

Pensamiento suicida, depresión y religiosidad en una población privada de libertad*

Cristina Ranuzi^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-2470-1026>

Tamires Gomes dos Santos^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-4583-3500>

Ana Cláudia Moura Caetano Araujo^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-4924-9790>

Leiner Resende Rodrigues¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1176-8643>

Objetivo: analizar la influencia de variables sociodemográficas de contexto carcelario, religiosidad y síntomas de depresión en la presencia de pensamientos suicidas en una población privada de libertad. **Método:** estudio transversal, con enfoque cuantitativo, realizado con 228 participantes, basado en un cuestionario sociodemográfico, de contexto carcelario y la presencia de pensamientos suicidas, la Escala de Religiosidad de Duke y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). **Resultados:** las variables que mostraron una correlación estadísticamente significativa fueron: género femenino, no tener pareja, trabajar en la prisión, ser reo primario y usar medicamentos controlados, advirtiéndose que el sexo femenino presenta 7,2 veces más posibilidades de tener pensamiento suicida, por cada punto adicional en el puntaje de depresión, aumenta las posibilidades en un 21% y no tener una pareja aumenta tres veces las posibilidades de pensar en el suicidio tres. Aunque los puntajes de religiosidad fueron altos, no mostraron una correlación estadísticamente significativa con la presencia de pensamientos suicidas. **Conclusión:** el contexto de la prisión es complejo y conlleva peculiaridades que causan el deterioro de los problemas de salud mental, así como los pensamientos autolesivos. Teniendo en cuenta la relevancia del tema en cuestión, este trabajo se destaca en vista de la escasa producción científica sobre el tema.

Descriptor: Ideación Suicida; Prisioneros; Depresión; Religión; Salud Mental; Atención a la Salud.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Pensamiento suicida, depresión y religiosidad en una población privada de libertad", presentada en la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

¹ Universidade Federal do Triangulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Cómo citar este artículo

Ranuzi C, Santos TG, Araujo APMC, Rodrigues LR. Suicidal thinking, depression, and religiosity in a freedom-deprived population. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3368. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3713.3368>. mes día año

Introducción

Las Personas Privadas de Libertad (PPL) constituyen un grupo de riesgo de suicidio, con mayor incidencia en comparación con la población general⁽¹⁻²⁾. En los Estados Unidos, por ejemplo, la ocurrencia de suicidios entre las PPL es nueve veces mayor en comparación con la población general⁽¹⁾. El encarcelamiento es una experiencia traumática, que implica retraimiento social, separación familiar, limitación de actividades rutinarias, discriminación, acceso deficiente a los servicios de salud, permanencia en un ambiente estresante, con infraestructura precaria y hacinamiento, aspectos que caracterizan la mayor vulnerabilidad de esta población en relación con la presencia de pensamientos suicidas⁽³⁻⁵⁾.

La ideación suicida se define como la presencia de pensamientos en los que el individuo es el agente de su propia muerte y cuanto mayor es su magnitud y persistencia, mayor es el riesgo de un eventual suicidio⁽⁶⁻⁸⁾. Si bien la relación entre los trastornos suicidas y mentales, en particular, la depresión y el abuso del alcohol y las drogas, está bien establecida, factores como el enfrentamiento de conflictos, violencia, abusos o pérdidas, aislamiento y los intentos previos también presentan una fuerte asociación con el comportamiento suicida⁽¹⁾.

El enfoque del suicidio es delicado, ya que debe entenderse a partir de la asociación de factores sociales, psicológicos, culturales, conductuales y de salud, que actúan de manera concomitante y, dado que son muertes potencialmente prevenibles, la atención debe centrarse en la identificación temprana de los signos y en el manejo adecuado, siendo la ideación suicida un objetivo importante para la prevención⁽⁹⁻¹²⁾. Se observa que las posibilidades de hacer nuevos intentos son diez veces menores en las personas que recibieron intervención psicosocial con visitas regulares y la derivación adecuada a un servicio de salud especializado⁽¹³⁾.

Otro factor a destacar, con respecto a la prevención, es la religiosidad, ya que la evidencia ha revelado una relación positiva y protectora con la salud mental⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. La participación en reuniones religiosas atenúa el aislamiento experimentado por la población carcelaria, proporciona bienestar psicológico y espiritual, crea vínculos y hay indicios de que muchos de los que se dedican a las prácticas religiosas adoptan un modelo de transformación de vida⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Sin embargo, pocos estudios hasta la fecha han investigado la prevalencia de la ideación suicida y sus correlatos en una muestra mixta de PPL⁽¹⁾, por lo que es esencial fomentar la investigación adicional en el área para identificar factores de riesgo y factores de protección, a fin de poner a disposición de los

profesionales los instrumentos necesarios para apoyar a la persona en el proceso de afrontamiento^(9-10,18-19).

En vista de lo anterior, este estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de las variables sociodemográficas, del contexto carcelario, la religiosidad y los síntomas de depresión en la presencia de pensamientos suicidas en una población privada de libertad.

Método

Estudio transversal, con enfoque cuantitativo, realizado en la Penitenciaría Estatal Mixta Profesor Aluísio Ignácio de Oliveira, ubicado en el Estado de Minas Gerais, de mayo a julio de 2018.

La población consistió en 228 PPL, siendo considerados como criterios de inclusión: pertenecer al sexo masculino o femenino, hallarse condenado o en prisión preventiva y aceptar participar. Los participantes que no pudieron responder al instrumento debido a limitaciones físicas o psicológicas fueron excluidos del estudio.

