o penitenciarias, se destaca el ahorcamiento en momentos de baja vigilancia del personal de seguridad y cuando se encuentran en celdas individuales (Konrad, & Cols. 2007), ya que como lo sugiere Magaletta, Patry, Wheat, & Bates, (2008) los métodos disponibles en centros de reclusión o mientras se encuentran en custodia difieren de los métodos disponibles en la comunidad, es decir, en libertad. Pero, se señala también una diferencia entre internos sindicados y condenados frente a las conductas suicidas. Ya que como no lo explica Konrad, & Cols. (2007), hallaron un perfil en cuanto a factores de riesgo de suicidio tanto para internos condenados como para internos sindicados.

Las características encontradas para los internos condenados destaca que son generalmente personas mayores de 30 – 35 años, su conducta suicida se presenta como precipitada o relacionada con algún conflicto, como pelea o ruptura emocional y en su mayoría pasan 4 o 5 años internos antes de cometer el acto suicida. En contraste, los factores de riesgo de suicidio relacionados con los internos sindicados hablan de que son personas jóvenes entre 20 – 25 años, son solteros y cometen suicidio en momentos iniciales del encarcelamiento, particularmente un momento importante de riesgo son los 3 días cercanos a la audiencia de condena. Como lo muestra Ruiz (s.f) existen factores que pueden incrementar el riesgo de idear, planear o intentar un suicidio en prisión, entre los cuales encontramos de manera congruente el momento de comunicación de la sentencia condenatoria, la espera de decisiones judiciales, el consumo de drogas, el tedio o la desocupación, la separación de los seres queridos, la muerte o enfermedad de un familiar, trastornos psiquiátricos y coherentemente el ingreso mismo en prisión. Pero debe tenerse en cuenta que por las características propias de dicho contexto y como lo menciona Konrad, & Cols. (2007) los internos pueden llegar a usar el comportamiento suicida para obtener algún control sobre el ambiente, como lograr beneficios.

Además dentro de las características propias a señalar sobre el suicidio en población carcelaria y penitenciaria, se encontró una consistencia en cuanto a la relación suicidio y género, en el sentido que la mayoría de suicidios cometidos en escenarios correccionales son cometidos por hombres, no sin dejar de lado que las mujeres que se encuentran encarceladas presentan también alto riesgo de suicidio (Paton y Jenkins 2005 en Konrad, & Cols. 2007). Ello es consistente con lo encontrado por Nock, & Cols. (2008) quienes afirman que es ineludible evidenciar que entre los factores de riesgo de intento o ideación suicida se encontró el ser de género femenino. Esto se hace latente en tanto podemos mencionar que las mujeres sindicadas intentan suicidarse mucho más que su contraparte de mujeres que se

encuentra en libertad (Paton y Jenkins, 2005; Holley, Arboleda-Florez, y Love, 1995 en Konrad, & Cols. 2007).

Como lo mencionan Pérez-Olmos, Ibáñez - Pinilla, Reyes-Figueroa, Atuesta-Fajardo, & Suárez-Díaz (2008) la conducta suicida es un fenómeno polimórfico que se ve influenciado por múltiples factores que condicionan su desarrollo, perpetuación y desenlace, por lo cual es importante destacar los reiterados hallazgos de la relación entre conducta suicida y el género de las personas que la ejecutan, en tanto, es posible señalar una constante relevante respecto a lo que a suicidios consumados se refiere, ya que tanto a nivel mundial como a nivel Latinoamérica y finalmente a nivel de población carcelaria y penitenciaria se evidencian mayores tasas de suicidio consumado por parte del género masculino que del género femenino. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que respecto a intentos de suicidio existe una preponderancia del género femenino, es decir, que la mayor frecuencia para intentos de suicidio es para las mujeres (Beautrais, 2006; Nordentoft, Branner, 2008), planteamientos que son corroborados en estudios realizados en Colombia, donde tanto Charry (2007), Núñez & Cols. (2008) y Pérez-Olmos, & Cols. (2008) con muestras de la ciudad de Popayán, Huila y Bogotá respectivamente, concluyen de manera consistente que una de las características de los perfiles de intentos de suicidio en el país es ser de género femenino.

A pesar de esto y como lo señalan Dahlen, y Canetto, (2002) aunque el suicidio es más común en hombres que en mujeres las mismas clases de crisis, se cree que el suicidio es promovido en ambos géneros por las mismas crisis. Si ello es así, que posible explicación podría contribuir a comprender el por qué de dichas diferencias de género en las tasas de suicidio.

Entre los principales factores relevantes pero sobretodo pertinentes a la relación existente entre comportamiento suicida y género se han encontrado diferencias en cuanto al padecimiento de depresión, es decir, que las mujeres presentan más altas tasas de depresión y pueden frecuentemente presentarla de manera diferencial al hombre. Esta diferencia de género en cuanto a depresión es relevante, ya que este es un trastorno mental altamente relacionado con la conducta suicida (Sánchez, 2001; Gómez, & Cols. 2002; Beautrais, 2006; Pérez-Olmos, & Cols. 2008; Payne, & Cols. 2008). Respecto a las posibles explicaciones dadas frente al mayor padecimiento de este trastorno mental por parte de las mujeres se sugieren diferencias en roles sexuales, los efectos de las redes sociales, diferencias en la reactividad emocional y diferencias en estilos de afrontamiento (Wilhelm, Parker, Geerligs, & Wedgwood, 2008).

Precisamente respecto a este último aspecto, los estilos de afrontamiento, entendiéndolos como patrones personales de respuesta a situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1984 en Larkin, 2010), es importante señalar que se constituyen en otro factor pertinente a la relación de suicidio y género, ya que como se mencionó implican el tipo de respuesta dada en momentos estresantes y de manera consecuente determinan el tipo de comportamiento asumido frente a los problemas, debido a que como lo indican Howerton, y Van Gundy, (2009) han evidenciado una compleja relación entre sexo, afrontamiento, tensión crónica y depresión. En tanto que las mujeres suelen tener como patrones personales de respuesta para situaciones estresantes, estrategias enfocadas en la emoción más que el hombre, dichas estrategias hacen referencia por ejemplo a llorar o buscar ayuda.

Respecto a estos hallazgos autores como Banyard y Graham-Vermann (1993, en Howerton, y Van Gundy, 2009) manifiestan que debería tenerse en cuenta en el estudio del afrontamiento que este proceso ocurre en un contexto de fuerzas sociales como el género, la raza, las clases sociales y la orientación sexual, debido a que como Howerton y Van Gundy (2009) advierten existe un significado femenino asociado con las estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción anteriormente mencionadas. Ello es consistente con lo planteado por Thoits (1995), quien manifiesta que los estudios sugieren que el hombre tiene un estilo más inexpresivo para responder a los estresores y la mujer tiene un estilo más expresivo, emocional, los hombres reportan que controlan más sus emociones, aceptan el problema y no piensan en la situación, mientras que la mujer piensa en buscar ayuda y liberar sus sentimientos.

En consonancia con tales planteamientos es posible relacionar otro factor fundamental en la comprensión de la relación entre suicidio y género, que es el apoyo social, ya que autores como Kessler, Price, & Wortman, (1985) indican que los estudios sugieren evidencia de que el apoyo social disminuye el impacto de los estresores.

Entendiendo el apoyo social en términos de mecanismos por medio de los cuales las relaciones interpersonales probablemente protegen a las personas de los efectos adversos del estrés (Kessler, Price, & Wortman, 1985), Richmond (2009) resalta que el apoyo social es ampliamente reconocido como un determinante de salud. Por lo que, este autor señala que futuras investigaciones en apoyo social podrían enfocarse en la relación entre efectos específicos en la salud, como por ejemplo, enfermedades respiratorias o intentos de suicidio y apoyo social.

