

Ideación suicida en privados de libertad: Una propuesta para su atención

Suicidal ideation in prisoners: A proposal for your attention

Maureen Baltodano -Chacón ¹
Miguel Márquez -Cueva ²

Recibido: 01.10.14

Aprobado: 24.11.14

Resumen

La conducta suicida es considerada la tercera causa de muerte en prisiones. Nuestra investigación se planteó como objetivos detectar la presencia de ideación suicida en privados de libertad (elemento fundamental de la conducta suicida) en el Centro del Programa de Atención Institucional (CPI) de Liberia, Costa Rica, y diseñar una propuesta psicoeducativa de prevención ante la presencia de ideas intrusivas y repetitivas de auto-daño, desde el enfoque cognitivo conductual.

De julio a diciembre del año 2011, se aplicó a 127 privados de libertad las Escalas de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Probabilidad de Suicidio. El primer instrumento detectó que el 10.2% de los privados de libertad presentan ideación suicida, mientras que el segundo señala que el 11% de ellos se encuentra en riesgo de hacerlo.

La propuesta contiene 8 sesiones y está dirigida a la población considerada de riesgo. Los ejes temáticos fueron: 1. Generalidades del Suicidio. 2. Aspectos básicos de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). 3. Distorsiones cognitivas. 4. Ideas irracionales. 5. Impulsividad. 6. Manejo de la frustración. 7. Autoestima. 8. Proyecto de vida.

Entre las conclusiones más importantes se destacan: a) las ideas irracionales y las distorsiones cognitivas, son las principales causas de la ideación suicida en los privados de libertad, b) el hecho que la ideación suicida no se traduzca en suicidio consumado, está relacionado con factores protectores, y c) la ideación suicida surge como forma de escape a problemas considerados irresolubles.

Palabras claves: Costa Rica – Guanacaste- Conducta suicida – Privados de libertad

Abstract

Suicidal behavior is considered the third leading cause of death in prisons. This research detected the presence of suicidal ideation in prisoners (core element of suicidal behavior) in the Centro del Programa de Atención Institucional (CPI) de Liberia, Costa Rica, and designed a psycho educational prevention proposal to address that cognitive reaction grounded on the cognitive behavioral approach. From July to December 2011, Both Beck's Suicidal Ideation scale and Suicide Probability Scale were applied to a group of 127 prisoners. The first data collection tool found that 10.2% of the prisoners have suicidal ideas while 11% are at risk of

¹ Costarricense. Psicóloga. Docente e investigadora. Sede Guanacaste. Universidad de Costa Rica.

² Peruano. Psicólogo. Docente e investigador. Sede Guanacaste. Universidad de Costa Rica y Universidad Católica de Costa Rica. Email: mimarquezc09@gmail.com

doing so. The proposal includes 8 sessions and is aimed at a risk population. The themes were: 1 Overview of Suicide. 2 Fundamentals of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). 3 Cognitive distortions. 4. Irrational ideas. 5. Impulsiveness. 6 Handling frustration. 7 Self-Esteem. 8 Life Project.

Conclusions drawn from the study suggest that: a) Irrational thinking and cognitive distortions are the prisoners' main causes of suicidal intent b) the fact that suicidal ideation does not end up in completed suicide is related to protective factors, and c) Suicidal ideation emerges in response to escaping life difficulties.

Keywords: Costa Rica – Guanacaste – Suicidal behavior – prisoners

Introducción

La conducta suicida es un “problema mundial que plantea retos mayores a los esfuerzos para tratarlo [...] el suicidio arroja casi un millón de vidas cada año, colocándolo en la lista de las 10 causas de muerte” (Linehan, 2008). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) presenta cifras de muertes por suicidio en Costa Rica en los últimos años: “6,2% en 1995; 6,3% en 2000; 4,7% en 2001 y 6,7% en 2005” (OPS, 2007:254), de las cuales 88,2% correspondieron a hombres, siendo Abangares, Cañas y Bagaces –todos cantones de la provincia de Guanacaste–, los que “presentan una tasa promedio anual de suicidios superior al promedio nacional”, (Sáenz, 2011: 40). Chaves, Madrigal, Vargas y Abarca (2008), mencionan que en el año 2005, se reportaron 309 muertes por suicidio en Costa Rica.

Hayes (1995 citado en Mills y Kroner, 2004) y Pratt, Piper, Appleby, Webb, Shaw (2006) y Bedoya et al (2009), identificaron al suicidio como la tercera causa de muerte en prisiones, ya que “el factor de encarcelamiento multiplica la tasa de suicidio en todos los países y constituye una causa común de muerte en prisión” (Bedoya et al. 2009: 38). Se considera que ésta realidad puede ser prevenida mediante el diagnóstico e intervención oportunos.

Los Centros del Programa de Atención Institucional (CPI) de Costa Rica realizan una serie de acciones (talleres, atención psicológica individual y grupal, entre otros) dirigidas a los privados de libertad, que son impartidas por profesionales internos y externos a la institución. Pese a estos esfuerzos, hay áreas que quedan desatendidas debido a, según García (2009), “la precariedad de los recursos existentes y a la sobrepoblación” (p. 101). Una de esas áreas es la prevención y tratamiento de la ideación suicida, la cual resulta ser un “síntoma que refleja un conflicto interno, relacionado con la desesperanza y la depresión, y [...] es un importante predictor del intento suicida” (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Gorges, 1998) “suele ir precedido de años de comportamientos o sentimientos suicidas, de planes y advertencias” (Escalante, 2006, p. 10). La ideación suicida sería no sólo un predictor del acto suicida, sino también del deterioro de la salud mental y física, debido al vínculo existente entre ésta y la buena salud general, así lo afirma la Federación Mundial para la Salud Mental (2008): “se ha comprobado que en las personas que sufren de enfermedades mentales profundas y persistentes se duplican las probabilidades de sufrir múltiples problemas físicos de salud” (p. 4).

En el caso particular del CPI de Liberia los programas de intervención existentes no están dirigidos al diagnóstico, terapia o prevención de la conducta suicida. Sarita Villegas, psicóloga de este Centro, señaló que pese a la importancia de la prevención con respecto al suicidio en el CPI de Liberia: “no existen ejes de trabajo, ni áreas relacionadas, lo que hay son proyectos: el de violencia sexual, atención a la drogadicción y violencia doméstica” (Villegas, comunicación personal, 12 de mayo, 2010).

La salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales, “es un estado de bienestar en que la persona llega a concretar sus propias habilidades, puede lidiar con el estrés de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y hacer una contribución a su comunidad” (Federación Mundial para la Salud Mental, 2008, p. 22). Por tanto la salud mental queda supeditada a la calidad de vida, pues ésta “abarca el bienestar mental y espiritual [...] y es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna” (Organización Mundial de la Salud, 2005, p. 1). Considerando la importancia de acciones preventivas en un entorno como las cárceles, se consideró necesario realizar una evaluación sobre presencia de ideación suicida en los privados de libertad y diseñar una propuesta de intervención grupal con base en la terapia cognitiva conductual, por ser de aplicación breve y eficaz; además permite: “proveer apoyo de otras personas en el grupo y darse cuenta que no estamos solos en tener problemas” (Muñoz, Aguilar, Guzmán, 2000, p. 2).

Así, el propósito de esta investigación fue detectar la presencia de ideación suicida y plantear acciones psicoeducativas orientadas a minimizar el riesgo en los privados de libertad del Centro de Atención Institucional Calle Real, Liberia, Costa Rica. Para el desarrollo de esta investigación, se revisaron importantes aportes como los de Chaves, Madrigal, Vargas y Abarca (2008) quienes enfatizaron en diseñar un perfil de los individuos que consumaron el acto suicida en Costa Rica, a partir de un análisis de las 309 muertes suicidas ocurridas en el año 2005 en Costa Rica. Y resaltan la ideación suicida como uno de los indicadores del acto suicida.

