

Diferencias clínicas y psicosociales entre jóvenes reclusos con episodios de autolesiones

S Mohíno**, L Ortega*, L M Planchat*, J Dolado*,
G Martí**, A Cuquerella*

* Servicio de Clínica Médico-Forense de Barcelona

** Instituto de Medicina Legal de Cataluña

RESUMEN

En el área de la psiquiatría forense y penitenciaria uno de los problemas de mayor repercusión son los episodios de autolesiones entre los reclusos. El propósito de la presente investigación se divide en dos etapas. En la primera, se describen las características psicosociales de encarcelados con episodios de autolesión. En la segunda, buscaremos las diferencias clínicas significativas entre dos grupos de contraste, encarcelados con episodios de autolesión y reclusos sin episodios. Los sujetos seleccionados fueron 107 reclusos. El rango de edad osciló desde los 18 a los 25 años. Los datos se recogieron conforme a una entrevista estructurada y el instrumento psicométrico MMPI-2. Las técnicas estadísticas empleadas fueron diversos indicadores, U de Mann-Whitney y ANOVA. Los resultados mostraron que existen diversas variables que se asociaron a episodios de autolesiones. Reclusos con episodios de autolesión se diferenciaron en diversas escalas del instrumento MMPI-2 del grupo de control.

Palabras clave: Autolesión, psicopatología, reclusos, evaluación

CLINICAL AND PSYCHOSOCIAL DIFFERENCES BETWEEN SELF-IJURED YOUTH INMATES

ABSTRACT

In the field of forensic and penitentiary psychiatry one of the most typical clinical problem is the self-injuries among inmates. The purpose of this investigation was twofold. First, to describe psychosocial characteristics of deliberate self-injured inmates. Second, to find clinical statistically significant differences between two contrast groups, deliberate self-injured and non self-injured inmates. Participants consisted of 107 incarcerated male offenders. Ages ranged from 18 to 25 years. Data was collected by a structured interview and the psychometric tool MMPI-2. Descriptives, Mann-Whitney U test and ANOVA were used. There are some variables associated with self-injured behavior. Self-injured inmates have differences to the non self-injured group in some clinical scales of the MMPI-2.

Key words: Self-Injurious Behavior, Mental Disorders, Prisoners, Process Assessment.

INTRODUCCIÓN

La prevención y la evaluación de factores de riesgo de episodios de autolesión son una práctica compleja en el área clínica y penitenciaria. Para Kahan y Pattison¹ dichos episodios poseían suficiente relevancia y propusieron su identificación en una entidad diagnóstica independiente en la nosología DSM-IV. Sus detractores² lo consideraron arriesgado y argumentaron que dichos episodios tenían que ser enten-

didados como conductas integrantes de un amplio espectro de trastornos del eje I y II.

Algunos datos ponen de manifiesto las mayores prevalencias entre jóvenes varones en población general³⁻⁴ y en población penitenciaria⁵. En 1998, entre la población penitenciaria catalana se registraron un total de 854 conductas autolesivas de los 5.956 reclusos de la región. En el mismo año y concretamente en el *Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona*, de un total de 71 conductas autolesivas el 94% correspondieron a auto-

lesiones leves, no hubo ningún intento de suicidio y 6% restante comprendió autolesiones graves⁶.

Las autolesiones se pueden definir como conductas de los internos hacia su integridad física. Hivert⁷ las interpretó como una forma de expresión de agresividad latente y otros autores⁸ como la expresión de un repertorio de síntomas circunscritos a determinadas circunstancias. La morfología de estas conductas es diversa e incluye ingestas de cuerpos o líquidos extraños, enclavamiento de objetos y heridas incisas, entre otras. La severidad de las lesiones se distribuye según gravedad y posibles secuelas, desde lesiones leves a mutilaciones, valorándose la necesidad de ingresos hospitalarios⁹. Dooley¹⁰ abogó por establecer una dimensión entre intentos de suicidio reales y autolesiones y aportó datos de reclusos que consumaban suicidios que contaban con antecedentes de episodios de autolesiones. En España existen datos en población penitenciaria en donde se pone de manifiesto la asociación existente entre episodios de autolesiones y suicidios¹¹. Sin embargo, otras investigaciones distinguieron entre intentos de suicidio genuinos y conductas de manipulación en forma de autolesiones¹²⁻¹³. Las causas de estos episodios son múltiples y se distribuyen en una amplia horquilla que incluye motivos judiciales, régimen carcelario, clínicos y sociales. Episodios de autolesiones aparecen muy frecuentemente entre jóvenes antisociales en prisiones con diagnóstico de trastornos de personalidad¹⁴. Algunos autores aportan datos sobre las asociaciones entre episodios de autolesiones y trastornos neuróticos en reclusos¹⁵.