El reclutamiento de la muestra incluyó un muestreo no probabilístico de la población de estudio y el cálculo de la muestra consideró una prevalencia de ideación suicida del 23,7% durante el encarcelamiento⁽¹²⁾, una precisión del 5% y un intervalo de confianza del 95% para una población finita de 1262 PPL. Con la utilización de la aplicación *Power Analysis and Sample Size*, versión 13 e introduciendo los valores descriptos anteriormente, se obtuvo un tamaño de muestra de 228 individuos, considerando una pérdida muestral del 20%, el número máximo de los intentos de entrevista fueron 285.

El cuestionario de la recolección de datos consistió en los siguientes instrumentos: cuestionario sociodemográfico, de contexto carcelario y presencia de pensamientos suicidas, el Índice de Religiosidad de la Universidad de Duke (Durel) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).

Los datos que se refieren a las características sociodemográficas, el contexto carcelario y la presencia de pensamiento suicida autoinformado, se obtuvieron de un instrumento desarrollado por los autores y sometido a valoración y validación por tres jueces expertos.

Para las características sociodemográficas, el instrumento aborda las siguientes variables de estudio: fecha de nacimiento, sexo, estado civil, nivel educativo, ingresos familiares, si tiene una religión y qué religión. Las características del contexto carcelero se abordaron a partir de preguntas relacionadas con el estudio y las actividades laborales, tales como: si estudia dentro de la unidad carcelaria y para aquellos que no estudian se les preguntó si les gustaría estudiar; si trabajan en la unidad y ante respuestas negativas, se les preguntó si

les gustaría trabajar, mientras que para aquellos que trabajan, preguntaron qué función cumplen. También se incluyen preguntas sobre la fecha de admisión al penal, el tipo de detención, el tipo de régimen, si el reo es primario o reincidente y si recibe visitas.

Con respecto a la presencia de pensamientos suicidas, se abordaron las siguientes variables de estudio: si el participante alguna vez pensó en suicidarse desde el encarcelamiento, cuál es la frecuencia de ese pensamiento, si buscó asistencia psicológica dentro de la unidad, si recibió asistencia psicológica y si utilizó algunos medicamentos controlados.

Para obtener el puntaje de religiosidad, se utilizó la escala Durel, un instrumento breve y fácil de abordar, traducido y validado al portugués⁽²⁰⁻²²⁾. Tiene cinco ítems que capturan tres dimensiones centrales de la religiosidad y que están relacionados con los resultados de salud, a saber: Religiosidad Organizacional (RO), Religiosidad No Organizacional (RNO) y Religiosidad Intrínseca (RI)^(20,22).

La RO comprende comportamientos religiosos que ocurren en el contexto de la institución religiosa, como la asistencia a actividades religiosas formales. Por otra parte, la RNO, cubre comportamientos religiosos privados, que ocurren sin lugares fijos preestablecidos, y pueden manifestarse individualmente o en pequeños grupos familiares e informales. Finalmente, la RI refiere a una dimensión subjetiva, que evalúa cuánto la religión puede motivar o influir en los comportamientos en la vida del individuo^(20,22).

Los primeros ítems de la escala evalúan RO y RNO y los últimos tres ítems evalúan la RI. Al analizar los resultados, los puntajes de las tres dimensiones deben examinarse por separado⁽²¹⁾. Tanto para RO como para RNO, el puntaje varía de 1 a 6 puntos, mientras que en el caso de la RI, la variación se extiende de 3 a 15 puntos. Es de destacar que cuanto mayor es el puntaje total, mayor es la religiosidad⁽²²⁾.

En el análisis, todos los elementos de las preguntas deben invertirse para luego realizar la suma. Para RO y RNO, la conversión da como resultado: 1 = 6; 2 = 5; 3 = 4; 4 = 3; 5 = 2; 6 = 1 y para RI la conversión resulta en: 1 = 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; 5 = 1^(20,22).

Para la clasificación de los puntajes, se consideran puntajes de RO bajos <3 y puntajes de RO altos \geq 4. Para los recién nacidos, se consideran <3 bajos y \geq 4 altos. En cuanto a la RI, se considera alto cuando los puntajes \geq 10 y bajo cuando los puntajes <9⁽²³⁾.

El relevamiento de los síntomas de depresión se realizó utilizando la escala DASS-21, validada y adaptada al portugués. Es un instrumento reducido y autoadministrado que contiene 21 ítems que incluyen tres subescalas que evalúan los síntomas de depresión,

ansiedad y estrés⁽²⁴⁻²⁵⁾. La subescala de síntomas de depresión está compuesta por los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21, la subescala de síntomas de ansiedad está compuesta por los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 y la subescala de los síntomas de estrés se compone de los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, con respuestas tipo Likert, en las cuales el individuo evalúa cuánto se aplicó cada síntoma en la última semana⁽²⁵⁾.

Los cuatro puntos en la escala son: 0 = no se aplicó en absoluto, 1 = se aplicó hasta cierto grado o por poco tiempo; 2 = se aplicó en grado considerable, o durante una buena parte del tiempo y 3 = se aplicó mucho o la mayor parte del tiempo. El resultado final se obtiene por suma de los puntajes de los ítems de cada subescala, que posteriormente debe multiplicarse por dos y la clasificación se realiza según el grado de severidad⁽²⁵⁾.