Por su parte, Way, Miraglia, Sawyer, Beer y Eddy (2004) analizaron los factores relacionados con el suicidio en prisiones de New York. Revisaron 76 expedientes de privados de libertad que se suicidaron entre los años 1993 y 2001. Concluyeron que la salud mental, la ansiedad, los estresores y el abuso de sustancias, son factores de riesgo de suicidio. Lekka, Argyriou y Beratis (2006) investigaron los factores de riesgo de ideación suicida como predictor del comportamiento suicida en privados de libertad. Establecieron que los sentimientos relacionados a la ideación suicida se activan por factores estresantes como los problemas en la corte (19.4 %), familiares (14.9 %) y económicos (10.4 %). También, Zhang, Grabiner, Zhou y Li (2010) investigaron la prevalencia de ideación suicida en cárceles chinas, en una muestra de 690 privados de libertad. El mayor aporte de esta investigación es la valoración de la influencia de elementos como la depresión, el autoconcepto y el soporte social sobre la ideación suicida.

Contextualización y Situación problema: El CPI de Liberia tiene privados de libertad en condición de indiciados (personas con prisión preventiva y que se encuentran atravesando un proceso penal) y sentenciados (aquellos con sentencia y descontando una pena). En esta investigación sólo se trabajó con la población sentenciada. El grupo de los sentenciados están subdivididos por módulos, en mediana (módulos D1-A y D1-B) y mínima seguridad (módulos B y C), estos últimos están constituidos por privados de libertad con sentencias cortas (menores a 10 años) y un historial de buen comportamiento; ellos tienen un reglamento interno que busca facilitar la atención técnica grupal e individual. En estos módulos se incorporan actividades que fortalecen los principios de disciplina y autocontrol, además de tener una política de “cero tolerancia a la: violencia, transgresión de armas, al irrespeto por los bienes jurídicos esenciales del ser humano, lo que facilitará acceder a oportunidades de vida en sociedad” (Equipo Técnico CPI Liberia, 2011).

En estos módulos (B y C) se les permite a los privados de libertad celebrar cumpleaños, tener la visita familiar en el salón multiuso, salir del módulo sin que los acompañe un guarda de seguridad, esto les permite “redimir la presión psicológica generada por la prisión” (Equipo técnico, 2011b). También las personas ubicadas en estos módulos tienen mayor acceso al área administrativa y se les permite “la discusión, análisis y búsqueda de soluciones reales a su condición... que permitan su crecimiento personal, refuercen su deseo de cambio y favorezca su estadía en dicho ámbito” (Equipo técnico CPI Liberia, 2011).

La Dirección General de Adaptación Social (DGAS, 2010) establece, entre las funciones de los profesionales en psicología la realización de acciones que promuevan la salud mental, sobretodo en la población más vulnerable. Lamentablemente, esto no siempre es posible; la población del CPI de Liberia, al momento de esta investigación era de 836 privados de libertad indiciados y sentenciados hasta el 23 de marzo del 2011, (Villegas, comunicación personal, 23 de marzo 2011) –, por lo que resulta comprensible que, entre el exceso de trabajo y la falta de personal, parte de esta población quede sin la intervención psicológica necesaria.

Además, las estadísticas existentes en el CPI de Liberia no hacen referencia a la ideación suicida de los privados de libertad. Los datos que se tienen al respecto, son referencias hechas por cada privado de libertad al momento de atención, pero la psicóloga del Centro afirma que “una mayoría de los privados de libertad manejan pensamientos de autoeliminación” (Villegas, comunicación personal, 12 de mayo, 2010).

Ideación suicida: La conducta suicida incluye ideación, amenazas, tentativas y el acto consumado; es percibida como “un continuo” (Gelger, López, Adreasen, 2001 citado en Escalante, 2006) en donde la ideación es el primer eslabón de menor gravedad. Le siguen las amenazas, las tentativas de suicidio (leves y graves) y, finalmente, el suicidio consumado.

Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Gorges (1998) dicen que la ideación es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza y la depresión, aunque no necesariamente pasa al acto, sí es un importante predictor de este.

La conducta suicida, como proceso complejo, contiene elementos tanto personales como sociales que intervienen y se basan “en características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente” (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006, p. 69). Dentro de las características personales se puede mencionar la autoinvalidación que implica “juicios negativos efectuados por uno mismo, baja autoestima, vergüenza, autodesdén y enojo” (Brown, 2008, p. 96), esto está altamente relacionado con la conducta suicida, ya que el suicidio puede ser una manera de esconderse del escrutinio propio y de otros, especialmente “cuando los sujetos pierden la esperanza de cambiar sus vergonzosas cualidades” (Brown, 2008, p. 97). Además de la autoinvalidación, se encuentra el perfeccionismo, ya sea autorientado o indicado socialmente. El primero está relacionado con una dimensión personal, donde el individuo mantiene expectativas poco realistas de sí mismo. El segundo hace referencia a lo interpersonal, o sea a las necesidades y habilidades propias básicas para satisfacer estándares externos, ambos tipos de perfeccionismo se relacionan “significativamente con la ideación suicida” (Hewitt, Flett, Sherry y Caelan, 2008, p. 218). Estos autores señalan que el “perfeccionismo interactúa con el estrés insistente para predecir la suicidalidad” (p. 222) ya que, aunado a la desesperanza, hace que la persona se sienta enajenada, sin pertenencia y apoyo; “conduciéndolo a una carencia de conexión social debido a la inhabilidad para satisfacer las demandas percibidas de otros o mantener una fachada perfecta” (Hewitt et al. 2003 citado en Hewitt, Flett, Sherry, Caelin, 2008, p. 224).

Estas características personales que pueden generar el “pensamiento desesperanzado” (Brown, 2008, p. 96), asociado a una defectuosa resolución de conflictos, pueden terminar generando distorsiones cognitivas que implican ver al suicidio como la única forma de proceder ante una situación intolerable. Además, estudios como el de Vinoda (1966, citado en Marco, Benítez y Morera, 2006) quien realiza una comparación de los rasgos de personalidad de varios grupos, mantiene que los pacientes que habían realizado una tentativa de suicidio eran significativamente más rígidos y hostiles que los del grupo control. La rigidez hace que estos pacientes sean “incapaces de considerar vías alternativas a su problemática y lleven a cabo una sobrevaloración de la misma no estimándola en su verdadero contexto y apreciándola como insostenible e insuperable” (Marco, 1987 citado en Marco, Benítez y Morera. 2006, p. 108).

El medio carcelario supone “un ambiente potencialmente estresante pudiendo poner de manifiesto una mayor vulnerabilidad de los pacientes con trastornos de personalidad a las conductas suicidas” (Marco, 1987 Benítez, Morera, 2006, p. 110). Por su parte, Jenkins et al. (2005, citado en Marco, Benítez, Morera, 2006, p. 109) señala que “la ideación suicida y las

tentativas de suicidio eran más frecuentes en el medio carcelario que en la población general y se asociaban con altos índices de psicosis, neurosis y trastornos de personalidad”. Por su parte, Barrios (2002, citado en Barrios 2005) mencionó que en el “medio penitenciario existe una importante probabilidad de que se produzcan manifestaciones heteroagresivas y autoagresivas de etiología psiquiátrica” (p. 4). Según Zhang, Grabiner, Zhou y Li (2010) los privados de libertad con ideación suicida son los que menor soporte social y confianza en sí mismos tienen, además, la historia familiar de suicidio y maltrato infantil está relacionada con altos niveles de ideación suicida (Lekka, Argyriou y Beratis, 2006).

Modelo cognitivo conductual: Se consideró que este modelo y sus técnicas de evaluación y atención aborda con mejor especificidad el trastorno psicológico que conlleva la ideación suicida, pues evalúa y propone acciones remediales para las distorsiones cognitivas y las conductas desadaptativas que “desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente, generando así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad” (Beck, 1983 citado en Hernández, 2010, p.6). Las técnicas cognitivas han demostrado su efectividad para reducir el riesgo de suicidio (Brown et al., 2005, citado en Catanese, Stephen, Battista y Clarke, 2009), porque se orientan hacia la “resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos” (Yapko, 2006 citado en Hernández, 2010, p.5). Por lo tanto, permiten que la persona atendida pueda “reorganizar la estructura cognitiva, mediante la identificación que realiza sobre sus pensamientos ilógicos, así como la comprensión de las reglas que se formulan para organizar la realidad que soportan a estas cogniciones” (Beck, 1983 citado en Hernández, 2010, p.5).