Dentro del estudio del apoyo social se ha encontrado que el apoyo emocional juega un papel importante en la protección de los individuos (Kessler & McLeod, 1984 en Kessler, Price, & Wortman, 1985). En relación con esto Richmond (2009) evidencia la probabilidad de que las mujeres reporten más altos niveles de apoyo emocional, intimidad y cariño que los hombres.

Consistentemente con lo expuesto respecto a estilos de afrontamiento y apoyo social, Larkin (2010) se refiere a otro aspecto elemental en el análisis de la relación suicidio y género, la búsqueda de ayuda, constructo que como lo manifiesta Knisely y Northouse, (1994 en Larkin, 2010) claramente presenta una conexión con el apoyo social, anteriormente reportada en la literatura científica. La búsqueda de ayuda se configura en un elemento relevante, en el análisis de la conexión existente entre suicidio y género, debido a que como lo menciona la autora en diversas investigaciones se ha discutido la influencia de factores como pobres redes sociales, el temor a las emociones, la auto eficacia y el género, en la búsqueda de ayuda para problemas psicológicos. Así mismo, señala que los estilos de afrontamiento afectan dicho comportamiento de búsqueda de ayuda.

Es posible plantear que el estilo de afrontamiento enfocado en las emociones muestra una significativa relación con actitudes hacia dicha conducta, es decir, la autora plantea que los estilos de afrontamiento pueden revelarse como predictores de las actitudes específicamente hacia la búsqueda de ayuda.

En ese sentido, Daughtry y Paulk (2006 en Larkin, 2010) realizaron un estudio en el que encontraron que hombres y mujeres utilizan muchas estrategias diferentes de afrontamiento pero que sin embargo, las mujeres son más proclives a buscar ayuda para sus problemas, es decir, que existen como lo indica Larkin (2010) fuertes diferencias de género halladas en investigación de conductas de búsqueda de ayuda, ya que diferentes estudios sugieren contundentemente que los hombres buscan mucha menos ayuda que las mujeres para intentar resolver sus dificultades. En cuanto a las posibles explicaciones de las diferencias de género con respecto a la búsqueda de ayuda, investigaciones anteriores enfatizan en la influencia del rol de género, pero más específicamente del rol de género masculino (Lane y Addis, 2005 en Larkin, 2010).

Además de la búsqueda de ayuda se han estudiado otros factores intervinientes en la relación suicidio y género, así, en cuanto a la conducta pro social Eagly, (2009) destaca que es un constructo que hace referencia a comportamientos que refieren beneficio para los demás, dicho autor encontró que aunque mujeres y hombres no difieren en la amplitud de comportamientos pro sociales, si existen



diferencias en cuanto al énfasis dado a clases particulares de estos comportamientos, es decir, indica que las mujeres se distinguen en cuanto a comportamientos pro sociales comunitarios y relacionales, referidos a una conexión con las personas en relaciones cercanas, mientras que los hombres son más colectivos y de representación, lo cual alude a comportamientos pro sociales dirigidos a la relación con personas por medio de grupos o instituciones (Brewer & Gardner, 1996 en Eagly, 2009). Respecto a las posibles explicaciones frente a esta diferenciación se ha esbozado que las creencias sobre los roles de género juegan un importante papel debido a que determinan el tipo de lazos sociales que las personas forman (Eagly, 2009).

Otro aspecto relevante a analizar frente a la relación suicidio y género es el consumo de sustancias psicoactivas, ya que se ha encontrado que el abuso de sustancias es uno de los factores de riesgo asociados al suicidio (Sánchez, 2001; Gómez, & Cols. 2002; Guibert y Del Cueto, 2003 en Gómez, & Cols. 2008; Ruiz, s.f). En cuanto a este tema autores como Risser, Rehman, & Risser, (2010) indican que hombres y mujeres cuentan con diferentes redes sociales y redes de drogadicción y que además utilizan estas redes sociales de forma diferencial. Las mujeres pueden ser introducidas más comúnmente que los hombres al consumo de drogas por sus parejas y además comparten espacios de consumo con amigos, familiares y compañero sexual mientras que los hombres tanto respecto a sus redes sociales como a sus redes de drogadicción son más independientes (Rothman, Anderson, & Stein, 2008).

Por otra parte, se han hallado diferencias significativas de género respecto a la percepción de acontecimientos vitales, situación que claramente tiene relación con el comportamiento suicida, debido a que los resultados obtenidos en investigaciones en este campo, nos muestran que las diferencias de género encontradas en cuanto a acontecimientos vitales señalan, que no existen diferencias respecto a la cantidad de eventos recordados sino en el impacto que produce en hombres y mujeres. (Husaini & Cols, 1991 en Carrión, Córdoba, & Gimeno, 2003). Ante lo cual, Sowa & Lustman (1984 en Carrión, & Cols. 2003) indican que las mujeres valoran el impacto de los estresores con mayor severidad. Lo anterior es congruente, si tenemos en cuenta que Conger & Cols, (1993 en Carrión, & Cols. 2003) expresan que las mujeres se afectan significativamente más emocionalmente por los sucesos vitales que los hombres.

Sin embargo, Timmers & Cols, (1998, en Carrión, & Cols. 2003), indican que principalmente se observan mayores diferencias de género en cuanto a la expresión de los acontecimientos vitales experimentados más que en el tipo de acontecimiento vivenciado.

En definitiva y teniendo en cuenta los diferentes factores analizados, que son pertinentes a la relación suicidio y género como: la depresión, los estilos de afrontamiento, el apoyo social, la búsqueda de ayuda, la conducta pro social, consumo de sustancias psicoactivas y la percepción de acontecimientos vitales, es ineludible señalar que existen marcadas diferencias de género en cada uno de los aspectos analizados y que además como lo advierte Thoits (1995), tanto el comportamiento suicida como el género tienen orígenes multifactoriales, incluyendo factores biológicos y culturales.

El anterior planteamiento nos permite referirnos explícitamente a que el análisis de los diferentes factores en relación con la conexión existente entre suicidio y género anteriormente mencionados nos permite develar como lo señala Thomas, (2004) que esta humanidad no se vive de la misma manera desde un ser hombre o un ser mujer. Es decir, que tanto hombres como mujeres somos sujetos concretos y sexuados y que es precisamente esta sexuación la que nos inscribe de forma diferente en la cultura, lo cual consecuentemente determina nuestra interacción en el mundo.

Debido a los hallazgos relativos a diferencias de género, respecto a afrontamiento, acontecimientos vitales, depresión, búsqueda de ayuda y los diferentes factores estudiados y mencionados, es necesario detenernos a reflexionar sobre dicha variable, el género.

Mientras Payne, Swami & Stanistreet, (2008) manifiestan que el género comúnmente ha sido tratado como una de las diferentes características socio demográficas, sociales e individuales, debemos considerar que en trabajos recientes se le ha reconocido como una variable construida culturalmente y que además juega un papel en la explicación del comportamiento suicida como ya se ha planteado, enfoque que será tenido en cuenta en el desarrollo de este estudio.

Por lo cual respecto a dicho cuestionamiento en primer lugar es fundamental como lo advierte Thomas (2004) vislumbrar la diferenciación existente entre sexo y género. En tanto el sexo es heredado de la biología y el género es construido culturalmente, con esto señalamos que el sexo hace referencia al ser hombre o ser mujer mientras que cuando aludimos al género nos referimos a los constructos conocidos como femenino y masculino.