El propósito de la presente investigación se divide en dos. Primero, describir características psicosociales, penitenciarias y cognitivas en dos grupos de contraste, jóvenes con episodios de autolesión en prisión y jóvenes sin episodios. Segundo, establecer patrones diferenciales psicopatológicos medidos a través del instrumento psicométrico Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2¹⁶ entre los dos grupos de contraste. No estudiaremos la valoración médico-legal de las autolesiones dentro de las cuales hay temas de especial interés como puede ser la simulación de una autolesión en forma de accidente por miedo o bien realizar una autolesión atribuyendo a otro la autoría de las lesiones.

MATERIAL Y MÉTODO

SUJETOS. La selección de sujetos fue no probabilística de casos consecutivos dentro del nivel avanzado del *Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona*. Dicho módulo engloba a internos tanto

preventivos como penados clasificados en segundo grado de tratamiento penitenciario. El grupo objeto de estudio estaba formado por 26 sujetos con uno o más episodios de autolesiones. Episodio de autolesión es una conducta individual de daño hacia uno mismo, sin tendencia de autolisis cuyo resultado es una lesión^{5, 17}. En el presente estudio se incluyeron todos los episodios de autolesiones reconocidos por los Servicios Médicos del Centro Penitenciario. Los métodos usados por los internos fueron: heridas (n = 17), ingestión de líquido extraño (n = 1), ingestión de cuerpo extraño (n = 4), sobredosis (n = 1) y combinación de tipos (n = 3). Ningún sujeto de nuestro estudio presentó conductas de automutilación. Se excluyeron aquellos internos en cuyo diagnóstico diferencial se valoró que las lesiones que atribuían a autolesiones eran en realidad agresiones o accidentes. La muestra de estudio se comparó con 81 encarcelados del mismo módulo, sin ningún episodio de autolesión. Se excluyeron a los sujetos que no pertenecían al módulo y a los que no poseían un nivel de comprensión adecuada para contestar al cuestionario (fundamentalmente retraso intelectual y trastornos mentales severos). La muestra final fue de 95 reclusos, 95 de ellos no presentaron ningún episodio de autolesión y los 19 restantes tenían uno o más episodios de autolesión.

INSTRUMENTOS. A través de un protocolo estandarizado se recogieron diversos datos referentes a información psicosocial, penitenciaria y cognitiva de cada recluso.

Las características sociales se agruparon en edad, etnia y antecedentes de malos tratos en la infancia. No se distinguió entre malos tratos físicos, psíquicos, abandono o negligencia.

Las características penitenciarias incluyeron antecedentes penales, situación penal y frecuencia de faltas disciplinarias. Los antecedentes penales se agruparon en tres categorías. Reclusos primarios, compuesto por aquellos internos con un único ingreso en prisión. Reclusos reincidentes, internos con dos ingresos en prisión y reclusos multireincidentes, encarcelados con más de dos ingresos en prisión. La situación penal se categorizó en reclusos penados y reclusos preventivos. No se distinguió entre faltas leves, moderadas y graves.

Las características cognitivas incluyeron datos referentes a estudios básicos e inteligencia. El coeficiente de inteligencia se evaluó mediante el Culture Fair Intelligence Test¹⁸ en su versión 2.^a, debido a que es una de las pruebas clásicas en la evaluación de la inteligencia

fluida “libre de cultura” y supuestamente no está contaminada por las adquisiciones escolares formales.

La sintomatología clínica se evaluó mediante el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2¹⁶. Dicho instrumento psicométrico está basado en una metodología empírica y se compone de 567 ítems agrupados en diversas escalas de contenido clínico. Para el presente estudio se utilizaron las 10 escalas básicas.

PROCEDIMIENTO. La administración del material fue individual en la mayoría de los casos y en

otras ocasiones semicolectiva (2, 3 sujetos) con el propósito de que la recogida de datos se efectuara con las máximas garantías y rigor. El orden de las pruebas fue contrabalanceado.