Las técnicas conductuales, por su parte, centran la atención en la conducta observable del paciente y tienen como fin último: “lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente para que se promueva una mejoría en su ejecución” (Beck, 1983 citado en Hernández, 2010, p. 16). Las conductas son el resultado de los pensamientos particulares del individuo “la manera cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general” (Lega, Caballo y Ellis, 2002, p. 18). Estos pensamientos pueden ser conceptualizados como ideas irracionales o distorsiones cognitivas. Las ideas irracionales son ideas “exageradas y absolutistas que encabezan sentimientos disfuncionales y no ayudan a los individuos a conseguir sus objetivos” (Sharf, 2010, p. 343). Las distorsiones cognitivas por su parte “aparecen cuando la información procesada es inexacta o ineficaz” (Sharf, 2010, p. 377).

Beck (1983, citado en Hernández, 2010, p.7) indica que los procesos cognitivo-conductuales deben ser activos, directivos, estructurados y de tiempo limitado. Activos, en tanto terapeuta y paciente tienen participación, el primero como guía, el segundo como “la persona

indicada para reformular las cogniciones existentes” (Hernández, 2010, p.7). Debe ser directivo porque el psicólogo dirige la intervención buscando el objetivo estipulado previamente para “atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitan el cumplimiento del objetivo de la terapia” (Hernández, 2010, p.7). Y, las técnicas y estrategias serán estructuradas por el terapeuta de acuerdo con el tiempo que considere más apropiado para cada caso.

Para el modelo cognitivo-conductual “los efectos y la conducta que tiene un individuo están en gran medida determinados por el modo en que se estructura el mundo” (Beck, 1983 citado en Hernández, 2010, p.5), Por ello, se centra en los pensamientos como eje de la intervención pues se fortalecen en la experiencia del paciente que, elaborados correctamente o incorrectamente, llegan a “formar y reforzar los comportamientos que realiza la persona en su entorno (Hernández, 2010. p. 6).

Método

Se trabajó con varones privados de libertad recluidos en el CPI de Liberia con sentencia firme por cualquier delito; sin comportamiento violento y que no presenten algún grado de discapacidad cognitiva. De 510 privados de libertad sentenciados a la fecha de la investigación, se tomó una muestra probabilística que se delimitó con el programa STATS diseñado y recomendado para “determinar tamaño de muestra y números aleatorios” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 246). Así, la muestra probabilística fue de 127 privados de libertad, con un nivel de confianza del 93%.

Procedimiento

- *Una vez seleccionados los participantes, mediante el programa Stats, se identificaron aquellos con ideación suicida por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (EIS).*
- Los sujetos identificados con ideación suicida se les aplicó la Escala de Probabilidad de Suicidio (EPS), para determinar el nivel de riesgo y priorizar la atención psicológica. La EPS también fue aplicada a aquellos participantes que sin tener un puntaje elevado en la EIS manifestaban fuertes ideas de autoinvalidación, poco soporte familiar y social, y/o ausencia de proyecto de vida. Como mencionan Gutiérrez, Conteras y Orozco (2006) estos factores, pueden aumentar el riesgo de suicidio aunque la persona no lo manifieste verbalmente.

La EIS (Beck, 1991 citado en Palmer y Connelly, 2005) fue hecha para cuantificar y evaluar las ideas suicidas, consta de 19 reactivos. Este instrumento es considerado “confiable y válido para determinar la severidad de la ideación suicida” (Chioqueta y Stiles, 2006). La EPS de Cull y Gill (1988, citado por Dear, 2000) es considerada como una escala fiable y de “buena

consistencia interna” (p. 78); además de ser utilizada en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica y el Centro de Atención Institucional Calle Real, Liberia.

- *Se identificaron las ideas irracionales por medio* de una entrevista semiestructurada construida para esta investigación, la misma consta de 13 preguntas, divididas en 5 ejes de trabajo: 1. Ideas de auto invalidación, 2. Perfeccionismo autorientado, 3. Perfeccionismo indicado socialmente, 4. Pensamiento desesperanzado del presente y futuro, 5. Capacidad de considerar vías alternas.
- *Se identificación factores de riesgo esto* a partir de las entrevistas semiestructuradas y de la revisión de expedientes de los privados de libertad con ideación suicida.
- *Se diseñó una propuesta psicoeducativa de intervención grupal, con la modalidad de talleres,* ya que según Caballo (1991) de esta forma los participantes ven que no son los únicos con un determinado problema al compartir sus inquietudes con otros y aprenden a ayudarse mutuamente. Los ejes temáticos de las sesiones se construyeron a partir de la información recolectada en este proceso de investigación.
- Se trabajó únicamente con aquellos participantes que firmaron el consentimiento informado, y se mantuvo la confidencialidad correspondiente al sistematizar la información.
- Las personas detectadas con mayor probabilidad de suicidio, de acuerdo con los resultados del EPS, fueron referidos a tratamiento psicológico.

Resultados

Se presentan en 4 fases secuenciales:

- i. Primera Fase: Resultados de las pruebas aplicadas, entrevistas y revisión de expedientes.
- ii. Segunda Fase: Factores de riesgo.
- iii. Tercera Fase: Ideas irracionales.
- iv. Cuarta Fase: Propuesta de trabajo psicoeducativo.

Primera fase:

Los privados de libertad del CPI de Liberia con ideación suicida constituyen un 10.2%, contra un 89.8% que no poseen ideación según la escala EIS:

Tabla 1. Escala de Ideación Suicida de Beck (EIS)

Niveles de ideación suicida	Porcentaje
Sin ideación suicida	89.8
Con ideación y proyecto de intento	5.5
Con Ideación y antecedentes de intento	3.4
Con ideación, antecedentes y proyecto	1.3
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia

Los entrevistados sin ideación suicida—especialmente aquellos ubicados en los módulos B y C— se caracterizan por tener una actitud positiva relacionada con la cercanía del cambio de medidas disciplinarias como el traslado al Centro de Atención Semi-institucional, el traslado al nivel de atención en comunidad, o la finalización de la pena. Esto contribuye a la construcción de un plan de vida y a una percepción positiva acerca de su presente y futuro. Aquellos que se encuentran en los módulos D se mantienen positivos especialmente por el soporte externo, como la visita conyugal y familiar.

La información inicial brindada por el personal administrativo del CPI de Liberia y las estadísticas internacionales como la de Konrad et al., (2007), colocan a los centros penitenciarios como lugares que propician un ambiente ideal para idear o cometer suicidio. De los 127 privados de libertad entrevistados, 14 manifestaron tener ideación suicida durante el periodo de atención, presentándose, como se menciona en la tabla 2, sólo un 3.9% con riesgo fuerte de suicidio según la EPS:

Tabla 2 Escala de Probabilidad de Suicidio (EPS)

Probabilidad de suicidio	Porcentaje	
No aplicado	87.4	
Aplicado sin probabilidad de suicidio	1.6	
Leve probabilidad de Suicidio	6	4.7
Moderado probabilidad de Suicidio	3	2.4
Fuerte probabilidad de Suicidio	5	3.9
Total	100.0	

Fuente: Elaboración propia

Los privados de libertad que tuvieron una puntuación leve y moderada de riesgo de ideación, se caracterizan porque la idea no ha pasado al deseo. La idea suicida era considerada como una opción ante la situación que están viviendo; sin embargo, cuando se les pregunta si desean morir, la respuesta inmediata es “no”, por el contrario mencionan tener muchos deseos de vivir, pero no bajo las circunstancias actuales: “¿querer morirme yo? ¡Ay no!... lo que yo no

quiero es vivir así!; “es una cosa rara, porque si se me ha pasado por la cabeza matarme, pero cuando pienso que tal vez salgo de aquí antes, me siento mejor”.

Tabla 3 Deseo de Morir

Deseos de morir	Porcentaje
Ninguno	90.6
Débil	5.5
Fuerte	3.9
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia

Dos de los 5 privados de libertad con una fuerte probabilidad de suicidio carecen de razones para vivir y significativas ideas de autoinvalidación, considerando la prisión como un medio hostil, por lo que la idea suicida podría dar base a su deseo de morir: “¿Qué razones tengo para vivir? ¡Buena pregunta!”; “qué difícil, ahorita no se me ocurre ninguna buena razón para seguir”; “yo sé que está mal, pero cuando robaba yo mantenía a mi familia con eso, ahora ni eso puedo hacer, solo soy un estorbo”; “en esta cárcel uno no vale nada, con un lápiz lo atraviesan y lo mandan al hospi [sic]”; “los guardas creen que porque tienen uniforme son más que uno, y al rato es cierto, uno es un criminal, pero que dejen de recordármelo”.

