

Documentos Penitenciarios 38

ESTUDIO DE SUICIDIOS Y TENTATIVAS DE SUICIDIO EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO 2022-2023



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA
GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

Documentos Penitenciarios 38

**Estudio de suicidios y tentativas
de suicidio en el ámbito penitenciario
2022-2023**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA
GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

Investigadoras principales

Clara Soler Prieto
Jefa de Servicio de Gestión de la Central Penitenciaria de Observación

Sandra Arévalo Grande
Psicóloga de la Central Penitenciaria de Observación

Colaboradores

Jorge Menéndez Otero
Jefe de Sección de la Central Penitenciaria de Observación

Silvia Peña Sánchez
Trabajadora Social de la Central Penitenciaria de Observación

Isabel Rodríguez Torres
Trabajadora Social de la Central Penitenciaria de Observación

Edita:

Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

<https://cpage.mpr.gob.es>

NIPO (ed. en línea): I 26-24-I 24-5

NIPO (ed. papel): I 26-24-I 23-X

Depósito legal: M 2495 I-2024

Maquetación e impresión:

Rali, S. A.



En esta publicación se ha utilizado papel reciclado libre de cloro de acuerdo con los criterios medioambientales de la contratación pública

Agradecimientos

La investigación que aquí publicamos nunca habría sido posible sin la inestimable ayuda de grandes profesionales penitenciarios que han estado dispuestos a dedicarnos desinteresadamente parte de su tiempo y que con ello han contribuido a que este trabajo sea una realidad.

Le agradecemos a Carmen Martínez Aznar, Subdirectora General de Sanidad Penitenciaria y a Delia González, psiquiatra, su colaboración en la obtención de información en materia de salud mental.

También a

Luis Verdú, trabajador social de la Subdirección General de Medio Abierto y de Penas y Medidas Alternativas, por habernos ayudado con la obtención de información relativa a su área de actuación.

A Carlos Javier Lanza, Coordinador de Programas de Control y Seguimiento y a Jose Manuel Álvarez por habernos ayudado a completar información penitenciaria.

A la Subdirección General de Análisis e Inspección por los exhaustivos informes que realiza la materia que nos ocupa y que son compartidos en las Comisiones de Seguimiento de Suicidios.

Finalmente, a las Direcciones y Subdirecciones de Tratamiento de los centros penitenciarios por su trabajo y dedicación constantes que, a pesar de la incuestionable carga de trabajo que llevan sobre sus hombros, siempre han estado en disposición de colaborar en todo aquello que se les ha solicitado con la mayor celeridad y fiabilidad.



Índice general

Agradecimientos	3
Prólogo	9
I. Fundamentación teórica	11
I.1. Enmarcando el escenario: el fenómeno del suicidio en prisión.....	11
I.2. Conceptualización y delimitación del fenómeno del suicidio. Especial consideración de las tentativas de suicidio.....	14
I.2.1. Suicidios y tentativas: una intrincada relación.....	21
I.3. El riesgo de la conducta suicida.....	26
I.3.1. Factores de riesgo en población general.....	26
I.3.2. El riesgo de suicidio en el medio penitenciario: la tesis de la vulnerabilidad importada y la tesis de la privación.....	27
I.3.3. Factores de riesgo de suicidio en el medio penitenciario.....	31
I.3.3.1. Factores sociodemográficos.....	32
I.3.3.1.1. Edad.....	32
I.3.3.1.2. Sexo.....	33
I.3.3.1.3. Estado civil.....	37
I.3.3.2. Factores penales.....	37
I.3.3.2.1. Tipo delictivo.....	37
I.3.3.2.2. Cuantía de la condena.....	38
I.3.3.2.3. Situación procesal.....	39
I.3.3.2.4. Reincidencia.....	40
I.3.3.3. Factores clínicos.....	41
I.3.3.3.1. Intentos previos de suicidio.....	41
I.3.3.3.2. Conducta hetero-agresiva.....	41
I.3.3.3.3. Consumo abusivo de sustancias.....	43

I.3.3.3.4. Antecedentes psicopatológicos.....	43
I.3.3.3.5. Experiencias traumáticas en la infancia o en la edad adulta	44
I.3.3.4. Factores penitenciarios	46
I.3.3.4.1. Conflictividad y escaso ajuste normativo	46
I.3.3.4.2. Victimización en prisión.....	46
I.3.3.4.3. Tiempo de estancia en prisión	47
I.3.3.4.4. Tipo de celda	48
I.3.3.4.5. Método.....	49
I.3.4. Factores de riesgo de suicidio en población penitenciaria en España	49
I.3.5. Reflexiones finales sobre los factores de riesgo de suicidio.....	55
I.3.6. Consideraciones metodológicas sobre el estudio de los suicidios y las tentativas de suicidio en prisión.....	56
2. Nuestro estudio.....	59
3. Objetivos.....	61
4. Método	63
4.1. Muestra.....	63
4.2. Procedimiento.....	64
4.3. Análisis de datos.....	65
4.3.1. Definición de variables	65
4.3.1.1. Variable dependiente.....	65
4.3.1.2. Variables independientes	66
4.3.2. Análisis estadístico.....	67
5. Resultados.....	71
5.1. Resultados descriptivos.....	71
5.1.1. Tasas de suicidios y tentativas de suicidio.....	71
5.1.2. Características de los suicidios	72
5.1.2.1. Características sociodemográficas	73
5.1.2.2. Características penales-procesales	73
5.1.2.3. Características penitenciarias.....	74
5.1.2.4. Características clínicas	75
5.1.2.5. Características del evento	76
5.1.3. Características de las tentativas de suicidio	78

5.1.3.1. Características sociodemográficas	78
5.1.3.2. Características procesales-penales	79
5.1.3.3. Características penitenciarias.....	80
5.1.3.4. Características clínicas	81
5.1.3.5. Características del evento	82
5.2. Comparación suicidios versus controles	85
5.2.1. Análisis bivariantes	85
5.2.2. Análisis multivariantes.....	91
5.2.2.1. Análisis de regresión logística.....	91
5.2.2.2. Análisis de supervivencia: Kaplan Meier y regresión de Cox.....	97
5.2.2.3. Análisis de clúster.....	100
5.3. Comparación tentativas versus controles	105
5.3.1. Análisis bivariantes	105
5.3.2. Análisis multivariantes.....	113
5.3.2.1. Análisis de regresión logística.....	113
5.4. Comparación suicidios versus tentativas	118
5.4.1. Análisis bivariantes	118
5.4.2. Análisis multivariantes.....	124
5.4.2.1. Análisis de regresión logística.....	124
6. Discusión	131
6.1. Prevalencia del fenómeno del suicidio en prisión.....	131
6.2. Factores de riesgo de suicidio en prisión.....	132
6.2.1. Factores sociodemográficos.....	132
6.2.2. Factores penales.....	134
6.2.3. Factores penitenciarios y circunstancias de evento	137
6.2.4. Factores clínicos.....	140
6.2.5. Factores desencadenantes y experiencias traumáticas	145
6.3. La multidimensionalidad de la conducta suicida	146
7. Conclusiones	151
8. Bibliografía.....	157
Anexo I. Ficha de recogida de información sobre suicidios	185

Anexo 2. Ficha de recogida de información sobre tentativas de suicidio.....	191
Anexo 3. Ficha de recogida de información sobre grupo control.....	199
Anexo 4. Variables incluidas en el estudio.....	205
Anexo 5. Variables incluidas en el análisis de regresión logística suicidios vs. controles	217
Anexo 6. Variables incluidas en el análisis de regresión logística tentativas vs. controles	219
Anexo 7. Variables incluidas en el análisis de regresión logística suicidios vs. tentativas.....	221
Listado de figuras.....	223
Listado de tablas	225



Prólogo

Según el Consejo de Europa, España se encuentra por debajo de la media europea en número de fallecimientos por suicidio en prisión. Prevenir este fenómeno es uno de los retos prioritarios para la Administración Penitenciaria. El compromiso institucional de mejora y perfeccionamiento continuos, en un terreno tan importante como el de la vida, la integridad y la salud de las personas, ha motivado cada una de las actuaciones emprendidas: desde las actualizaciones de herramientas como el Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS), con un enfoque cada vez más multidisciplinar y multidimensional, hasta el análisis exhaustivo de casos que se realiza de forma periódica por parte de los profesionales de las diferentes áreas o los estudios desarrollados por la Central Penitenciaria de Observación.

Con la convicción de que seguir avanzando exige la búsqueda de evidencias empíricas que fundamenten un punto de vista objetivo y técnico para el abordaje de esta materia, la Central Penitenciaria de Observación ha desarrollado la investigación que ahora presenta.

Los resultados de estudios publicados a nivel internacional, y ampliamente referenciados en este documento, requerían ser corroborados o no en nuestro sistema penitenciario, con características y elementos propios, tanto en la perspectiva tratamental como en la de seguridad, que lo han situado en las últimas décadas a la vanguardia en nuestro entorno. Son estas diferencias entre los distintos sistemas penitenciarios las que hacen difícil la extrapolación de los resultados de las investigaciones realizadas en otros países.

Este documento es fruto de un estudio exhaustivo de todos y cada uno de los suicidios consumados durante los años 2022 y 2023 y de la totalidad de las tentativas de suicidio registradas en 2023 en los centros penitenciarios dependientes de la Administración General del Estado. No se incluyen, por lo tanto, los establecimientos de Cataluña y País Vasco. Las conclusiones obtenidas en este estudio van a permitir que se vayan adoptando las oportunas actuaciones en los próximos meses para disminuir la tasa de suicidios y de tentativas.

Se introduce, además, la selección de un grupo control y, con ello, se persigue abrir una línea de investigación que permita seguir profundizando en el conocimiento y pre-

vención de este fenómeno entre las personas privadas de libertad. Será a lo largo de los sucesivos estudios que se vayan realizando con el tiempo, dentro de esta línea investigadora, cuando se vayan consolidando las evidencias empíricas.

Solo el acercamiento al fenómeno del suicidio en prisión en toda su complejidad, tal y como se pretende, puede garantizar una intervención más eficaz.

Ángel Luis Ortiz González

Secretario General de Instituciones Penitenciarias

I. Fundamentación teórica

1.1. ENMARCANDO EL ESCENARIO: EL FENÓMENO DEL SUICIDIO EN PRISIÓN

Más allá de las frías cifras, el suicidio es una tragedia que deja un rastro de inestimable dolor tras de sí, lo que hace que constituya un problema prioritario de salud pública de orden mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). La Organización Mundial de la Salud abre, sin embargo, una puerta a la esperanza y es contundente al afirmar que los suicidios se pueden prevenir a través de intervenciones poco costosas basadas en la evidencia científica (OMS, 2023). Este organismo estima que la tasa de mortalidad por suicidio en 2019 en el mundo fue de 9,2 por 100.000 habitantes (13/100.000 en el caso de los hombres y 5,7/100.000 en el caso de las mujeres) (OMS, 2022). Cada año más de 700.000 personas mueren por suicidio, lo que implica que más de una por cada 100 muertes (1,3 %) fue como consecuencia de un suicidio, constituyendo así la cuarta causa de mortalidad entre las personas de 15 a 29 años en el 2019 (OMS, 2023). Se estima que los intentos de suicidio podrían multiplicar por 10 o 20 el número de suicidios consumados (Krug et al., 2002; OMS, 2014).

España no es una excepción al respecto. La OMS recoge que, en nuestro país, la tasa de suicidio general por 100.000 habitantes fue de 7,7 en 2019 (11/100.00 en el caso de los hombres y 4,21/100.000 en el caso de las mujeres) (OMS, 2022). Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2020 se produjeron un total de 3.941 muertes por suicidio (1.011 mujeres y 2.930 hombres), siendo la tasa de mortalidad media en 2020 de 8 por cada 100.000 habitantes (12,5/100.000 en el caso de los hombres y 3,9/100.000 en el caso de las mujeres) (Ministerio de Sanidad, 2021). En 2021, en España, tuvieron un lugar un total de 4.003 muertes por suicidio (8,4/100.000) de los cuales 2.982 (12,8/100.000) fueron hombres y 1.021 (4,2/100.000 fueron mujeres) (Instituto Nacional de Estadística, 2021). En 2022 se produjeron 4.227 muertes por suicidio, lo que significa que en nuestro país se suicidan una media de 11 personas al día (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

El fenómeno del suicidio afecta con especial virulencia a determinados colectivos vulnerables. Las personas privadas de libertad como consecuencia de la imposición de medidas penales constituyen uno de estos colectivos vulnerables (Berman y Canning, 2022;

Favril, 2021; Favril et al., 2021; Hayes, 1989; Jenkins et al., 2005; Liebling, 1992; Marcus y Alcabes, 1993; OMS, 2007; Preti y Cascio, 2006; Rivlin et al., 2013b). Estudios epidemiológicos indican que entre el 19 % y el 25 % de los internos han intentado suicidarse en algún momento a lo largo de su vida (Favril et al., 2020a; Favril y O'Connor, 2021; Jenkins et al., 2005; Larney et al., 2012).

En España, según datos ofrecidos por el Ministerio del Interior, en el año 2020 uno de cada cuatro fallecimientos que se produjo en las prisiones competencia de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias fue por suicidio (de 204 muertes, 51 resultaron como consecuencia de una conducta suicida) (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2021). En 2022, según datos recogidos por el Consejo de Europa, el 28 % de las muertes que se produjeron en centros penitenciarios dependientes de la Administración General del Estado fueron como consecuencia de un suicidio¹ (Aebi et al., 2022). Aunque según el Consejo de Europa, España se encuentra entre un 5 y un 25 % por debajo de la media europea² (10,3/10.000) en cuanto al suicidio en prisiones, una tasa de suicidio de 7,4 por cada 10.000 internos en 2021 en los centros penitenciarios gestionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias³ (Aebi et al., 2022) debe mantenernos alerta.

Una de las razones que justifican este especial celo es que, aun siendo un fenómeno excepcional en términos cuantitativos absolutos (Daigle y Côté, 2006; Dye, 2010, 2011; Van Ginneken et al., 2017), en términos relativos, la tasa de mortalidad por suicidio en prisión supera en mucho la tasa observada para la población general (Duthé et al., 2013; Favril, 2021; Fazel et al., 2011; Fazel et al., 2017a; Fruehwald y Frottier, 2005; Jenkins et al., 2005; Joukamaa, 1997; Preti y Cascio, 2006; Zhong et al., 2021). Este es un fenómeno que ha podido constatarse desde hace varias décadas en todo el mundo. Se estima que las tasas de suicidio en prisión son tres veces superiores en el caso de los hombres y nueve veces superiores en el caso de las mujeres respecto a las de la población general (Fazel et al., 2017a). En concreto, la tasa estimada de suicidios en prisión entre 2011 y 2014 en nuestro país fue de 43/100.000 mientras que para población general esta tasa se situó en 5,5/100.000 (Fazel et al., 2017a). En Cataluña, la tasa de suicidios en prisión supera en 8 veces la tasa de suicidio en población general (Bedoya et al., 2009). En otros países europeos del entorno la tendencia es similar. En Francia es 7 veces superior (Duthé et al., 2014), en Bélgica casi 8 veces (Favril et al., 2019), en Alemania entre 5 y 8 veces

¹ En prisiones dependientes de la Generalitat de Cataluña este porcentaje asciende a 68,8 %, situando la media en España en 32,6 % (Aebi et al., 2022).

² Las tasas de suicidio en prisión en otros países del entorno europeo son superiores, en algunos casos, de forma muy sustancial: Bélgica 9,1/10.000; Francia 16/10.000; Alemania 17,8/10.000; Italia 10,5/10.000; Países Bajos 14/10.000; Portugal 9,5/10.000; Suiza 12,7/10.000; Inglaterra y Gales 11/10.000 (Aebi et al., 2022).

³ El Consejo de Europa en su informe SPACE I de 2022 recoge que la tasa de suicidio en prisión por 10.000 internos en Cataluña fue de 14,3 en 2021. La tasa de suicidios para todo el territorio nacional fue de 8,3/10.000 (Aebi et al., 2022).

dependiendo de si se trata de mujeres u hombres (Opitz-Welke et al., 2013) y en Italia entre 10 y 20 veces superior dependiendo de la fuente consultada (Bailo et al., 2023; Preti y Cascio, 2006). La evidencia disponible parece indicar que estresores específicos propios del medio penitenciario podrían exacerbar el riesgo de suicidio en una población ya de por sí vulnerable caracterizada por un complejo conglomerado de circunstancias y necesidades psicológicas y sociales que interactúan entre sí de forma sinérgica (Favril, 2021; Fazel et al., 2017a; Jenkins et al., 2005; Liebling, 1992; Marzano et al., 2016; OMS, 2007; Rivlin et al., 2011; Serin et al., 2002).

Podría esperarse que, dado que los internos en centros penitenciarios están bajo una constante supervisión, en cualquier caso, superior a la que se da en la comunidad, sería más fácil prevenir el suicidio intramuros de lo que lo es en la sociedad en general. Las cifras que acabamos de exponer nos indican que este presupuesto no es tan fácilmente asumible. Es por ello que la prevención del suicidio en prisiones se impone como una de las principales preocupaciones de la Administración Penitenciaria, tarea para la que resulta imprescindible identificar y evaluar los factores de riesgo lo más fiablemente posible con el objetivo de permitir el desarrollo de herramientas de valoración del riesgo y procedimientos de prevención e intervención basados en la evidencia científica. El artículo 3.4 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria impone a la Administración Penitenciaria la obligación de velar por la vida, integridad y salud de los internos. En relación con ello, el Real Decreto 1/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (RP), en su artículo 3.3 establece que la vida en prisión debe tomar como referencia la vida en libertad, reduciendo al máximo los efectos nocivos del internamiento, favoreciendo los vínculos sociales, la colaboración y participación de las entidades públicas y privadas y el acceso a las prestaciones públicas. En el artículo 4.2. en su apartado d) se reconoce el derecho de los penados al tratamiento penitenciario y a las medidas que se les programen con el fin de asegurar el éxito del mismo. Resultado de estas disposiciones legales, tras varios trabajos de investigación exploratorios en materia de suicidios en nuestra Institución desarrollados por la Central Penitenciaria de Observación y de constante revisión de procedimientos por parte de la Administración, se desarrolla en el año 2014 la Instrucción 5/2014 que regula el Programa Marco de Prevención de Suicidios (PPS)⁴. Desde los principios de agilidad y eficacia, gracias a este programa marco se pretende la implicación de todo el personal penitenciario en cualquiera de las potenciales situaciones de riesgo y la comunicación de las mismas a través de las diferentes áreas implicadas en la toma de decisiones, resultando en actuaciones coordinadas y colegiadas entre las áreas de tratamiento, vigilancia y sanidad, maximizando así la labor de detección de casos de alto riesgo.

Desde el último cuarto del siglo XX se ha venido produciendo un creciente interés por la cuestión del suicidio en entornos penitenciarios que ha contribuido al crecimiento del

⁴ Previa a esta última Instrucción, que continúa en vigor en la actualidad, la actuación en materia de prevención de suicidios estuvo regulada por la Circular 6/1998 y por la Instrucción 14/2005.

conocimiento de este fenómeno después de muchos años de haber sido ignorado (Felthous, 2011).

El fruto de este interés ha sido la proliferación de multitud de trabajos académicos y de investigación en materia de suicidios en prisión que se ha desarrollado en torno a tres líneas de trabajo que, en cierto modo, se suceden de forma lógica. La primera, aquella que busca arrojar luz sobre los factores con mayor capacidad predictiva del riesgo de suicidio en prisión (véase, entre otros, Blaauw et al., 2005; Favril, 2021; Favril et al., 2022; Fazel et al., 2008; Fazel et al., 2018; Felthous, 2011; Hayes, 1989; Hayes y Kajdan, 1981; Jenkins et al., 2005; Khezri et al., 2023; O'Connor y Nock, 2014; Tartaro y Lester, 2009; Vanhaesebrouck et al., 2022; Vorstenboch et al., 2023). La segunda, relativa al diseño de herramientas de evaluación del riesgo de suicidio específicamente en el medio penitenciario (véase, entre otros, Daigle et al., 2006; Gould et al., 2018; Perry y Horton, 2020; Tartaro y Lester, 2009). La tercera, relacionada con la intervención encaminada a su prevención (véase, entre otros, Illana y Thomas, 2021; Pompili et al., 2009; Senior et al., 2007; Tartaro y Lester, 2009). La investigación que nos ocupa se centrará en la primera de las líneas de investigación, pero siempre teniendo en mente que este trabajo solo tiene sentido en tanto en cuanto sirva para abordar de forma práctica y basada en la evidencia esta realidad que tanto preocupa a la Administración, contribuyendo a maximizar la eficiencia de las herramientas de predicción del riesgo y de los procedimientos de prevención.

1.2. CONCEPTUALIZACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL FENÓMENO DEL SUICIDIO. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DE LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO

Aparentemente resulta incuestionable que existe un nivel de acuerdo medianamente razonable cuando el término *suicidio* surge en una conversación informal; parece que todo el mundo tiene claro a qué nos estamos refiriendo y el nivel de consenso al respecto es aceptable. No obstante, lo mismo no es extrapolable al ámbito académico. Como afirman De Leo y colaboradores, «la definición de suicidio es inherentemente más compleja que las simples palabras matarse a uno mismo» (De Leo et al., 2006, p. 5). No es infrecuente que las investigaciones que abordan la cuestión suicida lo hagan intercambiando conceptos que, ni desde el punto de vista operativo, ni desde el punto de vista fenomenológico, son, de hecho, equivalentes. Aunque la investigación sobre la conducta suicida ha proliferado durante las últimas décadas, tanto en lo referido a la población general, como en lo que respecta al medio penitenciario, lo cierto es que sintetizar los hallazgos disponibles se antoja harto complicado atendiendo a la multiplicidad de fenómenos que son considerados a lo largo del espectro suicida (Silverman et al., 2007a; Tartaro y Lester, 2009; Turecki et al., 2019). Son varios los términos que es habitual encontrar en este tipo de literatura, que se trabajan de forma conjunta, por separado o, como acabamos de explicar, intercambiándolos y generalizando los hallazgos de unos a otros (Silver-

man, 2006). Esto no es una cuestión menor, en cuanto que la evaluación, la prevención y el tratamiento de la conducta suicida en toda su amplitud dependen de la existencia de definiciones y categorizaciones exactas y precisas que nos permitan diferenciar cuándo nos encontramos ante un comportamiento suicida y cuando no (Silverman, 2006).

La necesidad de una nomenclatura estandarizada y la operativización de términos consensuados en relación con la conducta suicida es incuestionable (De Leo et al., 2006; Dear, 2001; Marusic, 2004; O'Carrol et al., 1996; Rosenberg et al., 1988; Silverman et al., 2007a), tanto con fines de salud pública (conocer las verdaderas tasas de suicidio evitando infra o sobrestimaciones) y con fines clínicos (de cara a la evaluación y el tratamiento, dado que diferentes herramientas y procedimientos habrán de ser diseñados para atender a las necesidades específicas de pacientes que han protagonizado eventos suicidas de diferente naturaleza), como con fines de investigación (permitiendo la comparabilidad y replicabilidad de los resultados) (Bille-Brahe et al., 1995; De Leo et al., 2006; O'Carrol et al., 1996; Rudd, 1997; Silverman, 2006). A pesar de ello y de que han sido múltiples los intentos que se han hecho desde la década de los setenta del siglo pasado para lograrla y establecer un sistema de clasificación que permitiera una mejor aproximación al fenómeno (Beck et al., 1973, 1974; Crosby et al., 2011; Maris, 1992; Marusic, 2004; O'Carrol et al., 1996; Platt et al., 1992; Pokorny, 1974; Rosenberg et al., 1988), lo cierto es que, a día de hoy, existe todavía un escenario incierto en cuanto al modo de operativizar y evaluar fiablemente cuestiones tales como la intención suicida, lo que resulta en que el mismo concepto es referido usando diferentes términos y términos idénticos significan diferentes cosas dependiendo de dónde se consulte (O'Carrol et al., 1996; Silverman, 2006, 2007a).

Desde un punto de vista amplio se entiende la *conducta suicida* como los comportamientos autolesivos que potencialmente pueden resultar en la pérdida de la propia vida, sean o no fatales ya sea su intencionalidad objetivamente aprehendida o indirectamente inferida (O'Carroll et al., 1996; Silverman et al., 2007b; Turecki et al., 2019). Partiendo de esta definición, de la conducta suicida quedaría excluida la *ideación suicida*⁵ que se refiere a cualquier pensamiento en relación con la intención de acabar con la propia vida, implique este un plan claro para consumar el suicidio o simplemente un deseo de morir (Favril, 2021; Turecki et al., 2019). Ambos términos (conducta suicida e ideación suicida) quedarían englobados bajo el concepto de *riesgo suicida* que implica el peligro de que una persona considere, intente o fallezca por suicidio (Favril, 2021).

El término *suicidio* procede del latín *sui* que significa «sí mismo» y *cidium* que significa «matar», por lo que, en sentido literal, supone poner fin intencionalmente a la propia vida

⁵ Como explican Nock et al. (2016), buena parte de los factores de riesgo que tradicionalmente se han considerado en el caso del suicidio, en realidad, predicen ideación suicida y no son capaces de dar cuenta del paso al acto (ver también Favril y O'Connor, 2021). La distinción entre ideación y tentativa es crucial en tanto en cuanto en torno al 70 % de las personas que piensan en suicidarse en alguna ocasión, de hecho, nunca lo intentarán a lo largo de su vida (Nock et al., 2008).

(Silverman et al., 2007a; Turecki et al., 2019). En la década de los ochenta, Rosenberg y su equipo, en el marco de las actuaciones desarrolladas por el Centro para el Control de Enfermedades y que derivan en el desarrollo de una serie de criterios operacionales para la determinación del suicidio, lo definen como una muerte por lesión, envenenamiento o asfixia donde hay evidencia (explícita o implícita) de que el daño fue autoinfligido y que el fallecido tenía la intención de quitarse la vida (Rosenberg et al. 1988; ver también O'Carroll et al., 1996). Pocos años antes, en 1986, la OMS había definido el suicidio como «un acto con un resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado fatal y a través del cual aspira a conseguir los cambios que espera» (Bille-Brahe, 1986, p. 3), cambios estos que tienen que ver con la «liberación o escape de un sufrimiento psicológico» (Silverman et al., 2007b, p. 267). Silverman y colaboradores definen el suicidio como «una muerte autoinfligida con la evidencia (explícita o implícita) de la intención de morir» (Silverman et al., 2007b, p. 273) y De Leo et al. (2006) como «un acto con un resultado letal, en el cual el fallecido, conociendo o esperando tal resultado fatal, lo ha iniciado o llevado a cabo con el propósito de provocar los cambios deseados» (p. 12). En términos generales, todas estas definiciones comparten cuatro elementos (De Leo et al., 2006; O'Carroll et al., 1996; Rosenberg et al., 1988; Silverman, 2006, 2007a):

- a) El resultado de la conducta ha de ser el fallecimiento
- b) La voluntad de actuar, en tanto en cuanto es un comportamiento autoiniciado y autoinfligido (hecho por uno mismo hacia uno mismo)
- c) Con la intención de morir
- d) Con conciencia del resultado probable (lo que excluye estados mentales que pudieran nublar esta conciencia, tales como los trastornos psicóticos en fase activa con sintomatología delirante o alucinatoria (De Leo et al., 2006))

Esto implica que tiene que determinarse la intención de morir y si el protagonista era consciente de las consecuencias de su conducta. Esto se puede hacer, o bien, a través de un conocimiento directo por medio de la declaración del implicado (por ejemplo, a través de una carta de despedida), o bien, mediante inferencia a partir de las circunstancias en las que el hecho se ha producido (por ejemplo, en base a la letalidad del método empleado⁶), escenario este último que carga el juicio del observador de subjetividad (De

⁶ O'Carroll et al. (1996) plantean el debate de si la letalidad del método empleado debe ser utilizada como un factor determinante en la consideración de la intención suicida, es decir, si puede ser considerada como un correlato a partir del cual se pueda inferir la intención de morir. Estos autores entienden que, sin restarle importancia a la letalidad, este criterio puramente clínico no puede sustituir al de la evaluación de la intencionalidad, en tanto que no necesariamente ha de existir una relación directa entre la firme intención de morir y la fatalidad o gravedad del resultado que sigue a la conducta. A este respecto ver también Brown et al. (2004) y De Leo et al. (2006). No obstante, existe relativo consenso entre los clínicos de que una alta letalidad sugiere una alta intencionalidad de morir, en la lógica de que a mayor letalidad mayor probabilidad de que el individuo quisiera asegurarse perder la vida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Rivlin et al., 2013b; Silverman et al., 2007a). Es por ello que en el marco de la presente investigación la gravedad de las

Leo et al., 2006; O'Carroll et al., 1996; Silverman, 2006). Pero determinar la intención en este contexto no es una tarea sencilla, de hecho, es quizá la parte más complicada de cualquier investigación que implique determinar la naturaleza real de una conducta autolesiva (Andriessen, 2006; De Leo et al., 2006; Silverman et al., 2007a). No solo porque pudiera darse el caso de que no exista manifestación expresa por parte del fallecido, sino porque, incluso en el caso de haberla, la ambivalencia, exageración o minimización o incluso, la evolución de sus intenciones, puede nublar el proceso, lo que sin duda resta fiabilidad a las conclusiones que se pudieran alcanzar y hace harto complicado su definición operativa y su evaluación (Andriessen, 2006; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; De Leo et al., 2006; Silverman, 2006; Wagner et al., 2002). La consideración de la intencionalidad como elemento clave en la definición de suicidio determina la amplitud conceptual: de una parte, si se juzga que la intención de morir es un elemento irrenunciable, nos arriesgamos a un visión muy estrecha del fenómeno ya que no todo el mundo que acaba suicidándose buscaba inicialmente morir; de otra, si no consideramos la intención de morir como elemento idiosincrático del suicidio, estamos abocados a una amplitud teórica poco realista al incluir fenómenos como el de las autolesiones o las conductas dañinas de índole repetitiva (De Leo et al., 2006). Esta no es una cuestión baladí si lo que pretendemos desde la perspectiva investigadora es maximizar la homogeneidad intragrupo y asegurarnos la validez y la replicabilidad de los hallazgos (Kidd, 2003). De hecho, hay autores que defienden sin género de dudas que, a pesar de las dificultades de que la intencionalidad sea determinada indubitadamente, es un elemento clave con implicaciones a nivel psicológico, social, criminológico y legal y que sin que sea considerada, es imposible distinguir entre conductas suicidas y otras conductas autolesivas habituales (como el consumo de drogas) o manipulativas (cuya finalidad es la de conseguir un beneficio secundario a tal comportamiento) (Andriessen, 2006; De Leo et al., 2006; Silverman et al., 2007a).