Primeramente, se realizó una prueba piloto con 10 participantes para verificar la aplicabilidad de los instrumentos. La recopilación de datos duró aproximadamente dos meses (del 22 de mayo al 19 de julio de 2018), respetando el plazo establecido por el Secretario de Administración Penitenciaria del Estado de Minas Gerais (SEAP-MG). Las entrevistas fueron realizadas por los investigadores, individualmente, con todas las PPL que se desplazaban dentro de la unidad carcelaria, ya sea para consulta médica de rutina, para recolectar pruebas de laboratorio, para recibir atención en la admisión, para recibir atención de la Comisión de Clasificación Técnica (CTC), entre otros. La recolección de datos se realizó en una sala en el sector de la salud de la penitenciaría y la duración de cada entrevista fue de aproximadamente 20 minutos.

Es de destacar que el Formulario de Consentimiento Libre, Previo e Informado de libre consentimiento se aplicó una vez realizadas las aclaraciones necesarias y cualquier entrevistado que presentara alguna molestia emocional, como resultado de la aplicación de los instrumentos, o que presentara algún grado de depresión, identificado por la aplicación de la escala, era recibido por el entrevistador y enviado a asistencia psicológica en la unidad carcelaria, según un acuerdo previamente establecido.

Para el análisis estadístico, se utilizó el paquete estadístico para el software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versión 21.0. En cuanto a la caracterización de la población según variables sociodemográficas, del contexto carcelario y la presencia o ausencia de pensamiento suicida, se presentaron las variables categóricas mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas y para las variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Para determinar

la religiosidad y los síntomas de la depresión, los puntajes de la escala se resumieron utilizando medidas de centralidad y dispersión.

Con respecto al análisis de la relación entre los síntomas sociodemográficos, el contexto carcelario, la religiosidad y la depresión sobre la presencia de pensamientos suicidas, se realizaron análisis bivariados, como la prueba t para predictores dicotómicos y las correlaciones de Pearson y Spearman para predictores cuantitativos y ordinales, respectivamente. La contribución simultánea de predictores sociodemográficos, de contexto carcelario, religiosidad y depresión con ideación suicida incluyó el análisis de regresión logística múltiple. Las asociaciones con un valor de $p \leq 0.05$ se consideraron estadísticamente significativas y se consideró un nivel de significancia alfa del 5%.

Este estudio fue sometido a la apreciación y aprobación de SEAP-MG y al Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de Triângulo Mineiro, con el número de aprobación 2,649,472.

Resultados

La población de estudio consistió en 228 individuos privados de libertad, 189 (82,9%) de los cuales eran hombres y 39 (17,1%) de los cuales eran mujeres. El rango de edad varió entre 18 y 74 años, con un promedio de 33,48 años, mediana de 32 años y desviación estándar de 10,2 años. En cuanto al estado civil, 106 (46,5%) eran solteros.

Se encontró que 98 (43%) individuos no habían completado la escuela primaria y el ingreso familiar más

frecuente era un salario mínimo, 65 (28,5%), seguido por aquellos que reportaron ingresos de hasta tres salarios, 58 (25,4%). La mayor proporción, 210 (92,1%) informó tener una religión, y de estos, 104 (49,5%) católicos, 73 (34,8%) evangélicos, 29 (13,8%) espiritistas, 2 (1%) Testigo de Jehová y 2 (1%) otros.

En cuanto a las características del contexto carcelario, se encontró que 168 (73,7%) participantes fueron condenados y 60 (26,3%) aún estaban en espera de juicio, con 181 (79,4%) en régimen cerrado y 47 (20,6%) en régimen semiabierto. La mayoría de las personas, 141 (61,8%), informaron ser reincidentes en prisión. El tiempo de reclusión varió entre 0 y 5016 días (aproximadamente 13 años y 9 meses), con un promedio de 585,11 días (aproximadamente 1 año y 6 meses), una mediana de 329 días y una desviación estándar de 787,39 días (2 años y aproximadamente 1 mes).

Solo 15 (6,6%) participantes estudian dentro de la unidad carcelaria, y entre aquellos que no estudian, 181 (85%) refieren que les gustaría estudiar. En cuanto a la presencia de una relación laboral, solo 42 (18,4%) participantes realizaban alguna actividad, sin embargo, entre los participantes que no lo hacían, la mayoría, 172 (92,5%), manifestó el deseo de trabajar. Entre las actividades ofrecidas, las artesanías fueron las más frecuentes, 20 (47,6%). Con respecto a las visitas, 109 (47,8%) participantes declararon recibirlas y se identificó que las mujeres participantes (38,5%) reciben menos visitas en comparación con los hombres (49,7%).

La Tabla 1 muestra las medidas de centralidad y dispersión, sobre la base de las respuestas de la escala de religiosidad.

Tabla 1 - Medidas de tendencia central y dispersión de las dimensiones de la escala de religiosidad aplicadas a individuos privados de libertad en una penitenciaría mixta del Estado de Minas Gerais. Uberaba, MG, Brasil, 2018

Dimensión	Media	Mediana	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
RO [*]	4,61	5,00	1,599	1	6
RNO [†]	5,04	5,00	0,984	1	6
RI [‡]	12,07	13,00	2,662	4	15

*RO = Religiosidad organizacional; †RNO = Religiosidad no organizacional; ‡RI = Religiosidad intrínseca

Según el puntaje de clasificación, 184 (80,7%) participantes tenían una alta religiosidad organizacional, 217 (95,2%) alta religiosidad no organizacional y 187 (82%) alta religiosidad intrínseca, 187 (82%).