Por otro lado hay privados de libertad con razones para vivir, destacan las creencias religiosas para ello, pues se concibe la idea del suicidio como un pecado y se valora la vida humana como un regalo de Dios y que “sólo Él tiene derecho a quitarlo”.

Tabla 4 Razones para vivir

Razones para vivir	Porcentaje
Familia	86.6
Creencias religiosas	93.7
Volver a trabajar	19.6

Fuente: Elaboración propia

Ellos están convencidos que Dios tiene un plan: “Dios tiene un plan, si no hubiera entrado aquí no me hubiera dado cuenta, ahora soy como la masilla lista para que Dios me moldee a su voluntad y me haga un hombre de bien”. Además, aquellas personas que han iniciado algún proceso religioso (ya sea por parte del sacerdote católico, del pastor evangélico u otro privado de libertad) que les permite fortalecer sus creencias al leer y analizar la biblia, rezar o meditar, tienden a interpretar el mundo a partir de una perspectiva cognitiva diferente: “si estoy aquí es para aprender algo, porque yo sé que Dios tiene cosas muy buenas para mí”; “yo veo el sufrimiento de la cárcel como una forma de limpiarme de todo lo malo que he hecho, una

forma de entrar al cielo”; “Dios sabe lo que hace, si no fuera porque estoy aquí ya me habrían matado en la calle, algo bueno tendrá para mí, me sacó de ese mundo”.

Entre los factores protectores y razones para no consumir el suicidio se identifican los planes de vida (especialmente aquellos planteados para el periodo fuera de prisión), la familia, relaciones estables con la pareja, hijos, padres y hermanos. Las relaciones familiares se constituyen en un freno, para los que señalaron tener ideación suicida; como lo indican Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Dierendonck “la capacidad de mantener relaciones positivas con otras personas... y la capacidad de amar son un componente fundamental del bienestar y consiguientemente la salud mental” (2006, p. 573).

Tabla 5 Problemáticas Familiares

Presencia de problemáticas	Porcentaje
Si	26,6
No	73,4
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia

Los CPI de Costa Rica tienen como objetivo principal la adaptación social de los privados de libertad, y por ello deben diseñar acciones que lo permitan. Para ello se han creado espacios de capacitación, trabajo y estudio. Así, por ejemplo, de la muestra poblacional hay un 75.6% que se encuentran integrados en alguno de los programas de estudio o trabajo:

Tabla 6 Ocupación en Prisión

Ocupación en Prisión	Porcentaje
Solamente estudia	34.6
Trabajo sin remuneración	21.3
Trabajo con remuneración	10.2
Estudia y trabaja	9.4
No estudia, ni trabaja	24.4
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia

Un 44% de privados de libertad se encuentran estudiando, ellos se caracterizan por tener metas definidas y planes (a corto, mediano y largo plazo) relacionados directamente con la finalización de los cursos educativos. Ven la graduación en un periodo de tiempo determinado y/o el inicio de una carrera universitaria como una manera de “*aprovechar el tiempo que uno está aquí*” y “*mejorar la calidad de vida al salir*”; “*no salir a robar más, si no ganar bien de*

forma honrada”; “yo de aquí salgo a poner mi taller mecánico y ahora que se leer y escribir va a ser más fácil”. Este grupo se caracteriza por la capacidad de establecer vías alternativas a problemas específicos.

La creación de un plan de vida resulta trascendental pues “define su relación hacia el mundo y hacia sí mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada” (D'Angelo, citado en D'Angelo, 2000). Los privados de libertad que se encuentran trabajando (un 40,7%) reflejan la importancia de tener alguna actividad con la cual mantenerse ocupados: “lo que le pagan a uno es apenas para comprarse unas babosadas [sic] sin tener que pedirle plata a la doña, pero lo bonito es que uno tiene algo que hacer a alguna hora del día”, “el pago no alcanza para nada, pero algo hace uno, así se hace más corto el tiempo”. Inclusive, esta misma actitud se ve en aquellos privados de libertad que trabajan sin remuneración económica: “yo no quiero que me paguen, todo lo que quiero es que me dejen salir del cuarto y hacer algo diferente”.

Además quienes se ven a sí mismos como personas talentosas a las que se les está dando otra oportunidad, reportan más razones para vivir: “mi jefe siempre decía que yo tenía futuro, no me lo había creído hasta que entre aquí, ahora sé que puedo hacer plata afuera de una forma honrada, porque tengo lo que se ocupa para ser bueno”.

Segunda fase:

Esta fase describe los factores de riesgo identificados en los privados de libertad entrevistados. La conducta suicida contiene elementos tanto personales como sociales que intervienen y se basan “en características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente” (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006, p. 69). Por las características particulares de la teoría cognitiva-conductual, la cual se basa en las experiencias presentes, la entrevista semiestructurada no profundizó en el pasado de los participantes. Por ende los factores de riesgo identificados son de vivencias presentes.

En general, los efectos psicológicos y los factores de riesgo relacionados con el encarcelamiento dependen de diversas circunstancias como “el tiempo de condena, la ubicación y el régimen al que se esté sometido, el nivel de adaptación a las condiciones de vida penitenciaria, las características personales del interno/a, etc. por lo que cada caso es único” (García-borés, Font, Fernández, Escurriol, Roig, Leyton, Moreno, 2006). Pese a la variedad de circunstancias, los factores de riesgo identificados se pueden agrupar en tres grandes grupos: familiares, sociales y personales:

Familiares: La familia juega un papel importante en muchos momentos de la vida de la persona. Durante el encarcelamiento, la dinámica familiar se ve inevitablemente modificada por muchos factores y estos cambios inciden directamente en el estado de ánimo de los privados de

libertad entrevistados: *“la doña me dejó, porque no quiere esperarme 3 añitos”*; *“mi esposa se tuvo que ir a vivir con mi mamá cuando entré aquí, ahora cada vez que me llaman es por pleitos, ni ganas de contestar las llamadas me da”*; *“mi hijo mayor perdió el 5to grado, la maestra dice que el que yo esté preso lo está afectando, le arruiné la vida”*.

Tabla 7 Problemáticas Familiares

Presencia de problemáticas	Porcentaje
Si	26,6
No	73,4
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia

Se encontró que 34 privados de libertad estaban atravesando alguna problemática familiar; pero lo significativo fue que 14 de ellos estaban identificados como población con ideación suicida. Lo anterior, es consistente con investigaciones como la de Garcia-borés, Font, Fernández, Escuriol, Roig, Leyton y Moreno, quienes indican que *“el encarcelamiento de un miembro de la unidad familiar siempre supone problemas... el grado de afectación será diferente dependiendo de cada caso”* (2006, p. 54). Los otros 20 participantes aceptan sentirse desanimados y preocupados por dichos problemas, sin embargo estos no les generan ideación suicida

Un factor no relacionado directamente con la problemática en estudio, pero que se convierte en un generador de conflicto familiar (que si es importante en nuestro tema) es la ubicación del CPI de Liberia, el mal estado de las carreteras que llevan a ella (especialmente durante el invierno), el poco ingreso de autobuses y los elevados precios del transporte privado. Lo cual, dificulta que las familias se desplacen y acompañen al privado de libertad. Algunos entrevistados comentan al respecto: *“me agarré con la cabra [haciendo referencia a la pareja], dice que venir aquí es un dolor, los taxis no quieren entrar, sale carísimo y ella no tiene plata, que no venga entonces, ¡Qué no venga!”*; *“yo tengo 6 meses de no tener visita, no ve que la gente es de chepe [San José], y venir aquí les lleva todo el día, para verme media hora, así nadie quiere verlo a uno”*.

En otros casos, el privado de libertad se siente frustrado al no poder resolver las diferentes situaciones. Los entrevistados mencionaban al respecto: *“mira, cuando yo estaba en la calle, todo el mundo me pedía que arreglara las cosas, ahora ya no me piden nada porque saben que no hay nada que yo pueda hacer desde aquí, me volví un inútil”*. Este tipo de situaciones pueden generar la sensación de que ya no se es necesario o importante para la familia, dando cabida a sentimientos de soledad, abandono y desesperanza, formándose ideas de autoinvalidación en respuesta de dichos acontecimientos.