Esto nos lleva directamente al siguiente elemento de espectro suicida: la *tentativa de suicidio*, cuya definición entraña todavía si cabe más enjundia (Silverman, 2006; Wagner et al., 2002). Esta se referiría a una conducta autolesiva potencialmente dañina con un resultado no fatal con una intención, inferida o constatada, de acabar con la propia vida (Crosby et al., 2011; Favril, 2021; Silverman et al., 2007b; O'Carroll et al., 1996). La OMS lo define como «un acto sin resultado letal, en el cual un individuo deliberadamente inicia una conducta no habitual que, sin la intervención de otros, le causará daño o deliberadamente, ingiere una sustancia en dosis superiores a las prescritas o generalmente reconocidas como terapéuticas, mediante la cual el individuo pretende conseguir cambios en su estado actual o consecuencias físicas esperadas» (Bille-Brahe, 1986, p. 3). Más recientemente, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), considera el trastorno de comportamiento suicida como una de las afecciones que requiere más estudio y en este contexto

lesiones autoinfligidas será uno de los criterios a considerar para establecer la diferencia entre las autolesiones sin intención suicida y las tentativas de suicidio.

define un intento de suicidio como «una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte» (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 801). La complejidad en la definición de tentativa de suicidio tiene mucho que ver con la relación que mantiene con un término con el que se encuentra estrechamente conectada y sobre el que existe una importante controversia, especialmente al respecto de su intencionalidad y hasta qué punto se puede relacionar o no con la conducta suicida: la *autolesión*. O'Carroll y colaboradores las denominan «conductas suicidas instrumentales» y las definen como «conductas potencialmente autolesivas para las cuales existe evidencia (explícita o implícita) de que a) la persona no ha intentado quitarse la vida (...), b) la persona desea dar la apariencia de haber intentado acabar con su vida para conseguir otro objetivo (...)» (O'Carroll et al., 1996, p. 247). En una línea similar, Silverman et al. (2007b) definen la autolesión como «una conducta autoinfligida potencialmente dañina para la cual hay evidencia (implícita o explícita) de que la persona no intentó acabar con su vida (ni tenía intención de morir)» (Silverman et al., 2007b, p. 272). La relación entre autolesiones y tentativas de suicidio es compleja: parece que algunas combinaciones de factores de riesgo podrían diferenciar fiablemente ambos tipos de comportamiento, pero ningún factor o conjunto de factores es necesario ni suficiente por sí mismo para dar cuenta de tales diferencias (Huang et al., 2020). Algunos autores incluyen las autolesiones dentro del continuo suicida, dado que entienden que estas son previas a la tentativa de suicidio, por lo que comparten ciertos factores de riesgo y deben ser consideradas como tal independientemente de que la materialización de la misma esté directamente relacionada con la intención de quitarse la vida o no (Favril, 2019; Kapur et al., 2013; Liebling y Ludlow, 2016; O'Carroll et al., 1996). Apoyaría esta postura el hecho de que las autolesiones constituyen un factor de riesgo del suicidio consumado y de las tentativas de suicidio (Chesin et al., 2017; Hamza et al., 2012; Hawton et al., 2014; Humber et al., 2014; Kiekens et al., 2018; Klonsky et al., 2013; Whitlock et al., 2013). Otros prefieren ser más concretos y diferencian el concepto general de autolesión, del más particular de *autolesión no suicida* que de forma explícita excluye aquellos comportamientos lesivos autoinfligidos que no tienen la intención de acabar con la propia vida, asumiendo que ambos difieren en términos de su cronicidad, letalidad, intencionalidad, prevalencia y predictores, confiriéndoles entidad propia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014⁷; Crosby et al., 2011; De Leo

⁷ La APA incluye en su última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 la «autolesión no suicida» como uno de las afecciones que necesitan más estudio. La APA establece que, para poder efectuar el diagnóstico, el individuo se debe haber infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención de acabar con la propia vida). La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte. Aclara la APA que el individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas: 1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo. 2. Para resolver una dificultad interpersonal. 3. Para inducir un estado de sentimientos positivos. Y abunda en que el alivio o respuesta deseados

et al., 2006; Franklin, 1988; Fulwiler et al., 1997; Hamza et al., 2012; Lohner y Konrad, 2006⁸, 2007; Mars et al., 2014; Muehlenkamp, 2005, 2014; Pattison y Kahan, 1983; Silverman et al., 2007a, 2007b; Turecki et al., 2019). Desde esta perspectiva, las autolesiones deberían ser consideradas, no tanto como actos suicidas fallidos, sino como «gritos de ayuda porque la intención de las personas que los protagonizan no es la de morir», sino todo lo contrario, «la de vivir y el motivo que está detrás del acto es el de provocar en su entorno los cambios que se consideren necesarios para hacer la vida soportable» (Bille-Brahe, 1986, p. 3). Serían resultado, por tanto, de una deficiente respuesta de afrontamiento para restaurar el equilibrio entre estresores y recursos personales (Silverman et al., 2007b). Favril (2019) encuentra que comparados con los internos que solo se autolesionan, aquellos que además han protagonizado algún intento de suicidio, muestran más autolesiones, han cometido delitos más violentos, abusan con mayor probabilidad de sustancias, padecen enfermedades mentales, cuentan con medicación psiquiátrica y presentan ideación suicida. En términos generales, Hamza et al. (2012) encuentran que aquellas personas que se ven implicadas en ambos comportamientos (autolesiones y tentativas de suicidio frente a los que solo protagonizan autolesiones) presentan síntomas psicopatológicos más severos y mayores déficits en el funcionamiento psicosocial. Los internos que intentan suicidarse son más mayores⁹, sufren de desesperanza y depresión, se preocupan por ocultar sus intenciones y suelen mostrar un comportamiento ajustado institucionalmente en prisión. Los internos que se autolesionan tienden a mostrar un comportamiento más llamativo e inadaptado, siendo sus conductas autolesivas reiteradas en el tiempo (en mayor medida que aquellos que protagonizan tentativas), consecuencia de un impulso no controlado, de menor gravedad y letalidad y en las que no experimentan dolor (Dear et al., 2000; Franklin, 1988; Negredo et al., 2010). Los resultados de un estudio exploratorio desarrollado por Fulwiler et al. (1997) apuntan a que las tentativas de suicidio estarían relacionadas con trastornos de tipo afectivo en la edad adulta, mientras que las autolesiones lo estarían con una historia de hiperactividad infantil y con trastornos de tipo mixto afectivo-ansioso de inicio temprano en la infancia o en los primeros años de la adolescencia. A estos últimos, Franklin (1988) añade el trastorno límite de la personalidad. En relación con las intenciones manifestadas por aquellos internos implicados en autolesiones o tentativas de suicidio, Snow (2002) encuentra que los internos que protagonizaron al menos un intento de suicidio lo hicieron como respuesta a un evento o experiencia concreta, especialmente relacionados con problemas interpersonales, cuestiones judiciales o debido a un síndrome de abstinencia a drogas; los que se implicaron en conductas autolesivas sin intención suicida lo hicieron movidos por un estado afectivo

se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

⁸ Lohner y Konrad (2006) encuentran que la depresión y la desesperanza son factores predictores de los intentos de suicidio pero no de las autolesiones.

⁹ Los hallazgos de Franklin (1988) apuntan en la dirección contraria: los internos que se autolesionan tienen mayor edad que los que protagonizan intentos de suicidio

negativo generalizado o con intereses manipulativos (Franklin, 1988). Por todo lo expuesto, autolesiones y tentativas de suicidio parecen así diferenciarse tanto en su etiología (depresiva en tentativas y de desregulación emocional e ira en las autolesiones) como en su funcionalidad/intencionalidad (quitarse la vida en las tentativas y autorregulación en las autolesiones). Es por esto que comprender y etiquetar adecuadamente qué es y qué no es un intento suicida es una tarea importante que nos informa sobre la adecuación de las intervenciones a realizar y sobre el pronóstico esperado de las mismas (Obegi, 2020; Silverman et al., 2007a; Snow, 2002). Es esta una cuestión que merece especial consideración en el medio penitenciario. Los internos que se autolesionan sin la intención real de acabar con su vida, constituyen un especial desafío para los profesionales penitenciarios ya que los sitúa ante una compleja disyuntiva a resolver en el día a día. De una parte, no responder ante estas llamadas de atención puede derivar en una escalada en la gravedad de las autolesiones que desemboque en un resultado fatal; de otra, los internos tienen que entender que estos comportamientos no son los más adecuados de cara a conseguir sus objetivos, por lo que no pueden ser reforzados, enfatizando el proceso de extinción (Dear et al., 2000; Obegi, 2020; Rivlin et al., 2013b).

En cualquier caso, no podemos olvidar que cualquier conducta autolesiva puede llegar a ser potencialmente letal, aunque inicialmente no tuvieran una motivación suicida, lo que requiere una cuidadosa valoración de cada caso en particular a fin de diseñar la estrategia de intervención más adecuada (Cummings y Thompson, 2009; Dear et al., 2000; Obegi, 2020; Winter, 2003). La implicación en conductas autolesivas puede hacer las veces de entrenamiento para posteriores tentativas, permitiendo al individuo la habituación al dolor y al miedo que potencialmente pudiera vivenciar cuando llegara el momento de materializarlas, contribuyendo al paso al acto en el proceso suicida (Oakes-Rogers y Slade, 2015). Recordemos, además, que las tentativas son de extraordinaria relevancia en tanto que son significativos predictores de nuevas tentativas o suicidios futuros. Las tentativas de suicidio previas constituyen un notable factor de riesgo para los suicidios en población general (Cavanagh et al., 2003; Castro Moreno et al., 2023; Hawton et al., 2003a; Kapur et al., 2006; OMS, 2023; Owens et al., 2006; Wang y Mortensen, 2006), constatándose que el riesgo de muerte por suicidio se incrementa a medida que se incrementa el número de intentos previos (León et al., 1990). Las tentativas de suicidio resultan de especial trascendencia en el medio penitenciario siendo uno de los predictores más potentes del suicidio consumado en prisión (Blaauw et al., 2005; Fazel et al., 2008; Marcus y Alcabes, 1993; Serin et al., 2002; Zhong et al., 2021). Los internos que acaban finalmente con su vida representan solo la punta del iceberg dado que muchos otros lidian con ideaciones suicidas y protagonizan tentativas de suicidio que no acaban teniendo un resultado fatal y que reflejan un profundo malestar psicológico. Recientes estudios epidemiológicos muestran que la prevalencia estimada para las tentativas de suicidio a lo largo de su vida para muestras de internos en centros penitenciarios seleccionadas aleatoriamente se encuentra entre el 19 % y al 25 %, lo que supera con creces la ratio de tentativas de suicidio en el medio comunitario que se sitúa en torno al 3 %

(Favril et al., 2020a; Favril y O'Connor, 2021; Larney et al., 2012). Se estima que uno de cada diez internos (9-11 %) ha protagonizado una tentativa de suicidio en algún momento durante su estancia en prisión (Encrenaz et al., 2014; Ford et al., 2020) y que por cada suicidio consumado hay 23 intentos (Tartaro y Ruddell, 2006). Esta no es una cuestión menor si consideramos que los internos que presentan una historia previa de autolesiones tienen un riesgo siete veces superior de verse implicados en una conducta suicida que aquellos que nunca ha protagonizado conductas autolesivas (Favril et al., 2020b; Zhong et al., 2021).

1.2.1. Suicidios y tentativas: una intrincada relación

Al respecto de hasta qué punto suicidios y tentativas de suicidio son fenómenos que, de algún modo, se superponen, existe una importante controversia. Algunos autores consideran que ambos fenómenos son manifestaciones conductuales diferentes, pero reflejo del mismo constructo subyacente, por lo que aludirían a poblaciones muy parecidas y responderían a similares mecanismos explicativos, especialmente cuando las tentativas de suicidio están muy cerca de ser letales (Beautrais, 2001; Daigle y Côté, 2006; Douglas et al., 2004; Lester et al., 1975; Liebling y Ludlow, 2016; Marzano et al., 2011; Rivlin et al., 2011, 2012, 2013b). Al igual que los internos que cometen suicidio, aquellos que lo intentan presentan historias de patologías psiquiátricas (Beautrais, 2001; Goss et al., 2002; Ivanoff, 1992; Jenkins et al., 2005; Serin et al., 2002), tienen intentos previos de suicidio (Beautrais, 2001; Green et al., 1993; Serin et al., 2002), presentan antecedentes de consumo abusivo de sustancias (Green et al., 1993; Ivanoff, 1992; Meltzer et al., 2003) y han experimentado eventos traumáticos en la infancia o en la edad adulta (Beautrais, 2001; Jenkins et al., 2005). Sirvan como ejemplo los hallazgos de Carvalho et al. (2021) que identifican mediante sus análisis de regresión que tentativas y suicidios consumados comparten los mismos factores de riesgo en una muestra de mujeres internas (síntomas depresivos o historia de conducta agresiva en prisión, entre otros), con la única diferencia de que en el caso de los suicidios existía una historia autolítica previa. Precisamente, uno de los argumentos que apoyaría esta posición sería el de que los intentos previos de suicidio constituyen uno de los principales factores de riesgo vinculado con el suicidio consumado, no solo en población general, sino también en prisiones (Blaauw et al., 2005; Daniel y Flemming, 2006; Dooley, 1990; Fazel et al., 2008; Fruehwald et al., 2001; Green et al., 1993; Marcus y Alcabes, 1993; Tartaro y Lester, 2009), tanto más en el caso de las mujeres, cuando la tentativa ha empleado como método los cortes y cuando existe, además, un diagnóstico de trastorno mental (de la Torre-Luque et al., 2023). Es muy probable que, dadas las características restrictivas del medio penitenciario (y las consecuentes dificultades y limitaciones de acceso a métodos y mecanismos convencionales de suicidio en la población general como la defenestración, las armas o las sustancias tóxicas y medicamentosas), muchos suicidios sean abortados pasando entonces a ser considerados tentativas (Ludlow et al., 2015). Como explican De Leo et al., (2006), un «verdadero» intento de suicidio se debería referir única y exclusivamente

a una conducta en la que el sujeto ha fracasado en su propósito de morir tras haber buscado acabar con su propia vida. La diferencia entre ambos vendría determinada, muy probablemente, por la letalidad del método y no por otros elementos relacionados como la intencionalidad o sus factores de riesgo. Hay investigaciones que avalan esta tesis. Por ejemplo, Serin et al. (2002) encuentran que hay tres elementos que comparten aquellos que se han suicidado y aquellos que lo han intentado y que les distinguen respecto de la población penitenciaria general: aquellos que se han visto implicados en conductas suicidas, ya fueran suicidios consumados o tentativas, mostraron más autolesiones o tentativas de suicidio previas, más problemas psiquiátricos y peores relaciones con otros compañeros de internamiento que los miembros del grupo control (que nunca habían protagonizado conductas suicidas). Daniel y Fleming (2005) no encontraron diferencias entre ambos en términos de variables sociodemográficas, tipo de delito o duración de la condena. En este sentido, al referirnos a suicidios y tentativas de suicidio nos estaríamos refiriendo a lo mismo, con la única salvedad de que en el primero de los casos el individuo ha sido más hábil o capaz en la consecución de sus objetivos. Desde esta perspectiva se defiende la importancia de abordar el estudio de los factores de riesgo asociados a las tentativas de suicidios en la labor de predicción y prevención de los suicidios consumados (Andriessen, 2006; Lester et al., 1979; Marzano et al., 2009, 2016; Rivlin et al., 2010; 2011, 2012, 2013b; Serin et al., 2002; Tartaro y Lester, 2009).

En el extremo opuesto, otros autores entienden que no todos los aparentes intentos de suicidio son, de hecho, suicidios fallidos, siendo muchos de los casos comportamientos manipulativos o llamadas de atención, por lo que las características que definen a aquellos que protagonizan un suicidio y a aquellos que protagonizan una tentativa son, muy probablemente, diferentes presentando cada grupo una idiosincrasia propia (Berman y Canning, 2022; Bille-Brahe et al., 1995; Daigle, 2004; De Leo et al., 2006; Folk et al., 2018; Silverman et al., 2007a). Sirvan como ejemplo los resultados de Boren et al. (2018) que encuentran que los internos que fallecen víctimas de un suicidio comparados con aquellos que protagonizan una tentativa eran más probablemente varones, de mayor edad (ver también Beautrais, 2001), más frecuentemente solteros o separados, preventivos, habían cometido delitos violentos, se encontraban ubicados en unidades de salud mental o en situación de protección, en celda individual, nunca habían estado en seguimiento por riesgo de suicidio y el método empleado fue el ahorcamiento. Serin et al., (2002) también encuentran que hay ciertas variables que diferencian a aquellos que se suicidan de aquellos que lo intentan. Los primeros utilizaron como método fundamental el ahorcamiento, tenían más edad, padecían esquizofrenia (ver también Beautrais, 2001) y depresión, eran menos impulsivos, contaban con escasas estrategias de afrontamiento y tenían peores relaciones con otros internos. Los internos que protagonizaron tentativas pero no llegaron a suicidarse emplearon como método la sobredosis, tenían una mayor historia de autolesiones o tentativas previas (mostrando una mayor cronicidad de su comportamiento), presentaban en mayor medida trastornos de personalidad, tenía un peor ajuste conductual y relaciones familiares más pobres. En una línea similar, Daniel y

Fleming (2005) encuentran diferencias en algunas variables clínicas. En concreto, en relación con los que protagonizan tentativas de suicidio, aquellos que fallecen por suicidio tendían a mostrar más síntomas psicopatológicos, más enfermedades físicas y habían materializado más tentativas de suicidio previas. Además habían recibido nuevas sentencias condenatorias, experimentaron más estresores psicosociales, estaban ubicados en celdas individuales y el método empleado fue el ahorcamiento. Beautrais (2001) encuentra que, aunque buena parte de los factores de riesgo son compartidos entre los que intentan suicidarse y aquellos que lo consiguen, los primeros suelen mostrar con más frecuencia trastornos de ansiedad y aislamiento social y los segundos trastornos de tipo psicótico. Es más, Daigle (2004), aplicando el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), encuentra que aquellos internos que fallecen por suicidio mostraban un perfil de personalidad más similar a los internos controles que a los que habían protagonizado alguna tentativa, apareciendo más correlacionados suicidios consumados con controles que con tentativas. Folk et al. (2018) compararon internos que fallecieron por suicidio con otros que protagonizaron alguna tentativa en términos de sus factores de riesgo de índole psicológica y tratamental, explicando que, previo a su fallecimiento, para los primeros se documentaron, paradójicamente, muchos menos factores de riesgo que para los segundos. Entre los internos que protagonizaron intentos de suicidio se constataron, entre otros, mayor presencia de trastorno límite de la personalidad, impulsividad, baja participación en actividades, cambios repentinos en su estado mental o mayor agitación. En nuestro país y diferenciando entre muestras de hombre y mujeres, Negredo et al., (2010) encuentran que en los internos varones, tentativas y suicidio son independientes, lo que podría indicar que, en su caso, estaríamos ante constructos diferentes. Para las mujeres, suicidios y tentativas muestran una alta correlación, fenómeno que podría explicarse por el hecho de que las tentativas en el caso de las mujeres tuvieran una verdadera intencionalidad suicida, mientras que los hombres podrían utilizar regimentalmente o como una forma de afrontamiento de su estrés los aparentes intentos de suicidio (Negredo et al., 2010). Quizá otra de las claves para discernir entre ambos fenómenos esté en determinar si existen factores de riesgo diferenciados para aquellas personas que protagonizan un único intento de suicidio respecto de aquellas que se ven implicados en varios episodios (Favril et al., 2022). De hecho, algunos autores defienden que, efectivamente, el perfil de riesgo de ambos no es comparable, siendo ambos grupos heterogéneos desde el punto de vista clínico mostrando diferentes factores de riesgo a nivel psicopatológico y sociodemográfico (Méndez-Bustos et al., 2013; Smith et al., 2014; Stoliker, 2021). Específicamente en el medio penitenciario, Stoliker (2021) encuentra que aquellos internos que cronificaban sus tentativas de suicidio eran más vulnerables y contaban con menos estrategias de afrontamiento de eventos estresantes. En concreto, mostraban en mayor medida trastornos depresivos, trastorno bipolar y consumo abusivo de sustancias. Smith et al. (2014) encontraron que los internos varones que se implicaban en múltiples intentos de suicidio mostraban mayores rasgos de psicopatía secundaria (conducta antisocial/impulsiva) respecto de aquellos que lo intentaban en una ocasión

aislada¹⁰. Resultados similares encontraron Verona et al. (2005) en el caso de mujeres internas. En términos generales, existe mayor probabilidad de que los internos en centros penitenciarios cronifiquen sus intentos de suicidio (Smith et al., 2014; Stoliker, 2021).

Después de este repaso teórico, no parece arriesgado argumentar que es probable que tentativas y suicidios consumados se solapen parcialmente, compartiendo parte de sus factores de riesgo y mostrando otros específicos en cada uno de los casos. Gráficamente esta realidad podría ser representada tal y como se recoge en la figura 1.

Figura 1. Relación entre tentativas y suicidios en términos de factores de riesgo



La naturaleza de algunos de los hallazgos descritos líneas más arriba, podría llevar a interpretar las tentativas de suicidio más como conductas manipulativas que con una verdadera intención suicida, cuestión que adquiere especial relevancia en el medio penitenciario (Dear et al., 2000; Tartaro y Lester, 2009). Llamen la atención Tartaro y Lester (2009) sobre el hecho de que los trabajadores del medio penitenciario en buena parte de las ocasiones juzgan las tentativas de suicidio como intentos de manipulación, asumiendo que quién verdaderamente tiene la intención de suicidarse no avisa sobre sus intenciones asegurándose el éxito de su comportamiento (ver también Kerkhof y Bernasco, 1990). Esto puede llevar a errores de juicio e intervenciones no ajustadas cuyas consecuencias sean fatales al precipitar conductas potencialmente letales (Cummings y Thompson, 2009; Liebling, 1992; Obegi, 2020; Winter, 2003). Estos autores consideran, sin embargo, que mientras que es cierto que algunos internos protagonizan intentos de suicidio con la única intención de llamar la atención, es difícil aseverar a ciencia cierta cuál es la naturaleza de su motivación. Distinguir entre un genuino intento de suicidio y un intento fingido tiene su importancia porque los recursos del sistema son finitos y tienen que ser destinados allí dónde son realmente necesarios, pero al mismo tiempo es

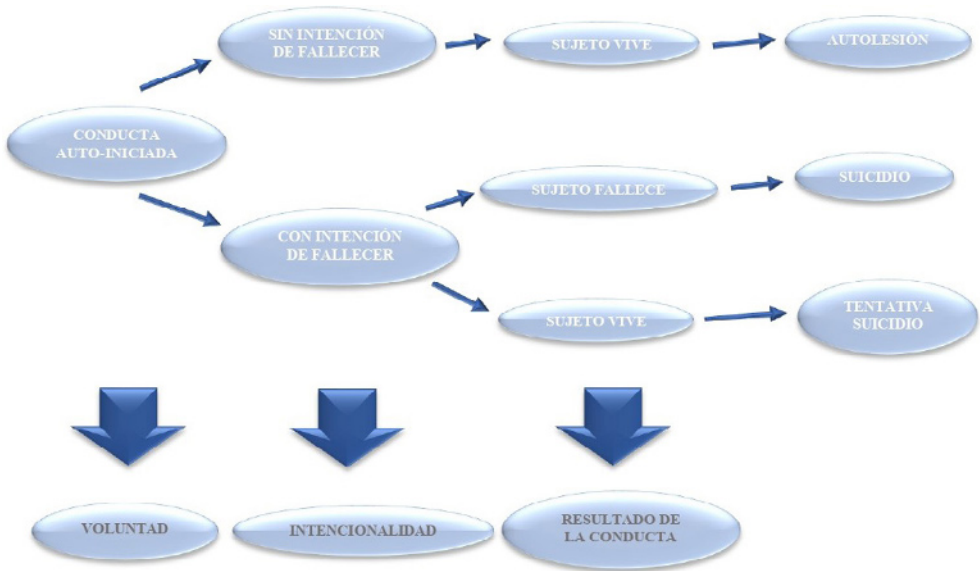
¹⁰ Los rasgos de psicopatía primaria (factor afectivo/interpersonal-ausencia de empatía) no mostraron valor pronóstico de las tentativas de suicidio en el caso de los internos (Smith et al., 2014) y en el caso de las internas mostraron una asociación negativa (Verona et al, 2005). Resultados similares encuentran Douglas et al. (2006) en población general.

una tarea retadora en tanto que no existen procedimientos protocolizados para detectar la simulación de una conducta suicida (Obegi, 2020). Autolesiones que responden a diferentes motivaciones deben ser tratadas de diferente manera: el diagnóstico es el que determina las decisiones tratamentales a adoptar y las intervenciones a desarrollar y el riesgo de iatrogenia de algunas actuaciones no recomendadas no puede ser ignorado (Obegi, 2020). La dificultad estriba, precisamente, en que no podemos olvidar que, aun cuando un interno está intentando manipular el sistema, autolesiones e intentos de suicidio son muy peligrosos dado que pueden conducir al fallecimiento del interno, aunque su motivación inicial no fuera la de acabar con su vida (Cummings y Thompson, 2009; Dear et al., 2000; Obegi, 2020; Tartaro y Lester, 2009).

Independientemente de cuál de las dos sea la postura que se adopte (las tentativas de suicidio y los suicidios sean o no fenómenos que se superponen), lo cierto es que el valor del estudio de los mecanismos explicativos *per se* de las tentativas de suicidio resulta incontestable. Ya sea porque se entiende que, siendo expresión del mismo constructo, conocer más sobre las tentativas puede ayudarnos en nuestra labor de comprensión y prevención del suicidio; ya sea porque como fenómeno nos despierta interés en sí mismo, desde el punto de vista de la seguridad, por ejemplo, en cuanto afectan al buen orden de los establecimientos y suponen un desafío para el personal y los directivos que en ellos trabajan, entendemos que la posición más razonable es la de abordar su estudio de la forma más profunda y comprensiva posible en la creencia de que ello contribuirá a la mejora de la actuación en nuestros centros.

De cara a garantizar un adecuado registro y seguimiento de los datos y la comparabilidad de los mismos entre diferentes investigaciones, se hace imprescindible definir de forma clara, tanto conceptual como operativamente, cómo vamos a entender cada uno de los conceptos amparados por el paraguas más general de *conducta suicida*. Por ello, fruto de este interés y apoyándonos en las aportaciones previas realizadas en la literatura académica mencionada (De Leo et al., 2006; Favril, 2021; O'Carroll et al., 1996; Silverman et al., 2007a, 2007b) recogemos en la figura 2 nuestra propuesta de esquema conceptual del espectro suicida que va a servir como marco teórico en la presente investigación y que va a guiar nuestra recogida de datos y la interpretación de los mismos.

Figura 2. Esquema conceptual del espectro suicida



1.3. EL RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA

1.3.1. Factores de riesgo en población general

Como acabamos de exponer, las causas que explican el suicidio son complejas y no siempre bien comprendidas en toda su extensión, descansando más bien este fenómeno en una constelación de factores de riesgo (de personalidad, cognitivos, sociales, sanitarios, etc.) que interactúan entre sí (O'Connor y Nock, 2014; Sarchiapone et al., 2009a), por lo que el reto en la prevención del suicidio está en identificar a las personas más vulnerables y en qué circunstancias concretas pudieran serlo para poder intervenir de la forma más ágil y eficiente posible. Con este objetivo en mente, los académicos, investigadores y profesionales del ámbito de la salud, han buscado identificar una serie de factores de diversa índole (socioculturales, psiquiátricos, biológicos, etc.) que interactúan para situar al individuo en una situación de alto riesgo. Mientras que el vínculo entre algunos factores de riesgo concretos como puede ser la salud mental (en especial, depresión y consumo abusivo/dependiente de alcohol) o los intentos previos de suicidio es bien conocido y prácticamente incuestionable en la población general, en ocasiones los suicidios también surgen en momentos de crisis personal en los que el individuo experimenta una ruptura interna que afecta a su capacidad para lidiar con eventos estresantes como pueden ser los problemas económicos, una ruptura de pareja, la muerte de una persona allegada o una enfermedad crónica. Además, el experimentar situaciones de conflicto, violencia, abuso o soledad está significativamente vinculado con la conducta suicida (Beautrais et al., 2005; OMS, 2023).