A partir de esta diferenciación y como lo muestra Addis, Mansfield, & Syzdek, (2010) es consecuente aludir a la existencia de un aprendizaje social generizado, es decir, que se aprende qué significa ser niña, ser niño, ser mujer y ser hombre. En este aprendizaje se hace énfasis a la influencia de procesos cognitivos, roles de género y las normas de género.

Dicho aprendizaje como lo refiere el autor parece ser asumido de manera implícita respecto a lo femenino y lo masculino, como lo que puedes hacer y lo que no puedes hacer, lo cual introduce de manera lógica el rol de género, que se refiere a la descripción y prescripción de comportamientos aceptados socialmente para cada uno de los géneros, es decir, que indican lo que usualmente hacen y deben hacer hombres y mujeres (Carrión, & Cols. 2003; Eagly, 2009).

De manera consistente, Adams & Cols. (1995 en Carrión, & Cols. 2003), señalan que las niñas son socializadas para ser más perceptivas y sensibles a las emociones que los niños. Por lo cual consecuentemente las niñas internalizan la expresión de las emociones y aún más aprenden a valorar el papel que tienen las relaciones afectivas. Al respecto Wood & Eagly, (2009 en Eagly, 2009) hacen evidente que los roles de género actúan a nivel de la identificación personal e individual de cada uno y cada una con su género y destacan la existencia también de intervenciones de procesos hormonales que facilitan el comportamiento femenino y masculino.

Dichos planteamientos respecto al género nos permiten explicar y entender como el comportamiento de los diferentes factores analizados en la relación suicidio y género se ven permeados por este último constructo.

Es más como lo menciona Deluty, (1988 en Dahlen, & Canetto, 2002) el género es un factor a juzgar sobre el suicidio, ya que si el suicida es hombre se sostienen actitudes más permisivas que si la suicida es mujer. Esto puede ser entendido, si como señala Eagly, (2009) se tiene en cuenta que los roles de género influyen el comportamiento en combinación con otros roles, como etnia y religión.

De forma consistente con el análisis realizado sobre el género y su construcción social podemos hacer evidentes las implicaciones prácticas en diferentes factores o constructos que de una u otra manera mencionamos inciden en el comportamiento suicida. Y que se constituyen tentativamente en factores que influyen en la posible comprensión de las tasas de suicidio consumado primordialmente altas en hombres.

Por ejemplo, podemos indicar en cuanto a la búsqueda de ayuda para problemas psicológicos como lo proponen Berger, Levant, McMillan, Kelleher, & Sellers, (2005 en Larkin, 2010) quienes plantean que el rol de género masculino es incongruente con la búsqueda de ayuda, por lo cual se hipotetiza la experimentación de auto estigma en estas conductas por parte de los hombres y coherentemente actitudes negativas hacia la misma. Es decir, que como lo advierten Smith, Tran, & Thompson, (2008 en Larkin, 2010) la prescripción de la masculinidad tradicional

permite vislumbrar que la teoría de búsqueda de ayuda va en contravía con el rol de género masculino tradicional, rol que precisamente se caracteriza por la fortaleza y el control, implicando que por lo tanto no necesite ayuda, mientras que el rol de género femenino se caracteriza por cuidar y alimentar permitiéndole, la búsqueda de ayuda.

De manera congruente con lo mencionado sobre comportamiento de búsqueda de ayuda por parte de los hombres se aúna como lo destaca Addis, & Cols. (2010) la restricción emocional, hallazgos que se encuentran relacionados con las mediciones de altos grados de masculinidad. Lo cual contrasta con lo planteado por Wilhelm, & Cols. (2008) quienes indican que las mujeres cuentan con una reactividad emocional extensa y por lo tanto tienen un repertorio de estrategias emocionales mayor que el de los hombres. Lo anterior nos orienta directamente a las ya mencionadas diferencias de género frente a estilos de afrontamiento, debido a que como se acaba de señalar las mujeres utilizan frecuentemente estilos de afrontamiento enfocados en la emoción.

De ello se infiere que los hombres no aprovechan los beneficios potenciales de las estrategias enfocadas en la emoción que, por ejemplo, permiten la expresión de tristeza o el llanto, debido al significado femenino asociado a este tipo de estrategias o conductas (Howerton, Van Gundy, 2009), es decir, que como lo mencionan Ross & Mirowsky, (1984 en Howerton, Van Gundy, 2009) son comportamientos aceptados para las mujeres pero no para los hombres. Estos hallazgos concuerdan con lo expuesto por Golombock, y Fivush, (1994 en Díaz – Aguado, & Cols. 2003) quienes afirman que el sexismo restringe el repertorio de estrategias emocionales y que consecuentemente se puede dar origen a lo que los autores denominan diferencias evolutivas en la vulnerabilidad a los problemas emocionales de internalización relacionados con la depresión, hallazgos contundentemente concernientes al comportamiento suicida.

Debido a todo esto, es indiscutible como lo indica Dahlen, & Canetto, (2002) reconocer que el género juega un papel relevante en el estudio del comportamiento suicida y más específicamente en el riesgo de suicidio. Es decir, que a partir de las diferencias de género, es posible también develar posibles explicaciones a las altas tasas de intentos de suicidio en mujeres.

Con esto nos referimos a que el género claramente tiene un rol predictivo frente al comportamiento suicida (Beautrais, 2006). Si se tiene en cuenta la existencia para las mujeres de una mayor vulnerabilidad a la psicopatología, más depresión y de circunstancias de desventaja psicosocial, entre las que se mencionan, trastornos alimentarios, el ciclo menstrual que implica presencia de estrógenos y que ha sido altamente relacionado con intentos de suicidio.

Sin embargo, Beautrais (2006) advierte que a pesar de la vulnerabilidad a la psicopatología y al riesgo de suicidio consecuentemente, las mujeres como tal cuentan con factores protectores para las muertes por suicidio y son por ejemplo, las ya mencionadas habilidades sociales de búsqueda de ayuda y su capacidad de proximidad en las mismas, la maternidad y evidentemente el embarazo, en definitiva concuerda con lo planteado por Larkin (2010) respecto a los resultados diferenciales de búsqueda de ayuda por parte de los géneros. Ello permite plantear el por qué las mujeres tienen mayor probabilidad de reportar ideación suicida e intentos de suicidio que los hombres (Beautrais, 2006).

Para finalizar el análisis de las posibles influencias del género en las tasas de suicidio y de intento de suicidio en general en el mundo y en particular en nuestro país, se debe abordar otro aspecto reportado en la literatura científica que nos permite tener un acercamiento a la dinámica existente entre suicidio y género.

El aspecto se refiere a los consistentes hallazgos respecto a los métodos utilizados por hombres y mujeres al realizar conductas suicidas, ya que como se ha destacado los hombres frecuentemente utilizan métodos más mortales que las mujeres (Ellis & Range, 1989 en Ellis y Lamis, 2007; Mann, 2002 en Medina, & Cols. 2009; Denning, Conwell, King, & Cox, 2000 en Beautrais, 2006; Payne, & Cols. 2008; Aja Eslava, 2009; Medina, & Cols. 2009; Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2009; Organización Panamericana de la Salud, 2010). En general, como lo destaca Nordentoft, Branner, (2008) los resultados a nivel mundial muestran para las mujeres más probabilidad de morir por envenenamiento y para los hombres por medio de métodos más letales como ahorcarse o dispararse.