Los duelos por muerte de algún familiar también generan frustración debido a la imposibilidad de asistir a los actos fúnebres, despedirse y acompañar a otros familiares: *“me volví loco cuando ese hijueputa guarda me dijo que no podía ir al entierro de mi bebé, quemé la mica [colchoneta] y hice un despiche”*. Estos comentarios reflejan la “fuerte impotencia por no poder resolver los problemas” (Carrión y Cubero, citado en Garcia-borés, Font, Fernández, Escurriol, Roig, Leyton, Moreno, 2006).

Sociales e Institucionales: Para Zhang, Grabiner, Zhou y Li (2010) la falta de apoyo social (entendiendo apoyo social como la compañía, visitas y llamadas de amigos, vecinos y conocidos) es considerado un factor de riesgo de ideación suicida.

Tabla 8 Relaciones interpersonales

Percepción de apoyo social	Porcentaje
Sí	39.4
No	60.6
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia

En esta investigación se encontró que 77 de los entrevistados indicó no tener apoyo social, entre los cuales 12 presentaban ideación suicida. No obstante, los entrevistados trataron de restarle importancia a ello al señalar: *“cuando uno más los ocupa salen corriendo”, “ni me preocupa lo que piensen igual nunca se les queda bien”*.

Los privados de libertad perciben el apoyo social como poco significativo, en relación al familiar; en general, su reacción ante esta falta de apoyo es de indiferencia y mencionaron no sentirse afectados por dichas actitudes. También es importante señalar, que el inicio de la condena e ingreso al CPI es un factor de riesgo significativo; con el encarcelamiento, se imponen normas, que van desde la restricción de la movilidad hasta los horarios de comidas. Junto con el reglamento institucional, hay reglas de convivencia de las que los privados de libertad han establecido sin estar escritas, como por ejemplo la “ley del silencio” que implica agresión física para quien proporcione cierta información, como por ejemplo la ubicación de las drogas, nombres de las personas que agreden al personal de seguridad o administrativo: *“aquí en dos momentos lo tachan de sapo a uno, no importa si no has dicho nada, si vos saludas a los guardas ya creen que uno está diciendo varas”*.

Por lo señalado, resulta impresionante que el 41,7% de los entrevistados indicaron haber tenido ideación suicida al inicio de la condena, semanas después de que se declarara la sentencia o durante su estancia en condición de indiciados:

Tabla 9 Ideación suicida al inicio de la condena

Presencia de ideación suicida	Porcentaje
Sí	41.7
No	58,3
Total	100.0

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado las existen normativas y características de convivencia institucional que influyen en el proceso de ideación suicida. Los privados de libertad expresan frustración ante la falta de soluciones a sus necesidades y la percepción de que el sistema no los trata como debería ser, según ellos. Lo cual está relacionado con limitaciones que el Centro establece para desarrollar ciertas actividades laborales y recreativas, argumentando motivos de seguridad o para proteger la infraestructura. Así por ej. Suspendió indefinidamente los juegos de fútbol dentro del módulo, debido a que algunos quebraron tubos de agua. También el taller de ebanistería se cerró debido a que algunos utilizaban instrumentos de trabajo para lesionar a otros compañeros. Con ello se redujo las opciones de distraerse o aprender un oficio.

Esta falta de actividades recreativas y/o laborales y el poco espacio físico en el que se encuentran, entre otros aspectos, generan en la población entrevistada molestia, frustración, hostilidad y problemas de convivencia: “se supone que uno aquí se tiene que preparar *para adaptarse, pero uno más bien pasa pensando tramas*”.

Personales: Al momento de atención, los privados de libertad con ideación suicida, percibían su realidad como incontrolable e insuperable: “*estar aquí sin hacer nada, todo el día, todos los días es como para volverse loco*”; “*a veces creo que no voy a lograrlo, ya sabe salir vivo*”. Además, carecían de metas a corto, mediano y largo plazo, esto genera desesperanza haciendo que la persona se sienta incapaz de “considerar vías alternativas a su problemática” (Marco, 1987, citado en Marco, Benítez y Morera. 2006, p. 108) y da una sensación de incapacidad acerca de la construcción y finalización de cualquier plan, debido a una falta de confianza en sus propias capacidades: “*habría que ver si saliendo de aquí consigo trabajo y si lo consigo me lo quedo, no ve que tanto tiempo encerrado hasta se me olvido cómo trabajar*”.

También, se observó que estas personas presentan una significativa baja autoestima causada por las ideas de autoinvalidación y el perfeccionismo el cual implica la creación de expectativas poco realistas de sí mismo, ya sea para satisfacer estándares internos o externos: “*uno aquí no vale nada, no ve que es un preso más*”; “*hay cosas que uno puede hacer y cosas*

que no puede hacer, llegar aquí es una de las cosas que no se pueden hacer”; “mirá yo ni me di cuenta de cómo termine aquí, pero lo que sí sé es que me cagué en mi vida”.

Tercera fase

Esta fase describe las ideas irracionales identificadas, las que se caracterizan por ser poco funcionales y rígidas, por medio de ellas “el individuo se evalúa a sí mismo, a los demás y al mundo” (Ellis, citado en Ellis 1993, p. 103).

Durante el discurso de aquellos privados de libertad que indicaron tener ideación suicida, al momento de atención, se identifican claramente algunas de las ideas irracionales mencionadas por Ellis. Y, se corrobora lo que Beck (1967 citado en Sharf, 2010) llamó distorsiones cognitivas, las cuales son errores de lógica que aparecen cuando la información es procesada de forma imprecisa e inefectiva: “si estos errores ocurren con mucha frecuencia pueden generar diferentes desórdenes psicológicos” (Sharf, 2010, p. 377).

Ellis (1993) hace referencia a la presencia de ideas rígidas que instan a esas personas a esperar, de manera constante, ciertas cosas de ellos mismos, de otros y del ambiente en el que se desenvuelven. Por su parte, Beck (1983 citado en Hernández, 2010) habla de esquemas disfuncionales de pensamiento que hacen que las personas procesen la información con poca lógica o con falta de ella. En la mayoría de los privados de libertad, que indicaron tener ideación suicida, se presentan ambas características: expectativas irracionales acerca de cómo, según ellos, deberían de funcionar todas las cosas, y procesos cognitivos persistentes que agravan dichas ideas. Al respecto, Ellis (1993, citado en Sharf, 2010) divide las ideas irracionales en tres categorías: demandas acerca de uno mismo, demandas acerca de otros y demandas acerca del mundo y/o condiciones de vida. A continuación, se describen las ideas identificadas en los privados de libertad categorizadas de la misma forma que Ellis lo hace:

Demandas acerca de uno mismo:

Las ideas irracionales se pueden plantear en forma de deberes o tareas que la persona establece para sí misma; y si por cualquier motivo no logra cumplir los estándares establecidos se lesiona cognitivamente debido a lo rígido de los esquemas que maneja y a su incapacidad de agregar excepciones.

“Debo ser competente, adecuado y exitoso para tener valor”: Idea irracional detectada en los privados de libertad con ideación suicida, expresadas en frases como: “soy un inútil”; “no soy nadie”; “soy un fracasado” y “soy un monstruo”. Esta autopercepción y los sentimientos negativos relacionados, suelen presentarse cuando se enteran que sus familiares tienen problema que ellos no pueden solucionar, y se evalúan y califican a sí mismos en función de lo que consideran deberes propios e inseparables de su labor como padres y proveedores competentes:

“yo era el que mantenía la familia, yo les daba de comer, los vestía, ahora, ahora yo no soy nadie”; “soy un inútil yo debí protegerla y no lo hice”.