ESTADÍSTICOS. Los datos fueron analizados mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 10.0 para Windows. Se utilizaron los estadísticos chi square, U de Mann-Whitney y ANOVA. El nivel de significación propuesto fue de $p < 0,05$.

		No autolesionados	Autolesionados		
Características psicosociales	Edad	M = 19.975 SD = 1.565	M = 19.615 SD = 1.022		
	Etnia	<i>Caucásica</i>	N = 52 (72%)	N = 19 (73,1%)	
		<i>Gitana</i>	N = 9 (13%)	N = 4 (15,4%)	
		<i>Merchera</i>	N = 4 (6%)	N = 3 (11,5%)	
		<i>Árabe</i>	N = 2 (3%)	N = 0 (0%)	
		<i>Sudamericana</i>	N = 4 (6%)	N = 0 (0%)	
	Maltrato	<i>No</i>	N = 70 (86%)	N = 18 (69,2%)	
		<i>Sí</i>	N = 11 (14%)	N = 8 (30,8%)	
	Características penitenciarias	Antecedentes penales	<i>Primario</i>	N = 53 (67,1%)	N = 16 (64%)
			<i>Reincidente</i>	N = 17 (21,5%)	N = 3 (12%)
<i>Multirreincidente</i>			N = 9 (11,4%)	N = 6 (24%)	
Situación penal		<i>Penado</i>	N = 46 (57,5%)	N = 10 (40%)	
		<i>Preventivo</i>	N = 34 (42,5%)	N = 15 (60%)	
Faltas disciplinarias		M = 1.974 SD = 2.616	M = 3.730 SD = 3.863		
Características cognitivas	Estudios básicos	<i>No</i>	N = 45 (60%)	N = 17 (70,8%)	
		<i>Sí</i>	N = 30 (40%)	N = 7 (29,2%)	
	Inteligencia (Factor G de Cattell)	M = 28,89 SD = 4,69	M = 28,73 SD = 5,75		

Tabla I. Características psicosociales, penitenciarias y cognitivas.

RESULTADOS

En la tabla I se exponen las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones tipo de las diferentes variables sociales, penitenciarias y cognitivas.

Con respecto a variables psicosociales, no se encontraron diferencias entre los dos grupos de contraste en edad ($U = 960,5$; $p > 0,05$). La etnia ($\chi^2 = 3.220$; $p > 0,05$) no se asoció a episodios de autolesión. Antecedentes de maltrato en la infancia por parte de la familia de origen fue la única variable psicosocial que se asoció de manera significativa a episodios de autolesión ($\chi^2 = 3.982$; $p < 0,05$).

En lo concerniente a aspectos penitenciarios, los antecedentes penales ($\chi^2 = 3.014$; $p > 0,05$) y la situación penal ($\chi^2 = 2.343$; $p > 0,05$) no se asociaron a episodios de autolesión. Los reclusos con conductas de autolesión presentaron en general una mayor frecuencia de faltas disciplinarias ($U = 941,0$; $p < 0,05$).

Referente a los aspectos cognitivos, no se asoció el nivel de estudios ($\chi^2 = 1.236$; $p > 0,05$) con episo-

dios de autolesión ni se encontraron diferencias significativas entre los reclusos en inteligencia ($F = 0,020$; $p > 0,05$).

En la tabla II se exponen las medias, desviaciones tipo y diferencias entre los dos grupos de contraste en las escalas clínicas del MMPI-2.

Los reclusos con episodios de autolesiones presentaron mayores puntuaciones que el resto de reclusos en todas las escalas excepto en la escala de desviación psicopática (Pd). Las mayores diferencias entre los dos grupos de contraste de reclusos fueron las escalas que miden esquizofrenia (Sc), psicastenia (Pt) y paranoia (Pa).

DISCUSIÓN

Jóvenes reclusos con episodios de autolesión presentaron mayor prevalencia de antecedentes de malos tratos en la infancia. Los resultados son concordantes con los resultados de otras investigaciones¹⁹. Sin em-