Ello evidentemente tiene una incidencia directa en las tasas de suicidio e intento de suicidio, que desde la perspectiva de género está relacionada con lo que implica cada rol de género, es decir, que como lo plantea Möller-Leimkühler (2003 en Oliffe, Ogradniczuk, Bottorff, Johnson, & Hoyak, 2010) los comportamientos suicidas letales eran percibidos y afirmados como algo masculino mientras que los intentos de suicidio tenían una connotación negativa para los hombres. Por lo cual como lo mencionan estos autores, la realización de intentos de suicidio para los hombres de forma implícita implicaría cierto tipo de estigma interna y también externa.

En conclusión, es claro como los ideales masculinos permean o median tanto la expresión como la experiencia del suicidio y la depresión (Oliffe, & Cols. 2010). De la misma forma que sucede con la vivencia de dichos constructos por parte de las

mujeres. El rol de género masculino como lo señalan Payne, & Cols. (2008) se caracteriza por la atribución de fortaleza, vigorosidad y principalmente la expresión de emociones como la rabia y la agresión, mientras que el rol de género femenino se caracteriza por la fragilidad, la expresividad, la emocionalidad y la orientación a la familia.

Estas diferencias repercuten como se ha esbozado a lo largo de este trabajo en problemas de salud específicos como el comportamiento suicida, es decir, confluyen directamente en la limitación del potencial de salud para los géneros, en especial para el género masculino debido a su caracterización (Payne, & Cols. 2008).

A partir de ello, es posible señalar características atribuidas a cada uno de los géneros que contribuyen al mantenimiento de la situación actual del fenómeno del suicidio. Por ejemplo se puede señalar, la restricción de expresión emocional y la no necesidad de búsqueda de ayuda por parte de los hombres planteada en la construcción cultural de su masculinidad, que quizás directa o indirectamente inciden en el status quo del comportamiento suicida en general.

En general, en el sentido que, dicha diferencia de género es una constante a lo largo del territorio mundial y por lo tanto latinoamericano, pero principalmente es válido destacarlo en la población carcelaria y penitenciaria, población de estudio del presente trabajo, ya que como lo advierte Lekka, Argyriou, & Beratis, 2006 (en Konrad, & Cols. 2007) los internos admiten habitualmente pensamientos sobre el suicidio.

A ello podemos aunar la existencia de las tasas de suicidio diferenciales en cuanto a género en establecimientos carcelarios y penitenciarios (Konrad, & Cols. 2007), es más hay que tener en cuenta como lo denota Binswanger, Merrill, Krueger, White, Booth, & Elmore (2010) la existencia de condiciones particulares en la población carcelaria que acentúan dichas diferencias de género frente a la problemática general de salud, debido a que como estos autores destacan, las mujeres presentan una prevalencia mayor a la de los hombres en todas las condiciones médicas, psiquiátricas y de abuso de sustancias en establecimientos carcelarios.

Estos hallazgos se constituyen en una importante referencia para la consecución de este trabajo, ya que como se menciona son las características propias de esta población las que justifican la pertinencia del presente estudio sobre riesgo de suicidio y género, por supuesto teniendo en cuenta las particularidades y factores característicos de la población carcelaria y penitenciaria de Colombia y específicamente de la ciudad de Bogotá.

En nuestro país según el Código Penitenciario y Carcelario (Ley 65 de 1993), es el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) adscrito al Ministerio de Justicia y Derecho del país, el encargado tanto de los establecimientos carcelarios y penitenciarios como de las casas – cárceles, establecimientos de rehabilitación o pabellones psiquiátricos, colonias agrícolas y seguridad electrónica, el cual en Colombia como lo señala la ley es un sustituyente de la prisión, en tanto, el INPEC es la institución que reglamenta y administra las disposiciones relativas a la situación de encarcelamiento en Colombia, por lo cual es pertinente señalar la colaboración de dicha institución para la ejecución del presente estudio, en la búsqueda de la comprensión de las características propias de esta población y los factores que inciden en sus condiciones de vida en nuestro país.

## **MÉTODO**

### **Diseño**

La presente investigación es de índole descriptiva - correlacional, debido a que nos permite exponer el comportamiento del riesgo de suicidio y de los estresores cotidianos en prisión relacionándolo con una variable demográfica como lo es el género. Y por lo tanto, es posible realizar una caracterización de dicho fenómeno. Debido a lo cual se utilizan estadísticos descriptivos y correlacionales.

### **Participantes**

Se obtuvieron datos de 200 sujetos, de los cuales 100 eran de género masculino y 100 de género femenino. El total de los participantes se encuentran recluidos en establecimientos carcelarios de Bogotá, por diferentes delitos y ambas situaciones jurídicas, es decir, tanto sindicados como condenados, debido a que la muestra fue tomada de forma aleatoria.

Para la muestra de los 100 mujeres internas, se encontró una media de edad de 32.9 y una desviación estándar de 11.3 mientras que para los hombres internos se halló una media de edad de 30.4 y una desviación de 9.8.

La muestra general cuenta con un mínimo de edad de 18 años y un máximo de edad de 68 años.

Cabe destacar que los establecimientos carcelarios de Bogotá en donde se aplicó el instrumento fueron:

- EC – Bogotá.
- RM – Bogotá.

### **Variables**

Las variables centrales del estudio son el riesgo de suicidio en prisión, los estresores cotidianos en prisión y el género.

Ψ El riesgo de suicidio en prisión referido específicamente a factores demográficos, psicosociales, médicos, de personalidad, de salud mental, clínicos y ambientales (Sánchez, 2001).



Ψ Los estresores cotidianos en prisión aluden a diferentes factores a tener en cuenta en el proceso de adaptación o ajuste al medio carcelario, como la separación de la familia, la desocupación o el hacinamiento entre otros (Ruiz, s.f.).

Ψ El género definido por Thomas, (2004) como una variable construida socialmente, referido a constructos conocidos como masculino y femenino, que se construyen por medio de un aprendizaje social generizado que implícitamente refiere que significa ser mujer o ser hombre (Addis, Mansfield, & Syzdek, 2010).

### **Instrumentos**

El instrumento utilizado en este estudio para medir el riesgo de suicidio en prisión fue la Escala de Riesgo de Suicidio en Prisión, (Ruiz, 2004, sobre el trabajo de Arboleda-Flórez y Holley, 1989), que consta de dos bloques, el primero de ellos consta de 7 preguntas que indagan acerca de si antes de entrar a prisión *a)* Ha tenido enfermedades graves, *b)* ha tenido accidentes graves, *c)* ha estado hospitalizado por una enfermedad física, *d)* ha tenido dificultades afectivas, *e)* ha tenido dificultades sexuales, *f)* ha recibido consejos o tratamiento psicológico, *g)* ha estado hospitalizado para recibir tratamiento psicológico. El segundo bloque, está compuesto por 3 ítems que preguntan al interno si en el último año *a)* ha tenido pensamientos, deseos o fantasías sobre suicidio o morir, *b)* ha realizado algún intento de quitarse la vida, *c)* se ha causado voluntariamente alguna herida a sí mismo. Tanto el primer bloque como el segundo tienen un formato de respuesta de Si/No.

Cabe señalar que la suma del segundo bloque arroja un puntaje entre 0 que significa nada de riesgo y 3 que significa alto riesgo de suicidio.

El instrumento utilizado para evaluar la capacidad de ajuste a la prisión fue la Escala de Estresores Cotidianos en Prisión de (Ruiz, 2004), el cual se compone de 11 ítems que se califican en una escala ordinal que va de 0 a 3, así: Nada (0), Un poco (1), Mucho (2), Demasiado (3). Este instrumento en Ruiz (2002) presentó un índice de coeficiente de fiabilidad de .79.