Durante la argumentación que realizan los privados de libertad acerca de esta idea irracional, se denota la distorsión cognitiva definida por Beck (1983, citado en Hernández, 2010) como el “todo o nada”, percepción que lesiona gravemente su autoimagen y por ende su autoestima. Así por ejemplo, algunos privados de libertad mencionaron el fracaso o incompetencia como parte de su realidad, haciendo alusión a sí mismos como personas de segunda categoría que no merecen ningún tipo de atención y ayuda: *“una basura es lo que soy, un hombre de verdad no hace lo que yo hice, me merezco estar aquí, me merezco haber fracasado”.*

Otra distorsión cognitiva presente es la llamada “abstracción selectiva” (Beck 1983, citado en Hernández, 2010) donde se generaliza el infortunio actual y se minimizan los éxitos pasados, catalogándolos como cuestiones fortuitas y sin valor. Esto genera fuertes ideas de invalidación y un sentimiento de desesperanza, dificultando la creación del proyecto de vida y la habilidad de indicar características positivas de sí mismos; viendo cualquier intento de atención como una pérdida de recursos: *“No pierda su tiempo, yo aquí no valgo nada”; “vaya atiende a alguien más, alguien que merezca seguir viviendo”.* Estas frases evidencian como se establece una etiqueta para definirse a sí mismos y se generaliza, Beck (2011) menciona que las personas con esta distorsión cognitiva, establecen en una sola característica la definición completa de ellas mismas, siendo incapaces de identificar los elementos positivos que podrían tener. Esta situación, se constituye en un fuerte motivador a la acción suicida en un intento de esconderse del escrutinio propio, especialmente “cuando los sujetos pierden la esperanza de cambiar sus vergonzosas cualidades” (Ellis, 2008, p. 97).

Demandas acerca de los otros:

Las ideas irracionales también se pueden presentar en forma de exigencias sobre deberes o tareas que la persona considera que es “indispensable en el comportamiento de los otros” (Sharf, 2010, p. 378); debido a lo rígido de los esquemas que tiene, considera inadecuado e insoportable todas aquellas actitudes que contradigan directa o indirectamente las expectativas estipuladas.

“Debo confiar en alguien más fuerte que mí mismo”: En esta demanda se traslada la responsabilidad de afrontar o solucionar ciertas situaciones a otra persona. Los privados de libertad con ideación suicida expresaron considerarse incapaces de afrontar la situación actual a no ser que alguien les ayude; cuando esto no sucede, deviene una gran decepción, enojo y desánimo. Asumían con determinación, que es un deber de los otros es ayudarlos a solucionar y acompañarlos incondicionalmente durante los diferentes problemas de la vida (especialmente durante el encarcelamiento): *“deberían de tomar en cuenta todo lo bueno que yo he hecho aquí*

en el penal y ayudarme a salir con el tercio [de la pena]... como ayudar a los compañeros y esas cosas”; “ella tiene que estar conmigo, no ve que yo le he dado todo, lo mínimo que puede hacer es ayudarme”.

En estos casos, estas demandas se realizan como reflejo de una percepción propia de incapacidad frente a los problemas y terminan interpretando su realidad en prisión como una situación imposible de tolerar.

Demandas acerca del mundo y condiciones de vida:

Estas ideas irracionales se caracterizan por ser demandas y/o deberes que la persona considera “indispensable en el contexto” (Sharf, 2010, p. 379). Todas aquellas situaciones que no cumplan con sus expectativas resultan insoportables:

“Es terrible que las cosas no sucedan como me gustaría que sucedieran”. Los privados de libertad con ideas suicidas se perciben a sí mismos como personas sin las capacidades necesarias para soportar la experiencia en prisión, y establecen situaciones o periodos de tiempo que implican el final de su resistencia: *“Yo tengo que salir de aquí con el tercio, porque si no me vuelvo loco”*. Toman un evento y lo exageran al punto de volverlo intolerable, a esto Beck (1963 citado en Sharf, 2010) lo llama “visión catastrófica”. Al respecto, se destaca que varios de los entrevistados expresaron con insistencia que todo está en su contra, ubicándose en una posición de víctima. No comprendían porque la vida, Dios y/o el sistema penitenciario son injustos con él: *“yo pedí hace 2 semanas que me dieran el carnet para que mis hijos me pudieran venir a ver [este tipo de trámite dura aproximadamente 2 meses] y no me han dado respuesta, yo no sé qué les pasa se olvidan que uno tiene necesidades, eso agüeva”*.

También se detectó la presencia de una particular distorsión cognitiva a la que Beck (1963 citado en sharf, 2010) denomina *personalización*, pues asumían que los funcionarios, familiares y compañeros actúan con el propósito de hacerles la existencia más difícil, esto genera frustración porque las cosas no se resuelven como ellos creen que debería.

Cuarta fase (Propuesta de atención psico-educativa):

Esta propuesta fue diseñada con base en el proceso diagnóstico de los privados de libertad, en la aplicación de pruebas, la entrevista semi-estructurada y el análisis de los resultados. Se aplica en modalidad grupal, y está planeada con perspectiva de proceso psicoeducativo no psicoterapéutico. Busca constituirse en una acción preventiva al desarrollar, en esa población, capacidades para analizar su realidad actual que les permitiría identificar cogniciones y conductas disfuncionales, que podrían estar relacionadas con la ideación suicida. Los ejes temáticos, a desarrollarse en talleres, serían los siguientes:

- Aspectos básicos de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC): Este modelo terapéutico explica cómo los pensamientos generan sentimientos y conductas específicas, y con el cual se buscará explicar y generar un espacio en el que los participantes puedan identificar las ideas más frecuentes en sí mismos.
- Generalidades del Suicidio: Se busca conceptualizar la conducta suicida como proceso con etapas definidas, para disminuir los mitos relacionados con ello. Y también identificar factores de riesgo y protectores que la población con ideación suicida pudiera tener.
- Ideas irracionales: Se busca desarrollar en los participantes, habilidades para identificar las principales ideas irracionales presentes en sí mismos, con el fin de que las evalúe, descarte y promueva otras más funcionales.
- Distorsiones cognitivas: Se busca desarrollar, en los participantes, habilidades para identificar las principales distorsiones cognitivas presentes en la interacción con su entorno, con el fin de que las evalúe, descarte. Y crear un espacio para reflexionar sobre la relación de estas tienen con la ideación suicida.
- Autocontrol e impulsividad: Dado que investigaciones internacionales coinciden en que la impulsividad y la falta de autocontrol están relacionadas con las autolesiones, se busca desarrollar actividades que promuevan el fortalecimiento del autocontrol para disminuir las conductas impulsivas.
- Manejo de la frustración: Este tema resulta de significativa importancia para ser abordado en ésta propuesta psicoeducativa, debido a que la mayoría de la población entrevistada expresó sentirse así, al no cumplirse las expectativas que tienen acerca de ellos mismos, de los otros y del contexto. Se busca realizar actividades que les permita aprender estrategias de afrontamiento para utilizarlas en momentos de frustración.
- Autoestima: Las personas con ideación suicida se caracterizan, significativamente, por tener una autoimagen y un autoconcepto muy deteriorado. Por lo tanto se busca desarrollar actividades y reflexiones que tengan como objetivo fortalecerla.
- Proyecto de vida: Durante las entrevistas a los privados de libertad, se hizo evidente que la presencia de perspectivas de proyecto de vida se constituye en un importante factor protector ante la posibilidad de ideación suicida, por lo que en este taller se busca generar un espacio en el que los participantes puedan elaborar uno realista.

La propuesta está diseñada para realizarse en 8 sesiones de aproximadamente dos horas cada una con la población considerada como de riesgo.

Discusión

La ideación suicida se nutre con las ideas irracionales y las distorsiones cognitivas, las que afectan la interpretación que la persona tiene de sí misma y de su entorno. Los privados de libertad con fuertes probabilidades de suicidio (según la EPS) son los mismos que expresaron desesperanza futura y fuertes deseos de morir. Estos deseos se relacionan con la interpretación que hacen de su situación actual que a la vez hace predominante su idea de auto-daño, lo que les genera dificultades para desarrollar estrategias funcionales de afrontamiento y la creación de un proyecto de vida. Por ejemplo, los entrevistados perciben el acompañamiento familiar como una razón más de preocupación y angustia, la religión la usan como un autocastigo, el estudio es considerado una pérdida de tiempo y las relaciones con otros compañeros de módulo es vista como una forma de conseguir más problemas.