Con respecto a la evaluación de la subescala de síntomas de depresión, se observó una variación de cero a 42 puntos, con un promedio de 8,50 puntos, una mediana de 6,0 puntos y una desviación estándar de 8,93 puntos. La Tabla 2 contiene el resultado de la evaluación de la subescala de síntomas de depresión según el grado de gravedad.

La Tabla 3 muestra la presentación de las variables relacionadas con la caracterización del pensamiento suicida.

Del análisis bivariado, se observa que las variables estadísticamente significativas fueron: ser mujer, no tener pareja, trabajar en el penal, ser reo primario y utilizar medicamentos controlados, como se muestra en la Tabla 4.

A partir de la regresión logística múltiple binomial, fue posible confirmar las correlaciones mencionadas anteriormente, como se muestra en la Tabla 5. Se observa que el sexo femenino tiene posibilidades de

presentar un pensamiento suicida 7,2 veces mayor que el sexo masculino. En cuanto al puntaje de depresión total, se verifica que, por cada punto adicional en el puntaje de depresión, las posibilidades de tener pensamientos suicidas aumentan en un 21%. Para la variable estado

civil, que en la regresión logística se dicotomizó como tener o no tener pareja, se constató que los individuos que no tienen pareja tienen tres veces más probabilidades de pensar en el suicidio en comparación con los que sí tienen pareja (compañero/compañera).

Tabla 2 – Resultado de la evaluación de la subescala de síntomas de depresión aplicada a individuos privados de libertad en una penitenciaría mixta del Estado de Minas Gerais. Uberaba, MG, Brasil, 2018

Categoría	N	%
Normal	141	61,8
Leve	28	12,3
Moderada	38	16,7
Severa	10	4,4
Extremadamente Severa	11	4,8

Tabla 3 – Distribución de la frecuencia de variables relacionadas con el pensamiento suicida en individuos privados de libertad en una penitenciaría mixta del Estado de Minas Gerais. Uberaba, MG, Brasil, 2018

Variables	Categorías	n	%
Presencia de pensamiento suicida desde el encarcelamiento	Sí	48	21,1
	No	180	78,9
Frecuencia del pensamiento suicida desde en encarcelamiento	Uma	17	35,4
	Dos	8	16,7
	Tres	5	10,4
	Cuatro	3	6,3
	Cinco o más	15	31,3
En presencia del pensamiento suicida, buscó atención psicológica en la unidad carcelaria	Sí	24	50
	No	24	50
Si la buscó, recibió la atención psicológica	Sí	15	62,5
	No	9	37,5
Informa hacer uso de medicamentos controlados	Sí	80	35,1
	No	148	64,9

Tabla 4 – Asociación entre factores sociodemográficos y de contexto carcelario y la presencia de pensamientos suicidas en individuos privados de libertad en una penitenciaría mixta del Estado de Minas Gerais. Uberaba, MG, Brasil, 2018

Variables	Presencia de pensamiento suicida		RP*	RCP†	p‡
	Sí	No			
Sexo					
Femenino	20 (51,3%)	19 (48,7%)	3,462 (2,188 - 5,476)	6,053 (2,873 - 12,752)	< 0,001
Masculino	28 (14,8%)	161 (85,2%)			
Presencia de compañero(a)					
No	34 (28,3%)	86 (71,7%)	2,186 (1,242 - 3,848)	2,654 (1,335 - 5,280)	0,004
Sí	14 (13%)	94 (87%)			
Trabaja dentro de la penitenciaría					
Sí	16 (38,1%)	26 (61,9%)	2,214 (1,346 - 3,644)	2,962 (1,427 - 6,145)	0,003
No	32 (17,2%)	154 (82,8%)			
Tipo de Reo					
Primario	26 (29,9%)	61 (70,1%)	1,915 (1,161 - 3,161)	2,306 (1,208 - 4,400)	0,010
Reincidente	22 (15,6%)	119 (84,4%)			
Uso de medicamento controlado					
Sí	26 (32,5%)	54 (67,5%)	2,186 (1,328 - 3,599)	2,758 (1,438 - 5,288)	0,002
No	22 (14,9%)	126 (85,1%)			

*RP = Razón de prevalencia; †RCP = Razón de chance de prevalencia; ‡Prueba Chi-Cuadrado

Tabla 5 – Análisis de regresión logística múltiple binomial que tiene como resultado la presencia o ausencia de pensamiento suicida en individuos privados de libertad en una penitenciaría mixta del Estado de Minas Gerais, Uberaba, MG, Brasil, 2018

Variables	Valor de p [*]	RCP ajustado [†]	Intervalo de Confianza [‡]
Sexo	0,001	7,197	2,358 - 21,968
Depresión (puntaje total)	<0,001	1,216	1,142 - 1,296
RI	0,477	0,941	0,796- 1,112
Estado Civil	0,010	3,446	1,348 - 8,804
Tipo de Régimen	0,069	3,296	0,911 - 11,925

*p<0,005; †RCP = Razón de chance de prevalencia; ‡IC 95%

Discusión

A partir de este estudio, se encontró que el 21.1% de los participantes informaron ideación suicida desde el comienzo del encarcelamiento. En la literatura científica, no se encontró ningún estudio con una metodología similar a esta, con respecto al enfoque de ideación suicida entre PPL, lo que dificulta la comparación de los datos obtenidos con los de otros autores.