Además se solicitan datos socios demográficos como la edad, jurídicos como tipo de delito, situación jurídica y número de ingresos a establecimientos carcelarios.

### **Procedimiento**

La aplicación del instrumento fue llevada a cabo durante el segundo semestre del 2010, en dos establecimientos carcelarios de la ciudad de Bogotá. Posteriormente los datos fueron analizados en una base de datos del programa SPSS versión 17.0, por medio del cual se realizaron todos los análisis estadísticos.

Es válido indicar que la participación en la investigación se enmarca bajo los términos confinados en la Ley 1090 “Por medio de la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones”, específicamente en lo establecido en el *Artículo 50*, en el cual se alude a que toda investigación científica debe basarse en principios éticos de respeto y dignidad, dando preponderancia siempre al bienestar de los participantes.

En este sentido la participación en el presente estudio fue voluntaria, destacando además que se dio a conocer la finalidad académica del estudio y la reserva y confidencialidad con que se tratarían los datos.

## RESULTADOS

La caracterización de los 200 participantes del presente estudio arroja en cuanto a la distribución respecto al delito que en la muestra total los de mayor porcentaje son: internos reclusos por estupefacientes con un 39.0%, seguido de hurto y homicidio con un 24.0% y un 17.5% respectivamente.

En tanto a la caracterización del delito con respecto al género se encontró para los dos géneros la misma distribución (Tabla 1).

Entre los otros delitos presentes en menor porcentaje encontramos delitos como estafa, cohecho, falsificación, extorsión, secuestro, terrorismo, rebelión, receptación, porte de armas y derechos de autor.

**Tabla 1**

*Comparación de género por porcentajes para los tres delitos principales*

Delito	Hombres	Mujeres
Estupefacientes	37.0%	41.0%
Hurto	28.0%	20.0%
Homicidio	17.0%	18.0%

Por otro lado, en cuanto a la situación jurídica respecto al género de los participantes, es importante destacar que el 63.0% de los hombres se encontraban sindicados y el 36.0% restante estaban condenados, con un 1% que no respondió. Mientras que 61% de las mujeres se encontraba sindicada contra un porcentaje de 39% para las mujeres condenadas al momento de la realización del presente estudio.

Otra de las características a analizar es la presencia de reincidencia por parte de los participantes, es decir, reiterados ingresos a los establecimientos carcelarios. Variable para la cual se encontró que hubo un mayor porcentaje de reincidencia por parte de las hombres con un 27.3% frente a un porcentaje de no reincidencia de 72.7%. Mientras que para las mujeres, se evidencia un 15.0% de reincidencia contra un 85.0% de no reincidencia.

### Escala de Estresores Cotidianos en Prisión

Respecto a los resultados obtenidos para esta escala, se obtuvo una fiabilidad interna con un alfa de Cronbach de .81.

Para la comparación de los grupos se utilizó la prueba U Mann-Whitney, encontrando que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el puntaje total de la EECP, es decir, que hombres y mujeres no difieren en cuanto a adaptación general frente a la situación de encarcelamiento, con un coeficiente de .42.

En la tabla 2 se muestran las medias y desviaciones estándar en la Escala de Estresores Cotidianos en Prisión para los dos grupos.

**Tabla 2**

*Medias y Desviaciones Estándar por grupos para EECP*

EECP	Hombres	Mujeres
	23.1	24.0
	(7.1)	(6.0)

Sin embargo, en cuanto al análisis de los 11 ítems es posible señalar que existen diferencias significativas de género para el ítem 4: La distancia de su familia; ítem 8: El no poder satisfacer sus necesidades sexuales; ítem 9: El vivir bajo las normas y reglas del centro; ítem 11: La pérdida de relación con sus amigos.

De forma más específica para el ítem 4, es de resaltar que los mujeres señalan que les cuesta más esfuerzo aguantar que las hombres la distancia de la familia, en cuanto al ítem 8 a los hombres les cuesta más aguantar el no poder satisfacer sus necesidades sexuales mientras que para el ítem 9 a las mujeres les cuesta más el vivir bajo las normas del centro y en cuanto al ítem 11 es a las mujeres a quienes más les cuesta aguantar la pérdida de relación con sus amigos.

**Tabla 3*****Medias por ítem de la EECP según grupo***

<b>¿Cuánto esfuerzo le cuesta aguantar?</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Chi-Cuadrado</b>
<b>1.</b> La escasez de espacio.	2.00	1.91	.602
<b>2.</b> La falta de libertad.	2.59	2.76	.179
<b>3.</b> La presencia de otras personas a su alrededor.	1.74	1.63	.477
<b>4.</b> La distancia de su familia.	2.50	2.83	.009
<b>5.</b> La dificultad para hacer lo que se quiere.	2.17	2.33	.338
<b>6.</b> El paso del tiempo sin tener nada que hacer.	2.28	2.35	.341
<b>7.</b> La pérdida de intimidad.	2.18	2.10	.026
<b>8.</b> El no poder satisfacer sus necesidades sexuales.	2.12	1.42	.000
<b>9.</b> El vivir bajo las normas y reglas del centro.	2.04	2.11	.002
<b>10.</b> El no poder disfrutar las cosas que le gustan como comidas, actividades.	2.55	2.65	.774
<b>11.</b> La pérdida de relación con sus amigos.	1.68	2.23	.007

**Escala de Riesgo de Suicidio en Prisión**

En cuanto a los resultados obtenidos para esta escala, se encontró para el primer bloque, que el ítem 4: ¿Ha tenido dificultades afectivas?, es para las mujeres el de mayor porcentaje de respuestas afirmativas con un 47.5%, mientras que el ítem con menor porcentaje es el ítem 7: ¿Ha estado hospitalizado para recibir tratamiento psiquiátrico? Con un porcentaje de 5.1%. Del mismo modo se evidenciaron los resultados para los hombres quienes presentan el mayor porcentaje de respuestas afirmativas con 42.4% para el ítem 4 mientras que su menor porcentaje fue también para el ítem 7 con un 3%.

En cuanto al segundo bloque, el cual mide riesgo de suicidio específicamente las medias de acuerdo al género fueron:

**Tabla 4**

*Media y Desviaciones Estándar por grupo para ERSP*

<b>ERSP</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
	0.48	0.72
	(0.82)	(0.92)

Para evidenciar las diferencias de género respecto a la Escala de Riesgo de Suicidio en Prisión es posible señalar los diferentes porcentajes por cada ítem (Tabla 5).

**Tabla 5**

*Porcentajes de respuestas afirmativas por grupos para ERSP*

<b>ERSP</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>1.</b> ¿Ha tenido enfermedades graves?	19.0%	15.0%
<b>2.</b> ¿Ha tenido accidentes graves?	27.3%	20.0%
<b>3.</b> ¿Ha estado hospitalizado por una enfermedad física?	19.2%	22.0%
<b>4.</b> ¿Ha tenido dificultades afectivas?	42.4%	47.5%
<b>5.</b> ¿Ha tenido dificultades sexuales?	18.0%	17.0%
<b>6.</b> ¿Ha recibido consejos o tratamientos psicológicos?	20.2%	24.2%
<b>7.</b> ¿Ha estado hospitalizado para recibir Tratamiento psiquiátrico?	3.0%	5.1%
<b>8.</b> ¿Ha tenido pensamientos, deseos o fantasías sobre suicidio o morir?	31.0%	44.0%
<b>9.</b> Durante el último año, ¿Ha realizado algún intento de quitarse la vida?	8.0%	18.0%
<b>10.</b> Durante el último año, ¿Se ha causado voluntariamente alguna herida a sí mismo?	9.0%	10.0%

Para el análisis del segundo bloque de la Escala de Riesgo de Suicidio en Prisión (Ruiz, 2004, sobre el trabajo de Arboleda-Flórez y Holley, 1989), se realizó una prueba Chi – cuadrado, que nos permitió determinar si existe relación entre la variable género y el indicador de suicidio que hace referencia a puntuar entre (0) Nada de riesgo y (3) Alto Riesgo de suicidio, los resultados obtenidos sugieren que si existe una relación entre las dos variables, con un coeficiente de .035.