El perfil de suicidios en la población general desde el punto de vista sociodemográfico es el de varón, soltero, con intentos previos de suicidio, antecedentes de depresión y enfermedades crónicas (Castro Moreno et al., 2023; Richardson et al., 2021; Romero et al., 2007; Wang y Mortensen, 2006). Parece que el factor con mayor poder predictivo es la existencia de autolesiones o intentos previos de suicidio (Gunnell et al., 2004; Yoshimasu et al., 2008). Otro de los factores que de forma más consistente se ha relacionado con la conducta suicida, ha sido el de la presencia de trastornos mentales (Arsenault-Lapierre, 2004; Cavanagh et al., 2003; O'Connor y Nock, 2014). Hay estudios que muestran que más del 90 % de las personas que mueren por suicidio padecían una patología psiquiátrica antes de su fallecimiento (Cavanagh et al., 2003), siendo los trastornos más frecuentemente asociados la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de personalidad (especialmente el trastorno límite) y los trastornos de ansiedad, especialmente en los casos en los que hay comorbilidad de varios de ellos (Beautrais et al., 2005; Cavanagh et al., 2003; Cheng et al., 1997; Duberstein y Conwell, 1997; Friedman et al., 1992; Gabilondo et al., 2007; Haw et al., 2001; Hawton et al., 2003b; Heila y Lohnqvist, 2003; OMS, 2000; Richardson et al., 2021; Romero et al., 2007; Roy y Linnoila, 1986; Yoshimasu et al., 2008). También factores psicológicos como la desesperanza o la rigidez cognitiva (Beautrais et al., 2005; Brezo et al., 2006) o físicos como la presencia de enfermedades crónicas o incapacitantes (Scott et al., 2010; Webb et al., 2012a). Sin olvidar la historia de victimización en la infancia como consecuencia de abusos físicos, sexuales o psicológicos o experiencias adversas como el divorcio o el fallecimiento de los progenitores (Beautrais et al., 2005; Dube et al., 2001; Richardson et al., 2021; Sakinofsky, 2007) o durante la edad adulta (Stein et al., 2010).

A estas variables personales, también hay que añadir factores contextuales o del entorno que se interrelacionan en una suerte de ecuación de riesgo que incrementa las probabilidades de que se materialice una conducta suicida. Entre ellas están la existencia de una historia familiar de suicidio, especialmente cuando se trata de un familiar en primer grado (Beautrais et al., 2005; Favril et al., 2023; Quin et al., 2002; Sakinofsky, 2007), la falta de apoyo social (Beautrais et al., 2005; López et al., 2007) o los problemas económicos y laborales (Beautrais et al., 2005; López et al., 2007).

1.3.2. El riesgo de suicidio en el medio penitenciario: la tesis de la vulnerabilidad importada y la tesis de la privación

El hecho de que la tasa de conductas de suicidio en el contexto penitenciario sea significativamente superior a la que se da entre la población general, ha alentado el debate científico y el interés por conocer los factores de riesgo asociados e intentar encontrar explicaciones a este fenómeno. Aunque la determinación de factores de riesgo y su evaluación no es una ciencia exacta, toda vez que el suicidio en general, y particularmente en prisión, está relacionado con una multitud de factores y es difícil anticipar cómo un individuo en concreto responderá ante ciertas situaciones, algunas cuestiones, sobre las que

abundaremos en los siguientes epígrafes, si parecen claras. Los factores de riesgo son «características y circunstancias asociadas con un individuo las cuales indican un mayor potencial o probabilidad de un comportamiento suicida» (Newcomen, 2014, p. 7). Pero el riesgo no es una variable inerte: nuevos factores pueden adquirir relevancia o cambios en las circunstancias que rodean al individuo pueden alterar su significación (Newcomen, 2014). Y es que, los factores de riesgo incluyen, por una parte, características propias de los individuos (como la edad, el sexo, la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia o el número de intentos previos de suicidio) que no son susceptibles de cambio ni por el paso del tiempo ni por la implementación de medidas de intervención; pero también incluyen circunstancias sensibles a la modificación que, o bien se refieren a variables individuales o bien a variables contextuales, pero sobre las que se puede intervenir físicamente o a través de la terapia (como la situación de aislamiento en celda o la ideación suicida, respectivamente). Habitualmente estos factores son referidos como *estáticos* los primeros y *dinámicos* los segundos.

Dos han sido los enfoques teóricos que se han adoptado (Dye, 2010; Favril, 2021; Liebling y Ludlow, 2016). Por un lado, desde una perspectiva más clínica, el de aquellos que subrayan la importancia de una vulnerabilidad preexistente fruto de una compleja interacción de carencias psicológicas y sociales con las que los internos ya contaban en libertad y que importan cuando ingresan en prisión, de modo que su riesgo de suicidio permanecería invariablemente alto ya se encontraran en la comunidad ya lo hicieran en el medio penitenciario (*tesis de la vulnerabilidad importada*). Otra escuela de pensamiento, esta desde una perspectiva sociológica y criminológica, enfatiza la influencia que la propia institución penitenciaria tiene en el incremento diferencial del riesgo de suicidio, poniendo el acento en el escenario de privación y sufrimiento que supone el ingreso en prisión y que sería el principal precipitante de los eventos de suicidio (*tesis de la privación*).

Desde la *tesis de la vulnerabilidad importada* se entiende que las trayectorias vitales de los internos, en términos generales, están caracterizadas por una compleja retroalimentación de factores como una desventaja socioeconómica (que implica déficits habitacionales, empleos precarios o bajo nivel de instrucción, entre otros) o problemas de salud que actuarían como factores predisponentes para la conducta suicida. A esto se añade la existencia de patologías psiquiátricas (Fazel y Seewald, 2012), trastornos de personalidad (Fazel y Danesh, 2002) y el consumo abusivo de sustancias (Fazel et al., 2017b). Estas variables representan factores de riesgo bien conocidos en la población general y las prisiones aglutinan un elevado porcentaje de personas altamente vulnerables que tienen que lidiar con importantes carencias sociales, psicológicas y sanitarias (Blaauw et al., 2005; Favril, 2021; Fazel et al., 2017a; Jenkins et al., 2005; Liebling, 1995; Maden et al., 2000). Desde este modelo, los factores de riesgo que operarían en prisión serían los mismos que lo harían en la comunidad. Una contundente evidencia científica ha mostrado una fuerte asociación entre el riesgo de suicidio en población general y dificultades socioeco-

nómicas, adversidades en etapas tempranas de la vida, traumas, enfermedades físicas, consumo abusivo de alcohol o drogas, patologías psiquiátricas y trastornos de personalidad y conductas autolesivas (Carrasco-Barrios et al., 2020; Favril et al., 2020b; O'Connor y Nock, 2014; Richardson et al., 2021; Turecki et al., 2019; Zhong et al., 2021). Estos factores de vulnerabilidad, además de contribuir a incrementar el riesgo de verse implicado en la actividad delictiva y en el sistema penal, dada su sobrerepresentación en el medio penitenciario, podrían también dar cuenta de la elevada prevalencia de conductas suicidas en prisión (Favril, 2021).

Existe evidencia científica que parece apoyar esta tesis (Favril et al., 2020b; Lohner y Konrad, 2007; Marzano et al., 2016; Zhong et al., 2021). Por ejemplo, es siete veces más probable que los internos con una historia previa de autolesiones se vean implicados en una conducta suicida que aquellos que no han protagonizado conductas autolesivas nunca (Favril et al., 2020c; Zhong et al., 2021). Así mismo, existen elevadas tasas de enfermedad mental en prisión y de antecedentes de consumo abusivo de drogas (Abram et al, 2003; Coid et al., 2022; Singleton et al., 1998), constatándose que ambos son un importante factor de riesgo de suicidio entre la población penitenciaria (Favril et al., 2020b; Zhong et al., 2021). Además, la relación entre suicidio y la comisión de delitos violentos está relativamente establecida en la literatura (Bukten y Stavseth, 2021; Zhong et al., 2021). El maltrato infantil es otro de los marcadores de riesgo más robustos para la conducta suicida que encontramos entre los internos (Angelakis et al., 2020; Favril et al., 2020b).

Desde la *Tesis de la privación*, la evidencia científica ha demostrado que el aislamiento, el hástío, la masificación, la falta de actividades que persigan un propósito más allá que el del mero paso del tiempo y la victimización en escenarios de acoso o agresión, están directamente relacionados con el incremento de la probabilidad de suicidio en prisión (Blaauw et al., 2001; Favril et al., 2020c; Huey y McNulty, 2005; Leese et al., 2006; Liebling, 1995; Van Ginneken et al., 2017). Es lo que Gresham Sykes (1952) en su clásica obra *Society of captives* denomina *the pains of imprisonment*. La privación de libertad, la privación de bienes y servicios, la falta de autonomía, la merma de la seguridad personal propios de una institución total como la prisión, fuerza a los internos a tener que readaptarse de cara a sobreponerse al internamiento (Sykes, 1952). Estas condiciones suponen una amenaza psicológica para los internos horadando directamente su autoconcepto, su autoestima y su sentido de valía personal, actuando así como factores precipitantes de la conducta suicida que se convierte en una forma de afrontamiento cuando las demandas del entorno exceden las capacidades de afrontamiento del individuo. El aislamiento, tanto desde un punto de vista amplio (entendido como la limitación subjetiva de los contactos con el exterior, más si cabe que la ausencia objetiva determinada a través del número de visitas recibidas) (Jenkins et al, 2005; Rivlin et al., 2013a), como desde un punto estrictamente residencial (la ubicación en celdas individuales o de aislamiento) están directamente relacionados con el incremento en el riesgo de conductas suicidas (véa-

se, entre otros, Favril et al., 2019; Luigi et al., 2020; Serin et al., 2002; Shaw et al., 2004). Así mismo, hay periodos de internamiento que parecen relacionarse con un mayor riesgo de suicidio, especialmente los primeros días y semanas tras el ingreso, en los cuales las carencias derivadas del encarcelamiento parecen vivenciarse más intensamente y los internos pueden sentirse especialmente preocupados y asustados por enfrentarse a una situación desconocida que prevén sea posiblemente hostil (Bukten y Stavseth, 2021; Favril et al., 2019; Humber et al., 2011). A esto se añade el hecho de que los internos en situación de prisión preventiva tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que los penados (Zhong et al., 2021), difiriendo ambos grupos no solo en su tasa de suicidio sino también en el momento de comisión del mismo y en los factores precipitantes que en cada caso parecen estar vinculados a ella (Konrad et al., 2007). En el caso de los internos preventivos, los días previos al juicio pueden resultar especialmente desafiantes considerando las repetidas salidas a diligencias y la incertidumbre por el provenir (Humber et al., 2013). Los traslados entre centros penitenciarios, los cambios de módulo y de celda y los cambios en la situación procesal, también suponen escenarios que agudizan el riesgo de suicidio debido a su potencial para sacar al individuo de su zona de confort (Favril et al., 2019; Newcomen, 2014; Serin et al., 2002).

De la principal crítica que se le puede hacer a la tesis de la privación, a saber, que no todos los individuos expuestos a las mismas condiciones adversas acaban viéndose implicados en una conducta suicida, surge un *modelo combinado*, que defiende que una conducta tan compleja como la suicida, rara vez es resultado de un único factor explicativo, sino que más bien depende de una constelación de factores tanto personales como ambientales, distales y proximales, estáticos y dinámicos, que se acumulan e interactúan (Franklin et al., 2017; Maris, 1992; Marzano et al., 2011; Sarchiapone et al., 2009a; Tartaro y Lester, 2009; Turecki et al., 2019; O'Connor y Nock, 2014). Así, el incremento del riesgo de suicidio en la población penitenciaria respecto de la población general vendría explicado por una combinación de los modelos de vulnerabilidad y privación: la prisión expone a unos individuos ya de por sí vulnerables a un riesgo adicional (Berman y Canning, 2022; Dye, 2010; Favril et al., 2019; Liebling, 1992, 1995, 1999; Liebling y Ludlow, 2016; Marzano et al., 2011; OMS, 2007; Rivlin et al., 2013a; Stoliker, 2018). Este modelo combinado de riesgo de suicidio en prisión es consistente con un modelo más amplio de *Diátesis-Estrés* del comportamiento suicida (Mann, 2003; Mann et al., 1999) en el que una predisposición (o diátesis) al suicidio se ve intensificada por la influencia de ciertos estresores ambientales (precipitantes). Esos factores predisponentes serán los que determinen la respuesta particular del individuo al estresor concreto al que se enfrente. El componente de diátesis se referiría a la vulnerabilidad importada y los estresores ambientales estarían relacionados con la situación de privación generalizada que supone el ingreso en prisión (Favril, 2021). Por entender que es el más ajustado para describir la idiosincrasia propia que caracteriza a los eventos suicidas en el seno de una institución total como es la prisión, este modelo teórico es el que servirá de referencia en la presente investigación.

1.3.3. Factores de riesgo de suicidio en el medio penitenciario

En el caso del contexto penitenciario, al complejo escenario descrito, se añaden dos dificultades. En primer lugar, como hemos visto, la situación de internamiento es, en sí misma, un factor de riesgo (Newcomen, 2014). El impacto psicológico que supone el ingreso en prisión, el síndrome de abstinencia que pudieran sufrir las personas con consumo activo de sustancias estupefacientes y alcohol en libertad o el estrés diario relacionado con la vida en prisión, son circunstancias todas ellas que pueden fácilmente exceder las capacidades de afrontamiento de los internos (OMS, 2007). En segundo lugar, muchas características de los internos que protagonizan conductas suicidas son compartidas por buena parte de la población penitenciaria y es complicado identificar cuáles de todas ellas distinguen verdaderamente a los internos suicidas de aquellos que no lo son (Fazel et al., 2008; Jenkins et al., 2005; Newcomen, 2014; OMS, 2007). En las prisiones viven grupos que tradicionalmente se han considerado vulnerables en tanto que han mostrado mayor riesgo de suicidio en población general: hombres jóvenes desempleados y solteros o divorciados, personas con trastornos mentales, víctimas de experiencias traumáticas en la infancia, con problemática de consumo de tóxicos o alcohol o aquellos que han cometido intentos previos de suicidio (Blaauw et al., 2005; Liebling, 1995; OMS, 2007; Patterson y Hughes, 2008; Rabe, 2012), por lo que variables como la edad o el sexo podrían no tener un buen poder pronóstico considerados por sí mismos o de forma aislada. Esta es una de las razones por las que es imprescindible incluir en las investigaciones sobre conductas suicidas en prisión un grupo control de comparación que permita discernir cuáles de todas esas variables de potencial riesgo que comparte la población penitenciaria tienen, de hecho, capacidad para predecir el suicidio en prisión (Blaauw et al., 2005; Felthous, 2011; Winter, 2003). El grupo de control penitenciario tendrá, a priori, una distribución similar en las variables consideradas, salvo en aquellas que realmente tengan poder explicativo para el riesgo de suicidio. Es por ello que la determinación de factores de riesgo de suicidio en prisión y las combinaciones que entre ellos se puedan dar de cara a maximizar su poder de predicción, es un elemento clave, en primer lugar, porque puede asistir a los especialistas en el proceso de evaluación clínica, en segundo, porque puede encaminar las herramientas y procedimientos de prevención hacia los grupos que realmente lo necesitan (Favril et al., 2022; Rivlin et al., 2013b). Esta evaluación del riesgo ha de ser sistemática y basada en la evidencia científica, y no puede descansar exclusivamente en impresiones subjetivas de los trabajadores penitenciarios (Newcomen, 2014).

Siguiendo esta lógica argumental han sido varios los intentos de confirmar la existencia de distintos grupos de internos en función de la diferencia que se pudiera constatar entre ellos en las variables analizadas y en base a la combinación de diferentes factores de riesgo. En concreto, ya a principios de la década de los setenta, Sloane (1973) perfiló una primera aproximación a una posible tipología de internos que protagonizaban intentos de suicidio. Distinguen estos autores entre los internos *depresivos*, los *manipuladores* (que adquie-

ren especial relevancia durante la etapa inicial tras el ingreso) y los *anómicos* (que protagonizan un amago suicida después de meses o años de internamiento). Le siguió en esta tarea Alison Liebling en la década de los noventa (Liebling, 1990) que distinguió entre aquellos internos que mostraban unas pobres estrategias de afrontamiento, los condenados a cadena perpetua y aquellos con patología psiquiátrica. En la misma lógica, Rivlin et al., (2013b) desarrollaron una tipología conformada por cinco categorías de internos que se ven inmersos en conductas suicidas: aquellos con dificultades de afrontamiento de la situación de internamiento (además de sentirse sobrepasados por la experiencia y mostrar una evidente inadaptación a la normativa, acarrean factores de vulnerabilidad previos a su ingreso como el consumo abusivo de drogas; este puede ser el grupo más difícil de discriminar puesto que comparte muchas características con la población penitenciaria general), los que se encuentran bajo los efectos de sintomatología psicótica, los que se mueven por motivos instrumentales, los «inesperados» (Rivlin et al., 2013b, p. 339) (internos aparentemente bien adaptados al sistema que se ven sobrepasados en un momento puntual como consecuencia de la acumulación repentina de eventos adversos; no suelen haber protagonizado tentativas de suicidio previas) y aquellos que protagonizan estas conductas suicidas en estados de síndrome de abstinencia a drogas o alcohol¹¹. Recientemente, Bani et al. (2019) pretenden determinar si los internos que protagonizan intentos de suicidio pueden ser diferenciados en base a sus perfiles de distrés psicológico e impulsividad y evaluar el poder predictivo de los perfiles propuestos. Describen así cuatro perfiles: los *desregulados* (muestran elevados niveles de distrés e impulsividad), son los que mayor número de intentos de suicidio protagonizan seguidos de los *impulsivos* (con altos niveles de impulsividad y distrés medio) y de los *moderadamente estresados* (con niveles medios de impulsividad y distrés). Los *equilibrados* que muestran bajos niveles de impulsividad y distrés y, consecuentemente, son los que menos tentativas de suicidio registran.

Pasaremos a continuación a hacer un repaso por algunos factores de riesgo de la conducta suicida en prisión recogidos frecuentemente en la literatura. Para una mayor claridad expositiva, serán divididos en cuatro grupos: sociodemográficos, penales, clínicos y penitenciarios.

1.3.3.1. Factores sociodemográficos

1.3.3.1.1. Edad

Aunque la edad es una variable habitualmente considerada en cuanto a perfiles de riesgo de la conducta suicida, los hallazgos distan mucho de ser consistentes en el entor-

¹¹ La tipología que plantean Rivlin et al. (2013b) no está exenta de limitaciones, fundamentalmente de tipo metodológico. El procedimiento que emplean para su construcción es puramente intuitivo, sin más validación que el acuerdo inter-observadores entre dos expertos a partir del análisis cualitativo de 60 entrevistas a internos que protagonizaron una grave tentativa de suicidio. Sin desmerecer el procedimiento, y dada la cantidad de información resultante de las entrevistas, la aplicación de alguna técnica estadística de agrupación de casos habría permitido confirmar esta tipología. Además, como los mismos autores reconocen, esta tipología está conformada por categorías que no son mutuamente excluyentes y está construida solo en base a casos de internos varones.

no penitenciario. Algunos estudios muestran que la tasa de suicidio es mayor entre los internos más jóvenes¹² (Daniel y Fleming, 2006; Hayes, 1989; Hayes y Kajdan, 1981; Jenkins et al, 2005; Kaba et al., 2014; Khezri et al., 2023; Liebling, 1999; Mumola, 2005; Rivlin et al., 2013b; Serin et al., 2002; Way et al., 2005), descendiendo el riesgo de protagonizar un intento de suicidio a medida que se incrementa la edad (Stoliker, 2018). Estos resultados podrían venir explicados por un déficit en recursos de afrontamiento por inmadurez de los internos más jóvenes que les impiden manejar de forma eficiente ciertas situaciones estresantes sin un elevado coste personal. Esta falta de recursos los llevaría a entender que el suicidio constituye una buena solución de escape (Liebling, 1992). Otros trabajos, sin embargo, parecen mostrar que son los internos de mayor edad los que presentan más riesgo (Blaauw et al., 2005; Duthé et al., 2013, 2014; Esposito, 2018; Voulgaris et al., 2019) o, incluso, que no existe una relación significativa entre la variable edad y el riesgo de suicidio en prisión (Ceballos-Espinoza, 2016; Dye, 2010; Encrenaz et al., 2014; Favril et al., 2022; Green et al., 1995; Marzano et al., 2011, 2016; Rivlin et al., 2013a). Se podría hipotetizar que nos encontramos ante una distribución bimodal en la que los grupos de mayor riesgo de conducta suicida en prisión son los más jóvenes y los mayores de 50 años (Alcántara-Jiménez et al., 2023).

1.3.3.1.2. Sexo

Es frecuente encontrar abundante investigación en relación con un fenómeno que parece contar con un potente respaldo empírico. Es la denominada *paradoja de género*, término acuñado por Silvia Canetto e Isaac Sakinofsky (1998) a finales de la década de los noventa y que viene a reflejar un hallazgo relativamente consolidado en términos de la relación entre suicidio y género: el hecho de que, a pesar de que las tentativas de suicidio son mayores entre las mujeres, los fallecimientos por suicidios consumados son mayores entre los varones (Beautrais et al., 2005; Meltzer et al., 1999; O'Connor y Nock, 2014; Preti y Cascio, 2006; Schrijvers et al., 2012; Tartaro y Lester, 2009). Ya hemos mencionado que, en relación con la población general, la tasa de suicidios intentados en prisión es significativamente mayor, pero este fenómeno se hace todavía si cabe más palpable en el caso de las mujeres¹³ (Beautrais, 2001; Daigle y Côté, 2006; Favril et al, 2020a, 2022; Favril y O'Connor, 2021; Jenkins et al., 2005; Larney et al., 2012; Liebling, 1994; Marzano et al., 2010; Preti y Cascio, 2006; Stoliker, 2021). Entre el 35 % y el 53 % de las mujeres entrevistadas en prisión referían haber tenido ideaciones suicidas o haber protagonizado conductas suicidas en algún momento a lo largo de su vida y casi el 20 % lo

¹² Mandelli et al. (2011) explican que aquellos internos que mostraron una conducta suicida más temprana eran más jóvenes y presentaban en mayor medida enfermedad mental, rasgos agresivos y conducta violenta, una cronificación de sus intentos de suicidio.

¹³ Algunos autores, sin embargo, consideran que no existe una relación significativa entre sexo y tentativas de suicidio en prisión. Favril et al. (2022) en un meta-análisis de 20 estudios publicados hasta mayo de 2022 basados en un diseño de grupo control (internos con tentativas de suicidio vs. población penitenciaria general) encuentran que la variable sexo no es un predictor significativo de los intentos de suicidio.

referían respecto del tiempo de su estancia en prisión (Carvalho et al., 2021; Chapman et al., 2005; Charles et al., 2003). El 60 % manifestaban haber tenido, al menos, un intento de suicidio (Daigle et al., 1999). Han sido varias las posibles explicaciones que se han dado a este fenómeno. Liebling y sus colegas (Liebling, 1994, 1999; Liebling y Lodlow, 2016) destacan dos que inciden directamente en un componente psicológico, sustentadas sobre las tesis de la vulnerabilidad y la privación respectivamente. La primera de ellas viene a enfatizar que las mujeres que se encuentran en prisión aglutinan ciertos factores de riesgo (tales como ser víctimas de abusos o problemas de salud mental) que las hacen más vulnerables al suicidio respecto de las mujeres que se encuentran en libertad. La segunda defiende que existen diferencias de género en cuanto a los efectos que el internamiento tiene en hombres y mujeres y como estos procesan y gestionan la situación de privación física y psicológica (por ejemplo, en lo relativo al vínculo y a la crianza de los hijos¹⁴), siendo la conducta suicida una respuesta de afrontamiento ante tal escenario. Dado que las mujeres tienden a preferir métodos menos violentos para materializar los suicidios, que, por otra parte, también resultan ser menos letales (Schrijvers et al., 2012; Tartaro y Lester, 2009), la posibilidad de que estas conductas suicidas terminen en tentativas no consumadas parece lógica.

Sobre la base de que la proporción de mujeres institucionalizadas es sensiblemente inferior a la de los hombres, la problemática del suicidio femenino ha sido ignorada y el suicidio en prisión ha sido considerado como un problema que afecta solo a los varones (Daigle et al., 1999; Liebling, 1994, 1999; Marzano et al., 2011). De hecho, uno de los factores de riesgo que se ha considerado habitualmente en la literatura ha sido el de ser hombre. Incluso siendo esto cierto, la trascendencia de abundar en el fenómeno del suicidio femenino en prisión, no viene determinada por una cuestión cuantitativa ya que el porcentaje de suicidios de mujeres en prisión no parece significativamente superior al de los hombres considerando la distribución diferencial de la población penitenciaria por sexos¹⁵ (Castelpietra et al., 2018; Hayes, 1989; Fazel et al., 2008; Liebling, 1994; Mumola et al., 2005; Newcomen, 2014; Preti y Cascio, 2006; Vanhaesebrouck et al., 2022; Winter, 2003). Aunque cabe la posibilidad de que estos resultados puedan estar de origen sesgados porque las investigaciones de las que nacen no siempre siguen la misma lógica metodológica¹⁶, parece más lógico entender que el interés por el fenómeno del

¹⁴ Liebling (1994) explica que uno de los elementos que hace más duro el internamiento de una mujer es el estar alejada de su familia, mientras que para los hombres los principales estresores penitenciarios tienen que ver con hastío y la inactividad o el acoso por parte de otros internos.

¹⁵ Algunos estudios arrojan diferencias no estadísticamente significativas en las tasas de suicidio entre hombres y mujeres en prisión (Duthé et al., 2014; Dye, 2011). Pocos encuentran mayores tasas de suicidio en prisión entre mujeres que entre hombres (considerando la distribución de la población penitenciaria en cuanto a la variable sexo). Algunas de estas excepciones son Humber et al. (2011), Khezri et al. (2023), Mackenzie et al. (2003) y Stoliker (2018).

¹⁶ Algunas emplean como muestra población penitenciaria general, incluyendo a hombres y mujeres, y luego recogen las tasas de conductas de suicidio específicas para cada grupo y, en algunos casos, exploran variables predictivas diferenciadas por sexo (ver, entre otros, Mennicke et al., 2021; Serin et al., 2002; Sto-

suicidio femenino en prisión pudiera venir determinado porque ciertos factores de riesgo pudieran afectar diferencialmente a hombres y mujeres, cuestión escasamente explorada en muestras específicas (Alcántara-Jiménez et al., 2023; Dye, 2011; Rivlin et al., 2022), lo que implicaría que las intervenciones en materia de prevención de suicidios habrían de ser diseñadas considerando tal extremo.

Factores de riesgo e indicadores de vulnerabilidad para el suicidio en muestras de mujeres en prisión son cuestiones sobre las que no existe un profundo conocimiento (Liebling, 1994; Marzano et al., 2011). Uno de los hallazgos que más aval teórico parece encontrar es el de la patología mental y su diferente afectación en el caso de hombres y mujeres en prisión, siendo la tasa de problemas mentales superior en el caso de las internas que fallecieron por suicidio que en el caso de los internos (Mackenzie et al., 2003). Parece constatar el hecho de que las mujeres tienden a padecer más trastornos de tipo psicótico y depresivo, mientras los varones sufrirían en mayor medida trastornos de personalidad (Fazel y Danesh, 2002; Marzano et al., 2010, 2011). Otra de las cuestiones sobre las que existe cierto consenso es que, en población general, la prevalencia de historias de victimización en el caso de las mujeres es mayor que en el caso de los hombres (Schrijvers et al., 2012). Este fenómeno también se replica en población penitenciaria: es más probable que las mujeres internas informen de haber sido física o sexualmente abusadas que los internos varones, tanto en la infancia como en la edad adulta¹⁷ (DeCou et al., 2016; Encrenaz et al., 2014; Liebling 1994; Marzano et al., 2011; Mennicke et al., 2021; Power et al., 2016; Rivlin et al., 2013a). En un trabajo desarrollado por Clements-Nolle et al. (2009), se encontró que el 58 % de las mujeres entrevistadas habían sufrido abuso emocional, el 54 % abuso físico, 52 % abuso sexual, 53 % negligencia emocional y el 41 % negligencia física¹⁸. Marzano et al. (2011) hablan de porcentajes por encima del 60 % de mujeres que protagonizaron tentativas de suicidio cercanas a la muerte y que sufrieron de manera concomitante abuso físico, sexual y emocional en la infancia.