El estudio con el diseño metodológico más cercano a este se llevó a cabo en Israel, sin embargo, con solo 46 mujeres encarceladas, que encontraron una prevalencia considerablemente más alta, ya que más del 50% de los participantes informaron antecedentes de ideación suicida e intento de auto exterminación durante el encarcelamiento⁽²⁶⁾.

Otras investigaciones internacionales, con metodología diferente, encontraron valores variados. En Bélgica, la Escala de Suicidio de Paykel (PSS) encontró una prevalencia de ideación suicida de 43,1% sobre la vida y 23,7% durante el encarcelamiento⁽¹²⁾. En los Estados Unidos, a través de la escala suicida del Inventario de Personalidad de Morey, se evidenció que el 16% de los participantes tenían ideación suicida clínicamente significativa en el encarcelamiento, mientras que en Costa Rica se encontró, a través de la escala BSI, una prevalencia de 10,2%⁽¹⁻²⁾

En Etiopía, casi el 17% del total de los reclusos expresó la idea de suicidarse, el 16,6% ya lo había planeado y el 11,9% ha hecho al menos un intento desde su detención⁽²⁷⁾. En Colombia, los porcentajes de ideación suicida alta fueron más altos que los encontrados en la población general. Entre 154 presos, el 14,9% tenía una ideación suicida alta, el 20,1% media y el 64.9% bajo⁽²⁷⁾.

Sobre la base de estos datos, se puede advertir que son pocos los estudios sobre este tema, especialmente aquellos que cubren las PPL en Brasil⁽³⁾. Aun así, es posible inferir que la prevalencia del pensamiento suicida entre las PPL es mayor en comparación con la población general^(12,27-29).

De esta forma, se infiere que el encarcelamiento aumenta la predisposición del individuo a la proyección de

ideas suicidas, debido a factores como el debilitamiento del sistema de apoyo social, el hacinamiento, la infraestructura precaria, que requieren procesos de adaptación personal para enfrentar el cambio en la realidad y favorecen la aparición de síntomas como ansiedad, estrés, depresión y pensamientos autolesivos^(3,27-28,30-33).

En cuanto a la frecuencia del pensamiento suicida, la mayoría (64,6%) de los individuos informaron haber pensado más de una vez. En cuanto a la atención psicológica brindada por la unidad penitenciaria, la mitad de los participantes que dijeron haber pensado en el suicidio solicitaron atención en la unidad, y de estos, el 62.5% dijeron que la habían recibido. Para esta información específica, no se encontraron datos en la literatura para permitir la discusión. Sin embargo, hay indicios de que los servicios de salud mental en las unidades penitenciarias son limitados⁽³³⁾.

Del análisis bivariado, se encontró que ser mujer (p <0,001), no tener pareja (p = 0,004), trabajar dentro de la penitenciaría (p = 0,003), ser un acusado primario (p = 0,010), la depresión autoinformada (p <0,001) y el uso de medicación controlada (p = 0,002) fueron las variables estadísticamente significativas.

A partir de la regresión logística múltiple binomial, se confirmaron las correlaciones mencionadas anteriormente, ya que las variables estadísticamente significativas fueron el sexo (p = 0,001), el puntaje de depresión total (p <0,001) y el estado civil (p = 0,010). el sexo femenino aumenta en 7.2 veces las posibilidades de tener pensamientos suicidas (RCP = 7,197), no tener una pareja aumenta en 3 veces (RCP = 3,466) y por cada punto adicional en el puntaje total de la escala de depresión, aumentan en 21 % de posibilidades de tener pensamientos suicidas (RCP = 1,216).

Reforzando estos hallazgos, la investigación realizada en China y los Estados Unidos, los dos primeros países con la mayor población carcelaria del mundo, indicó que las morbilidades psiquiátricas, las variables sociodemográficas, el apoyo social frágil, los rasgos de personalidad y los antecedentes de intentos de suicidio

están significativamente relacionados con la ideación suicida en las poblaciones carcelarias^(1,30,34).

Es de destacar que las personas menores de 30 años ($p = 0,04$), que no tienen pareja ($p = 0,04$), con antecedentes de violencia intrafamiliar ($p = 0,03$), intento de suicidio previo ($p = 0,001$), a quienes se les haya diagnosticado un trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida ($p = 0,02$) y un período de encarcelamiento de menos de un año ($p = 0,001$), tienen más probabilidades de desarrollar ideación suicida^(3,12,27,29-31,35). Además de este aspecto, la falta de apoyo social y la exposición al comportamiento suicida de los compañeros internos aumentaron, en dos veces, las posibilidades de experimentar una ideación suicida dos veces^(12,30).

Por el contrario, en Europa, la disminución en las posibilidades de ideación suicida se asoció significativamente con individuos con antecedentes de encarcelamiento previo ($p = 0,001$), que tenían trabajo durante el encarcelamiento ($p = 0,039$), que mantuvieron contacto con familiares y amigos ($p = 0,030$) y con la seguridad percibida ($p = 0,002$)⁽¹²⁾.

Estos datos concuerdan con los de un estudio realizado en Chile, que se basó en la investigación de 132 casos de suicidio consumado en PPL, de los cuales el 66,7% tenía ingresos previos en el sistema penitenciario, el 73,5% eran solteros, 84, el 8% no participaba en ninguna actividad laboral y el 43,2% enfrentaba algún grado de depresión⁽³⁾.