De forma específica para los resultados del segundo bloque, respecto al puntaje de riesgo de suicidio que oscila entre (0) Nada de riesgo, (1) Bajo riesgo, (2) leve riesgo y (3) Alto Riesgo, se encontró que los hombres presentan un mayor porcentaje de personas que puntúan en (0) Nada de riesgo.

En cuanto a los porcentajes frente a la puntuación de (1) Bajo riesgo, son las mujeres quienes presentan un mayor porcentaje mientras que el porcentaje de los hombres que obtienen es menor.

Respecto a los porcentajes de hombres y mujeres que obtuvieron un puntaje de (2) leve riesgo de suicidio se encontró que las mujeres puntuaron más que los hombres.

Para terminar los porcentajes obtenidos para el puntaje de (3) Alto Riesgo se encontró que las proporciones entre hombres y mujeres es igual para cada uno de los géneros, es decir, que los dos géneros obtuvieron la misma cantidad de participantes que obtuvieron este puntaje frente a riesgo de suicidio (Tabla 6).

**Tabla 6**

*Porcentajes de respuesta del índice de riesgo de suicidio por grupo*

<b>ERSP</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
(0) Nada de riesgo	55.4%	44.6%
(1) Bajo riesgo	48.0%	52.0%
(2) Leve riesgo	17.6%	84.2%
(3) Alto riesgo	50.0%	50.0%

Además es de señalar en cuanto los ítems que componen este segundo bloque, que las mujeres presentan un porcentaje mayor de respuestas afirmativas al ítem 8: ¿Ha tenido, pensamientos, deseos o fantasías sobre suicidio o morir? Con un 44.0% frente a un 31.0% de respuestas afirmativas para este ítem por parte de los hombres.

En tanto los resultados para el ítem 9: Durante el último año, ¿Ha realizado algún intento de quitarse la vida?, las mujeres exponen un porcentaje de respuestas afirmativas de 18.0% mientras que los hombres tienen un porcentaje de 8.0%. Y finalmente para el ítem 10: Durante el último año, ¿Se ha causado voluntariamente alguna herida a sí mismo?, se registran porcentajes para mujeres y hombres de 10.0% y 9.0% respectivamente.

Finalmente respecto al segundo bloque y la situación jurídica de la muestra en general, se encontró para el ítem 8 que los condenados acepta haber tenido fantasías sobre suicidio o morir más que los internos/as sindicados. En cuanto al ítem 9, los participantes sindicados admiten con un mayor porcentaje haber realizado algún intento de quitarse la vida durante el último año, mientras que para este mismo ítem los internos/as condenados presentan un porcentaje menor.

Y por último respecto al ítem 10, los internos/as sindicados y los internos condenados señalan haberse causado una herida a sí mismo durante el último año en porcentajes similares (Tabla 7).

**Tabla 7**

***Porcentajes de respuestas afirmativas al segundo bloque ERSP por situación jurídica.***

	<b>ERSP</b>	<b>Sindicados</b>	<b>Condenados</b>	<b>Chi-Cuadrado</b>
<b>8.</b> ¿Ha tenido pensamientos, deseos o fantasías sobre suicidio o morir?		33.1%	45.3%	.165
<b>9.</b> Durante el último año, ¿Ha realizado algún intento de quitarse la vida?		14.5%	10.7%	.683
<b>10.</b> Durante el último año, ¿Se ha causado voluntariamente alguna herida a sí mismo?		10.5%	8.0%	.802



## DISCUSIÓN

Los resultados encontrados evidencian congruencias con lo planteado por la literatura científica, ya que en los resultados obtenidos para la Escala de Estrés Cotidianos en Prisión (Ruiz, 2004), se evidenció una dificultad mayor por parte de las mujeres para aguantar la distancia de la familia y la pérdida de relación con los amigos, resultados consistentes al tenerse en cuenta como lo menciona Payne, & Cols. (2008) que el rol de género femenino ha implicado siempre una orientación hacia la familia. De forma coherente respecto a la pérdida de relación con los amigos, es debido tener en cuenta la existencia en las mujeres de conexiones con las personas en relaciones más cercanas (Eagly, 2009). Además desde niñas las mujeres aprenden y valoran la función que tienen las relaciones afectivas (Adams & Cols, 1995 en Carrión, & Cols. 2003).

Por otro lado se destaca en el hombre un mayor esfuerzo para aguantar el no poder satisfacer sus necesidades sexuales, resultado que debe ser estudiado a la luz de las características propias del contexto, ya que como es sabido las condiciones de privacidad e intimidad en los establecimientos carcelarios y penitenciarios son particulares y por lo tanto se considera influyen en la caracterización propia de dicho estresor. A pesar de las salvedades anteriores es primordial destacar que no se hallaron diferencias significativas respecto a la adaptabilidad general en prisión según el género, debido a que a partir de lo encontrado, hombres y mujeres no difieren de manera amplia en el proceso de adaptación y ajuste al contexto carcelario.

Respecto a los resultados obtenidos para la Escala de Riesgo de Suicidio en Prisión (Ruiz, 2004), se destaca que dentro de los diferentes factores de riesgo contemplados en el primer bloque de la escala, tanto para los hombres como para las mujeres el de mayor incidencia fue el haber tenido dificultades afectivas, lo cual contrasta con lo esbozado por Conger & Cols, (1993 en Carrión, & Cols. 2003) quienes mencionan que las mujeres se afectan más emocionalmente por los sucesos vitales que los hombres, sin embargo, en el presente estudio el mismo factor fue considerado el de mayor frecuencia para los dos géneros, no obstante, el porcentaje es un poco mayor para las mujeres, por encima de factores como accidentes graves, dificultades sexuales, hospitalización por enfermedad física, el recibir tratamiento psicológico, recibir tratamiento psiquiátrico o tener enfermedades graves. Estos dos últimos factores aparecen altamente relacionados con el riesgo de suicidio, debido a que como lo manifiesta Sánchez (2001) hacen parte del “Módulo de factores de riesgo para el suicidio” propuesto por el mismo autor.

En cuanto al segundo bloque se estableció que existe una relación entre el indicador de riesgo de suicidio y el género de los participantes, hallazgo que está acorde con lo planteado por Sánchez, (2001), Gómez, (2002) y Medina, & Cols. (2009) al señalar que el género es un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

Respecto a dichos resultados del segundo bloque que mide comportamiento suicida específicamente y arroja un índice de riesgo de suicidio, las medias de acuerdo al género muestran una diferencia entre mujeres y hombres, es decir, mayores puntajes para las mujeres en riesgo de suicidio, hallazgos consistentes con lo reportado en la literatura por Beautrais (2006) y Nordentoft, Branner (2008) quienes señalan explícitamente la alta probabilidad de las mujeres de ser hospitalizadas posterior a un intento de suicidio.