Algunos estudios, incluyen en sus muestras hombres internos y mujeres internas y los comparan, por separado, con sus respectivos grupos controles para dilucidar si comparan o no factores de riesgo y cuáles de ellos pueden dar cuenta diferencialmente del fenómeno del suicidio femenino versus del masculino en prisión. En concreto, Serin et al.

liker, 2021; Way et al., 2005), mientras que otras se centran exclusivamente en población femenina (ver, entre otros, Chapman et al., 2005; Daigle et al., 1999; Liebling, 1994; Marzano et al., 2011; Mackenzie et al., 2003)

¹⁷ Power et al. (2016) informan de que era más probable que las mujeres hubieran experimentado abusos sexuales en la infancia mientras que los hombres fueron víctimas en mayor medida de negligencia emocional.

¹⁸ En su trabajo, Clements-Nolle et al. (2009) muestran estos datos en términos absolutos; no existe una comparativa con una muestra masculina, por lo que no se puede afirmar con rigor que estos porcentajes sean mayores para mujeres que para hombres y que constituyan, por tanto, un factor de riesgo diferencial en el caso de ellas. Además, otros autores apuntan a la posibilidad de que las tasas de abuso en el caso de los varones esté subestimada considerando la reticencia de estos a denunciar este tipo de situaciones (Schrijvers et al., 2012).

(2002) compararon una muestra de 73 I internos varones que habían protagonizado una tentativa de suicidio con un grupo control aleatoriamente seleccionado de otros 73 I internos que no cumplían con este requisito. Del mismo modo procedieron comparando 78 internas que habían protagonizado una tentativa de suicidio en prisión con otro grupo aleatoriamente seleccionado de 77 internas que no. Comparado con el grupo de controles, los internos varones que habían protagonizado un intento de suicidio eran más jóvenes, solteros, condenados por delitos de homicidio y robos con fuerza, con enfermedades mentales (fundamentalmente depresión) que habían requerido intervención psicológica o psiquiátrica reciente, relaciones familiares disfuncionales, problemas de ajuste institucional (incidentes violentos, tráfico de sustancias prohibidas y solicitudes de acogimiento al régimen de autoprotección) que habían derivado en su ubicación en prisiones de máxima seguridad y con tentativas previas de suicidio. Respecto del grupo control de referencia en el caso de las mujeres, la internas que habían realizado un intento de suicidio eran con mayor probabilidad solteras, contaban con condenas anteriores y con una historia previa de conducta violenta, no solo habían protagonizado infracciones disciplinarias e incidentes regiminales que les habían llevado a una situación de aislamiento regiminal, sino que su funcionamiento social en la comunidad también era peor, eran consumidoras de sustancias y presentaban en mayor medida problemas psiquiátricos e inestabilidad emocional. Abundando en las diferencias entre hombres y mujeres, Mennicke et al. (2021) explican que las mujeres que consumaron un suicidio en prisión experimentaron mayores problemas de salud mental y de consumo abusivo de drogas que los internos en las mismas circunstancias.

Sensible ante este escenario, la Orden de Servicios 2/2021 de la Dirección General de Ejecución Penal y Reinserción Social, recoge la necesidad de tener en cuenta la perspectiva de género en la ejecución penitenciaria, lo que implica conocer la naturaleza diferencial de la situación de internamiento que viven las mujeres en relación con los hombres para poder desarrollar programas e intervenciones que sean sensibles a sus necesidades específicas, así como adaptar las que ya se vinieran realizando con la finalidad de que todas las actividades implementadas en prisión sean igual de eficaces para hombres y mujeres. Esta directriz implicaba necesariamente introducir la perspectiva de género en el Programa de Prevención de Suicidios regulado en la Instrucción 5/2014 visibilizando y atendiendo a las diferentes necesidades entre hombres y mujeres en el ámbito de la prevención de suicidios, identificando posibles sesgos, si es que de hecho existieran, en la aplicación del programa de prevención y mejorando, en definitiva, la eficacia del programa adaptándose a las particulares necesidades que presentan las mujeres en prisión para poder atenderlas y abordar terapéuticamente el fenómeno de la conducta suicida en ellas. Surge así la Instrucción 9/2022 de Perspectiva de Género en la Prevención de Suicidios en el Ámbito Penitenciario que, en la línea de los desarrollos teóricos que acabamos de señalar, recoge como elementos de riesgo específicos de la intervención en materia de prevención de suicidios de las mujeres en prisión las pérdidas o crisis en las relaciones afectivas, la existencia de procesos de victimización en el seno de las relaciones de pareja y la mayor preva-

lencia de enfermedades mentales entre mujeres (especialmente en trastornos ansiosos y depresivos), elementos todos ellos relacionados con la conducta suicida.

1.3.3.1.3. Estado civil

Constituye uno de los factores de riesgo sobre los que menos consenso existe. Mientras que algunos estudios encuentran que existe una relación significativa entre la ausencia de pareja en prisión (solteros, divorciados o viudos) y suicidio (Ceballos-Espinoza et al., 2016; Favril et al., 2019; Green et al., 1993; Hatty y Walker, 1986; Hayes, 1989; Hayes y Kajdan, 1981; Khezri et al., 2023; Lohner y Konrad, 2007; Newcomen, 2014; Serin et al., 2002), otros encuentran que el factor riesgo es estar casado (Fazel et al., 2008) o que no existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el riesgo de suicidio (Marzano et al., 2011). Ante este escenario incierto, no parece aventurado asegurar que el estado civil, por sí mismo, es una de las variables con menos capacidad predictiva del riesgo de suicidio, siendo lo especialmente relevante la naturaleza subjetiva de las relaciones que mantiene el interno (Felthous, 2011) o los cambios indeseados o no esperados en la misma, como en los casos de separación matrimonial (Topp, 1979) y no tanto el estatus objetivo de tal condición.

1.3.3.2. Factores penales

1.3.3.2.1. Tipo delictivo

La evidencia que podemos encontrar en relación con qué tipo de delincuentes es más o menos probable que protagonicen un evento de suicidio es controvertida (Tartaro y Lester, 2009). Los hallazgos de la investigación son poco concluyentes y, en algunos casos contradictorios. Algunos llevan a pensar que quienes cometen delitos violentos (en muchos casos de índole sexual¹⁹) están en mayor riesgo de protagonizar una conducta suicida que delincuentes condenados por otros tipos penales (Alcántara-Jiménez et al., 2023; Bailo et al., 2023; Blaauw et al., 2005; Castelpietra et al., 2018; Dooley, 1990; Duthé et al., 2013, 2014; Favril y O'Connor, 2021; Favril et al., 2022; Fazel et al., 2008;

¹⁹ En meta-análisis los resultados para los delitos contra la libertad sexual son «escasos e inconsistentes» (Alcaraz-Jiménez et al., 2023, p. 109). Jeglic y colaboradores (Jeglic et al., 2013; Katsman y Jeglic, 2020) han trabajado específicamente sobre el riesgo de suicidio entre personas condenadas por delitos contra la libertad sexual. Ellos defienden que esta tipología delictiva constituye un factor de riesgo para la conducta suicida, especialmente si sufren algún tipo de patología mental o si su víctima era un varón o del entorno cercano (no encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al riesgo de suicidio entre aquellos que habían cometido el delito sobre víctimas menores y los que lo habían hecho sobre adultos), y ofrecen varias hipótesis que podrían explicar esta relación. En primer lugar, algunas personas con una historia de delitos sexuales han sufrido en la infancia experiencias de victimización y abuso, lo que, a su vez, se relaciona con un mayor riesgo suicida. En segundo lugar, estas personas son más vulnerables en prisión y tienden a ser con mayor probabilidad víctimas de acoso o agresiones, lo que también se relaciona con el riesgo suicida. En tercer lugar, estas personas pueden experimentar una profunda vergüenza o culpa por la naturaleza del delito cometido. En cuarto lugar, vivencian significativos niveles de estrés derivado de la complejidad de los procesos penales en los que se ven inmersos y las elevadas cuantías de condenas aparejadas. Estos dos últimos factores, a saber, vergüenza/culpa y estrés, pueden incrementar el riesgo de que se vean implicados en una conducta suicida.

Humber et al., 2011, 2013; Jeglic et al., 2013; Katsman y Jeglic, 2020; Kerkhof y Bernasco, 1990; Khezri et al., 2023; Marcus y Alcabes, 1993; Rabe, 2012; Radeloff et al., 2019; Sakellidis et al., 2013; Sarchiapone et al., 2009a; Voulgaris et al., 2019; Way et al., 2005), especialmente si estos son cometidos contra miembros de su familia o allegados (Newcomen, 2014). Por ejemplo, Kovasznay et al. (2004) encuentran que mientras que los delincuentes condenados por delitos violentos representan el 52 % de la población penitenciaria total, los encarcelados por este tipo de delitos dan cuenta del 75 % de los suicidios de su muestra. Webb et al. (2012b) desarrollan un interesante estudio que, aunque no trabaja con población penitenciaria, sí aborda el riesgo de suicidio entre personas que habían cometido delitos de índole sexual y delitos violentos. Empleando un diseño con grupo control, efectúan un análisis de 27.000 adultos que fallecieron por suicidio entre 1981 y 2006 en Dinamarca. Encuentran un riesgo muy elevado entre los delincuentes sexuales, y todavía mayor, entre aquellos que habían cometido delitos violentos graves (especialmente en el caso de las mujeres), como pueden ser el homicidio. Hablan de unas cifras muy llamativas: el riesgo de cometer un suicidio entre aquellos que habían perpetrado delitos de esta naturaleza era 12 veces superior en el caso de los hombres y 30 veces superior en el caso de las mujeres. Varios factores podrían explicar este aparente vínculo entre la gravedad de los delitos cometidos y el suicidio: el trauma producido por el delito *per se*, el remordimiento y la culpa experimentados o la expectativa sobre un posible veredicto de culpabilidad y de una condena de elevada cuantía podrían ser algunos de ellos (Duthé et al., 2014).

No obstante lo dicho, otros autores no encuentran tales diferencias (Encrenaz et al., 2014; Green et al., 1993; Rivlin et al., 2013a). Por ello, no podemos descartar otras tipologías delictivas como los delitos contra la salud pública o los delitos contra la propiedad como factor de riesgo de las conductas suicidas en prisión (Alcántara-Jiménez et al., 2023; Hayes, 1989; Hayes y Kajdan, 1981; Sakellidis et al., 2013). Kovasznay et al. (2004) encuentran que el 25 % de su muestra eran personas que habían cometido delitos contra la propiedad o contra la salud pública y Laishes (1997) encuentra el mismo porcentaje de internos (36 %) que habían protagonizado un suicidio condenados por delitos contra la propiedad y por asesinato. Es más, Topp (1979) encontró en su investigación que estos porcentajes estaban invertidos: el 46 % de su muestra habían cometido delitos contra la propiedad y el 28 % delitos violentos. Hayes (1989) informó de que un 74 % de los suicidios fueron cometidos por personas condenadas por delitos no violentos. Aunando todos los hallazgos expuestos, Tartarelli et al. (1999) señalan que los suicidios en su muestra tienden a estar protagonizados por internos ingresados en prisión por múltiples tipologías delictivas: asesinato, delitos contra la propiedad y contra la salud pública.

1.3.3.2.2. Cuantía de la condena

Igual que sucediera con el tipo delictivo, los resultados al respecto de si la cuantía de la condena tiene algún efecto predictor sobre la conducta de suicidio en prisión son poco

concluyentes. Por ejemplo, Rabe (2012) encuentra una relación bimodal entre cuantía de condena y riesgo de suicidio. En su investigación aparecían dos grupos de riesgo diferenciados: aquellos que más riesgo tenían era los que cumplían o condenas cortas o condenas muy largas. Sin embargo, Green et al. (1993) no encuentra tal relación. En algunas investigaciones desarrolladas en Estados Unidos en donde existe una diferenciación entre *jails* y *prisons*²⁰, parece que las tasas de suicidio son mayores en el caso de los internos que cumplen condenas de mayor duración (Duthé et al., 2014; Favril et al., 2022; Laishes, 1997; Newcomen, 2014; Towl y Crighton, 1997) o incluso cadenas perpetuas (Fazel et al., 2008; Zhong et al., 2021). Pero estos resultados no se encuentran firmemente replicados. En un estudio reciente desarrollado en Italia, se encontró que los internos que mostraban un mayor riesgo de suicidio eran aquellos con condenas inferiores a seis meses (Bailo et al., 2023).

1.3.3.2.3. Situación procesal

Respecto a si existen diferencias en el riesgo de suicidio entre internos preventivos y penados, los resultados al respecto, una vez más, son poco consistentes. Como en el caso de la cuantía de la condena, algunos estudios desarrollados en Estados Unidos vienen condicionados por la diferenciación entre *prisons* y *jails*. Algunos autores encuentran que la tasa de suicidio es mayor entre los internos que se encuentran en situación de prisión preventiva respecto de los que ya han resultado condenados (Bailo et al., 2023; Boren et al., 2017; Duthé et al., 2014; Fazel et al., 2008; Hayes, 2012; Humber et al., 2011b; 2013; Jenkins et al., 2005; Laishes, 2007; Marzano et al., 2011; Newcomen, 2014; Shaw et al., 2004; Vanhaesebrouck et al., 2022; Voulgaris et al., 2019; Zhong et al., 2021), mientras que otros no son capaces de confirmar estos hallazgos (Encrenaz et al., 2014). Por ejemplo, Towl y Crighton (1997) encontraron que los internos preventivos estaban al mismo nivel de riesgo que aquellos que habían sido condenados con penas inferiores a 18 meses, pero mostraban menor riesgo suicidio que los que habían sido condenados con penas superiores a esa cuantía. Quizá la cuestión no sea tanto la de la situación procesal en la que se encuentren, como los factores procesales, penales o penitenciarios vinculados específicamente a cada una de las situaciones de preventivo o penado. Por ejemplo, Patterson y Hughes (2008) y Newcomen (2014) encuentran que alguno de los suicidios estudiados ocurrió después de que el interno fuera investigado por nuevas imputaciones penales, asistiera a juicio o vista o recibiera una sentencia de una cuantía que no esperaba, cuestión que parece, a priori, de mayor aplicabilidad en el caso de los internos en situación de prisión preventiva. El miedo al rechazo, la incertidumbre del porvenir, la necesidad de adaptarse a un medio desconocido o la dificultad para par-

²⁰ El término *prison* en EE. UU. se emplea para las instalaciones destinadas a los condenados por delitos graves a mayores penas de prisión (superiores a un año). Se clasifican en mínima, media y máxima seguridad y son gestionadas por el gobierno federal o estatal. El término *jail* se refiere a las instalaciones que albergan a internos condenados a penas inferiores a un año, aquellos condenados por delitos leves o a preventivos a la espera de juicio (Tartaro y Lester, 2009)

ticipar en actividades en los momentos iniciales del internamiento, hacen de este una situación de especial riesgo (Boren et al., 2017).

No es infrecuente encontrar en la literatura diferencias con respecto a ciertos factores clave de riesgo para el suicidio entre aquellos internos que se encuentran en situación de prisión preventiva y los que ya han sido condenados a una pena privativa de libertad que se encuentra en fase de ejecución. En el primero de los casos (preventivos), algunos estudios refieren que se trata de hombres jóvenes (20-25 años), solteros, primarios, acusados de delitos menores, generalmente relacionados con el menudeo de drogas que se encontraban con un consumo activo de sustancias tóxicas cuando son detenidos e ingresados en prisión y cometen el suicidio en una etapa inicial de su encarcelamiento (Frottier et al., 2002; Shaw et al., 2004). Con frecuencia protagonizan la conducta suicida dentro de las primeras horas, debido al aislamiento repentino, el trauma del internamiento en prisión, la falta de información, la vergüenza o la culpa por el delito, el miedo a ser víctima de abusos o agresiones o la incertidumbre por el futuro (Hayes, 2012; OMS, 2007). Un segundo periodo de riesgo es cuando se aproxima el momento de la comparecencia judicial, especialmente cuando se anticipa una probable sentencia condenatoria o una condena de elevada cuantía (Marcus y Alcabes, 1993). Por otra parte, los penados suelen ser de mayor edad (30-35 años), son internos condenados por delitos violentos que se suicidan después de pasar un tiempo considerable en prisión y el evento de suicidio suele ser desencadenado por una circunstancia precipitante, como un enfrentamiento con otros internos o con funcionarios, un conflicto familiar o una resolución penitenciaria con la que se muestran disconformes (Frottier et al., 2002; OMS, 2007). En este caso, parece que, a lo largo de transcurso del tiempo, la situación de internamiento da lugar a factores de estrés añadidos y sostenidos que pueden llevar al colapso físico o emocional (OMS, 2007).

1.3.3.2.4. Reincidencia

Algunos estudios encuentran que los ingresos previos en prisión eran más comunes entre los internos que se veían implicados en conductas suicidas que entre la población penitenciaria general (Dooley, 1990; Favril et al., 2022; Green et al., 1993; Griffiths, 1990; Hayes, 1989; Marcus y Alcabes, 1993). Blaauw et al. (2005) encuentran que la existencia de un ingreso en prisión previo constituye uno de los principales indicadores de riesgo de suicidio en población penitenciaria. En una línea similar se encuentran los hallazgos de Ceballos-Espinoza et al. (2016), con la salvedad de que estos autores matizan que, si bien casi el 67 % de los suicidios ocurrieron en personas con ingresos previos en prisión, la mayoría no tenían antecedentes penales ni condenas anteriores (97,7 %). No obstante, los resultados al respecto no son siempre consistentes. Algunas investigaciones encuentran que los internos primarios tienen más riesgo de verse implicados en conductas suicidas (Hayes y Kajdan, 1981; Newcomen, 2014) o incluso informan de que no existe una relación significativa entre la existencia de condenas previas y el riesgo de suicidio (Green et al., 1993).

1.3.3.3. Factores clínicos

Son los que muestran más capacidad predictiva de la conducta suicida en prisión. Varias investigaciones indican que, de todos los factores de riesgo investigados, los mayores tamaños del efecto se encontraron en el ámbito clínico (Favril et al., 2022; Humber et al., 2013). Estos resultados son consistentes con los encontrados para población general (Carrasco-Barrios et al., 2020; Franklin et al., 2017)

1.3.3.3.1. Intentos previos de suicidio

Como hemos explicado ampliamente líneas más arriba, los intentos previos de suicidio constituyen uno de los factores de riesgo más consolidados en la literatura, para población general, y también para población penitenciaria (Alcántara-Jiménez et al., 2023; Blaauw et al., 2005; Daniel y Flemming, 2006; Dooley, 1990; Favril et al., 2019, 2022, 2023; Fazel et al., 2008; Fruehwald et al., 2001; Green et al., 1993; Humber et al., 2013; Khezri et al., 2023; Marcus y Alcabes, 1993; Marzano et al., 2010, 2016; Mihai et al., 2015; Newcomen, 2014; Serin et al., 2002; Tartaro y Lester, 2009; Voulgaris et al., 2019; Zhong et al., 2021). Por ejemplo, Kovasznay et al. (2004) apoyándose en la metodología de las autopsias psicológicas, encuentran que el 53 % de su muestra de suicidios presentaba una historia de, al menos, un intento de suicidio previo. Cifras similares encuentran Shaw et al., (2004) entre la población penitenciaria británica y australiana: el 50 % de los internos que se habían suicidado habían protagonizado con anterioridad un intento de suicidio. Zhong et al. (2021) confirman estos hallazgos en un exhaustivo meta-análisis. En concreto, Favril et al. (2022) en un reciente estudio encuentran que haber protagonizado intentos previos de suicidio multiplica por seis el riesgo de nuevos intentos en prisión. Este hecho podría estar relacionado con el hallazgo de Newcomen (2014): el 15 % de aquellos que habían protagonizado intentos de suicidio previos habían sido adoptados o contaban con una historia de institucionalización en centros de acogida y el 15 % habían sido víctimas de abuso físico o sexual en la infancia, variables todas ellas, como veremos más adelante, estrechamente relacionadas con el riesgo de suicidio²¹.

1.3.3.3.2. Conducta hetero-agresiva

Varias investigaciones muestran resultados consistentes que parecen apuntar hacia una relación entre la conducta violenta autoinfligida y la conducta violenta hacia otros no solo en prisión, sino también antes de la institucionalización (Dooley et al., 1990; Fazel et al., 2008; Fruehwald et al., 2004; Humber et al., 2011; 2013; Jordan y Samuelson, 2016; Marzano et al., 2011; Sarchiapone et al., 2009a; Shaw et al., 2004; Slade, 2018). La

²¹ Estos resultados nos llevan a ser prudentes a la hora de analizar de forma conjunta ciertos factores predictores ante el riesgo de que algunos actúen como variables mediadoras o moderadoras entre otras variables independientes y la conducta suicida. En este caso el factor de riesgo podría no haber sido tanto el protagonizar intentos previos de suicidio como el haber sido víctima de una historia de institucionalización o de abusos.

probabilidad de cometer un delito violento fue casi cinco veces superior si con anterioridad el individuo había protagonizado una autolesión (Sahlin et al., 2017) y un 42 % de los internos que agredieron a otros compañeros de internamiento se había visto implicado también en conductas autolesivas (Slade, 2018). Este fenómeno, que se ha denominado *daño dual* (*dual-harm* en su terminología en inglés) (Slade, 2019), no es exclusivo del medio penitenciario, constatándose también entre población general (Jordan y Samuelson, 2016; McGirr et al., 2008; Nijman y à Campo, 2002; O'Donnell et al., 2015; Shafiti et al., 2023). El daño dual se refiere a la ocurrencia conjunta de autolesiones y agresiones hacia otros durante la historia vital del individuo (Slade, 2019). A nivel institucional los individuos que protagonizan daño dual son un reto ya que los abordajes que ambos comportamientos requieren no solo son diferentes sino que entran en conflicto: mientras que las agresiones hacia otros suponen la puesta en marcha de medidas represivas, de control y castigo, ya que consideran al perpetrador como una amenaza para otros lo que puede llevar incluso a la inocuización mediante la segregación, las autolesiones implican la activación del sistema de salud mental en tanto que son interpretados como un signo de distrés psicológico (Slade, 2018; 2019). En el medio penitenciario, aquellos internos que se ven inmersos en conductas de daño dual tienen significativamente más probabilidades de ser objeto de acciones disciplinarias y de pasar más tiempo efectivo de cumplimiento en regímenes ordinario y cerrado (Slade, 2018, 2019).

Más allá de constatar que conductas auto y hetero-agresivas están relacionadas, identificar los factores que explican este vínculo es clave. Una posible explicación a este fenómeno es que violencia y suicidio representan, ambos, manifestaciones del mismo rasgo agresivo subyacente, de una afectividad negativa común o un déficit en el control de impulsos (McGirr et al., 2008; Plutchik, 1995; Plutchik y Praag, 1989; Shafiti et al., 2021; Terzi et al., 2017), por lo que los mismos factores que se relacionan con la conducta violenta dirigida a uno mismo explicarían la violencia dirigida hacia otros. El trabajo de Hillbrand (2001) subraya que autolesiones y agresiones a otros comparten factores de riesgo (por ejemplo, haber sido víctima de abuso sexual), por lo que no parece descabellado argumentar que más que ser fenómenos completamente independientes, ambos comparten factores que podrían contribuir a su ocurrencia conjunta (Shafiti et al., 2023). Problemas de salud mental, como la depresión y los trastornos de personalidad, la victimización infantil, el consumo de sustancias, los déficits de autocontrol y los problemas de regulación emocional pueden actuar como factores de riesgo para ambos (Carr et al., 2020; Huang et al., 2022; Richmond-Rakerd et al., 2019; Rouchi et al., 2020; Shafiti et al., 2023). Aunque la inconsistencia de los resultados en la literatura recomienda ser prudente a la hora de afirmar que el daño dual es un constructo con entidad propia, lo cierto es que, a la luz de estos hallazgos, parece que el fenómeno del daño dual más que fruto de un solapamiento entre auto y hetero agresión, sería un constructo independiente con características idiosincráticas que le harían diferente de cada uno de los otros dos fenómenos considerados por separado, por lo que abordar de forma independiente la agresión dirigida a uno mismo y la agresión dirigida a otros puede no ser suficiente (O'Donnell et al., 2015; Shafiti et al., 2023).

1.3.3.3. Consumo abusivo de sustancias

El ingreso en prisión es un evento indudablemente traumático. Enfrentarse a él bajo los efectos de sustancias estupefacientes o alcohol o en un estado de abstinencia o deprivación forzosa de las mismas cuando estas se venían consumiendo con habitualidad en libertad, es todavía si cabe más complicado. Numerosas investigaciones han mostrado que una historia de consumo abusivo de alcohol o drogas está significativamente relacionada con el suicidio en prisión (Alcántara-Jiménez et al., 2023; Blaauw et al., 2005; Capuzzi et al., 2021; Dixon et al., 2020; Favril et al., 2021; Fazel et al., 2008; Gore, 1999; Green et al., 1993; Griffiths, 1990; Hayes, 1989; Hayes y Kajdan, 1981; Humber et al., 2011b, 2013; Jenkins et al., 2005; Khezri et al., 2023; Kovasznay et al., 2004; Liebling, 1992; Marcus y Alcibes, 1993; Newcomen, 2014; Rivlin et al., 2010; Sarchiapone et al., 2009a, 2009b; Sakellidis et al., 2013; Serin et al., 2002; Voulgaris et al., 2019; Way et al., 2005). No obstante lo dicho, hay que ser cauteloso al respecto de esta afirmación ya que, por sí misma, una historia de consumo no es capaz de distinguir entre internos en riesgo de protagonizar conductas suicidas y aquellos que no lo están, toda vez que esta circunstancia es harto común entre la población penitenciaria general (Felthous, 2011).

1.3.3.4. Antecedentes psicopatológicos

La prevalencia de enfermedad mental grave en prisión es elevada (Fazel y Danesh, 2002; Fazel y Seewald, 2012; Vicens et al., 2011). Sirvan de ejemplo los datos aportados por Vicens et al. (2011) para población penitenciaria española: la prevalencia de enfermedad mental en prisión fue de un 84,4 %, siendo los más frecuentes los trastornos por consumo de sustancias (76,2 %), los trastornos de ansiedad (45,3 %), los trastornos del estado de ánimo (41 %) y los trastornos de tipo psicótico (10,7 %). Junto con los intentos previos de suicidio, la existencia de antecedentes psicopatológicos es una de las variables explicativas que más consenso encuentra en la literatura tanto para los casos en la comunidad como para aquellos que se producen en el medio penitenciario (Blaauw et al., 2005; Capuzzi et al., 2021; Dooley 1990; Eloir et al., 2022; Favril et al., 2019; 2020a; 2021, 2023; Fazel et al., 2008; Green et al., 1993; Griffiths, 1990; Humber et al., 2013; Joukamaa, 1997; Kaba et al., 2014; Laishes, 1997; Marcus y Alcibes, 1993; Marzano et al., 2010, 2016; Newcomen, 2014; Preti y Cascio, 2006; Rivlin et al., 2011; Serin et al., 2002; Voulgaris et al., 2019; Way et al., 2005). Los datos apuntan a que entre el 69 % y el 77 % de las personas que fallecieron por suicidio en prisión presentaban un trastorno mental (Goss et al., 2002²²; Tartarelli et al., 1999). Padecer trastornos mentales o síntomas de estrés psicológico puede llegar a incrementar el riesgo de protagonizar intentos de suicidio en prisión hasta en cinco veces (Favril et al., 2022). En torno al 70 % de los internos que se suicidaron habían recibido tratamiento relacionado con la salud mental previo a su ingreso en prisión y el mismo porcentaje había evidenciado algún síntoma de

²² En su estudio, Goss et al. (2002) indican que la prevalencia de trastorno mental para la población penitenciaria general fue del 15 %.

distrés psicológico, manifestado por ansiedad o agitación en el periodo inmediatamente anterior (Kovaszny et al., 2004; Way et al., 2005). Es más, Newcomen (2014) encuentra que el 34 % de los internos que se habían suicidado y contaban con un diagnóstico de patología mental, habían contactado con los servicios médicos del establecimiento en las 72 horas previas al suicidio. Han sido varios los autores que han descrito hallazgos en la misma línea (Joukamaa, 1997; Humber et al., 2011, 2013; Way et al., 2005). Marzano et al. (2010) informan de que la probabilidad de protagonizar una tentativa de suicidio es 25 veces mayor entre las internas que presentan una historia de tratamiento psiquiátrico previo que entre aquellas que no (ver también Marzano et al., 2016).

Jenkins et al., (2005) llegan incluso a encontrar que solo el 6 % de los intentos de suicidio que ellos estudiaron se habían producido en ausencia de síntomas psicóticos, neuróticos o trastornos de personalidad. Explican que, según sus resultados, los trastornos con mayor capacidad predictiva de las tentativas de suicidio son, por este orden, la psicosis (ver también Rivlin et al., 2010), el trastorno de pánico, el trastorno mixto ansioso-depresivo, los trastornos de personalidad, el trastorno obsesivo-compulsivo, la existencia de un episodio depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada. Sarchiapone et al. (2009) encuentran que uno de los factores con más poder pronóstico de las tentativas de suicidio es la historia previa de depresión (ver también Baillargeon et al., 2009 y Rivlin et al., 2010, 2013a). En una línea similar, Marzano et al. (2010, 2011) (en el caso de las mujeres) y Rivlin et al. (2010) encuentran que los trastornos de tipo afectivo (trastorno depresivo y trastorno bipolar) son dos de los diagnósticos con más prevalencia entre los internos que se suicidan en prisión (ver también Baillargeon et al., 2009; Chapman et al., 2005). A estos, Encrenaz et al. (2014) añaden los trastornos de tipo ansioso (ver también Rivlin et al., 2010). Way et al. (2005) señala los trastornos de tipo psicótico (ver también Baillargeon et al., 2009) o los trastornos de personalidad. Magaletta et al. (2008) concede especial importancia a los trastornos del eje II para los que encuentra una relación directa y positiva con la letalidad de los intentos de suicidio. Los hallazgos de Mihai et al. (2015) avalan la tesis de Magaletta y colaboradores.