Escalas	Reclusos no autolesión		Reclusos autolesión		F	p
	M	SD	M	SD		
Hipocondría (Hs)	15,81	5,28	19,92	5,04	11,733	0,001
Depresión (D)	22,49	5,50	25,92	5,11	7,619	0,007
Histeria (Hy)	21,72	5,04	24,96	5,61	7,420	0,008
Desviación psicopática (Pd)	29,99	4,34	30,68	4,06	0,497	0,482
Masculinidad-Feminidad (Mf)	23,18	3,65	25,40	5,48	5,389	0,022
Paranoia (Pa)	15,87	4,57	20,04	4,24	16,320	0,000
Psicastenia (Pt)	32,91	6,68	38,76	6,03	15,185	0,000
Esquizofrenia (Sc)	39,56	8,25	47,64	7,50	18,904	0,000
Hipomanía (Ma)	26,42	4,26	29,48	3,79	10,250	0,002
Introversión social (Si)	28,53	6,97	32,48	6,89	6,122	0,015

Tabla II. Medias, SD y ANOVA de MMPI-2 en los dos grupos de contraste.

bargo, en el presente trabajo no se distinguió entre los diferentes tipos de malos tratos sufridos en la infancia. Algunas investigaciones dan fe de la diferente causalidad entre el tipo de maltrato recibido y la vulnerabilidad hacia dichos episodios. Paris²⁰ concluyó que el abuso sexual en la infancia no presentó una causalidad directa con el episodio de autolesión.

El grupo de internos con conductas de autolesión presentó mayor frecuencia de faltas disciplinarias. El resultado puede ser entendido bien como un indicador de agresividad latente o extrapunitiva bien como un indicador que refleja impulsividad y escaso ajuste al medio penitenciario.

En referencia a aspectos psicopatológicos los jóvenes reclusos con episodios de autolesión presentaron puntuaciones medias superiores al grupo de contraste en la mayoría de las escalas del MMPI-2, lo que indicó mayor prevalencia psicopatológica. Los resultados son coincidentes con los aportados por otros estudios en población hospitalaria²¹⁻²². Las escalas que miden síntomas ansiosos, depresivos, somatoformes y trastornos del pensamiento (Hs, D, Hy, Pt, Pa y Sc) presentaron puntuaciones medias significativamente superiores en el grupo de reclusos con episodios de autolesión. Los resultados corroboran los de Haw²³ que concluyó que los episodios de autolesión se asociaron con trastornos de ansiedad, afectivos, somatoformes, esquizofrénicos y trastornos de la personalidad.

Los reclusos con episodios de autolesiones mostraron medias significativamente superiores al grupo de contraste en la escala hipomanía (Ma) que mide conductas impulsivas. Evans²⁴ indicó la relación entre impulsividad y episodios de autolesión en una muestra de pacientes hospitalarios.

Pese a los hallazgos derivados del presente estudio, éstos no pueden ser generalizados a la población penal general por la homogeneidad de la muestra estudiada. Los episodios de autolesión son el resultado final de una variedad de acontecimientos sociobiográficos, trastornos de personalidad y síndromes clínicos además de otros factores no considerados en el presente estudio tales como la duración de la condena, los motivos que indujeron a la autolesión o las estrategias de coping. Liebling²⁵⁻²⁶ informó que dichos episodios son frecuentes entre prisioneros con deficitarias estrategias de afrontamiento.

No se han estudiado las diferencias entre los diversos tipos de autolesiones ni se han comparado jóvenes con un único episodio de autolesión con aquellos que presentaron varios episodios por el tamaño reducido de la muestra. Algunos estudios dan fe de las diferencias existentes entre sujetos con un único episodio de autolesión y los que presentan varios episo-

dios, siendo estos últimos los que presentaron estrategias de afrontamiento pasivas, mayor prevalencia de sintomatología depresiva²⁷, antecedentes psiquiátricos, trastornos relacionados con el consumo de alcohol y personalidad antisocial²⁸⁻²⁹. Futuras investigaciones con diseños longitudinales y prospectivos tendrían que utilizar medidas más específicas con el objetivo de aportar datos sobre posibles factores de vulnerabilidad e indicadores de riesgo. Los resultados de este estudio enfatizan la importancia clínica en la evaluación psicométrica en aquellos jóvenes reclusos que se autolesionan.