Además en concordancia con lo anterior y como lo indica el mismo autor, Beautrais (2006) es consecuente al indicar que son las mujeres quienes reportan a la vez más altas tasas de ideación suicida, resultado que fue encontrado en el presente estudio, en tanto, son las mujeres con un 44.0% quienes señalan en mayor porcentaje frente a los hombres con un 31.0% haber tenido deseos o fantasías sobre suicidio o morir. Y de haber realizado con un porcentaje mayor, durante el último año intentos de suicidio con un 18.0% frente a un 8.0% presentado por los hombres, ello está acorde con lo encontrado en estudios precedentes realizados en población Colombiana como Charry (2007), Núñez & Cols. (2008) y Pérez-Olmos, & Cols. (2008), donde se señala una mayor frecuencia de intentos de suicidio para las mujeres.

Hallazgos que a la luz de las particularidades del contexto carcelario permiten entender el fenómeno del suicidio en estos establecimientos y además comprender como a partir de las características propias de este ambiente y del género femenino en particular, son consistentes los resultados del presente estudio, ya que como se ha señalado las mujeres cuentan con habilidades sociales y de búsqueda de ayuda que le permiten mitigar el impacto de la ideación suicida, características que consecuentemente se encontraron como resultado de la EECF donde se alude a la dificultad de las mujeres participantes, como se mencionó anteriormente para aguantar específicamente la distancia de la familia y la pérdida de relación con sus amigos, resultados que evidentemente están permeados por el contexto en el que se desarrolla el fenómeno, debido a que el ingreso mismo en prisión implica el alejamiento de la sociedad, familia y amigos.

Por último, es importante destacar respecto a la diferenciación de riesgo de suicidio para sindicados y condenados propuesta por Konrad, & Cols. (2007), que son los internos/as condenados quienes de la muestra general del estudio, presentan un mayor porcentaje de ideación suicida contrario a lo planteado por los autores. Sin embargo, los resultados frente a intentos de quitarse la vida en el último año arrojan resultados de mayor porcentaje para los sindicados que para los condenados, planteamiento que estaría en concordancia con lo expuesto por Ruiz (s.f) al tenerse en cuenta como lo indica, que el ingreso mismo en prisión puede constituirse en un factor precipitante para la conducta suicida. Entre tanto el reporte de heridas causadas a sí mismo en el último año por parte de internos/as sindicados y condenados no difiere de forma significativa, resultados que como planteamos difieren de lo esbozado por autores como Konrad, & Cols. (2007), ante lo cual se considera deben tenerse en cuenta las características y condiciones propias de nuestro contexto, contribuyendo así con futuras investigaciones para elaborar perfiles de riesgo de suicidio para internos/as sindicados y condenados pertinentes a nuestra realidad social.

Frente a la evaluación en sí, de riesgo de suicidio en contextos carcelarios se considera pertinente para posteriores investigaciones tener en cuenta como lo menciona Konrad, & Cols. (2007), las características subyacentes del fenómeno del suicidio en el contexto carcelario, ya que por sus particularidades puede prestarse para manipulación o explícitamente como señala el autor para obtener control sobre el ambiente, ante lo cual se considera clave tener en cuenta que el presente estudio conto con un instrumento de auto reporte que puede limitar el alcance de los datos obtenidos al interpretarlos a la luz del contexto carcelario en particular.

Finalmente para ulteriores estudios a nivel del medio carcelario se considera relevante el poder acceder a personal interno en establecimientos tanto carcelarios como penitenciarios que no participen o integren diferentes grupos o programas dentro del establecimiento mismo, ya que aunque se reconoce la disponibilidad y accesibilidad con lineamientos adecuados de seguridad de esta población, se considera que son precisamente aquellos o aquellas internas que no se encuentran vinculados en ningún tipo de programa o beneficio, quienes viven a diario y en todo momento las condiciones particulares de esta situación y que de forma intensa soportan el encarcelamiento, al tener que asumir llanamente la pérdida de su libertad, es decir, que se constituyen en un grupo que representa y experimenta la realidad social y cultural que sólo se vive en un establecimiento carcelario y penitenciario, ya sea en Bogotá o en el mundo.

## CONCLUSIONES

Los resultados sobre riesgo de suicidio y género en población reclusa Colombiana son consistentes con lo reportado por la literatura científica y además la Escala de Estresores Cotidianos en prisión (Ruiz, 2004) contribuye a determinar ciertas características particulares que permiten vislumbrar la relación entre la pérdida de libertad, el riesgo de suicidio y la variable género que es el constructo primordial para el desarrollo del presente estudio.

Por otro lado, se considera relevante realizar estudios que contribuyan a la caracterización de internos/as condenados y sindicados en nuestro país con respecto al riesgo de suicidio.

Ya que en conclusión se considera que los resultados obtenidos son útiles, y que además contribuyen de forma directa en la comprensión y caracterización de la población carcelaria y penitenciaria tanto femenina como masculina en Colombia, lo cual consecuentemente permite incidir en la práctica, es decir, en programas e intervenciones a nivel de esta población con adecuado conocimiento de sus características particulares.

REFERENCIAS

- Addis, M. Mansfield, A. & Syzdek, M. (2010). Is “Masculinity” a Problem?: Framing the Effects of Gendered Social Learning in Men. *Psychology of Men & Masculinity*. Vol. 11. No. 2, 77–90.
- Aja Eslava, L. (2009). ¿Qué ha pasado con el suicidio en Colombia en los últimos 13 años? *Forensis 2009*. pp. 389 – 398. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Beautrais, A. (2006). Women and Suicidal Behavior. *Crisis*. Vol. 27(4):153–156.
- Binswanger, I. Merrill, J. Krueger, P. White, M. Booth, R. Elmore, J. (2010). Gender Differences in Chronic Medical, Psychiatric, and Substance-Dependence Disorders Among Jail Inmates. *American Journal of Public Health*. Vol. 100, No. 3. Pp. 476 – 482.
- Carrión, A. Córdoba, A. & Gimeno, A. (2003). Diferencias en la percepción de influencia de los acontecimientos vitales en hombres y mujeres. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 35, Núm. 001. Pp. 19-26. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Congreso de la República. Ley 1090 de 2006, “por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones”. Bogotá.
- Congreso de la República. Ley 65 de 1993, “por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario”. Bogotá.
- Charry, L. (2007). Caracterización socio demográfica y psicológica de los casos de suicidio y una serie de casos de intento suicida en Popayán en el año 2007. *Colombia Forense*. pp. 38 – 46.
- Dahlen, E. & Canetto, S. (2002). The role of gender and suicide precipitant in attitudes toward nonfatal suicidal behavior. *Death Studies*. 26: 99 – 16.
- Díaz – Aguado, M. (2003). Adolescencia, sexismo y violencia de género. *Papeles del Psicólogo*. N° 84, pp. 35 – 44.
- Eagly, A. (2009). The His and Hers of Prosocial Behavior: An Examination of the Social Psychology of Gender. *American Psychologist*. 64. 644 – 658.
- Ellis, J. & Lamis, D. (2007). Adaptive characteristics and suicidal behavior: a gender comparison of young adults. *Death Studies*, 31: 845–854.