1.3.3.5. Experiencias traumáticas en la infancia o en la edad adulta

Del mismo modo que ocurre con otros eventos complejos multicausales y multidimensionales, los acontecimientos que una persona haya podido vivir (o sufrir) en el pasado tienen una incuestionable trascendencia en el momento presente, lo que incluye también los suicidios. Estos eventos o circunstancias traumáticas son altamente prevalentes en la población penitenciaria (Blaauw et al., 2002; Bodkin et al., 2019; Godet-Mardirossian et al., 2011; Navarro-Atienzar et al., 2019; Weeks y Widom, 1998; Wolff y Shi, 2012; Wolff et al., 2009), especialmente entre las mujeres (Browne et al., 1999; DeCou et al., 2016; Jordan et al., 1996; Marzano et al., 2011; Yang y Clum, 1996), y se ha constatado que tienen una importante capacidad predictiva de la conducta suicida en población general (Brown et al., 1999; Hoertel et al., 2015; Rajalin et al., 2013; Stein et al.,

2010). En población penitenciaria, Laishes (1997) recoge que el 97 % de los internos que se suicidaron en prisión tenían una historia familiar disfuncional, lo que incluía consumo abusivo de sustancias tóxicas o alcohol por parte de los progenitores, abuso físico o sexual o progenitores violentos. Los internos que muestran mayor riesgo de suicidio han experimentado significativamente más eventos traumáticos (suicidios o pérdidas tempranas de personas significativas, abuso físico y sexual, historias familiares con antecedentes psiquiátricos o delictivos, violencia familiar, entre otros) que aquellos que muestran un bajo riesgo, tanto en la infancia como a lo largo de la edad adulta hasta su ingreso en prisión, emergiendo estos como un factor de riesgo significativo en el caso de los suicidios en prisión (Blaauw et al., 2002; Capuzzi et al., 2021; Chapman et al., 2014; Clements-Nolle et al., 2009; Daigle y Côté, 2006; Godet-Mardirossian et al., 2011; Lester, 1991; Liebling, 1992, 1995; Mandelli et al., 2011; Marzano et al., 2011, 2016; Navarro-Atiezar et al., 2019; Rivlin et al., 2011; Roy et al., 2014; Sarchiapone et al., 2009b; Swogger et al., 2011; Tripodi et al., 2014). Es más, los eventos traumáticos experimentados en la infancia están asociados con un inicio temprano de la conducta suicida y, específicamente, las repetidas tentativas con el abuso sexual infantil (Mandelli et al., 2011). Capuzzi et al. (2021) encuentran que haber sido víctima de abuso sexual en la infancia y de negligencia emocional por parte de los progenitores incrementaba el riesgo de los internos de verse implicado en intentos de suicidio a lo largo de la edad adulta. Estos resultados están en consonancia con los que exponen Angelakis et al. (2020). En concreto, los internos que habían sido víctimas de abusos sexuales, físicos o emocionales en la infancia o habían sobrevivido al suicidio de un miembro cercano de su familia, ven entre dos y tres veces incrementado el riesgo de protagonizar una tentativa de suicidio en prisión (Blaauw et al., 2002; Caravaca Sánchez et al., 2019; Favril et al., 2022). Blaauw et al. (2002) encuentran que aquellas experiencias vividas en la infancia que supongan una amenaza o daño intencional a la propia red interpersonal y que impliquen a personas muy cercanas y significativas (abuso sexual, maltrato físico o emocional, abandono o suicidios de personas cercanas) son las que más relación mantienen con las conductas suicidas en prisión. Por ejemplo, Sarchiapone et al. (2009a) y Marzano et al. (2016) exponen que los internos que protagonizaron una tentativa de suicidio presentaban con mayor probabilidad una historia familiar de conductas suicidas. Estos hallazgos también se replican en el caso de las mujeres (Chapman et al., 2005; Marzano et al., 2011). Además, el riesgo se ve incrementado a medida que tales eventos traumáticos se van sumando, mostrando un efecto acumulativo (Blaauw et al., 2002). No obstante, estos mismos autores señalan que este extremo no es fácil de gestionar cuando a la prevención nos estamos refiriendo. Resulta muy complicado determinar con qué nivel de trauma es capaz de lidiar cada interno en particular antes de que considere el suicidio como alternativa. Al mismo tiempo, las personas no encaran los traumas del pasado del mismo modo estando algunos más preparados para ser capaz de sobreponerse a ellos (Blaauw et al., 2002). Es más, no es descartable que exista una influencia diferencial de diversas situaciones traumáticas en función del sexo. Por ejemplo, Power et al. (2016) encuentran que el abuso sexual fue el único

tipo de abuso que tenía poder pronóstico sobre las tentativas de suicidio en el caso de las mujeres, mientras que en hombres lo fue la negligencia y el abuso físico. Por su parte, Chapman et al. (2014) en una muestra de mujeres internas en prisión encontraron que el abuso sexual en la infancia estaba relacionado con la presencia de tentativas de suicidio, mientras que el abuso físico o emocional lo estaba con la frecuencia de tales episodios.

1.3.3.4. Factores penitenciarios

1.3.3.4.1. Conflictividad y escaso ajuste normativo

Algunos autores han encontrado que la inadaptación regimental (protagonizar infracciones disciplinarias, incidentes violentos, aislamiento regimental y como medida de autoprotección, etc.), es uno de los factores de riesgo para la conducta suicida que se constata tanto en hombres como en mujeres (Eloir et al., 2022; Favril et al., 2022; Hummer et al., 2013; Ruiz et al., 2002; Serin et al., 2002). Según Kovasznay et al. (2004), el 42 % de los internos de la muestra que habían fallecido por suicidio en prisión habían recibido recientemente alguna respuesta disciplinaria por parte del sistema (ver también, Way et al., 2005) y entre el 50 % de los internos se había visto implicado en los días previos a la conducta suicida en algún conflicto con otros compañeros de internamiento (Kovasznay et al., 2004; Way et al., 2005). Los resultados aportados por otros autores, sin embargo, no confirman estos hallazgos. Por ejemplo, Encrenaz et al. (2014) encuentran que haber sido objeto de expedientes disciplinarios no constituye un factor de riesgo para la conducta suicida en prisión.

1.3.3.4.2. Victimización en prisión

Como ya indicara Liebling (1992), los enfrentamientos con otros compañeros de internamiento pueden ser un factor de peso en la explicación de la conducta suicida en prisión (ver también Serin et al., 2002), especialmente cuando en el seno de esos conflictos se es víctima de algún tipo de acoso en prisión por parte de otros internos, lo que puede incrementar significativamente el riesgo de suicidio (Laishes, 1997; Marzano et al., 2011; Rivlin et al., 2013a), especialmente si este acoso es grave (Blaauw et al., 2001). Las experiencias de abuso, faltas de respeto o amenaza a la seguridad personal, contribuyen significativamente al estrés de los internos, incrementando en consecuencia el riesgo de que se vean implicados en conductas suicidas (Liebling y Ludlow, 2001). Un 40 % de los internos que fallecieron por suicidio en las prisiones de Nueva York entre los años 1993 y 2001 habían manifestado su miedo durante su internamiento (Way et al., 2005). De hecho, Blaauw et al. (2001) encuentran que el 34 % de los internos que habían fallecido víctimas de un suicidio habían sufrido algún tipo de acoso por parte de otros compañeros de internamiento. Y es probable que este porcentaje sea incluso mayor dado que las situaciones de acoso en muchos casos permanecen ocultas para el sistema porque los internos no las hacen explícitas, o bien porque no son conscientes de que están siendo

víctimas de acoso, o porque, aun siéndolo, entienden que comunicar tal situación al personal penitenciario en busca de ayuda es un signo de debilidad e inmadurez (Ireland, 2000). De hecho, haber sido objeto de procesos de victimización física o sexual en prisión incrementa entre cuatro y cinco veces el riesgo de protagonizar una tentativa de suicidio durante el internamiento (Encrenaz et al., 2014; Favril et al., 2022; Stoliker, 2018). Los internos más vulnerables a estos procesos de victimización son los que han cometido delitos contra la libertad sexual, primarios, con historia de patología psiquiátrica y antecedentes de intentos de suicidio (Blaauw et al., 2001). Siendo todo lo dicho cierto, la cuestión de qué precede a qué (acoso a riesgo de suicidio o riesgo de suicidio a acoso) no es sencilla de discernir (Blaauw et al., 2001). Es posible que aquellos internos que tienen mayor riesgo de suicidio ya de partida, por vulnerables, sean con mayor probabilidad objetivo de los acosadores. Pero es también posible que las situaciones de acoso sean de tal naturaleza que los internos más vulnerables no sean capaces de gestionarlas resultando en una respuesta de autolesión (en algunos casos letal) como forma de afrontamiento.

1.3.3.4.3. Tiempo de estancia en prisión

Los resultados de la investigación arrojan datos que hacen pensar que hay dos momentos clave en términos de riesgo de suicidio: los días o semanas iniciales tras el ingreso (Dixon et al., 2020; Favril et al., 2019; Frottier et al., 2002; Hayes, 1989, 2012; Hayes y Kajdan, 1981; Marcus y Alcabes, 1993; Marzano et al., 2016; McKee, 1998; Mumola, 2005; Newcomen, 2014)²³ y una vez que los internos ya han cumplido una parte sustancial de su condena o se encuentra próxima su fecha de libertad definitiva (Duthé et al., 2014; Frottier et al., 2002; Khezri et al., 2023; Vanhaesebrouck et al., 2022; White et al., 2002). Algunos autores vinculan este periodo inicial específicamente con las tentativas de suicidio, mientras que los suicidios consumados son protagonizados por internos que tienen una mayor trayectoria penitenciaria en términos temporales (Kerkhof y Bernasco, 1990). Tendría sentido hipotetizar que los elementos motivadores en cada caso fueran diferentes. Como hemos visto en varias ocasiones a lo largo de este documento, en los momentos iniciales de encarcelamiento (especialmente si es el primer ingreso en prisión), las personas tienen que enfrentarse a una situación altamente estresante que les supone importantes desafíos y que sienten amenaza su seguridad física y psicológica, además de aislarles de su entorno de referencia más próximo. Por otra parte, la estancia prolongada en prisión siempre tiene efectos, algunos positivos, pero otros indudablemente perversos. El proceso de socialización penitenciaria que permite al individuo una mejor adaptación al medio es también uno de los mayores enemigos de la reincorporación social al medio comunitario. El sentirse desvinculados, el agotamiento psicológico, la

²³ Algunos autores amplían este rango temporal al primer año de estancia en prisión (Ceballos-Espinoza et al., 2016; Humber et al., 2011; Preti y Cascio, 2006; Sakellidis et al., 2013) y otros lo reducen a horas (Hayes y Kajdan, 1981).

falta de rumbo y sentido en la vida, el miedo a reintegrarse en una sociedad que muy probablemente poco tendrá que ver con la que dejaron, el encontrar un medio de subsistencia que les garantice una anhelada autonomía, resolver problemas que quedaron pendientes cuando ingresaron en prisión, entre otras, son cuestiones que muy fácilmente pueden sobrepasar emocionalmente a alguien, máxime cuando el momento de enfrentarse a ellas se acerca.

1.3.3.4.4. Tipo de celda

Se ha replicado de forma consistente en la investigación que buena parte de los suicidios se producen en momentos en los que el interno se encuentra solo en la celda, constituyendo la situación de aislamiento una de las principales variables facilitadoras de los eventos suicidas, especialmente en aquellos casos en los que tal situación se deba a razones regimentales (Alcántara-Jiménez, 2023; Duthé et al., 2013, 2014; Favril et al., 2022; Felthous, 2011; Hayes, 1989; Hayes y Kajdan, 1981; Humber et al., 2013; Joukamaa, 1997; Kaba et al., 2014; Liebling, 1992; Luigi et al., 2020; Malishchak, 2022; Marcus y Alcibes, 1993; Marzano et al., 2011; Reeves et al., 2014; Roma et al., 2013; Serin et al., 2002; Stoliker, 2018; Tartarelli et al., 1999; Tartaro y Lester, 2009; Way et al., 2005; 2007). Es más, algunos suicidios se cometen cuando el interno está solo en la celda aprovechando una ausencia de su compañero, aunque formal o técnicamente esté acompañado (Felthous, 1997; Malishchak, 2022). La situación de aislamiento puede llevar a incrementar en cinco veces el riesgo de protagonizar un intento de suicidio en prisión (Favril et al., 2022), lo que parece indicar que ciertas características de vulnerabilidad previa podrían verse exacerbadas por la propia situación de aislamiento que implica, por sí misma, una condición psicológicamente dañina (Brown, 2020; Duthé et al., 2014; Luigi et al., 2020): comparados con los sujetos del grupo control, aquellos que habían protagonizado un suicidio en prisión mientras se hallaban en situación de aislamiento era más probable que hubieran tenido contactos previos con los servicios de salud mental, hubieran sido evaluados como de alto riesgo de suicidio y tuvieran una historia de autolesiones (Humber et al., 2013).

Podría resultar que la relación entre aislamiento y suicidio fuera meramente espúrea. Como acertadamente explica Felthous (1997), buena parte de los suicidios que ocurren en la comunidad suceden en las casas de sus protagonistas y nadie se pregunta si estar en casa causa suicidios. Quizá el razonamiento es mucho más sencillo: la gente se suicida, en soledad, en su casa o en su celda, porque es donde más tiempo pasa (Felthous, 1997). No obstante, lo que sí es indudable, es que la situación de aislamiento proporciona una inmejorable oportunidad para cometer el hecho al mantener a salvo al protagonista de miradas indiscretas que pudieran dar al traste con sus intenciones. Más allá del complejo debate que algunos autores han construido en torno a lo de puede o debe ser considerado situación de aislamiento y que tiene que ver con las posibilidades de supervisión directa del interno por parte del personal penitenciario (Felthous, 1997), en términos

generales, podemos encontrar dos escenarios diferenciados que llevan aparejados diferentes factores de riesgo: aquel en el que el interno se encuentra ocupando una celda individual en un régimen ordinario de convivencia²⁴ o aquel en el que están sometidos a un aislamiento disciplinario (aplicación de los artículos 72 RP y 75.1 RP, régimen cerrado o cumplimiento de sanción de aislamiento en celda). En el caso del aislamiento regimental, a la oportunidad se añade, además, el factor del aislamiento psicológico que supone haber sido encerrado en una celda segregado del resto de compañeros por motivos que atañen a la seguridad y al buen orden del establecimiento. La limitación de actividades y de contacto con otros internos y funcionarios buena parte del día lleva a un enclaustramiento todavía mayor que el que el propio internamiento en prisión supone y cuyo impacto mental resulta incuestionable (Bulman, 2012; Felthous, 2011; Haney, 2018; Humber et al., 2013; Luigi et al., 2020; Tartaro y Lester, 2009). Es más, pudiera producirse un efecto de selección diferencial: resultan ubicados en celdas de aislamiento internos que son, a priori, más proclives al riesgo de suicidio ya que, como hemos visto, aquellos que muestran un comportamiento disruptivo e inadaptación conductual también protagonizan más conductas suicidas (Felthous, 1997).

1.3.3.4.5. Método

Los resultados de la investigación demuestran que es un hecho incuestionable que en torno al 90 % de los suicidios que se produce en prisión son por ahorcamiento (Ceballos-Espinoza et al., 2016; Daniel y Fleming, 2005; Dixon et al., 2020; Favril et al., 2019; Gauthier et al., 2015; Hayes, 1989, 2012; Hayes y Kajdan, 1981; Humber et al., 2011; Kerkhof y Bernasco, 1990; McKee, 1998; Laishes, 1997; Newcomen, 2014; Preti y Cascio, 2006; Serin et al., 2002; Voulgaris et al., 2019; Way et al., 2007). Para las tentativas, sin embargo, los cortes constituyen el principal método (Daniel y Fleming, 2005; Kerkhof y Bernasco, 1990; Liebling, 1992; McKee, 1998; Newcomen, 2014; Serin et al., 2002). Hay dos posibles explicaciones que podrían dar cuenta de estos hallazgos. De una parte, que el ahorcamiento sea un método más letal que los cortes (es más rápido y bien ejecutado produce la muerte con mayor grado de certeza); de otra, que dado que los cortes permiten al protagonista controlar el alcance del daño que se autoinflige, no nos encontraríamos ante verdaderos intentos de suicidio sino ante autolesiones como llamada de atención (Tartaro y Lester, 2009).

1.3.4. Factores de riesgo de suicidio en población penitenciaria en España

Dado que existe la posibilidad de que los factores de riesgo encontrados en investigaciones desarrolladas en otros países con un régimen penitenciario diferente al nuestro o en contextos culturales en los que el suicidio sea interpretado simbólicamente de mane-

²⁴ Es más, en algunos escenarios, ocupar una celda individual puede ser un elemento reforzante altamente deseable para los internos (Felthous, 2011). Algunos encuentran terriblemente estresante compartir celda y la pérdida de privacidad (Felthous, 1997).

ra distinta a como lo hacemos en España, entendemos que puede resultar interesante hacer un repaso por los hallazgos de la investigación en prisiones españolas. Aunque en España no han sido muchos los trabajos que se han desarrollado para abordar esta cuestión (véanse entre otros, Bedoya et al., 2009; Nieves y Martín, 1991; Vera et al., 2005), algunos de ellos pueden arrojar interesante información que sirva para contextualizar los resultados obtenidos en nuestro trabajo. Dedicaremos unas líneas a profundizar en los más recientes.

En el año 2010 se publica una investigación desarrollada por Negro et al. (2010), premio nacional Victoria Kent ese mismo año y centrada específicamente en la evaluación de los factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. En dicha investigación se buscaba explorar la relación entre distintas variables de personalidad, psiquiátricas y criminológicas y la conducta suicida. Incluyó como muestras hombres y mujeres con patología psiquiátrica grave internados en un hospital psiquiátrico penitenciario e internos sin patología psiquiátrica que lo estaban en un establecimiento penitenciario ordinario. Los resultados mostraron que, en el caso de los hombres, tanto tentativas como suicidios estaban relacionados con el haber protagonizado incidentes regiminales violentos (sin embargo, no encontraron relación entre la comisión de delitos violentos y la conducta suicida) y con el consumo/dependencia de sustancias. Solo para los hombres, los factores de riesgo encontrados para el suicidio fueron, además, la impulsividad y la no respuesta al tratamiento; y para las tentativas de suicidio, el desajuste en edad infantil y la presencia de actitudes negativas. En términos generales, mostraron valor pronóstico del riesgo de suicidio el trastorno paranoide de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, personalidad depresiva y personalidad esquizotípica. Específicamente en el caso de los hombres, además, el trastorno antisocial de la personalidad y en el caso de las mujeres el trastorno bipolar. Estos resultados llevan a concluir a los autores que en internos e internas con patología psiquiátrica, se podrían discriminar dos conjuntos de factores de riesgo para la conducta suicida: unos más relacionados con la desinhibición conductual (que predomina en el caso de los varones) y otros más relacionados con el malestar personal (que predomina en el caso de las mujeres) (Negro et al., 2010).

Pocos años después, Saavedra y López (2015) se plantearon el objetivo de explorar el riesgo de suicidio en internos varones de centros penitenciarios y estudiar los factores de riesgo sociodemográficos, penales y psicopatológicos asociados a este riesgo. Para ello emplearon una muestra de 472 internos de dos centros penitenciarios andaluces a los que se les realizó una entrevista y se les aplicaron diferentes cuestionarios, entre ellos, la versión española de la Escala de Plutchik destinada a la evaluación del riesgo de suicidio. De acuerdo con sus resultados, un tercio de la muestra se encontraba en situación de riesgo de suicidio. Después de la aplicación de los correspondientes análisis de regresión, ninguna de las variables sociodemográficas se mantuvo como un factor con poder pronóstico, demostrando que las variables psicopatológicas y clínicas (por este orden, trastorno afectivo, trastorno de personalidad, trastorno por dependencia de sustancias, tras-

torno de ansiedad y antecedentes psiquiátricos familiares)²⁵ eran las más potentes para explicar el riesgo suicida en prisión. El padecer trastornos afectivos o de la personalidad triplicaba el riesgo de suicidio y los trastornos por dependencia de sustancias lo duplicaba. La edad o la existencia de delitos violentos no resultaron significativas.

Caravaca Sánchez (Caravaca Sánchez et al., 2018, 2019, 2021, 2023) ha sido uno de los investigadores que más interés ha prestado a la cuestión del suicidio en el medio penitenciario en España. Han sido varias las investigaciones que ha publicado desde 2018 hasta la más reciente en 2023. En su estudio de 2018, a partir de una muestra de 2.270 internos, encontraron que un 27 % de los mismos informaban de haber protagonizado una tentativa de suicidio durante el ingreso en curso. Los análisis de regresión logística mostraron ciertas variables con poder predictor de los intentos de suicidio, en concreto, la existencia de familiares en prisión, la reincidencia, las experiencias traumáticas en la infancia y la implicación en altercados regimentales (Caravaca Sánchez et al., 2018). En 2019 publicaron una investigación en la que pretendieron establecer las asociaciones entre el abuso sexual en la infancia, los problemas de salud mental y el riesgo de suicidio en prisión (en población masculina). Un 40 % de los integrantes de la muestra (943 internos) informaron de haber sufrido, al menos, un tipo de abuso (24,5 % describieron un abuso emocional, 25 % abuso físico y 10 % abuso sexual). Los internos que habían sufrido estos episodios mostraron el doble de riesgo de padecer de depresión y ansiedad y protagonizar un intento de suicidio (Caravaca Sánchez et al., 2019). En 2021 publican una investigación llevada a cabo en tres centros penitenciarios mediante el empleo de autoinformes. Recogen información sociodemográfica, penitenciaria y penal, relativa al apoyo social y a variables relacionadas con tentativas de suicidio. Los resultados indican que en torno a un 10 % de los internos entrevistados habían protagonizado un intento de suicidio durante su internamiento. Los internos mayores de 50 años y aquellos que se encontraban cumpliendo condenas de mayor cuantía fueron los que mostraron un mayor riesgo de protagonizar una tentativa de suicidio (Caravaca Sánchez et al., 2021). En su último estudio publicado en 2023 abordan específicamente el suicidio femenino en prisión. Entre enero y marzo de 2017 evaluaron a un total de 174 mujeres que se encontraban en prisión respecto de múltiples variables (sociodemográficas, penales-penitenciarias, sintomatología psicopatológica, consumo de sustancias, victimización en prisión y tentativas de suicidio). Un 15,5 % de las mujeres entrevistadas reportaron haber intentado suicidarse en alguna ocasión durante su estancia en prisión y los análisis de regresión mostraron que en estas era más probable que informaran de un consumo abusivo de sustancias durante el internamiento, victimización en prisión y altos niveles de sintomatología clínica (depresión, ansiedad y estrés).

Recientemente Vorstenbosch et al. (2023), con una metodología similar a la empleada por Saavedra y López (2015), llevan a cabo una investigación para estudiar los correlatos

²⁵ El diagnóstico de trastorno psicótico deja de ser un factor pronóstico del riesgo de suicidio cuando se analiza conjuntamente con otros factores en el análisis de regresión.

de la conducta suicida en una muestra de 707 internos en cinco centros penitenciarios españoles entre los años 2007 y 2008, también, mediante la aplicación de la versión española de la Escala de Plutchik. Los resultados en la escala fueron puestos en relación con variables sociodemográficas, clínicas, criminológicas y penitenciarias. Los análisis estadísticos mostraron que varios factores sociodemográficos (edad superior a 50 años y ser soltero, separado/divorciado o viudo), criminológicos (comisión de un delito violento y ser reincidente) y clínicos (la presencia de una historia familiar de trastornos mentales; el diagnóstico de patología mental, en concreto, los trastornos de ansiedad, personalidad, afectivos y psicóticos; el consumo de sustancias estupefacientes; padecer enfermedades físicas; el contacto con los servicios de salud mental y haber recibido tratamiento farmacológico en los últimos 12 meses) eran predictores significativos de un alto riesgo de suicidio.

También cabe destacar alguna investigación desarrollada específicamente en el ámbito de la Generalitat de Cataluña²⁶. En concreto, nos referiremos a la última publicada en 2022 por parte del Centro de Estudios Jurídicos y de Formación Especializada dependiente de la Generalitat en la que se pretendió identificar y analizar diferentes indicadores de riesgo y protección del suicidio en el ámbito penitenciario (Navarro et al., 2022). Para ello los autores abordaron variables sociodemográficas y contextuales, riesgo de suicidio, desesperanza, razones para vivir y el afrontamiento resiliente, para identificar, entre otras cuestiones, la prevalencia del riesgo de suicidio, de ideación suicida y tentativas previas, así como posibles factores de riesgo de conducta suicida en población penitenciaria en una muestra de internos de un centro penitenciario catalán. Como en buena parte de las investigaciones antes mencionadas, emplearon la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Como principales resultados, Navarro y colaboradores encuentran que aquellos internos más jóvenes, los que habían mostrado problemas de consumo de drogas en el pasado, los que habían perdido a una persona significativa víctima de suicidio y los que contaban con una historia de intentos de suicidio en el pasado, mostraban mayor riesgo de protagonizar una conducta suicida que los que no presentaban tales circunstancias. No obstante estos resultados, los autores se hacen eco de ciertas limitaciones que podrían afectar el alcance de los resultados obtenidos, tales como el reducido tamaño muestral o la subjetividad en las medidas de autoinforme empleadas (Navarro et al., 2022).

Desde la propia Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, especialmente desde la Central Penitenciaria de Observación, se han impulsado varias investigaciones de tipo descriptivo en relación con el suicidio en prisiones. La primera de ellas fue desarrollada en 1997 y buscaba profundizar en el perfil del interno suicida con fines de prevención. Dicha investigación analizó los suicidios consumados que se produjeron en ese mismo año y la población, con riesgo suicida, que había sido incluida en algún programa de prevención en el primer semestre. De hecho, fruto de este estudio se elaboró la Instrucción 6/98 en la

²⁶ La Generalitat de Cataluña tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria, asumiendo, por tanto, la gestión de todos los establecimientos que se encuentran en el ámbito territorial de la comunidad autónoma.

que se regulaba el primer Programa de Prevención de Suicidios operativo formalmente en el ámbito de actuación de la (por aquel entonces) Dirección General de Instituciones Penitenciarias. A partir de ese momento ha sido continuo el trabajo de la Central de Observación en materia de seguimiento y evaluación de los casos de suicidios y tentativas de suicidio y del Área de Diseño, Evaluación y Seguimiento de Programas de la aplicación del Programa de Prevención de Suicidios, tarea que, en los últimos años, se plasma en los correspondientes informes que derivan en las indicaciones que se remiten anualmente a los centros competencia de la Secretaría General. La finalidad de esta forma de proceder es la de evaluar la eficacia de la normativa en vigor de aplicación en la materia, ir realizando ajustes sobre la base de los cambios que se puedan ir produciendo en factores de riesgo significativos, actualizar acorde a estos cambios los protocolos de evaluación del riesgo y mejorar los programas de prevención. Esta labor de seguimiento se materializa de forma más amplia y estructurada en sendos trabajos publicados en 2001 (Sánchez, 2001) y 2003 (Sánchez, 2003) que contribuyeron al perfeccionamiento de esa primera Instrucción lo que acabó derivando en su derogación y sustitución por la Instrucción 4/2005 en primera instancia y posteriormente por la Instrucción 5/2014, que es la que continúa en vigor en la actualidad. El trabajo de 2001 comprendió los años de 1997 a 1999 y el de 2003 del 2000 al 2002. En ambos casos se analizaron, desde una perspectiva descriptiva, tanto suicidios consumados como tentativas de suicidio, abordando las tasas y variables (sociodemográficas, criminológicas, institucionales, de interacción con el entorno, clínicas, relacionadas con el suceso y relacionadas con la intervención terapéutica) presentes en los eventos suicidas registrados. Las conclusiones a las que se llegan a ambas investigaciones son similares. Las características más frecuentemente encontradas entre los internos que protagonizaron un suicidio en el periodo temporal estudiado fueron las que siguen:

- Varón
- Entre los 21 y 40 años
- Soltero
- Preventivo
- Primario
- Con intentos de suicidios previos
- Delitos de homicidio y contra la libertad sexual (en el estudio de 2003 también delitos contra la salud pública)
- Reducida presencia de la variable «primeros días del ingreso»
- Consumo de tóxicos
- Antecedentes psicopatológicos
- El método más habitual para los casos de suicidio fue el ahorcamiento y para las tentativas los cortes o la ingesta de sustancias tóxicas

Como hemos comentado, estos trabajos derivan en sucesivas Instrucciones que regulan el Programa de Prevención de Suicidios, la última y que se encuentra en vigor en la actualidad es la Instrucción 5/2014 que recoge estos factores de riesgo que los estudios han demostrado que pudieran ser significativos en el incremento del riesgo suicida en la población penitenciaria española y sobre los que se alerta habría que tomar especiales medidas de evaluación, vigilancia e intervención. Las variables especialmente consideradas por esta instrucción son:

- Delitos contra las personas, contra la libertad sexual y en el ámbito de la violencia familiar
- Delitos que hayan causado gran alarma social
- La enfermedad mental
- El abuso de sustancias
- La historia previa, personal o familiar, de conductas suicidas y autolesiones
- La situación de limitaciones regiminales contempladas en los artículos 72 y 75 RP
- Las sanciones de aislamiento
- Situaciones familiares o afectivas graves
- Modificaciones en la situación de cumplimiento (comunicaciones con agentes judiciales o abogados), regresiones de grado, no autorización de permisos de salida, denegación de la libertad condicional, resoluciones de expulsión
- Próxima excarcelación
- Momentos de descenso de las actividades y periodos con menor presencia de personal

En población penitenciaria española, hasta ahora, parecen replicarse los hallazgos más consolidados en otras investigaciones en el ámbito internacional. Las variables clínicas una vez más vuelven a antojarse como aquellas con más poder explicativo de la conducta suicida. El consumo abusivo o dependiente de sustancias, las patologías psiquiátricas (trastornos de personalidad, especialmente trastorno límite; trastornos de tipo afectivo, especialmente trastorno depresivo y bipolar; y trastornos de tipo ansioso), los intentos previos de suicidio, la historia familiar de tentativas o suicidios consumados, las experiencias traumáticas en la infancia (especialmente los abusos) constituyen factores de riesgo que parecen mostrarse potentes. A estos se añaden algunas variables propias del contexto penitenciario como la existencia de incidentes regiminales o la condición de interno preventivo. Sobre otros factores de índole penal, como pudiera ser la naturaleza del delito cometido (violento o no) o la consideración de reincidente versus primario, o de índole sociodemográfica (como la edad) parece, del mismo modo que sucediera en otros estudios fuera del ámbito nacional, el consenso es ostensiblemente menor.