Por el hecho de que las mujeres son más propensas de presentar pensamientos suicidas que los hombres, los resultados corroboran los de otros autores, que identificaron la misma relación tanto para PPL como para la población en general^(26,35-36). Las muertes por suicidio son aproximadamente tres veces más altas entre los hombres que entre las mujeres. Por el contrario, los intentos de suicidio son, en promedio, tres veces más frecuentes entre las mujeres⁽¹⁹⁾. La tendencia de asociar a los hombres con comportamientos riesgosos, niveles más altos de fuerza, un acceso más fácil a medios más letales y el hecho de que las mujeres están más preocupadas por la salud y buscan ayuda con menos resistencia, puede explicar esta circunstancia^(13,19).

Con respecto al estado civil, se descubrió que vivir solo aumenta el riesgo de suicidio, con tasas más altas entre las personas divorciadas o que nunca se casaron⁽¹⁹⁾. Los resultados de esta investigación confirman los encontrados en la literatura, ya que hubo una correlación significativa entre no tener pareja y la presencia de ideas suicidas ($p = 0,004$). Se agrega que otro estudio encontró la misma correlación ($p = 0,004$) y, como otros autores, afirma que tener una pareja es un factor de protección^(3,27,35-37).

Aunque el trabajo durante el encarcelamiento se haya asociado en otras investigaciones con menos ideación suicida, este estudio identificó una correlación inversa, ya que la actividad laboral se correlacionó con un aumento en la ideación suicida ($p = 0,003$)^(2-3,12,27). La participación en actividades laborales garantiza a las PPL el beneficio de la remisión de la pena en la proporción de un día redimido por cada tres días trabajados, sin embargo, su inclusión está sujeta a la evaluación multiprofesional del comité de clasificación técnica, que analiza las condiciones físicas, psicológicas, conductuales y de salud y seguridad de las partes interesadas. Es necesario tener en cuenta los posibles factores de estrés inherentes a estas actividades, como una revisión diaria rigurosa al retirarse y al regresar del trabajo, el número reducido de vacantes y la consiguiente falta de variedad de estas ocupaciones, lo que los dirige a realizar un trabajo que puede no ser necesariamente la preferencia o aptitud de la PPL. Además, existe una gran demanda de cumplimiento de las normas disciplinarias, ya que cualquier falta de naturaleza grave o moderada resulta en la suspensión de este beneficio⁽³⁸⁾. Se enfatiza que esta condición debe investigarse mejor, para comprender la representación del trabajo para esta población, ya que no se encontró ningún artículo con una explicación relevante.

Otra variable que se correlacionó con la existencia de ideación suicida fue el hecho de que la PPL fuera un reo primario ($p = 0,010$), un dato consistente con el hecho de que un historial de encarcelamiento previo se consideraba como factor de protección ($p = 0,001$)⁽¹²⁾.

Con respecto al hecho de que la depresión ha aumentado considerablemente las posibilidades de que la PPL piense en el suicidio, existe un consenso, entre los grupos de salud especializados, de que la enfermedad mental generalmente asociada con el suicidio es la depresión⁽³⁹⁾. Se estima que estuvo presente en al menos el 50% de los suicidios consumados^(19,39-40). Tanto para la población general como para la PPL, la depresión es un factor de riesgo importante para la ideación suicida, con una correlación positiva^(10,26,31,41-45).

Con respecto a las drogas controladas, el 35,1% de los participantes informó el uso y se identificó una correlación estadísticamente significativa con la presencia de ideación suicida, sin embargo, para esta información, no se encontraron estudios que favorecieran la comparación.

Con respecto a la religiosidad, aunque la evidencia indica que actúa como un factor protector para la presencia de ideación suicida, en este estudio no fue posible realizar tal confirmación, ya que no hubo una correlación estadísticamente significativa ($p = 0,477$ /CPR = 0,941), de acuerdo con otros autores⁽¹²⁻⁴⁶⁾.

Todavía no hay evidencia de que la religiosidad reduzca significativamente el suicidio en prisión, y se sugiere que tal vez esto se deba a la ausencia de estudios que aborden específicamente el impacto de la religiosidad en la salud mental de los PPL^(42,47).

Entre las limitaciones de este estudio, vale la pena destacar el muestreo de conveniencia en detrimento del muestreo probabilístico, ya que la unidad de la prisión no tenía la cantidad necesaria de agentes de la prisión para retirar exclusivamente a la PPL que se seleccionó al azar. Además, los estudios transversales tienen una medida única, mientras que el seguimiento de los estudios longitudinales garantiza una gama más amplia de datos. También se agrega el hecho de que al menos un agente penitenciario acompañó a cada participante en todo momento, lo que puede haber llevado al subregistro de cierta información, incorporando posibles sesgos.

A pesar de estas limitaciones, se destaca como una fortaleza importante de este estudio, que es quizás una de las primeras encuestas realizadas en Brasil para investigar la ideación suicida, la depresión, la religiosidad, así como las características sociodemográficas y el contexto carcelario entre hombres y mujeres encarcelados. Por lo tanto, se destaca la relevancia sustancial de llevar a cabo estudios continuos como este, especialmente porque es una población estigmatizada y en constante crecimiento.

El contexto en el que se inserta la PPL es complejo y tiene peculiaridades que conllevan al deterioro de la salud mental. Por lo tanto, retratar mejor la realidad de esta población y su perfil, comprender la violencia de la muerte como resultado del suicidio y comprender los factores implicados, puede contribuir a la instrumentalización de futuras acciones de intervención y la promoción de barreras para su ocurrencia.