Estas ideas se caracterizan por ser sumamente rígidas, dificultando el simple diálogo y la interacción terapéutica. Estudios como el de Vinoda (1966, citado en Marco, Benítez y Morera, 2006) ya habían mencionado que los pacientes con ideación suicida eran significativamente más rígidos y hostiles que los del grupo control, dificultando su capacidad de “considerar vías alternativas a su problemática, apreciándola como insostenible e insuperable” (Marco, citado en Marco, Benítez y Morera. 2006, p. 108).

En general el CPI es considerado como un medio hostil, tanto por el trato de compañeros, como del personal administrativo y de seguridad, se percibe como un medio que coarta sus iniciativas laborales y recreativas, percepción que real, o no, deteriora su estado de ánimo. Los resultados de las valoraciones técnicas³, la relación con el área administrativa y el hacinamiento, también influyen. Además, creen que las características propias del Centro -la ubicación, los problemas de transporte y las largas filas a la hora de la visita- constituyen razones para que el apoyo familiar se vea condicionado al tiempo y dinero.

Hay un 10.2% de privados de libertad con ideación suicida, esto puede relacionarse directamente con situaciones vividas en la prisión, como rupturas de pareja, muerte o enfermedad de algún familiar y enfermedades crónicas que generan sufrimiento físico, incomodidad en general y desesperanza. Esto concuerda con investigaciones como las de Konrad et al. (2007), quienes indican que entre las razones asociadas al suicidio se encuentran los problemas familiares y enfermedades, aislamiento y soledad.

La reinserción a la sociedad, constituye otra gran preocupación para los entrevistados, principalmente por los estereotipos que acompañan a las personas privadas de libertad. Quienes no tienen ideación suicida disminuyen su ansiedad buscando soluciones concretas y establecen

³ Informes del equipo técnico del Centro en el que se recomienda un cambio de medidas disciplinarias a ciertos privados de libertad.

un plan de acción ante la posible reacción social. Mientras que los que presentan ideación suicida se centran en las dificultades que implica el salir de prisión, han perdido la confianza en las habilidades propias y tienen una autoimagen disminuida, lo que los lleva a ver su futuro de forma catastrófica.

La teoría cognitivo conductual establece una relación entre la parte cognitiva y la afectiva. Los pensamientos (parte cognitiva) generan, modifican y/o fortalecen los sentimientos (parte afectiva); sin embargo, se requiere más de una idea para generar un sentimiento específico. Se necesita más que la idea suicida para generar el deseo de morir, es necesario que esta interactúe con otras ideas que la fortalezcan. Esto se observó en los privados de libertad con ideación suicida leve y moderada, cuya idea suicida es disminuida por otros pensamientos; así la concepción del suicidio no pasa al plano afectivo y, aunque si es concebida como una solución, la gravedad no es tal que constituya un deseo.

La ideación suicida surge como una forma de escapar a problemas que se consideran irresolubles, pero al no ser la idea predominante, se facilita el encontrar soluciones específicas y analizar la realidad a través de esquemas de pensamiento funcionales. Los factores protectores y de riesgo identificados en la población entrevistada coinciden con investigaciones internacionales. Las personas que consumen drogas, con condenas extensas, asuntos judiciales pendientes, poco soporte familiar y deterioro de la salud física, son las más vulnerables a la ideación suicida. Las actividades religiosas (la celebración de la Misa, predicación evangélica, entre otros), educativas (educación primaria, secundaria, superior (a distancia) y laborales (trabajo remunerado y no remunerado) promueven la salud mental y la creación de proyectos de vida en los privados de libertad.

En general, diferentes autores consideran que “los factores estresantes que pueden aumentar el riesgo de suicidio son principalmente la pérdida de un ser querido, las discusiones entre familiares o amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales” (Gutiérrez, Contreras y Orozco, 2006, p. 70). Todos estos factores fueron detectados en los privados de libertad durante las entrevistas. En muchos casos, las problemáticas familiares vienen acompañadas de situaciones de infidelidad y abandono por parte de las parejas de los privados de libertad o viceversa, lo cual influye en el estado de ánimo de los entrevistados. Para ellos, la privación de libertad también restringe la posibilidad de mantener relaciones interpersonales sanas. En general el privado de libertad, desde el momento en que inicia su estancia en prisión “pierde su rol familiar, lo que a menudo implica también el control de la familia, la toma de decisiones y otros... situaciones que contribuyen también a alterar su propia imagen, su auto-valoración y autoestima” (García-borés, Font, Fernández, Ecurriol, Roig, Leyton, Moreno, 2006).

La percepción acerca de la vida dentro de prisión genera ideas desesperanzadoras. El 41,7% de los entrevistados mencionó haber tenido ideación suicida al momento de ingresar a prisión y no al momento de atención, esto lo atribuyen a los cambios que el proceso de encarcelamiento implica (imposición de nuevos estilos de convivencia, nuevo rol familiar, entre otros); todo ello, genera una reestructuración de la autoimagen y por ende de la autoestima. Bedoya, Martínez-Carpio, Humet, Leal y Lleopart (2009) indican que el impacto del ingreso en prisión es un factor de riesgo, por lo que es necesario intervenir especialmente durante los primeros días o semanas del ingreso; por ello, se considera de suma importancia realizar una evaluación a los privados de libertad que tengan menos de 3 meses, para determinar el nivel de riesgo y establecer los procesos de atención específica.

Los privados de libertad que no tienen ideación suicida, procesan la información a través de diferentes esquemas de pensamiento, que les permite desarrollar planes específicos y mantenerse optimistas frente a problemáticas similares. Estos participantes tienen fuertes deseos de vivir al percibir los mismos factores de forma diferente: la familia la encuentran como un grupo de soporte y apoyo, la religión la usan para encontrar paz espiritual, el estudio es visto como una forma de crecimiento laboral y personal y los compañeros de celda son vistos como un grupo que genera acompañamiento debido a que están viviendo situaciones similares.

Debido a que “la experiencia de una crisis suicida está incuestionablemente caracterizada por emociones negativas profundas tales como la desesperanza y desesperación” (Wingate, Burns, Gordon, Perez, Walker, Williams, Joiner, 2008), resulta coherente que las personas sin ideación suicida perciban su realidad actual (la vivencia en prisión) como una “oportunidad para crecer”, “aprender y reivindicarse”; a diferencia de las personas que sí presentan ideación suicida que lo consideran como una situación definitiva y sin salida: “*esto me arruinó la vida, no sé cómo voy a sobrevivir*”. Las personas sin ideación suicida recluidas en los módulos D, quienes tienen mayores restricciones de seguridad y movilidad, han encontrado formas funcionales de afrontar su realidad en prisión y establecer vías alternativas al suicidio, como por ejemplo la lectura (novelas, autoayuda, libros religiosos), la escritura (que les permite expresar sentimientos e ideas), el dibujo, el ejercicio, la religión, el estudio y la artesanía.

Los centros de atención a privados de libertad deben establecer estrategias técnico-administrativas que permitan identificar a aquellas personas con mayor riesgo de desarrollar conductas suicidas e incluirlos en un proceso terapéutico o psicoeducativo que atienda oportunamente sus necesidades. Por lo que la propuesta planteada, incluso solo en su diseño, es una contribución a la salud mental de esa población pues brinda información general para desarrollar estrategias de atención. Debe recalcarse, que esta propuesta plantea un proceso psicoeducativo y no psicoterapéutico; lo que se busca es la prevención mediante el desarrollo de

habilidades que permitan a los privados de libertad identificar cogniciones y conductas disfuncionales, que podrían estar relacionadas con la ideación suicida.

Por último, es importante recalcar que la implementación de buenos canales de comunicación entre los privados de libertad y el área administrativa, espacios educativos, religiosos, de recreación y laborales resultan muy significativos para el desarrollo y fortalecimiento de habilidades cognitivas y conductuales en esta población, lo que definitivamente les ayudarán en la construcción de planes de vida y a disminuir los sentimientos de abandono.