I.3.5. Reflexiones finales sobre los factores de riesgo de suicidio

Sin cuestionar la utilidad que la elaboración de perfiles puede tener a la hora de identificar potenciales grupos de alto riesgo que puedan necesitar de una mayor labor preventiva y de intervención, lo cierto es que no son un arma infalible, esencialmente porque no pueden ser empleados de forma universal ni en el tiempo (los perfiles de riesgo van cambiando a nivel inter e intra individual (Blaauw et al., 2005; Frottier et al., 2002; Lohner y Konrad, 2007; Newcomen, 2014)) ni en el espacio (nada nos garantiza que lo válido para otros países como Estados Unidos o, incluso, países del entorno europeo, sea generalizable en todo caso a las prisiones españolas (OMS, 2007)). Por ello, estos perfiles deben ser específicos para los escenarios concretos a los que se refieran y se deben actualizar periódicamente, tanto a nivel general (contemplando nuevas variables de riesgo que pudieran haber adquirido un mayor poder predictivo y excluyendo otras que se hayan mostrado ineficaces), como a nivel individual (ya que un interno puede tornar de un bajo a un alto nivel de riesgo, o viceversa, dependiendo de cómo hayan ido cambiando factores dinámicos).

Además, la complejidad del fenómeno, que ha quedado patente en este documento, y la disparidad en los hallazgos sobre alguna de las variables tratadas, nos lleva a pensar que confiar en los meros perfiles para evaluar el riesgo de suicidio puede no ser la mejor estrategia. Un riesgo que se corre con los perfiles es que tienden a describir proporciones muy amplias de la población penitenciaria general que encajan con las características en ellos descritos, haciendo muy complicada la detección de los verdaderos casos de riesgo (Winter, 2003). No olvidemos que un incremento de falsos positivos (aquellos casos evaluados como de riesgo alto cuando realmente no lo son) y los falsos negativos (aquellos evaluados de riesgo bajo cuando realmente no lo son), puede llevar a una distribución poco eficiente de los recursos dedicando atención a aquellos que no la necesitan en detrimento de aquellos otros que sí (Tartaro y Lester, 2009). Parece más adecuado, no tanto trabajar desde la perspectiva de los perfiles de riesgo, como desde la perspectiva de la combinación de factores de riesgo con mayor significación estadística en la predicción del suicidio y la tentativa de suicidio (Liebling, 1995; Liebling y Ludlow, 2016).

Entendemos así mismo que la construcción de perfiles de riesgo únicamente sostenidos sobre las clásicas características sociodemográficas o tipos delictivos puede ser algo simplista y llevar a errores de pronóstico en tanto en cuanto no permiten distinguir de manera fiable entre los internos que se ven implicados en conductas suicidas y la población penitenciaria general y pueden perder valor pronóstico cuando son considerados de forma conjunta con otros factores más potentes como los clínicos (Barrigón y Baca-García, 2018; Blaauw et al., 2005; Favril et al., 2022; Felthous, 2011; Jenkins et al., 2005; Marzano et al., 2011; Newcomen, 2014; Saavedra y López, 2025; Tartaro y Lester, 2009). Aunque es cierto que estas variables son fácilmente objetivables, a nuestro juicio, otros factores como el modo en que el individuo está lidiando con la situación de encar-

celamiento o la exposición a informaciones adversas, así como variables clínicas como la presencia de trastornos mentales, deben ser tenidos también en consideración. Es por ello que desde una perspectiva integral en el estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en prisión, vamos a abrazar el modelo de diátesis-estrés (Mann, 2003; Mann et al., 1999), por lo que incluiremos en nuestra investigación factores predisponentes (vulnerabilidad) y precipitantes (deprivación). A nuestro juicio, la situación de riesgo la constituye una combinación de factores de vulnerabilidad y los estresores propios de la situación de confinamiento y por ello, más que hablar de un único perfil de riesgo, deberíamos hablar de diferentes perfiles (ver Liebling y Ludlow, 2016), lo cual tiene implicaciones a nivel preventivo.

1.3.6. Consideraciones metodológicas sobre el estudio de los suicidios y las tentativas de suicidio en prisión

El fenómeno de la conducta suicida en prisión, como otros muchos fenómenos que se dan en el medio penitenciario, reviste una extraordinaria complejidad y profundidad, probablemente la misma que el fenómeno del suicidio en la población general, pero con la dificultad añadida de que los condicionantes de una institución total como la nuestra suman un sinnúmero de matices. Elementos no solo propios de este tipo de conductas y su génesis, sino también estructurales del medio penitenciario, hacen que aproximarnos a él no sea tarea fácil (como no lo es tampoco en el caso de la población general), por lo que buena parte de la labor preventiva en materia de suicidios en prisión ha descansado sobre los resultados obtenidos en investigaciones y trabajos, más o menos sistemáticos según el caso, de tipo descriptivo que buscaban encontrar cuáles eran aquellas características que definían a los internos que protagonizaban suicidios o tentativas. El problema del que adolecen tales diseños descriptivos es que solo permiten comparaciones limitadas y acaban proporcionando un perfil que representa la población penitenciaria general sin certeza de que estas variables con mayor porcentaje de representación lo sean específicamente para internos en riesgo de suicidio (Winter, 2003). Poder realizar inferencias requiere de la comparación de los internos que han protagonizado eventos de suicidio o tentativas con una muestra aleatoria de la población penitenciaria general con el fin de identificar las características que permitan la distinción entre uno y otro grupo (aquel con un indubitado alto riesgo de suicidio respecto de aquel con un indubitado bajo riesgo de suicidio) (Blaauw et al., 2005; Felthous, 2011; Winter, 2003).

A esto se añade el hecho de que el pequeño tamaño de las poblaciones que protagonizan suicidios en prisión, especialmente en el caso de las mujeres, limita los análisis que se pueden efectuar con la garantía de una potencia estadística razonable (Blaauw et al., 2005; Winter, 2003). No debemos olvidarnos de que el suicidio, sin cuestionar la trascendencia de sus graves consecuencias, es un evento atípico en prisión desde el punto de vista cuantitativo y estadístico. Es por ello que buena parte de los estudios descritos, o bien trabajan sobre escalas de valoración del riesgo de suicidio (esencialmente la Escala

de Riesgo Suicida de Plutchik) o autoinformes sobre la existencia de tentativas de suicidio en la historia personal del entrevistado. Este enfoque tiene sus limitaciones que condicionan de forma trascendental los resultados de la investigación. Dado que en ese caso no se trabaja con casos constatados de suicidios y tentativas de suicidio y se parte de datos autoinformados, el riesgo de manipulación o exageración de síntomas no debe ser desdénado, lo que incrementa significativamente el riesgo de falsos positivos: internos e internas que manifiestan haber protagonizado una tentativa de suicidio cuando, en realidad, o bien este acontecimiento no se ha producido, o bien debería haber sido categorizado más ajustadamente como una autolesión sin intención suicida.

Además, no es infrecuente encontrarse con un vacío de información (Blaauw et al., 2005; Winter, 2003), especialmente de aquella que se refiere a variables clínicas, de la historia personal del sujeto o sobre cómo este ha vivido determinados acontecimientos del pasado, máxime si ha resultado fallecido como consecuencia de la conducta suicida, escenario en el que, por razones obvias, no se puede contar con el autoinforme del protagonista. Mientras que datos sociodemográficos, penales, procesales o penitenciarios son relativamente sencillos de obtener, suelen estar registrados y dejan poca cabida a la interpretación, otras variables están mucho más sujetas al análisis y el espacio para la subjetividad en su caso es incuestionable, especialmente, como comentamos, cuando desgraciadamente el sujeto ya no tiene la opción de proporcionarnos su propio punto de vista. La conducta suicida es el resultado de un íntimo proceso de sufrimiento y toma de decisiones que enraíza en elementos que incluso para el propio individuo son difíciles de aprehender, cuanto menos de ser transmitidos a otros. Ni la persona que los protagoniza tiene porqué ser capaz de diseccionarlos, relacionarlos y exponerlos nítidamente, ni la persona que recibe esta información tiene porqué tener la capacidad o sensibilidad para atraparlos y dotarlos de sentido en el espacio y en el tiempo respecto de esa persona en concreto. La vergüenza o el trauma pueden llevar a las personas a ocultar información relevante. Pero, incluso aunque no sea así, se requiere una especial habilidad y formación para ser capaz de asegurar que ciertos eventos del pasado tienen una relación directa con eventos del presente: no todo el mundo digiere del mismo modo aquello que le sucede, por lo que asumir que todos los eventos traumáticos tienen el mismo efecto en todos los sujetos puede llevarnos a un error al considerarlos como factores predisponentes o precipitantes sin que medie un proceso de cuestionamiento previo que no siempre se hace.

2. Nuestro estudio

Conscientes de la complejidad del fenómeno de la conducta suicida en prisión y desde una clara intención de establecer una distinción entre conductas que no siempre muestran unos límites claros, al menos no desde el punto de vista práctico en el día a día de los establecimientos penitenciarios, *buscábamos* definir nítidamente cuáles eran y cuáles no las manifestaciones conductuales que pretendíamos abordar. Dejamos fuera deliberadamente la ideación suicida, así como las autolesiones entendidas como los comportamientos dañinos que, aunque autoiniciados y autoinfligidos, no perseguían acabar con la propia vida, por entender que ambos, sin dejar de tener su importancia, no constituían manifestaciones de una verdadera conducta suicida: en el primero de los casos porque una ideación es una cognición, no una conducta, y en el medio penitenciario no está exenta de dificultades a la hora de realizar una fiable evaluación de la misma; en el segundo, porque una autolesión sin intención suicida busca múltiples finalidades (autorregulación emocional, manipulación, etc.) pero no la de fallecer²⁷, de ahí la exhaustiva revisión de los incidentes que implicaron autolesiones durante el periodo temporal estudiado y una definición operativa con unos criterios fácilmente objetivables para la categorización de las tentativas como tal.

Una vez que definimos claramente cuáles eran las conductas a explicar, pretendíamos hacerlo desde una perspectiva amplia e integral partiendo del modelo teórico de diátesis-estrés, considerando tanto factores de vulnerabilidad predisponentes, como variables precipitantes que pudieran dar cuenta de la ocurrencia de este tipo de comportamientos. Es por ello que el número y naturaleza de las variables independientes estudiadas es tan amplio y cubre espectros claramente diferenciados (sociodemográficos, penales, penitenciarios, clínicos, etc.).

Además, el uso de técnicas estadísticas inferenciales nos permite comparar el grupo de internos que habían fallecido por suicidio y el de aquellos que habían protagonizado una tentativa con la población penitenciaria general, proporcionando información no disponible a partir del análisis de perfiles meramente descriptivos. Así mismo, el que la comparación se haga específicamente respecto de población penitenciaria y no de población

²⁷ Ver figura 2

general permite controlar uno de los elementos más característicos en las investigaciones sobre suicidios y tentativas de suicidio en prisión, a saber, que en este tipo de población existe ya de por sí una elevada prevalencia de factores y variables que en población general están estrechamente relacionados con la conducta suicida. Buscábamos huir de estereotipos e ideas preconcebidas, muchas veces fundamentadas en esos análisis previos exclusivamente descriptivos, constatando mediante la evidencia empírica cuáles de ellos tenían verdadero poder explicativo para suicidios y para tentativas y *cuáles no*.

3. Objetivos

Esta investigación persigue dos objetivos generales:

- a) En primer lugar, conocer la incidencia real de la conducta suicida en el medio penitenciario en los centros dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- b) En segundo lugar, explorar los factores de riesgo de la conducta suicida de los internos residentes en estos centros de cara a, desde una perspectiva fundamentada en la evidencia empírica y estadística, maximizar la eficiencia de las herramientas de detección de casos y de los procedimientos de prevención del suicidio en prisión.

De estos objetivos generales se derivan otros más específicos:

- a) Conocer la tasa de suicidio en centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en los años 2022 y 2023.
- b) Conocer la tasa de tentativas de suicidio en centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en el año 2023.
- c) Explorar los factores de riesgo para suicidios consumados.
- d) Explorar el patrón temporal de la conducta suicida considerando ciertas variables para establecer periodos de mayor riesgo durante el internamiento para colectivos concretos de internos e internas definidos en base a estas variables.
- e) Explorar la potencial existencia de diferentes grupos de internos e internas entre aquellos que perdieron la vida por suicidio entre los años 2022 y 2023, definidos cada uno de ellos por diferentes características y variables que pudieran ser relevantes en los procesos de evaluación del riesgo y prevención de la conducta suicida en prisión.
- d) Explorar los factores de riesgo para tentativas de suicidio.
- e) Explorar los factores de riesgo comunes y diferenciales para suicidios consumados y tentativas de suicidio.

4. Método

4.1. MUESTRA

La muestra total con la que se ha contado en la presente investigación es de 354 participantes distribuidos del siguiente modo:

- 66 corresponden al total de internos e internas que protagonizaron un suicidio durante los años 2022 y 2023 en alguno de los centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. En concreto, 35 corresponden al 2022 y 31 al 2023.
- 138 se corresponden con los internos e internas que protagonizaron una tentativa de suicidio durante el año 2023.
- 150 internos e internas conformaron el grupo control.

Es importante destacar que los participantes que se integran en el grupo de suicidios y los que lo hacen en el grupo de tentativas, no constituyen un muestreo, sino el total de internos e internas que se vieron involucrados en eventos de suicidio (ya fueran consumados o intentados) durante los años 2022 y 2023 en el primero de los casos y 2023 en el segundo.

El grupo control fue seleccionado mediante un procedimiento de aleatorización entre toda la población penitenciaria que se encontraba interna en centros competencia de esta Secretaría General a 27 de octubre de 2023. Se establecieron dos criterios de exclusión: haber sido objeto con anterioridad de aplicación del Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS) y haber protagonizado tentativas de suicidios anteriores en prisión. La imposición de estos criterios de exclusión viene justificada por el hecho de que lo que se buscaba era conformar dos grupos claramente diferenciados en cuanto a su nivel de riesgo de suicidio: los que tenían un riesgo indubitadamente alto (suicidios y tentativas) de los que lo tenían indubitadamente bajo (controles). No haber considerado estos criterios podría haber traído como consecuencia que en el grupo control hubieran sido incluidos internos con nivel de riesgo de suicidio en algún grado, lo que desvirtuaría nuestros resultados al producirse un solapamiento entre los grupos experimentales y el control. En ambos casos (anteriores aplicaciones de PPS y anteriores tentativas de suicidio) estas

contingencias fueron cotejadas en el Sistema de Información Penitenciaria (SIP). La muestra inicialmente seleccionada de forma aleatoria fue de 250 participantes. Tras la eliminación de aquellos que cumplían con los criterios de exclusión, la muestra final estuvo conformada por 154 personas, cuatro de los cuales ya se encontraban en libertad cuando se procedió a la recogida de los datos en los respectivos centros, por lo que el resultado final fue el de un grupo control compuesto por los 150 participantes antes indicados.

4.2. PROCEDIMIENTO

El punto de partida fue el de la información que desde la Central Penitenciaria de Observación se venía registrando sobre los suicidios consumados y las tentativas que se iban produciendo desde hacía varios años. Esta base de datos fue segmentada y transformada con la finalidad de adecuarla a los objetivos de la presente investigación. Las modificaciones de las que fue objeto se refirieron, de una parte, a las variables consideradas, incluyendo nuevas variables, creando otras a partir de las ya existentes, perfeccionando su definición operativa y estableciendo el sistema de categorías de respuesta de las variables cualitativas. De otra parte, los cambios afectaron al proceso de obtención de datos que permitía su cumplimentación, mediante el diseño *ad hoc* de una nueva ficha para la recogida de información de los casos de suicidio y tentativas y otra específica para los internos e internas que conformaron el grupo control acorde a la nueva información contenida en la citada base de datos y que son las que se solicitan actualmente a los centros cada vez que se produce un evento de esta naturaleza.

Los datos consignados en dicha base provinieron de varias fuentes:

- a) Las citadas fichas que desde la Central Penitenciaria de Observación se solicitan a los centros siempre que se producen suicidios o tentativas y que estos devuelven debidamente cumplimentadas²⁸. En noviembre de 2023 fueron remitidas a los centros penitenciarios las fichas correspondientes a los internos seleccionados para el grupo control²⁹ junto con un oficio explicando la finalidad de la investigación a las Direcciones y Subdirecciones de Tratamiento de estos centros y recabando su colaboración que resultó inestimable.
- b) Parte de la información, especialmente penal (causas, cuantía de condena, tipo de delito, etc.), procesal (situación procesal) y penitenciaria (traslados, expedientes disciplinarios, permisos, actividades, etc.) se obtuvo del sistema de información penitenciaria SIP. Así mismo, se consultaron los informes de los Equipos Técnicos obrantes en el sistema sobre propuestas de las Juntas de Tratamiento a efectos de revisiones de grado.
- c) La consulta en el sistema «Helena» permitió cotejar la información social relativa, por ejemplo, a la naturaleza de sus relaciones familiares o el apoyo social.

²⁸ Ver anexo 1 y anexo 2

²⁹ Ver anexo 3

- d) El programa de comunicaciones «Cita Previa» proporcionó datos sobre el número y tipo de comunicaciones llevadas a cabo y las personas con las que estas se realizaron.
- e) En el caso concreto de los suicidios, se contó además con los datos obrantes en los informes y dosieres desarrollados y aportados por la Subdirección General de Análisis e Inspección en el desarrollo de sus competencias y que son puestos en común en las correspondientes Comisiones de Seguimiento de Suicidios que se llevan a cabo bimensualmente en los servicios centrales entre las Áreas de Sanidad, Programas de Tratamiento, Análisis e Inspección y Central Penitenciaria de Observación en las que se analizan pormenorizadamente las características de los internos e internas que han fallecido por suicidio y las circunstancias en las que estos incidentes se hubieran producido.

Se hizo un minucioso cotejo y comprobación de la información obtenida en aquellos casos en los que se constataron incongruencias a partir de las diferentes fuentes consultadas, de forma que se garantizara que la fiabilidad de la información que finalmente resultaba consignada para cada caso en cada variable fuera la mayor posible.

4.3. ANÁLISIS DE DATOS

4.3.1. Definición de variables

4.3.1.1. Variable dependiente

La variable dependiente considerada en la investigación que nos ocupa es el *evento suicida* que puede adoptar tres niveles: sin evento suicida (controles), suicidio o tentativa de suicidio.

Se consideraron como *suicidios* todos los casos de suicidio consumados que hubieran acaecido en 2022 y 2023 confirmados como tal por la Subdirección General de Análisis e Inspección. Como se comentó en líneas anteriores, no se trata de un muestro de suicidios, sino de la población total de suicidios que se produjeron en los años contemplados.

Por otra parte, el equipo investigador definió operativamente como *tentativas* de suicidio las autolesiones que cumplieron uno o varios de los siguientes criterios:

- a) Fueran consideradas como tal (grabadas en el sistema informático SIP como «intento de suicidio») por el centro penitenciario en el que se produjera dicha autolesión.
- b) Hubiera adquirido tal consideración tras la evaluación y el análisis del incidente llevado a cabo por la Subdirección General de Análisis e Inspección aunque inicialmente el centro penitenciario en el que se produjera no la hubiera etiquetado como tal.
- c) Cuando tras la conducta autolítica la Dirección del centro penitenciario hubiera acordado la aplicación del Protocolo de Prevención de Suicidios.

- d) Cuando la conducta autolítica hubiera resultado en lesiones graves.
- e) Cuando la conducta autolítica hubiera requerido salida del centro para asistencia hospitalaria.

A efectos de controlar la posible existencia de falsos negativos (incidentes que son considerados como autolesiones cuando en realidad son tentativas de suicidio), de forma sistemática las investigadoras principales procedieron a analizar los incidentes etiquetados como autolesiones, ya fueran leves, graves o muy graves, grabados en el sistema informático SIP por parte de los centros penitenciarios y/o comunicados por la Subdirección General de Análisis e Inspección, en base a los criterios operativos definidos anteriormente de modo que existiera un criterio objetivo que permitiera diferenciar las autolesiones sin intención suicida de las verdaderas tentativas de suicidio, cuestión que no siempre resulta sencilla de discernir.

En los casos en los que un mismo interno o interna hubiera protagonizado más de una tentativa de suicidio durante el periodo estudiado, a efectos del presente trabajo se tuvo en consideración aquel incidente que se hubiera producido con anterioridad en el tiempo.

4.3.1.2. Variables independientes

Esta investigación incluye un total de 156 variables independientes que se clasifican en ocho grandes áreas:

- a) Sociodemográficas
- b) Penales
- c) Penitenciarias
- d) Circunstancias del evento
- e) Clínicas
- f) Factores de protección
- g) Experiencias traumáticas
- h) Factores desencadenantes:
 - Judiciales
 - Familiares
 - Sociales
 - Personales
 - Penitenciarios

Todas ellas aparecen relacionadas en el anexo 4 en el que se recoge la denominación de la variable, descripción de la misma, nivel de medida atribuido a cada una de ellas y sus categorías en el caso de las variables cualitativas. Algunas de estas variables

fueron analizadas conforme se registraron y otras se crearon recategorizándolas a partir de las variables inicialmente consideradas para la realización de ciertos análisis estadísticos o para facilitar la exposición de los resultados. En concreto, para las variables cuantitativas:

- Algunas se recodificaron en rangos (por ejemplo, los días transcurridos desde el ingreso en prisión hasta el evento de suicidio) convirtiéndolas en variables categóricas.
- Las variables cuantitativas discretas que asumieron pocos valores fueron tratadas como ordinales (por ejemplo, el número de ingresos previos en prisión).

Con las variables cualitativas se hicieron varios tipos de transformaciones diferentes:

- Se dicotomizaron algunas de ellas.
- En otros casos en los que el número de categorías era muy elevado y algunas de ellas presentaban muy baja frecuencia, se redujo su número añadiendo una nueva categoría denominada «otros» que englobaba todas esas con frecuencias residuales (por ejemplo, en el caso de la nacionalidad).
- Para otras variables se agruparon sus categorías iniciales en otras más amplias de orden superior en base a criterios de homogeneidad y similitud, reduciendo el número de categorías final (por ejemplo, el régimen de vida se redujo a cerrado, ordinario o abierto o los tipos delictivos se redujeron a ocho categorías: delitos contra las personas, contra la libertad sexual, violencia de género, contra la propiedad, contra la salud pública, contra el orden socioeconómico, contra la seguridad del tráfico y otros).
- Para algunas variables, ciertas categorías se convirtieron, a su vez, en variables independientes. Se procedió así cuando el número de categorías era muy elevado y, por tanto, algunas de ellas contaban con una frecuencia tan baja que esto podía desvirtuar los análisis. De este modo se procedió en el caso de las experiencias traumáticas, factores de protección y desencadenantes tratando como variables dicotómicas (presencia vs. ausencia) aquellas categorías que más frecuencia de aparición mostraron para los grupos de suicidios y tentativas. En una lógica similar, cada una de las ocho categorías resultantes de la variable tipo delictivo también se convirtieron en variables dicotómicas.
- Se crearon variables cuantitativas a partir de ciertas variables categóricas consideradas conjuntamente consignando el número de factores de protección, de experiencias traumáticas y de desencadenantes judiciales, familiares, sociales, personales y penitenciarios que presentaba cada participante.

4.3.2. Análisis estadístico

En el presente trabajo se desarrollan y exponen en primer lugar análisis de tipo descriptivo del grupo de suicidios y del grupo de tentativas que incluyen, de una parte, las

tasas de suicidios para 2022 y 2023 y de las tentativas para 2023, tanto en conjunto como desglosadas por género. De otra parte, se muestran las características de la población penitenciaria que se suicidó en 2022 y 2023 y aquella que lo intentó en 2023 en términos de porcentajes.

Posteriormente se han llevado a cabo diferentes análisis inferenciales, tanto bivariantes como multivariantes. Para los análisis bivariantes, en el caso de las variables categóricas, se empleó χ^2 lo que permite comprobar si dos variables categóricas están o no relacionadas. Cuando la frecuencia esperada en alguna de las casillas fue inferior a cinco, lo que puede llevar a la pérdida de potencia estadística, se empleó la *F de Fisher*. También se reportan los resultados del coeficiente *Phi* y de la *V de Cramer*, ambas medidas de asociación entre variables categóricas que nos muestran el tamaño del efecto de dicha asociación. En el caso de las variables cuantitativas que cumplieran criterios de normalidad y homocedasticidad se empleó la *t de Student*; para las que no los cumplieran y para las variables consideradas como ordinales se empleó el equivalente no paramétrico a la *t de Student* para dos muestras independientes: la *U de Mann Whitney*.

Finalmente se realizaron diferentes análisis multivariantes incluyendo aquellas variables que habían resultado significativas en los análisis bivariantes exploratorios. En concreto, se desarrollaron en primer instancia análisis de *regresión logística* (con los métodos de *introducir* y *paso a paso hacia atrás*) indicados para explorar la capacidad explicativa de las variables predictoras cuando la variable dependiente es dicotómica. Se incluyeron también pruebas de bondad de ajuste de los diferentes modelos obtenidos (*R cuadrado de Nagelkerke* y la *prueba de Hosmer y Lemeshow*) así como los correspondientes valores de sensibilidad y especificidad. La regresión logística permite estimar el riesgo relativo de que se produzca un suicidio o una tentativa de suicidio cuando este está asociado a cambios en ciertas variables predictoras, mediante la obtención del parámetro de asociación *odds ratio*, que refleja la probabilidad de ocurrencia del evento. El *odds ratio* asume valores desde cero hasta el infinito. Valores iguales a uno indican que el factor considerado no tiene efecto alguno sobre la probabilidad de ocurrencia del evento; valores superiores a uno indican que la variable independiente en cuestión es un factor de riesgo para el evento, incrementando la probabilidad de la ocurrencia del mismo ante su presencia; valores inferiores a uno indican que la variable independiente en cuestión es un factor de protección para el evento, disminuyendo la probabilidad de la ocurrencia del mismo ante su presencia.

Se optó por realizar en primera instancia diferentes análisis de regresión organizados por áreas en base a la naturaleza de los factores considerados (sociodemográficos, penales, penitenciarios, circunstancias del evento, clínicos, experiencias traumáticas/factores de protección/desencadenantes). Se emplearon para ello dos métodos a fin de contrastar los resultados obtenidos por cada uno de ellos: el *método introducir* (por medio del cual todos los predictores se ingresan en bloque sin un orden específico y el programa indica qué nivel de significación estadística muestra cada uno de ellos) y el método de

paso a paso hacia atrás (que inicia el análisis considerando todos los predictores y se van eliminando progresivamente aquellos que tengan un menor impacto). Todas las variables que resultaron significativas por cualquiera de los dos métodos³⁰ fueron incluidas en un modelo de regresión general para el que también se emplearon ambos métodos de selección de variables³¹.