Conclusión

Este estudio identificó que el 21,1% de los participantes declararon ideación suicida después del encarcelamiento y, con respecto a las variables analizadas, ser mujer, no tener pareja, trabajar en el penal, ser un reo primario y usar medicamentos controlados fueron los factores que ejercieron alguna influencia en la presencia de ese pensamiento. Se detectó, además que ser mujer aumenta las posibilidades de tener pensamientos suicidas en 7,2 veces, no tener una pareja aumenta en 3 veces, y por cada punto adicional en el puntaje total de la escala de depresión, el aumento es de 21% en las posibilidades de presentar el mismo pensamiento. Se concluye que los objetivos propuestos se lograron y contribuyen al desarrollo de medidas que pueden ayudar en la identificación de personas en

riesgo, como la construcción de nuevas propuestas de intervención, la prevención de conductas suicidas y la promoción de la salud.

Referencias

- Schaefer KE, Esposito-Smythers C, Tangney JP. Suicidal ideation in a United States jail: Demographic and psychiatric correlates. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2016;27(5):698-704. doi: 10.1080/14789949.2016.1193886.
- Chacon MB, Cueva MM. Suicidal ideation in prisoners: A proposal for your attention. *InterSedes.* [Internet]. 2014 [cited Jan 10, 2019];15(32):223-48. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-24582014000300223
- Ceballos-Espinoza F, Chávez-Hernández AM, Padilla-Gallegos GM, Leenaars AA. Suicide in Chilean prisons during the 2006-2015 decade. *Rev Crim.* [Internet]. 2016 [cited Jan 10, 2019];58(3):101-18. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-31082016000300009
- Andreoli SB, Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JGV, et al. Prevalence of Mental Disorders among Prisoners in the State of Sao Paulo, Brazil. *PLoS One.* 2014;9(2). doi: 10.1371/journal.pone.0088836
- Navarro RB, Paredes-Carbonell JJ, Juan-Ulpiano DA, González Rubio J, Monzó CP, Martínez LM, et al. Participatory design guide for mental health Promotion in prisons. *Rev Esp Sanid Penit.* 2013;15(2):44-53. doi: 10.4321/S1575-06202013000200002.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Filadélfia: APA; 2010 [cited Jan 10, 2019]. Available from: <http://www.appi.org/Customerservice/Pages/Permissions.aspx>
- Pinto RDPM. Ideação Suicida e Sintomatologia Psicopatológica em Indivíduos Toxicodependentes. [dissertação]. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique; 2011. [Acesso 10 jan 2019]. Disponível em: <http://repositorio.uportu.pt/jspui/handle/11328/52>
- Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega N. Detecting suicide risk in psychiatric emergency services. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(2):587-95. doi: 10.1590/S1516-44462010000600005
- Moreira LCO, Bastos PRHO. Prevalence and risk factors associated with suicidal ideation in adolescents: literature review. *Psicol Esc Educ.* 2015;19(3):445-53. doi: 10.1590/2175-3539/2015/0193857
- Vasconcelos EF. Avaliação psicológica e os fatores de risco do suicídio. *Rev Especialize.* [Internet]. 2016 [Acesso 10 jan 2019];1(12):1-13. Disponível em:

- <https://www.ipog.edu.br/revista-especialize-online/edicao-n12-2016/avaliacao-psicologica-e-os-fatores-de-risco-do-suicidio/>
11. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Preventing Suicide: A global imperative. [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited Jan 10, 2019]. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf
 12. Favril L, Laenen FV, Vandeviver C, Audenaert K. Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *Int J Law Psychiatry*. 2017;55:19-28. doi: 10.1016/j.ijlp.2017.10.005
 13. Calixto FM, Zerbini T. Epidemiology of suicide in Brazil between the years 2000 and 2010. *Saúde Ética & Justiça*. 2016;21(2):45-51. doi: 10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51
 14. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Braz J Psychiatry*. 2006;28(3):242-50. doi: 10.1590/S1516-44462006005000006
 15. Paiva MCA. O papel da religiosidade e do suporte social na depressão: resultados do Estudo Epidemiológico São Paulo Megacity Mental Health Survey. [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014 [Acesso 10 jan 2019]. Disponível em: http://bdt.d.ibict.br/vufind/Record/UFES_3d72a2208fca63a57485c12d6255dc71
 16. Ribeiro FML, Minayo MCS. The role of religion in the promotion of health, in the prevention of violence and in the rehabilitation of individuals involved in criminal activity: literature review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(06):1773-89. doi: 10.1590/1413-81232014196.13112013
 17. Livramento AM, Rosa EM. Homens no cárcere: estratégias de vida na prisão. *Pesqui Prát Psicossociais*. [Internet]. 2016 [Acesso 10 jan 2019];11(2):412-26. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-89082016000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à Saúde. [Internet]. Brasília: MS; 2017 [Acesso 10 jan 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
 19. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Suicídio: informando para prevenir. [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014 [Acesso 10 jan 2019]. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf
 20. Koenig H, Parkerson GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*. [Internet]. 1997 [cited Jan 10, 2019];154(6):885-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167530>
 21. Moreira-Almeida A, Peres MF, Aloe F, Lotufo Neto F, Koenig HG. Portuguese version of Duke Religious Index – DUREL. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2008;35(1):31-2. doi: 10.1590/S0101-60832008000100006
 22. Lucchetti G, Granero Lucchetti AL, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health*. 2012;51(2):579-86. doi: 10.1007/s10943-010-9429-5
 23. AbdelGawad N, Chotalia J, Parsaik A, Pigott T, Allen M. Religiosity in acute psychiatric inpatients: relationship with demographics, clinical features, and length of stay. *J Nerv Ment Dis*. 2017;205(6):448-52. doi: 10.1097/nmd.0000000000000688
 24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. [Internet]. 1995 [cited Jan 10, 2019];33(3):335-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726811>
 25. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Dis*. 2014;155:104-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031
 26. Chen G, Gueta K. Lifetime History of Suicidal Ideation and Attempts Among Incarcerated Women in Israel. *Psychol Trauma*. 2017;9(5):596-604. doi: 10.1037/tra0000277
 27. Beyen TK, Dadi AF, Dachew BA, Muluneh NY, Bisetegn TA. More than eight in every nineteen inmates were living with depression at prisons of Northwest Amhara Regional State, Ethiopia, a cross sectional study design. *BMC Psychiatry*. 2017;17:31. doi: 10.1186/s12888-016-1179-9
 28. Santos BF, Silva SGV, Formiga NS, Estevam ID. Depression behind bars: a possible convict symptom. *Psicol inFormação*. 2016;19(19):63-82. doi: 10.15603/2176-0969/pi.v19n19p63-82
 29. Gates ML, Turney A, Ferguson E, Walker V, Staples-Home M. Associations among Substance Use, Mental Health Disorders, and Self-Harm in a Prison Population: Examining Group Risk for Suicide Attempt. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(3):1-16. doi: 10.3390/ijerph14030317
 30. Moreira NAC, Gonçalves RA. Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Anal Psicol*. [Internet]. 2010 [Acesso 10 jan 2019];28(1):133-48. Disponível em: <http://www.scielo.mec>

- pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0870-82312010000100010&lng=pt&nrm=iso&tling=pt
31. Bardale RV, Dixit PG. Suicide behind bars: A 10-year retrospective study. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(1):81-4. doi: 10.4103/0019-5545.148531
 32. Mandracchia J, Smith PN. The Interpersonal Theory of Suicide Applied to Male Prisoners. *Suicide Life Threat Behav*. 2015;45(3):293-301. doi: 10.1111/sltb.12132
 33. DeGroot J. Weighing the Eighth Amendment: Finding the Balance Between Treating and Mistreating Suicidal Prisoners. *J Const Law*. [Internet]. 2014 [cited Jan 10, 2019];17(1):259. Available from: <https://scholarship.law.upenn.edu/jcl/vol17/iss1/4/>
 34. Zhang J, Grabiner VE, Zhou Y, Li N. Suicidal ideation and its correlates in prisoners: a comparative study in China. *Crisis*. 2010;31(6):335-42. doi: 10.1027/0227-5910/a000055
 35. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192(2):98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
 36. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB de, Barros MB de A, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2632-8. doi: 10.1590/S0102-311X2009001200010
 37. Cunha FA, Baptista M, Carvalho LF. Documentary analysis of the suicides in the Jundiá region between 2004 and 2014. *Salud Soc*. 2016;7:212-22. doi: 10.22199/S07187475.2016.0002.00006
 38. Ministério da Justiça e Segurança Pública (BR). Portaria 3 da Vara de Execuções Penais de 4 de Abril de 2018. Dispõe sobre o Trabalho do(a) preso(a) no âmbito do sistema penitenciário do Distrito Federal e estabelece critérios de classificação para atividades laborais internas e externas. *Diário da Justiça Eletrônico*. Brasília, 13 abr 2018 [Acesso 10 jan 2019]. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/publicacoes/publicacoes-oficiais/portarias-serventias-judiciais/2018/portaria-vep-03-de-04-04-2018>
 39. American Association of Suicidology. Depression and Suicide Risk. [Internet]. Washington: AAS; 2014 [cited Jan 10, 2019]. Available from: <https://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2011/depression-suicide2014.pdf>
 40. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited Jan 10, 2019]. Available from: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/
 41. Ayhan G, Arnal R, Basurko C, About V, Pastre A, Pinganaud E, et al. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry*. 2017;17:156. doi: 10.1186/s12888-017-1320-4
 42. Eytan A. Religion and mental health during incarceration: a systematic literature review. *Psychiatr Q*. 2011;82(4):287-95. doi: 10.1007/s11126-011-9170-6
 43. Bebbington P, Jakobowitz S, McKenzie N, Killaspy H, Iveson R, Duffield G, et al. Assessing needs for psychiatric treatment in prisoners: 1. Prevalence of disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(2): 221-9. doi: 10.1007/s00127-016-1311-7
 44. Constantino P, Assis SG, Pinto LW. The impact of prisons on the mental health of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(7):2089-100. doi: 10.1590/1413-81232015217.01222016
 45. Shrestha G, Yadav DK, Sapkota N, Baral D, Yadav BK, Chakravartty A, et al. Depression among inmates in a regional prison of eastern Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):348. doi: 10.1186/s12888-017-1514-9
 46. Julião EF. Reincidência criminal e penitenciária: aspectos conceituais, metodológicos, políticos e ideológicos. *Rev Bras Sociologia*. [Internet]. 2016 [cited Jan 10, 2019];4(7):265-92. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5896088.pdf>
 47. Minayo MCS, Ribeiro AP. Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(7):2031-40. doi: 10.1590/1413-81232015217.08552016

Recibido: 08.09.2019

Aceptado: 21.05.2020

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Cristina Ranuzi

E-mail: cristinaranuzi@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2470-1026>