Bibliografía

- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. [Second Edition] New York: Gilford press.
- Brown, M. (2008) *Teoría del comportamiento suicida de Linehan: Teoría, investigación y terapia del comportamiento dialectico*. En: Ellis, T. *Cognición y suicidio. Teoría investigación y terapia*. (A. Solís, Trad.) México: Manual Moderno
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (Comp.)*. Madrid: Siglo XXI.
- Equipo técnico del Centro de Atención Institucional, Liberia, (2011). *Vivencia pasada oportunidad de vida para el mañana. Módulo B*. Ministerio de Justicia y Gracia. Centro del Programa de Atención Institucional Calle Real Liberia.
- Equipo técnico del Centro de Atención Institucional, Liberia, (2011b). *Modelo de oportunidades*. Ministerio de Justicia y Gracia. Centro del Programa de Atención Institucional Calle Real Liberia.
- Escalante, L. (2006). *Suicidio en Costa Rica. Análisis del perfil demográfico de casos de suicidio en el periodo comprendido entre octubre de 2004 a marzo de 2005*. Tesis para optar por el grado académico de especialista en Psiquiatría. Sede Rodrigo Facio. Universidad de Costa Rica.
- García, A. (2009). *Estrategia de sobrevivencia, formas de interacción y significado acerca de la vida en prisión, que poseen cuatro privados de libertad institucionalizados por más de 10 años en el Sistema Penitenciario Nacional, y que se encuentran actualmente reclusos en el centro Penitenciario Calle Real Liberia*. Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología. Sede Guanacaste. Universidad de Costa Rica.
- Hewitt, P., Flett, G., Sherry, S. y Caelan, C. (2008). *Dimensiones de rasgos perfeccionistas y comportamiento suicida*. En Ellis, T. *Cognición y suicidio. Teoría investigación y terapia*. (A. Solís, Trad.) México: Manual Moderno

- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). Teoría y práctica de la terapia Racional Emotivo-Conductual. [Segunda edición] España: Siglo XXI
- Linehan M. (2008). Prólogo. Cognición y suicidio. En: Ellis, T. (2008) Cognición y suicidio. Teoría investigación y terapia. (A. Solís, Trad.) México: Manual Moderno
- Muñoz, R., Aguilar, S. y Guzmán, J. (2000). Manual de terapia de grupo para el tratamiento cognitivo conductual de la depresión. California: RAND.
- Sharf, R. (2010). Theories of psychotherapy and counselling. Concept and cases (Teorías de psicoterapia y asesoramiento psicológico. Conceptos y casos. [Quinta edición]. Estados Unidos: Cengage Learning.
- Wingate, Burns, Gordon, Perez, Walker, Williams, Joiner, (2008) En: Ellis, T. Cognición y suicidio. Teoría investigación y terapia. (A. Solís, Trad.) México: Manual Moderno

Páginas Web:

- Bedoya, A., Martínez-Carpio, P.A., Humet, V., Leal M.J., y Lleopart N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. [Versión Electrónica]. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 37-41.
- Catanese, A., Stephen, M., Battista, J. y Clarke, D. (2009). Acute Cognitive Therapy in Reducing Suicide Risk following a Presentation to an Emergency Department [Terapia Cognitiva Aguda en la reducción de Riesgo de suicidio después de presentarse a un servicio de urgencias] *Journal Behaviour Change* 26, 16–26 [Archivo de datos]. Disponible en el sitio Web de Elton B. Stephens Company, <http://www.ebsco.com>
- Chaves, A., Madrigal, E., Vargas M., y Abarca Z. (2008). El suicidio en Costa Rica en el año 2005. [Versión electrónica]. *Revista de Medicina Legal de Costa Rica*, 25, 17-35. [Archivo de datos]. Extraído el 22 de noviembre 2010 de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v25n1/art3.pdf>
- Chioqueta y Stiles, (2006). Psychometric properties of the Beck Scale for Suicide Ideation: A Norwegian study with university students [Propiedades psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck: Un estudio Noruego con estudiantes universitarios] *Journal of psychiatry* 60, 400-404. [Archivo de datos] Disponible en el sitio Web de Elton B. Stephens Company, <http://www.ebsco.com>
- D'Angelo, O. (2000). Proyecto de Vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. [Versión Electrónica]. Extraído el 10 de noviembre de 2011 de www.bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/angelo8.rtf
- Dear, G. (2000). Functional and dysfunctional impulsivity, depression, and suicidal ideation in a Prison Population. [Impulsividad funcional y disfuncional, depresión e ideación suicida en privados de libertad]. *The Journal of psychology*, 134, 77-80. [Archivo de datos] Disponible en el sitio Web de Elton B. Stephens Company, <http://www.ebsco.com>

- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577. Dirección General de Adaptación Social (2010). Funciones del departamento de psicología.
- Ellis, A. (1993). Como aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Revista Psicología Conductual*. Vol 1, N° 1, 101-110. Extraído el 15 de diciembre de 2011 de <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1993/num1/Como%20aplicar%20algunas.pdf>
- Federación Mundial para la Salud Mental (2008). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Recuperado el 24 de febrero de 2011 de http://new.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=679&Itemid=222
- García-borés, P., Font, N., Fernández, C., Escurriol, R., Roig, A., Leyton, H. y Moreno, M. (2006). La cárcel en el entorno familiar. Estudio de las repercusiones del encarcelamiento sobre las familias: problemáticas y necesidades. Universidad de Barcelona.
- Gutiérrez, A., Contreras, C. y Orozco, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Revista de Salud mental* 29, 66-75. Recuperado el 2 de junio de 2010 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2006/sam065i.pdf>
- Hernández, M. (2010). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión. Un análisis de caso. Tesis para Optar por el Grado Académico de Licenciatura en Psicología. Universidad Autónoma del Estado de México. Centro universitario UAEM Atlacomulco.
- Konrad, N., Daigle, M., Anasseril, D., Dear, G., Frottier, P., Hayes, L., et al. (2007). Preventing suicide in prisons part I. Recommendations from the international association for suicide prevention task force on suicide in prisons. [Previniendo el suicidio en prisiones, parte I: Recomendaciones de la asociación internacional para los grupos de trabajo en la prevención del suicidio en prisiones] *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28, 113-121. [Archivo de datos] Disponible en el sitio Web de Elton B. Stephens Company, <http://www.ebsco.com>
- Lekka, N., Argyriou A. y Beratis, S. (2006). Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. [Ideación suicida en prisioneros: factores de riesgo y relevancia en la conducta suicida]. *European Archives of Psychiatry and Clinic Neurosciense* 256 : 87-92. [Archivo de datos] Disponible en el sitio Web de Elton B. Stephens Company, <http://www.ebsco.com>
- Marco, G., Benítez, H., y Morera, L. (2006). Conducta suicida en trastornos de personalidad [Versión Electrónica] *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8, 108-111

- Mills, J. y Kroner, D. (2004). A New Instrument to Screen for Depression, Hopelessness, and Suicide in Incarcerated Offenders [Un Nuevo instrumento para medir la depresión, desesperanza y suicidio en ofensores encarcelados]. *Journal Legal and Criminological Psychology, 1*, 83–91. [Archivo de datos] Disponible en el sitio Web de Elton B. Stephens Company, <http://www.ebsco.com>
- Mondragón L., Saltijeral M., Bimbela A. y Gorges G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Revista de Salud Mental, 21*, 20-27.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Salud en las Américas.
- Palmer, E. y Connelly, R. (2005). Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners [Depresión, desesperanza e ideación suicida entre prisioneros vulnerables]. *Revista Criminal Behaviour and Mental Health; Vol. 15(3):164–170* [Archivo de datos] Disponible en el sitio Web de Elton B. Stephens Company, <http://www.ebsco.com>
- Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R., y Shaw J. (2006). Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study [el suicidio en prisioneros recién liberados: población basada en un estudio de seguimiento]. *Journal The Lancet neurology, 368,119-123*.
- Sáenz, M. (2011). Aportes para una epidemiología del suicidio en Costa Rica: Un análisis de la primera década del siglo XXI. *Revista Ciencias Sociales 131-132: 37-55*.
- Way, B., Miraglia, R., Sawyer, D., Beer R. y Eddy J. (2004). Factors related to suicide in New York state prisons [Factores relacionados con el suicidio en las prisiones estatales de New York]. *International Journal of Law and Psychiatry, 28* 207–221 [Archivo de datos]. Disponible en el sitio Web de science direct <http://www.sciencedirect.com>
- Zhang, J., Grabiner, V., Zhou, Y. y Li N. (2010). Suicidal ideation and its correlates in prisoners. A comparative study in China [Ideación suicida y sus correlatos en prisioneros. Un estudio comparativo en China] *Revista Crisis 2010; Vol. 31(6):335–342*