- Fazel, S. Benning, R. & Danesh, J. (2005). Suicides in male prisoners in England and Wales. 1978–2003. *The Lancet*. Volume 366. Pp. 1301-1302.
- Frottier P, Koenig F, Seyringer M, Matschnig T, Fruehwald S. (2009). The distillation of “VISCI”: Towards a better identification of suicidal inmates. *Suicide Life Threat Behavior*. 39(4): 376-85.
- García, J. Palacio, C. Diago, J. Zapata, C. López, G. Ortiz, J. & Lopez, M. (2008). Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 37(1): 11- 28.
- Gómez, C. Rodríguez, N. Bohórquez, A. DíazGranados, N. Ospina, M. & Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento suicida en la población Colombiana. *Revista Colombiana de psiquiatría*. 31(4): 271- 286.
- González, A. Rodríguez, A. Aristizábal, A. García, J. Palacio, C. & López, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 39. No. 2. Pp. 251 – 267.
- Grigoriadis, S. & Robinson, G. (2007). Gender Issues in Depression. *Annals of Clinical Psychiatry*. 19[4]:247–255.
- Howerton, A. Van Gundy, K. (2009). Sex Differences in Coping Styles and Implications for Depressed Mood. *International Journal of Stress Management*. Volume 16. Pp. 333 – 350.
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (Julio 2010). *Boletín estadístico mensual*. División de Referencia de Información Pericial (DRIP).
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2010). *Forensis 2009*, Datos para la vida. División de referencia de información pericial, Bogotá D.C.
- Johnson, B. (2010). Toward an Anti-Sexist Black American Male Identity. *Psychology of Men & Masculinity*. Vol. 11, No. 3, 182–194.
- Kessler, R. Price, R. & Wortman, C. (1985). Social Factors in Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping processes. *Annual Reviews Psychology*. 36:531-72.
- Konrad, N. Daigle, M. Daniel, A. Dear, G. Frottier, P. Hayes, L. Kerkhof, A. Liebling, A. & Sarchiapone, M. (2007). Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. *Crisis* . Vol. 28(3):113–121.

- Larkin, A. (2010). *An exploration of attitudes toward seeking psychological help: The Predictive Value of Gender, Self-stigma, Public-stigma and Coping Style in an Irish Sample*. Master of Science in Applied Psychology University of Dublin, Trinity College. pp. 1 – 58.
- Magaletta, P. Patry, M. Wheat, B. & Bates, J. (2008). Prison Inmate Characteristics and Suicide Attempt Lethality: An Exploratory Study. *Psychological Services*. Vol. 5, No. 4, 351–361.
- Medina, O. Mendoza, M. & Muñoz, C. (2009). Prevalencia del suicidio femenino en el Quindío, 1989-2008. *Psicogente*, 12 (22): pp. 358-368. Universidad Simón Bolívar. Barranquilla.
- Nock, M. Borges, G. Bromet, E. Alonso, J. Angermeyer, M. Beautrais, A. Bruffaerts, R. Tat Chiu, W. Girolamo, G. Gluzman, S. & Cols. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry* 192, 98–105.
- Nordentoft, M. Branner, J. (2008). Gender Differences in Suicidal Intent and Choice of Method Among Suicide Attempters. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Volumen 29. Numero 4. Pp. 209 – 212.
- Núñez, N. Olivera, S. Losada, I. Pardo, M. Díaz, L. & Rojas, H. (2008). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 4, N°10, 2008, pp. 85-100.
- Oliffe, L. Ogrodniczuk, J. Bottorff, J. Johnson, J. & Hoyak, K. (2010). “You feel like you can’t live anymore”: Suicide from the perspectives of men who experience depression. *Social Science & Medicine*. pp. 1 – 9.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Informe regional. pp. 1 – 83.
- Payne S, Swami V, & Stanistreet, D. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *JMH*. Vol. 5, No. 1, pp. 23–35.
- Pérez-Olmos, I. Ibáñez - Pinilla, M. Reyes-Figueroa, J. Atuesta-Fajardo, J. & Suárez-Díaz, M. (2008). Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*. Vol. 10 (3): 374-385.
- Richmond. C. (2009). The social determinants of inuit health: A focus on social support en Canadian Arctic. *International Journal of Circumpolar Health*. 68:5. Pp. 471 – 487.

- Risser, J. Rehman, H. & Risser, W. (2010). Gender Differences in Social Support and Depression among Injection Drug Users in Houston, Texas. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 36:18–24.
- Rothman, G. Anderson, B. & Stein, M. (2008). Gender, Drug Use, and Perceived Social Support Among HIV Positive Patients. *AIDS and Behavior*. Vol. 12. Número 5. Pp. 695-704.
- Ruiz, J. *Manual de psicología penitenciaria*. (Borrador).
- Ruiz, J. Gómez, I. Landazabal, M. Morales, S. Sánchez, V. & Páez, D. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*. Número. 011. Pp. 99 – 114.
- Sánchez, H. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and practice*. Vol. 32. Pp. 351 – 358.
- Shemaski, A. & Cerel, J. (2009). The Development of effective message content for suicide intervention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Vol. 30. Número 4. Pp. 174 – 179.
- Stein, D. Tat Chiu, W. Hwang, I. Kessler, R. Sampson, N. Alonso, J. Borges, G. Bromet, E. Bruffaerts, R. Girolamo, G. Florescu, S. Gureje, O. & Cols. (2010). Cross-National Analysis of the Associations between Traumatic Events and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS ONE*. May 2010. Volume 5. Issue 5.
- Thoits, P. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next?. *Journal of Health and social behavior*. *Journal of health and social behavior*. (extra issue): 53 – 79.
- Wilhelm, K. Parker, G. Geerligs, L. & Wedgwood, L. (2008). Women and depression: a 30 year learning curve. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 42: 3 – 12.
- World Health Organization. (2002). *World Report on Violence and Health*. pp. 1 – 331.



ANEXOS

ANEXO I

*Escala de Estresores Cotidianos en Prisión. (EECP).*

Delito:

Edad:

Es la primera vez en prisión?

Sindicado \_\_ Condenado \_\_

ESTE CUADERNILLO CORRESPONDE A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. NO TIENE NADA QUE VER CON EL INPEC. LE PEDIMOS SU COLABORACION VOLUNTARIA EN RESPONDERLO. MUCHAS GRACIAS.

EECP. En las siguientes frases le vamos a preguntar cuánto esfuerzo le cuesta a usted adaptarse a algunas situaciones de la prisión. Para cada una de las frases escoja la opción que le parezca más adecuada.

<b>¿Cuánto esfuerzo le cuesta aguantar?</b>	Nada	Un poco	Mucho	Demasiado
La escasez de espacio	0	1	2	3
La falta de libertad	0	1	2	3
La presencia de otras personas a su alrededor	0	1	2	3
La distancia de su familia	0	1	2	3
La dificultad para hacer lo que se quiere	0	1	2	3
El paso del tiempo sin tener nada que hacer	0	1	2	3
La pérdida de intimidad	0	1	2	3
El no poder satisfacer sus necesidades sexuales	0	1	2	3
El vivir bajo las normas y las reglas del centro	0	1	2	3
El no poder disfrutar las cosas que le gustan como comidas, actividades, etc.	0	1	2	3
La pérdida de relación con sus amigos	0	1	2	3

ANEXO II

*Escala de Riesgo de Suicidio en Prisión. (ERSP).*

ERSP

¿Le ha ocurrido alguna de las siguientes situaciones, antes de entrar a este centro?

BLOQUE A

¿Ha tenido enfermedades graves?	No	Si
¿Ha tenido accidentes graves?	No	Si
¿Ha estado hospitalizado por una enfermedad física?	No	Si
¿Ha tenido dificultades afectivas?	No	Si
¿Ha tenido dificultades sexuales?	No	Si
¿Ha recibido consejos o tratamiento psicológico?	No	Si
¿Ha estado hospitalizado para recibir tratamiento psiquiátrico?	No	Si

BLOQUE B

¿Ha tenido pensamientos, deseos o fantasías sobre suicidio o morir?	No	Si
Durante el último año, ¿Ha realizado algún intento de quitarse la vida?	No	Si
Durante el último año, ¿Se ha causado voluntariamente alguna herida a sí mismo?	No	Si