También se desarrollaron análisis de supervivencia que permiten estudiar el tiempo que tarda en ocurrir un suceso. Mientras que el análisis de regresión logística permite pronosticar la probabilidad de ocurrencia de un evento dadas unas determinadas variables, los análisis de supervivencia lo que hacen es pronosticar una función de probabilidad. En concreto, en primer lugar se aplicó de forma exploratoria el método no paramétrico de *Kaplan-Meier* y se compararon las funciones de supervivencia obtenidas mediante la prueba de *Log-Rank* que permite detectar si existen diferencias estadísticamente significativas entre diferentes funciones de supervivencia para tener una primera aproximación a qué variables pudieran resultar relevantes a la hora de explicar la rapidez con la que puede producirse un suicidio al ingreso en prisión. Las variables que resultaron significativas fueron incluidas en un análisis de *regresión de Cox*³², técnica multivariante que permite estimar funciones de supervivencia/de riesgo de un determinado evento (*hazard ratio-HR*), aportando información sobre qué variables independientes intervienen (incrementando o disminuyendo) el riesgo de suicidio considerando para ello la variable tiempo, o lo que es lo mismo, cómo la exposición a estos factores incrementa (*hazard ratio* > 1) o disminuye (*hazard ratio* < 1) la velocidad de aparición del evento. Tanto Kaplan Meier como la regresión de Cox permiten incorporar al análisis los datos censurados que, en nuestro caso, se refieren a los internos e internas del grupo control que durante el tiempo de seguimiento no han presentado el evento (no han fallecido por suicidio). La ventaja de estas técnicas es que nos permiten considerar la información de todos los participantes, no solo la de los que fallecieron; todas las observaciones aportan alguna información. Para efectuar este análisis, consideramos como fecha inicial de referencia el momento de ingreso en prisión y como fecha final aquella en la que se produjo el suicidio o el 27 de octubre de 2023 para el caso de los controles, que fue la fecha en la que se seleccionó esta muestra.

En última instancia se efectuó un *análisis de clúster*, técnica exploratoria que permite agrupar casos en base a su homogeneidad/heterogeneidad en las variables que se consideren relevantes. Su objetivo es obtener grupos de casos de forma que, por un lado, los objetos pertenecientes a un mismo grupo sean muy semejantes entre sí y, por el otro, los objetos pertenecientes a grupos diferentes tengan un comportamiento distinto con

³⁰ Se reportarán los resultados obtenidos con cada modelo para cada variable significativa.

³¹ Se reportarán los resultados del modelo obtenido mediante el método de «introducir» dado que presenta mejor ajuste y mejores niveles de sensibilidad y especificidad. En este caso se reportarán los resultados de todas las variables hayan resultado significativas o no.

³² Se empleó el método introducir

respecto a las variables analizadas. Se empleó el procedimiento de *conglomerados jerárquico*, a partir del cual sólo un objeto cambia de grupo en cada paso del algoritmo y los grupos están anidados en los pasos anteriores. Se emplea cuando no se conoce el número de *clúster* de antemano y cuando el número de objetos no es muy grande. Permite, además, trabajar conjuntamente con variables tanto cuantitativas como cualitativas. Se empleó el *método de Ward* para efectuar la conglomeración y como medida de intervalo la *distancia euclídea al cuadrado*. Esta técnica se aplicó en el caso de los suicidios. Lo que se pretendía con ello era conocer si el grupo de internos e internas que protagonizaron un suicidio durante los años 2022 y 2023 se podía dividir en diferentes subgrupos con su idiosincrasia particular cada uno de ellos y que pudieran requerir medidas de intervención diferenciadas.

Para el desarrollo de todos estos análisis se empleó el software estadístico SPSS 29.0.

Tanto el desarrollo del análisis de datos como la exposición de los resultados obtenidos en el presente documento, se estructura en tres bloques: *suicidios versus controles*, que incluye los análisis más amplios (bivariantes, regresión logística, análisis de supervivencia y análisis de *clúster*); *tentativas versus controles* y *suicidios versus tentativas*, que incluyen análisis bivariantes y regresión logística.

Dada la gran cantidad de variables analizadas y el elevado número de análisis desarrollados, en aras de una mayor claridad expositiva, se mostrarán únicamente los resultados que hayan arrojado significación estadística, excepto para los modelos de regresión logística finales de cada una de las tres comparaciones para los que se incluirán las tablas con los resultados al completo.

5. Resultados

5.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

5.1.1. Tasas de suicidios y tentativas de suicidio

Presentaremos a continuación de manera diferenciada las tasas de suicidios consumados y de tentativas de suicidio en establecimientos penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias durante los años 2022 y 2023 en el primero de los casos y de 2023 en el segundo. Para ambos se muestran los datos globales y desglosados por sexos.

Respecto de los datos de suicidios por años, en 2022 se produjeron un total de 35 suicidios que suponen una tasa de 7,5 por 10.000³³. En 2023 tuvieron lugar un total de 31 suicidios lo que supone una tasa de 6,5 por 10.000³⁴.

Los datos desglosados por sexos se muestran en la tabla I.

Tabla I. Tasas de suicidios desglosadas por años y sexo

	2022			2023		
	Suicidios	Población total	Tasa	Suicidios	Población total	Tasa
Mujeres	0	3.371	0/10.000	3	3.407	8,8/10.000
Hombres	35	43.097	8,1/10.000	28	43.676	6,4/10.000
Total	35	46.468	7,5/10.000	31	47.083	6,5/10.000

Como muestran los datos, en 2022 no se produjo ningún suicidio protagonizado por mujeres, mientras que en 2023 este número ascendió a tres. La tasa de suicidios tanto

³³ Considerando la población total penitenciaria a fecha de 31 de diciembre de 2022 (46.468), dato extraído de <https://www.institucionpenitenciaria.es/es/estad%C3%ADstica-mensual-2022>.

³⁴ Considerando la población total penitenciaria a fecha de 31 de diciembre de 2023 (47.083), dato extraído de <https://www.institucionpenitenciaria.es/es/estad%C3%ADstica-mensual-2023>.

global como para hombres en 2023 se redujo sensiblemente respecto de la de 2022, situándose estas últimas en unos valores de 8,1/10.000 y 6,4/10.000 respectivamente. Dado que en 2022 no hubo ningún caso de suicidio femenino, la tasa de suicidios de los varones superó a la de las mujeres; para el año 2023, aunque en valores absolutos el número de suicidios masculino es muy superior al femenino, considerando la población penitenciaria total por sexos, la tasa de suicidios entre mujeres fue superior a la de los hombres (8,8/10.000 frente a 6,4/10.000).

Respecto de los datos de tentativas de suicidios por año, en 2023 se produjeron un total de 138 eventos autolesivos categorizados como tentativas de suicidio en base a los criterios operativos establecidos en la presente investigación, lo que supone una tasa de tentativas de suicidio de 29,3 por 10.000³⁵. Los datos desglosados por sexo aparecen en la tabla 2.

Tabla 2. Tasas de tentativas de suicidios en 2023 desglosadas por sexos

	2023		
	Tentativas	Población total	Tasa
Mujeres	13	3.407	38,1/10.000
Hombres	125	43.676	28,6/10.000
Total	138	47.083	29,3/10.000

Durante el año 2023 el número de tentativas de suicidios superó en más de cuatro veces al de suicidios consumados.

Considerados estos datos en términos absolutos, el número de tentativas de suicidio es mayor en el caso de los hombres que las mujeres, pero si tomamos como referencia la población penitenciaria total desglosada por género, observamos que para el año 2023 la tasa de tentativas de suicidios por 10.000 es superior en el caso de las mujeres. Al menos durante el 2023, tanto la tasa de suicidios como de tentativas de suicidio fue mayor en el caso de las mujeres que en el caso de los hombres.

5.1.2. Características de los suicidios

Vamos a mostrar a continuación las características de las personas que protagonizaron suicidios consumados durante los años 2022 y 2023, así como las de los propios eventos de suicidio. A efectos de exponer esta amplia información de la forma más eficiente posible, vamos a organizar los datos atendiendo, en primer lugar, a los atributos de los internos e internas fallecidos en diversas áreas (sociodemográfica, procesal-penal, peniten-

³⁵ Considerando la población total penitenciaria a fecha de 31 de diciembre de 2023 (47.083), dato extraído de <https://www.institucionpenitenciaria.es/es/estad%C3%ADstica-mensual-2023>.

ciaria y clínica), para pasar con posterioridad a presentar las circunstancias en las que el suicidio tuvo lugar.

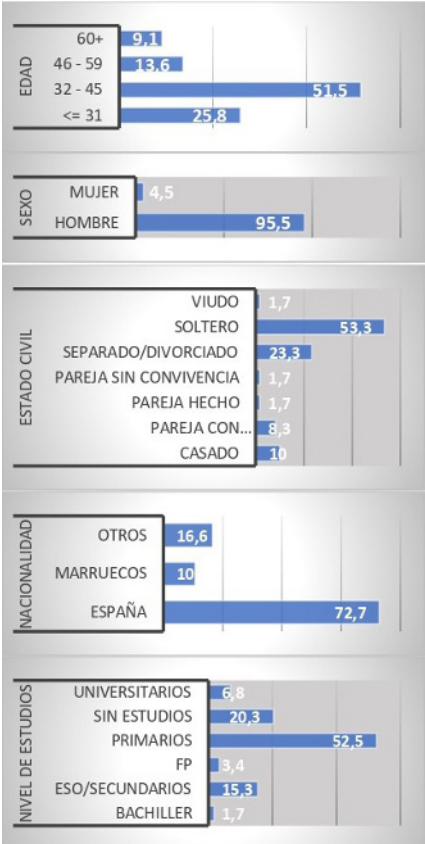
5.1.2.1. Características sociodemográficas

La edad media de los internos e internas que fallecieron por suicidio en 2022 y 2023 fue de 38,74 años, siendo la edad del menor de ellos 19 y la del mayor 71. El mayor porcentaje de personas fallecidas se encuentra entre los 18 y los 45 años (77,3 %).

El porcentaje de suicidios fue mayor entre los hombres (95,5 %) y en su mayoría eran solteros (53,3 %) o separados/divorciados (23,3 %).

Las nacionalidades de los fallecidos fueron múltiples. El 16,6 % de la categoría «otros» aglutina un total de 11 nacionalidades diferentes. Las dos nacionalidades con mayor representación fueron la española (72,7 %) y la marroquí (10 %).

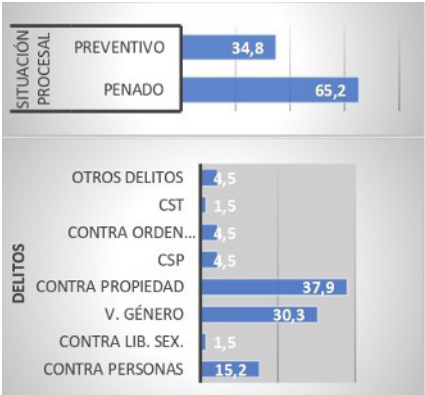
La mayoría de ellos presentaba un nulo o muy bajo nivel de instrucción: un 52,5 % contaba con estudios primarios y un 20,3 % carecía de estudios.

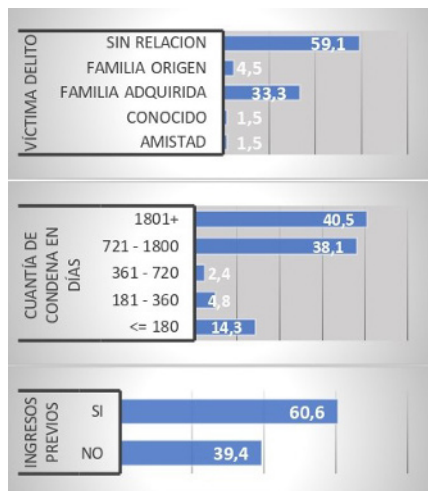


5.1.2.2. Características penales-procesales

El mayor porcentaje de representación lo ostentan los penados (65,2 %), pero hay un nada desdeñable 34,8 % de los fallecidos que tenían la condición de preventivos.

La mayor parte de ellos se encontraban en prisión por delitos contra la propiedad (37,9 %), cometidos en el ámbito de la violencia de género (30,3 %) y delitos contra las personas (15,2 %).

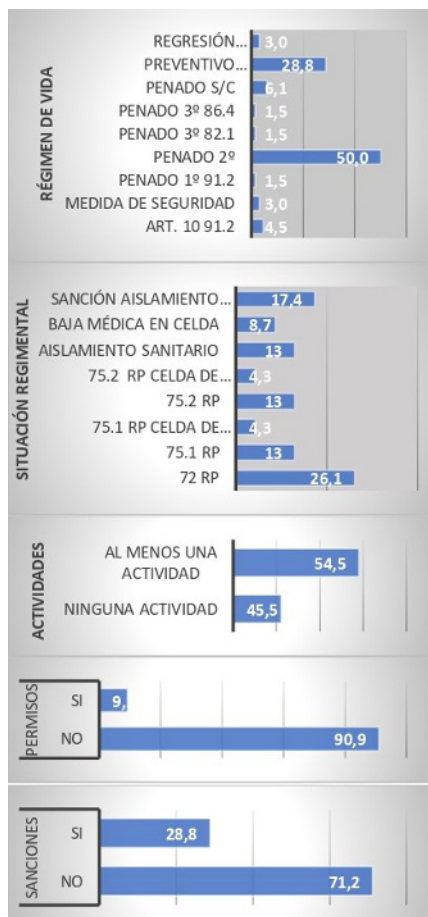




Algo más de un 40 % de las personas que fallecieron por suicidio mantenían una relación de mayor o menor intensidad con las víctimas de su delito.

Casi un 80 % de los penados fallecidos (78,6 %) cumplían condenas superiores a dos años. Otro de los rangos que muestra mayor frecuencia es el de las condenas inferiores a seis meses (14,3 %).

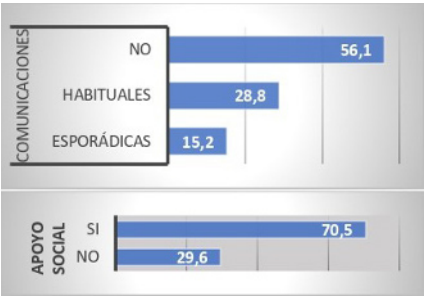
Aunque un 60,6 % contaba con ingresos previos en prisión, un nada despreciable 39,4 % era la primera vez que se enfrentaban a la experiencia del internamiento



5.1.2.3. Características penitenciarias

Un 84,9 % se encontraban en un régimen ordinario de vida (penados en segundo grado, preventivos en régimen ordinario y penados sin clasificar). Los regímenes abierto y cerrado en sus diversas modalidades tuvieron una representación residual entre los fallecidos. De los que se encontraban sujetos a una situación regimetal de especial consideración (23 de los 66 casos-34,8 %), la mayor parte se encontraban en artículo 72 RP (26,1 %), cumpliendo sanción de aislamiento en celda (17,4 %) y en los regímenes de los artículos 75.1 RP (17,3 %) y 75.2 RP (17,3 %). La mayoría participaba en, al menos, una actividad (54,5 %), no disfrutaba de permisos (90,9 %) y no tenía sanciones pendientes de cancelar cuando se produce el fallecimiento (71,2 %).

Aunque un 56,1 % no disfrutaba de comunicaciones presenciales, un 28,8 % lo hacía de forma habitual y un 15,2 % esporádicamente. El 70,7 % de los fallecidos por suicidio en 2022 y 2023 contaba con apoyo social de algún tipo.



5.1.2.4. Características clínicas

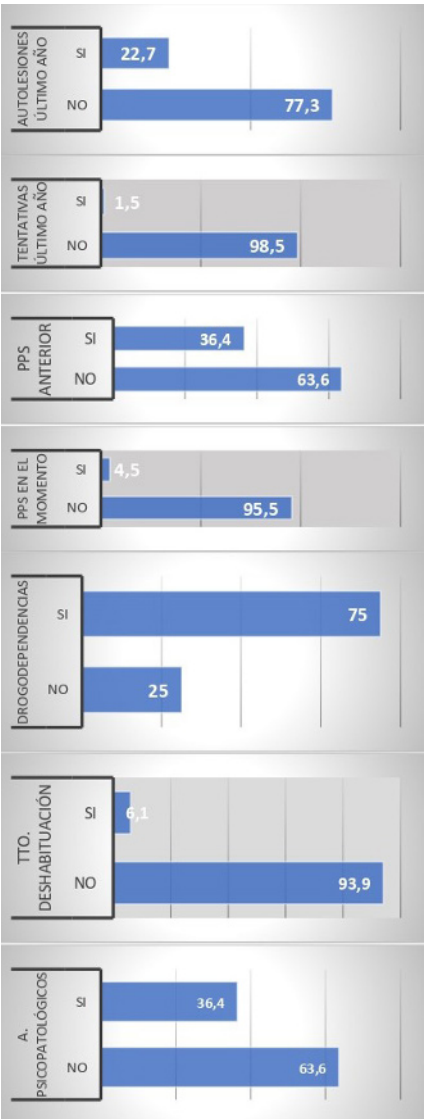
Un 77,3 % de las personas que fallecieron por suicidio en los años considerados no habían protagonizado autolesiones en el año previo y un 98,5 % no había protagonizado tentativas de suicidio en el mismo periodo temporal.

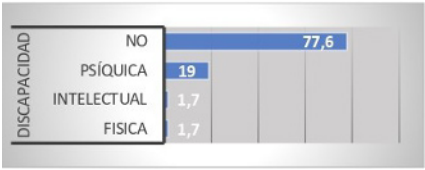
A pesar de ello, un 36,4 % de los fallecidos habían estado incluidos en Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS) en algún momento anterior durante su estancia en prisión.

No obstante, en el momento de producirse el evento un 95,5 % no se encontraba en PPS.

Un 75 % presentaba o había presentado problemática de drogodependencias, pero solo un 6,1 % se encontraba en tratamiento de deshabituación en el momento de su fallecimiento, aunque no se han explorado las circunstancias que dan lugar a ello (altas terapéuticas previas, mantenimiento de la abstinencia, falta de motivación al tratamiento, etc.).

Un 36,4 % presentaba antecedentes psicopatológicos de diversa índole.





El 22,4 % contaba con algún tipo de discapacidad reconocida, en su mayor parte (19 %) de índole psíquica.

5.1.2.5. Características del evento



Los suicidios consumados se distribuyen de manera relativamente uniforme a lo largo del año, no existiendo ninguna época que parezca mostrar mayor incidencia de este fenómeno. Algo similar sucede con los días de la semana en que estos se producen.

Respecto de las franjas horarias, indicar que las horas consignadas son aquellas en las que se produce el hallazgo del cadáver, no la hora real del fallecimiento certificada por autopsia. Señalar en este sentido dos cuestiones: la primera, que de 20:00 (hora aproximada de subida a celdas en la noche) a 07:45 horas (hora aproximada de apertura de celdas por la mañana) se aglutinan un 21,2 % de los casos; la segunda, que en el lapso temporal entre las 07:45 y las 14:00 se producen un 39,7 % de los hallazgos, cuestión mediada porque en el rango entre las 07:45 y las 08:00 horas todavía se puede estar procediendo a la apertura y no es infrecuente que algunos hallazgos se produzcan en ese lapso temporal.

El 90,9 % de los suicidios son por ahorcamiento en su mayoría con ropa de cama (45,3 %).

Los suicidios consumados que se produjeron en 2022 y 2023 lo fueron, por este orden, en módulos ordinarios (25,8 %), de respeto (24,2 %), aislamiento (21,2 %) e ingresos (12,1 %).

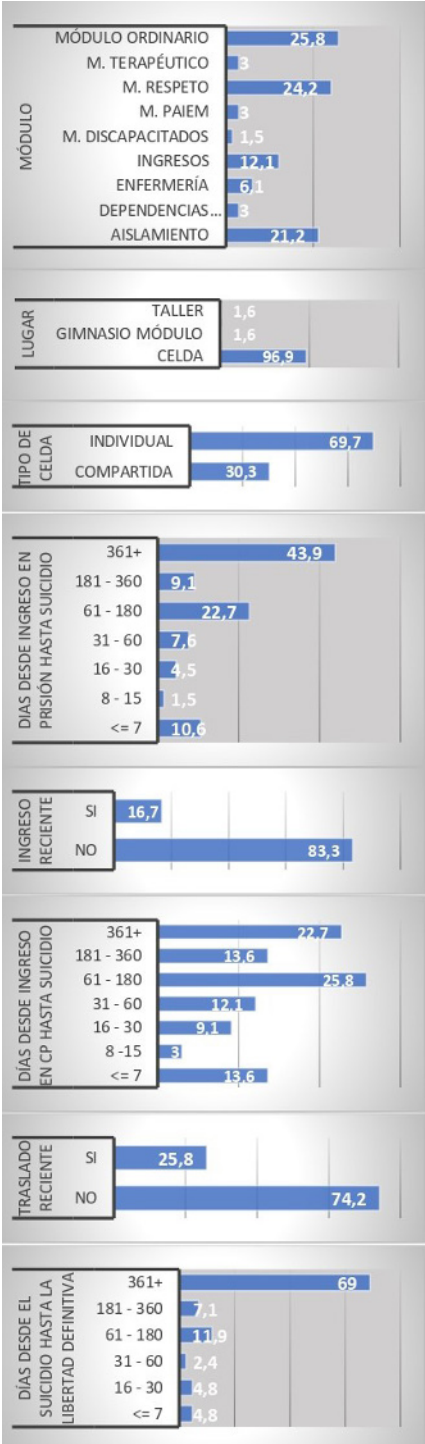
Independientemente de este extremo, el 96,9 % de ellos se produjo en las celdas de sus protagonistas.

Aunque un 69,7 % se encontraban en celdas individuales, un 30,3 % de los casos lo hacían en celda compartidas (considerando las celdas de observación como tal) y aun así consumaron la conducta suicida (o porque sus compañeros no fueron conscientes de ello o porque aprovecharon la ausencia de este por comunicación, salida a abogados o agente judicial, para el desempeño de destinos, etc.- para consumir su comportamiento).

La mayor parte de los suicidios se produjo en el primer año de internamiento (56 %). Si consideramos como ingreso reciente aquel que se hubiera producido a lo largo del mes anterior al incidente, un 16,7 % cometieron en suicidio antes de que transcurriera el primer mes desde su ingreso.

Considerando el mismo criterio, un 25,8 % habían sido trasladados recientemente (en el mes anterior) cuando fallecen.

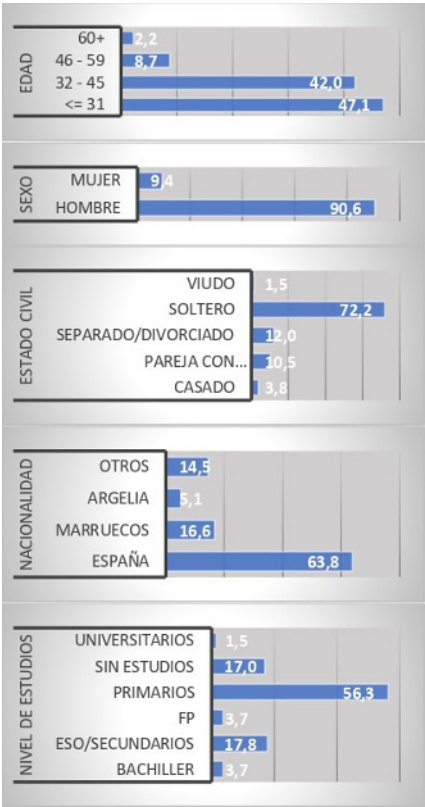
La mayor parte de los fallecidos por suicidio (considerando exclusivamente los penados, para los cuales se conocían sus fechas de cumplimiento) en 2022 y 2023 tampoco tenían próxima su fecha de libertad definitiva. Un 69 % tenían prevista la fecha de su licenciamiento definitivo más allá de un año desde que se produjo su fallecimiento.



5.1.3. Características de las tentativas de suicidio

Mostraremos a continuación las características de aquellas personas que protagonizaron comportamientos que, según los criterios operativos establecidos en la investigación que nos ocupa, pudieron ser catalogados como tentativas de suicidio acaecidas durante el año 2023, así como las circunstancias en las que se produjeron tales intentos. Siguiendo una lógica expositiva similar a la empleada con los datos relativos a suicidios, vamos a organizar la información atendiendo, en primer lugar, a las características de los internos e internas protagonistas de tales conductas en diversas áreas (sociodemográfica, procesal-penal, penitenciaria y clínica), para pasar con posterioridad a presentar las circunstancias en las que tal tentativa tuvo lugar.

5.1.3.1. Características sociodemográficas



Las personas que protagonizaron una tentativa de suicidio en 2023 cuentan con una edad media de 33,13 años (mínimo de 20 y máximo de 64) y el mayor porcentaje de representación en el rango entre los 18 y los 45 años (89,1 %).

El porcentaje de tentativas fue mayor entre los hombres (90,6 %), solteros (72,2 %) y separados o divorciados (12 %).

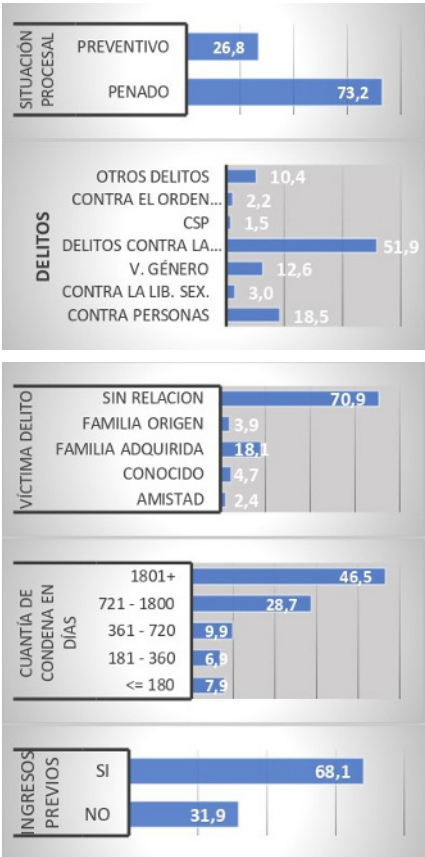
De nuevo, las dos nacionalidades con mayor representación fueron la española (63,8 %) y la marroquí (16,6 %). En este caso se añade la nacionalidad argelina (5,1 %).

La mayoría contaban con un bajo nivel de instrucción: sin estudios (17 %) y con estudios primarios (56,3 %).

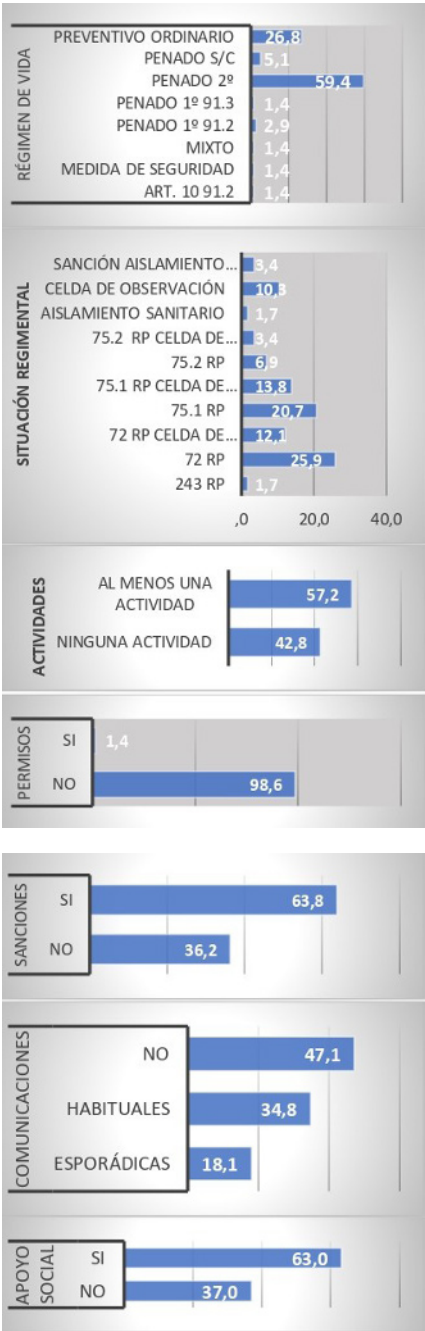
5.1.3.2. Características procesales-penales

En cuanto a sus características procesales, son en su mayoría penados (73,2 %) y se encuentran en prisión por delitos contra la propiedad (51,9 %-en este caso con un porcentaje mayor que para los suicidios), contra las personas (18,5 %) y cometidos en el ámbito de la violencia de género (12,6 %-este porcentaje es algo menor que para los suicidios). Una amplia mayoría no tenía relación con la víctima de su delito (79,9 %).

Algo más de un 75 % cumplían condenas superiores a dos años y la mayoría contaban con ingresos previos en prisión (68,1 %).



5.1.3.3. Características penitenciarias



Un 91,3 % se encontraban en un régimen ordinario de vida (penados en segundo grado, penados sin clasificar o preventivos en régimen ordinario). Un alto porcentaje de tentativas se producen cuando los internos o internas se encuentran en artículo 72 RP (38 %). Además, en el caso de las tentativas, a diferencia de lo que sucediera con los suicidios, el porcentaje de internos que se encontraban en 75.1 RP (34,5 %) era mayor.

Respecto de los suicidios, los porcentajes relativos a sanciones sin cancelar en el momento de protagonizar la tentativa se invierten. En este caso, la mayor parte de los internos e internas que protagonizaron una tentativa de suicidio en 2023 tenían sanciones sin cancelar en ese momento (63,8 %). Un mayor porcentaje comunicaba de forma presencial (52,9 %) y un 63 % contaba con apoyo social.