En conclusión, los jóvenes reclusos con episodios de autolesión en prisión presentaron mayor prevalencia de antecedentes de malos tratos en la infancia, mayor frecuencia de faltas disciplinarias y más sintomatología psicopatológica ansiosa, depresiva y de alienación. Los reclusos con episodios de autolesión presentaron puntuaciones medias más elevadas que su grupo de contraste tanto en escalas que evalúan rasgos que implican déficit en el control de los impulsos (Pa, Sc y Ma) como en escalas de carácter inhibitorio (D y Pt).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kahan J and Pattison EM (1984). Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH). *Suicide Life Threat Behav* 14 (1), 17-35.
2. Putnam ND (1984). Should Deliberate self-harm be in DSM-IV? *Am J Psychiatry* 141 (1), 160-161.
3. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E and Bond A (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *Br J Psychiatry*, 171, 556-560.
4. Gastó Ferrer C y Vallejo Ruiloba J (2001). Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en psiquiatría. Masson. Barcelona. España.
5. Pattison ME and Kahan J (1983). The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*, 140, 867-872.
6. Memoria del Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya, 1999.
7. Hivert P (1984). Psychiatrie en milieu carcéral. *Encyclopedia Médico Chirurgical*, III.
8. Arroyo Cobo JM y Castellano Arroyo M (1996). Fisiopatología de las autoagresiones en prisión. *Rev Esp Med Legal*, XX (76-77), 17-28.

9. Rosen PM and Heard KV (1995). A method for reporting self-harm according to level of injury and location on the body. *Suicide Life Threat Behav* 25 (3), 381-385.
10. Dooley (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972-1987. *Br J Psychiatry*, 156, 40-45.
11. Pérez Cárcels MD, Íñigo C, Luna A and Osuna E (2001). Mortality in maximum security psychiatric hospital patients. *Forensic Sci Int*, 119, 279-283.
12. Fulwiler C, Forbes C, Santangelo SL and Folstein M (1997). Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *J Am Acad Psychiatry Law*, 25 (1), 69-77.
13. Dear GE, Thomson DM and Hills AM (2000). Self-harm in prison. Manipulators can also be suicide attempters. *Crim Justice Behav*, 27 (2), 160-175.
14. Pattison EM and Kahan J (1983). The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am J Psychiatry* 140 (7), 864-172.
15. Maden A, Camberlain S and Gunn J (2000). Deliberate self-harm in sentenced male prisoners in England and Wales: some ethnic factors. *Criml Behav Mental Health*, 10 (3), 199-204.
16. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A and Kaemmer (1989). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring. Minneapolis: University of Minnesota Press. (Traducción española por TEA. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2, 1999, Madrid, España).
17. Isacsson G and Rich ChL (2001). Management of patients who deliberate harm themselves. *Br J Psychiatry*, 322, 213-215.
18. Cattell RB and Cattell AKS. Measuring Intelligence with The Culture Fair Test. 1973, Institute for Personality and Ability Testing, Illinois, USA. (Traducción española por TEA. Factor G escala 2 A. 1997, Madrid, España).
19. Santa Mina EE and Gallop RM (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: a literature review. *Can J Psychiatry* 43 (8), 793-800.
20. Paris J and Zweig-Frank H (1996). Deliberate self-harm and Childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 153 (9), 1237.
21. Suominen K, Herinkson M, Suokas J et al (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 94, 234-240.
22. Ferreira de Castro E, Cunha M, Pimenta F (1998). Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 97, 25-31.
23. Haw C, Hawton K, Houston K and Townsend E (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 178, 48-54.
24. Evans J, Platts H and Liebenau A (1996). Impulsiveness and deliberate self-harm: a comparison of first timers and repeaters. *Acta Psychiatr Scand* 93, 378-380.
25. Liebling A (1992). Suicides in prison. London: Routledge, 1992.
26. Liebling A (1993). Suicides in young prisoners: A summary. *Death Studies*, 17 (5), 381-409.
27. Scott J, House R, Yates M and Harrington J (1997). Individual risk factors for early repetition of deliberate self-harm. *Br J Med Psychol*, 70, 387-393.
28. Owens D, Michael D, Read S and Davis N (1994). Outcome of deliberate self-Poisoning. An examination of risk Factors for Repetition. *Br J Psychiatry*, 165, 797-801.
29. Stocks R and Scott AIF (1991). What happens to patients who frequently harm themselves? *Br J Psychiatry*, 158, 375-378.

CORRESPONDENCIA

Susana Mohino Justes.
 Cátedra de Medicina Legal. Facultad de Medicina.
 Universidad de Barcelona.
 C/ Casanova, 143, 3ª planta. 08036 Barcelona.
 Instituto de Medicina Legal de Cataluña. Clínica Médico-Forense.
 Ronda de San Pedro, 35, bajos. 08010 Barcelona.
 e-mail: susanamohino@teleline.es
 Tel.: 629 91 42 60
 Tel.: 93 342 67 80