5.1.3.4. Características clínicas

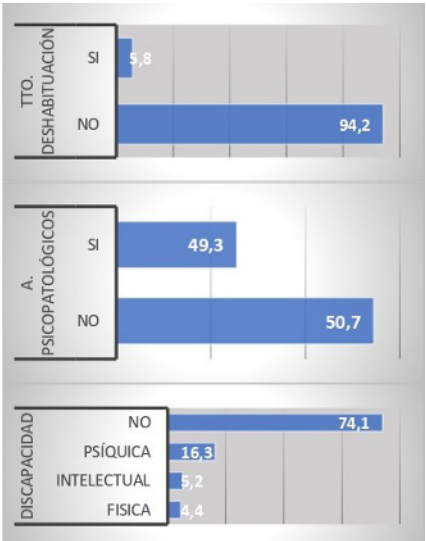
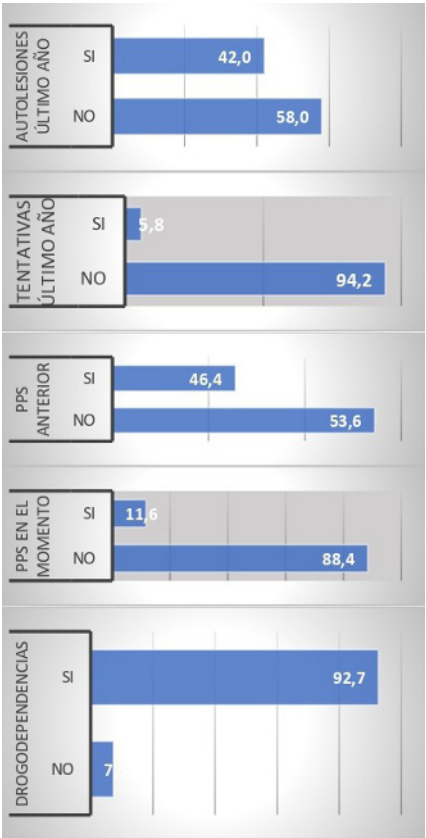
Si bien es cierto que el mayor porcentaje de personas que protagonizaron tentativas de suicidio en 2023 no habían protagonizado autolesiones (58 %) o tentativas (94,2 %) en el año anterior al incidente, estos tienen más incidentes de autolesiones y tentativas previas que los que fallecen por suicidio. Un 46,4 % había estado incluido en Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS) en algún momento anterior durante su estancia en prisión y un 11,6 % se encontraba en PPS en el momento de producirse el incidente. Ambos porcentajes son mayores que en el caso de los suicidios.

Un 92,7 % (un porcentaje algo mayor que para los suicidios 75 %) de las personas que protagonizaron una tentativa de suicidio en 2023 tenían o habían tenido problemática de drogodependencias.

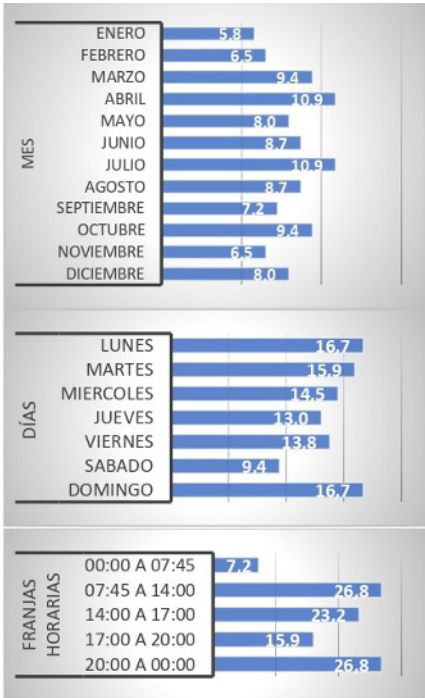
A pesar de los mencionados porcentajes sobre problemática de drogodependencias, solo un 5,8 % se encontraba en tratamiento de deshabituación en el momento de los hechos (como en el caso de los suicidios, se desconocen las razones que lo explican).

En torno a la mitad de los internos e internas que protagonizaron intentos de suicidio (49,3 %) tenían antecedentes psicopatológicos.

Casi el 26 % contaba con algún tipo de discapacidad reconocida, en su mayor parte de índole psíquica (16,3 %).



5.1.3.5. Características del evento



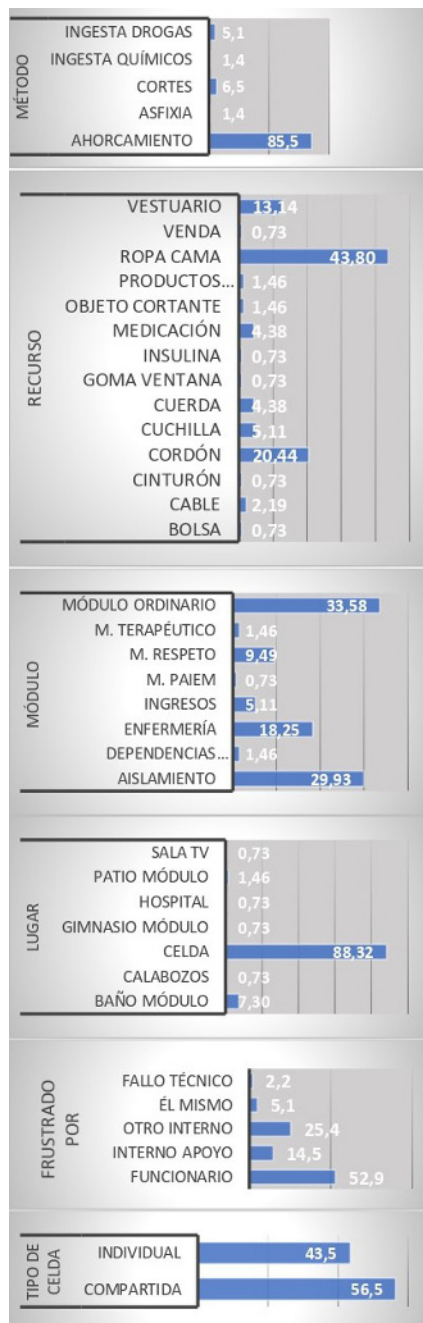
Como sucediera con los suicidios, las tentativas se distribuyen de manera relativamente uniforme a lo largo del año, escenario similar al que encontramos con los días de la semana en que se producen. No se aprecia una mayor incidencia en los periodos estivales, vacacionales ni en los fines de semana.

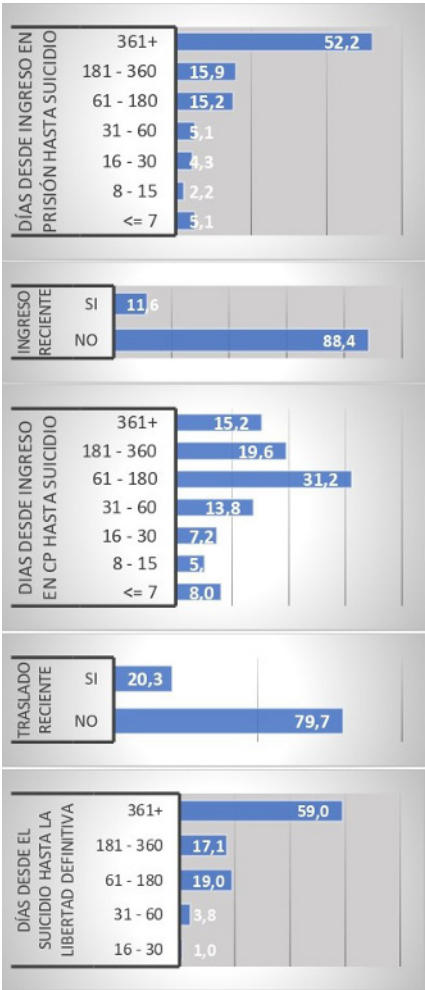
La mayor parte de los intentos de suicidio se producen durante las horas de patio de la mañana (26,8 %) y primeras horas de estancia en celda por la noche (26,8 %). La hora de la siesta presenta un porcentaje cercano a los anteriores (23,2 %). En el caso de las tentativas la hora consignada corresponde generalmente con la hora en la que se produce el incidente.

Si bien en el caso de los suicidios la importancia del ahorcamiento como método era incuestionable, en el caso de las tentativas, aunque en un porcentaje muy superior al de otros métodos (85,5 %), viene acompañado de otras formas de materializar la conducta, como los cortes (6,5 %) o la ingesta medicamentosa o de drogas (5,1 %). Algo similar sucede con los recursos empleados, que en el caso de los intentos se amplían notablemente respecto de los utilizados para los suicidios consumados, añadiéndose múltiples objetos como cordones (20,44 %), la propia ropa (13,14 %), cuchillas (5,11 %), cuerdas (4,38 %) o medicación (4,38 %). A pesar de ello, el recurso más habitual sigue siendo la ropa de cama (43,80 %).

En el caso de las tentativas, los módulos en los que más habitualmente se producen son los módulos ordinarios (33,58 %), aislamiento (29,93 %) y enfermería (18,25 %). Recordemos que los suicidios se producían en módulos ordinarios y aislamiento, pero también en módulos de respeto e ingresos, mientras que en enfermería se daban en un porcentaje muy bajo (6,1 %).

El 88,32 % de los casos se dieron en la celda, pero, a diferencia de que lo sucedía en los suicidios consumados, en este caso la mayor parte de las personas que protagonizaron estos incidentes se encontraban en celdas compartidas (56,5 %).





La mayor parte de las tentativas se produjo pasado el primer año de internamiento (52,2 %). Un 83,3 % de los casos se produjo a partir de los dos meses desde el ingreso. Si consideramos como ingreso reciente aquel que se hubiera producido un mes antes del incidente, solo un 11,6 % materializaron la tentativa antes de que hubiera transcurrido un mes desde el ingreso.

Considerando el mismo criterio, solo un 20,3 % habían sido trasladados recientemente (en el mes anterior) antes de que se produjera el evento.

La mayor parte de las personas que protagonizan tentativas de suicidio (considerando exclusivamente los penados, para los cuales se conocían sus fechas de cumplimiento) tampoco tenían próxima su fecha de libertad definitiva. Un 59 % tenían prevista la fecha de su licenciamiento definitivo más allá de un año desde que se produjo el incidente.

Es complicado aprehender el alcance de estos datos puramente descriptivos sin la aplicación de una estadística inferencial que tome como referencia un grupo control de población penitenciaria general. Por ello, a partir de este punto y como comentamos en el apartado de metodología, el análisis de datos se estructuró en tres bloques diferenciados: suicidios versus controles, tentativas versus controles y suicidios versus tentativas, para cada uno de los cuales se aplicaron diferentes técnicas estadísticas. Con el objetivo de lograr la mayor claridad expositiva, se ha optado por presentar los resultados conforme a estas tres comparaciones con una estructura similar, comenzando por los análisis bivariantes para continuar con los multivariantes y, dentro de estos, con cada una de las técnicas aplicadas según el caso. Comenzaremos pues con la primera de las comparaciones, suicidios versus controles, que constituye el bloque más amplio, en cuanto a análisis y resultados.

5.2. COMPARACIÓN SUICIDIOS VERSUS CONTROLES

5.2.1. Análisis bivariantes

Mediante los análisis bivariantes se han relacionado independientemente cada uno de los factores considerados con la variable dependiente comparando el grupo de suicidios con el grupo de controles para determinar en cuáles de ellos existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 3 y en la tabla 4³⁶. Para las variables categóricas el grupo de suicidios fue comparado con el grupo control mediante la prueba χ^2 en el caso de que las frecuencias esperadas fueran mayores a 5 y mediante la prueba *F de Fisher* en el caso de estas fueran inferiores³⁷. Además se reportan los valores de *Phi* y *V de Cramer* que nos indican el tamaño del efecto de la asociación, así como el nivel de significación para cada uno de ellos³⁸.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en variables sociodemográficas tradicionalmente consideradas como el sexo, la nacionalidad o el estado civil. Resultaron significativas el nivel de instrucción académica (con un mayor porcentaje de personas sin estudios en el grupo de suicidios respecto del grupo control 20,3 % vs. 6,7 %), la existencia y naturaleza de las relaciones de los internos e internas con sus familias de origen (con un mayor porcentaje de personas del grupo de suicidios sin relaciones con su familia de origen 25 % vs. 8,7 % o con relaciones conflictivas 21,7 % vs. 6,7 %) y adquiridas (sin relaciones con su familia adquirida 45,3 % vs. 14,7 %) y el hecho de que contaran o no con apoyo social externo, en el sentido de que el porcentaje de personas que carecían de apoyo social en el grupo de suicidios (29,5 %) era estadísticamente superior al de aquellos que conformaban el grupo control (13,3 %).

³⁶ Dada la gran cantidad de variables analizadas (que aparecen recogidas en su totalidad en el anexo 4) y a fin de facilitar la comprensión de la información proporcionada, se reportan en las tablas exclusivamente los resultados correspondientes a aquellas variables que se han mostrado significativas en cada uno de los análisis realizados.

³⁷ $p < .05$

³⁸ Se ha empleado *Phi* cuando la variable independiente asume dos niveles y la *V de Cramer* cuando asume más de dos. Para ambos casos $p < .05$

Tabla 3. Análisis bivariantes para las variables cualitativas en suicidios versus controles

		N total (%)	N controles (%)	N suicidios (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign.	Phi	V Cramer	sign.
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	R_nestudios	209	150 (71.8%)	59 (28.2%)							
	Sim estudios	22 (10.5%)	10 (6.7%)	12 (20.3%)							
	Primarios	100 (47.8%)	69 (46%)	31 (52.5%)			12,73	,021	,254		,019
	ESO/secundarios	49 (23.4%)	40 (26.7%)	9 (15.3%)							
	Formación profesional	9 (4.3%)	7 (4.7%)	2 (3.4%)							
	Bachiller	14 (6.7%)	13 (8.7%)	1 (1.7%)							
	Estudios universitarios	15 (7.2%)	11 (7.3%)	4 (6.8)							
	R_relacionesfamiliarigen	210	150 (71.4%)	60 (28.6%)							
	No	28 (13.3%)	13 (8.7%)	15 (25%)							
	No conflictivas	8 (3.8%)	4 (2.7%)	4 (6.7%)			25,591	,000		,356	,000
	Si	151 (71.9%)	123 (82%)	28 (46.7%)							
	Si conflictivas	23 (11%)	10 (6.7%)	13 (21.7%)							
	R_relacionesfamiliaradquirida	203	150 (73.9%)	53 (26.1%)							
	No	46 (22.7%)	22 (14.7%)	24 (45.3%)							
	No conflictivas	40 (19.7%)	28 (18.7%)	12 (22.6%)			30,169	,000		,388	,000
	No tiene familia adquirida	23 (11.3%)	22 (14.7%)	23 (11.3%)							
VARIABLES PENALES	Si	82 (40.4%)	71 (47.3%)	82 (40.4%)							
	Si conflictivas	12 (5.9%)	7 (4.7%)	12 (5.9%)							
	R_apoyosocialexterno_R	211	150 (71.1%)	61 (28.9%)							
	No	38 (18%)	20 (13.3%)	18 (29.5%)	7,683	1		,007	-,191		,007
	Si	173 (82%)	130 (86.7%)	43 (70.5%)							
	R_situacionpenal_R	215	149 (69.3%)	66 (30.7%)							
	Penado	175 (81.4%)	132 (88.6%)	43 (65.2%)	16,594	1		,000	,278		,000
	Preventivo	40 (18.6%)	17 (11.4%)	23 (34.8%)							
	R_Dcontralibsex	216	150 (69.4%)	66 (30.6%)							
	No	176 (81.5%)	112 (74.7%)	64 (97%)	15,109	1		,000	-,264		,000
VARIABLES PENALES	Si	40 (18.5%)	38 (25.3%)	2 (3%)							
	R_Dcontrapropiedad	216	150 (69.4%)	66 (30.6%)							
	No	137 (63.4%)	102 (68%)	35 (53%)	4,428	1		,046	,143		,046
	Si	79 (36.6%)	48 (32%)	31 (47%)							

p<.05

(Continúa)

5. Resultados

VARIABLES		N total (%)	N controles (%)	N suicidios (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign.	Phi	V Cramer	sign.
PENTENCIARIAS	R_regimenvida_R	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	Regimen ordinario	201 (93,1%)	141 (94%)	60 (99,9%)			5,506	,042		,171	,051
	Regimen abierto	10 (4,6%)	8 (5,3%)	2 (3%)							
	Regimen cerrado	5 (2,3%)	1 (0,7%)	4 (6,1%)							
	R_modulo	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	CIS	6 (2,8%)	6 (4%)	0 (0%)							
	Casa	2 (0,9%)	2 (1,3%)	0 (0%)							
	Dependencias exteriores	2 (0,9%)	0 (0%)	2 (0,9%)							
	Aislamiento	16 (7,4%)	2 (1,3%)	14 (21,1%)							
	Enfermeria	10 (4,6%)	6 (4%)	4 (6,1%)			49,144	,000		,502	,000
	Ingresos	11 (5,1%)	3 (2%)	8 (12,1%)							
	Módulo discapacitados	2 (0,9%)	1 (0,7%)	1 (1,5%)							
	Módulo PAIEM	2 (0,9%)	0 (0%)	2 (3%)							
	Módulo respeto	82 (38%)	66 (44%)	16 (24,2%)							
	Módulo terapeutico	13 (6%)	11 (7,3%)	2 (3%)							
	Módulo ordinario	70 (32,4%)	53 (35,3%)	17 (25,8%)							
	R_celda_R	214	148 (69,2%)	66 (30,8%)							
	Compartida	109 (50,9%)	89 (60,1%)	20 (30,3%)	16,254	1		,000	,276		,000
	Individual	105 (49,1%)	59 (39,9%)	46 (69,7%)							
	R_altaactividadespaiem	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	No	206 (95,4%)	147 (98%)	59 (89,4%)	7,688	1		,010	,189		,010
	Si	10 (4,6%)	3 (2%)	7 (10,6%)							
	R_activdeportivas	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	No	149 (69%)	93 (62%)	56 (84,8%)	11,183	1		,001	-,228		,001
	Si	67 (31%)	57 (38%)	10 (15,2%)							
	R_activeducativas	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	No	133 (61,6%)	81 (54%)	52 (78,8%)	11,902	1		,001	-,235		,001
	Si	83 (38,4%)	69 (46%)	14 (21,2%)							
	R_activlaborales	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	No	139 (64,4%)	87 (58%)	52 (78,8%)	8,634	1		,003	-,200		,003
	Si	77 (35,6%)	63 (42%)	14 (21,2%)							
	Ningunaactividad	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	No realiza ninguna actividad	46 (21,3%)	16 (10,7%)	30 (45,5%)	33,093	1		,000	-,391		,000
	Realiza al menos una actividad	170 (87,7%)	134 (89,3%)	36 (54,5%)							
	R_abandonoactividades	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	No	210 (97,2%)	150 (100%)	60 (97,2%)	14,026	1		,001	,255		,001
	Si	6 (2,8%)	0 (0%)	6 (2,8%)							
	R_peculio_R	205	150 (73,2%)	55 (26,8%)							
	No	26 (12,7%)	13 (8,7%)	13 (23,6%)	8,143	1		,006	-,199		,006
	Si	179 (87,3%)	137 (91,3%)	42 (76,4%)							
	R_comunicaciones2	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	Habituales	90 (41,7%)	71 (47,3%)	19 (28,8%)							
	Esporádicas	43 (19,9%)	33 (22%)	10 (19,9%)			15,378	,001		,276	,001
	No 3*	79 (36,6%)	42 (28%)	37 (56,1%)							
		4 (1,9%)	4 (2,7%)	0 (0%)							
	R_problemasconvivencia	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	No	179 (82,9%)	134 (89,3%)	45 (68,2%)	14,445	1		,000	,259		,000
	Si	37 (17,1%)	16 (10,7%)	21 (31,8%)							
	R_problemasregimentales	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)							
	No	185 (85,6%)	139 (92,7%)	46 (69,7%)	19,673	1		,000	,302		,000
	Si	31 (14,4%)	11 (7,3%)	20 (30,3%)							

p<.05

(Continúa)

Estudio de suicidios y tentativas de suicidio en el ámbito penitenciario 2022-2023

		N total (%)	N controles (%)	N suicidios (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign.	Phi	V Cramer	sign.
VARIABLES CLÍNICAS	R_problematícdrogas	214	150 (70,1%)	64 (29,9%)	4,78	1		,030	,149		,030
	No	77 (36%)	61 (40,7%)	16 (25%)							
	Si	137 (64%)	89 (59,3%)	48 (75%)							
	R_apiscopat	216	150 (69,4%)	66 (30,6)	13,898	1		,000	,254		,000
	No	171 (79,2%)	129 (86%)	42 (63,6%)							
	Si	45 (20,8)	21 (14%)	24 (36,4%)							
	R_disociabilidad	207	148 (71,8%)	58 (28,2%)	13,405			,020		,271	,002
	No	178 (86,4%)	133 (89,9%)	45 (77,6%)							
	Física	9 (4,4%)	8 (5,4%)	1 (1,7)							
	Intelectual	3 (1,5%)	2 (1,4%)	1 (1,7%)							
	Psíquica	16 (7,8%)	5 (3,4%)	11 (19%)							
	R_asistenciasanitariasultimasemas	194	140 (72,2%)	54 (27,8%)	14,458	1		,000	,273		,000
	No	133 (68,6%)	107 (76,4%)	26 (48,1%)							
	Si	61 (31,4%)	33 (23,6%)	28 (51,9%)							
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	R_antecedentefamiliar	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)	6,284	1		,017	-,171		,017
	No	192 (88,9%)	128 (85,3%)	64 (97%)							
	Si	24 (11,1%)	22 (14,7%)	2 (3%)							
FACTORES PROTECCIÓN	R_FPapoyo	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)	31,478	1		,000	-,382		,000
	No	75 (34,7%)	34 (22,7%)	41 (62,1%)							
	Si	141 (65,3%)	116 (77,3%)	25 (37,9%)							
	R_FExpectativasfuturo	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)	18,182	1		,000	-,290		,000
	No	162 (75%)	100 (66,7%)	62 (93,3%)							
	Si	54 (25%)	50 (33,3%)	4 (6,1%)							
	R_FMotivacióncambio	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)	12,423	1		,000	-,240		,000
	No	157 (73%)	99 (66%)	58 (89,2%)							
	Si	58 (27%)	51 (34%)	7 (10,8%)							
FACTORES DESENCADENANTES	R_causaspendientes	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)	4,374	1		,045	-,142		,045
	No	171 (79,2%)	113 (75,3%)	58 (87,9%)							
	Si	45 (20,8%)	37 (24,7%)	8 (12,1%)							
	R_deleitograve	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)	20,514	1		,000	-,308		,000
	No	163 (75,5%)	100 (66,7%)	63 (95,5%)							
	Si	53 (24,5%)	50 (33,3%)	3 (4,5%)							
	R_ruptura	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)	4,054	1		,030	-,137		,044
	No	168 (77,8%)	111 (74%)	57 (86,4%)							
	Si	48 (22,2%)	39 (26%)	9 (13,6%)							
	R_dificultadeseconómicas	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)	6,238	1		,013	-,170		,013
	No	183 (84,7%)	121 (80,7%)	62 (93,9%)							
	Si	33 (15,3%)	29 (19,3%)	4 (6,1%)							
	R_75RFP72RP	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)	14,354	1		,000	,238		,000
	No	205 (94,9%)	148 (98,7%)	57 (86,4%)							
	Si	11 (5,1%)	2 (1,3%)	9 (13,6%)							
	R_presionesdeudas	216	150 (69,4%)	66 (30,6%)	5,696	1		,029	,162		,029
	No	209 (96,8%)	148 (98,7%)	61 (92,4%)							
	Si	7 (3,2%)	2 (1,3%)	5 (7,6%)							

p<.05

Por su parte, respecto de las variables penales resultaron significativas la situación penal/procesal y dos tipos delictivos concretos (delitos contra la libertad sexual y delitos contra la propiedad). El porcentaje de preventivos en el grupo de suicidios (34,8 %) fue estadísticamente superior al del grupo control (11,4 %). Respecto de los delitos, el porcentaje de personas condenadas por delitos contra la libertad sexual en el grupo control (25,3 %) fue estadísticamente superior al del grupo de suicidios (3 %), mientras que considerando los delitos contra la propiedad la relación se invierte: un 47 % de los internos que fallecieron por suicidio en 2022 y 2023 fueron condenados por delitos contra la propiedad, mientras que ese porcentaje para el grupo control fue de 32 %.

Una parte importante de las variables que resultaron significativas en este análisis bivariente preliminar se enmarcan en el ámbito penitenciario. Los análisis bivariantes arrojan diferencias estadísticamente significativas en cuanto al régimen de vida (un mayor porcentaje de personas en régimen cerrado en el grupo de suicidios 6,1 % respecto del grupo control 0,7 %), el módulo de residencia (mayor porcentaje de personas en aislamiento 21,2 % vs. 1,3 % y en ingresos 12,1 % vs. 2 % en el grupo de suicidios, mientras que en el grupo control predominan los internos e internas que se encuentran en módulos

de respeto 44 % vs. 24,2 %), el tipo de celda (con predominio de las celdas individuales en el caso del grupo de suicidios 69,7 % y compartidas en el caso del grupo control 60,1 %), la participación o no en ciertas actividades (la participación en actividades enmarcadas en el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales-PAIEM-, la no participación en actividades educativas, deportivas o laborales, no realizar ninguna actividad o haberlas abandonado en el mes anterior como factores de riesgo), la existencia de ingresos económicos (un 23,6 % de los internos e internas del grupo de suicidios carecían de ingresos económicos frente a un 8,7 % del grupo control), el disfrutar de comunicaciones (un 56,1 % de las personas del grupo de suicidios carecían de comunicaciones presenciales frente a un 28 % del grupo control) o la existencia de problemas regimentales (30,3 % en el grupo de suicidios frente a un 7,3 % en el grupo control) o de convivencia con otros compañeros y compañeras de internamiento (un 31,8 % en el grupo de suicidios frente a un 10,7 % del grupo control).

Respecto de las variables clínicas, resultaron significativas la existencia de problemática de consumo de drogas en el pasado o en el presente, de trastornos psicopatológicos, de alguna discapacidad reconocida y el haber solicitado asistencia sanitaria la semana anterior al suicidio. En concreto, de los internos que fallecieron por suicidio en 2022 y 2023, un 75 % presentaban problemas de drogodependencias (frente al 59,3 % de los controles), un 36,4 % contaban con antecedentes psicopatológicos (frente a un 14 % de los controles), un 19 % contaban con una discapacidad psíquica reconocida (frente a un 3,4 % del grupo control) y un 51,9 % habían recibido asistencia sanitaria en la semana previa a su fallecimiento (frente al 23,6 % del grupo control).

En cuanto a las experiencias traumáticas, encontramos un resultado llamativo en tanto que parece contrario al sentido común: la existencia de antecedentes toxicofílicos o penales en la familia de origen muestra una menor frecuencia en el grupo de suicidios (3 %) frente al grupo de controles (14,7 %).

Relativo a los factores de protección, los análisis arrojan diferencias estadísticamente significativas respecto de la existencia de apoyo (un 77,3 % de los controles contaba con apoyo mientras el porcentaje entre los suicidios era del 37,9 %), de expectativas de futuro (un 33,3 % del grupo control albergaban expectativas de futuro mientras solo lo hacía el 6,1 % del grupo de suicidios) y de motivación al cambio (un 34 % de los controles estaban dispuestos a iniciar su proceso de cambio mientras que solo un 10,8 % estaba por ello en el grupo de suicidios).

Finalmente, encontrarse en las situaciones de aislamiento contempladas en los artículos 72 y 75 del Reglamento Penitenciario³⁹ y contar con deudas y/o ser objeto de presiones internas parecen incrementar el riesgo de suicidio en tanto que un 13,6 % y un 7,6 % del grupo de suicidios (frente a un 1,3 % del grupo controles) se encontraban bajo esas

³⁹ Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Publicado en el Boletín Oficial del Estado núm. 40, de 15/02/1996.

limitaciones regimentales o estaban sometidos a ese tipo de presiones respectivamente y tales circunstancias se consideraron como desencadenantes por parte de sus equipos de referencia. Al igual que sucediera con las experiencias traumáticas, alguno de los resultados obtenidos en la esfera de los factores desencadenantes, resulta desconcertante por contravenir las expectativas conformadas en base a hallazgos teóricos previos y a nuestra propia experiencia profesional. Nos referimos a la existencia de causas pendientes, encontrarse en prisión por la comisión de un delito grave o que hubiera causado gran alarma social, haber vivido la ruptura reciente de una relación de pareja o tener dificultades económicas, que fueron considerados en este trabajo en la creencia de que constituirían factores de riesgo. No obstante, el porcentaje de personas que mostraron tales circunstancias en el grupo control fue significativamente superior que entre los suicidios: dentro del grupo de controles, un 24,7 % (frente a un 12,1 %), un 33,3 % (frente a un 4,5 %), un 26 % (frente a un 13,6 %) y un 19,3 % (frente a un 6,1 %), tenían causas pendientes, habían cometido delitos graves o que hubieran causado gran alarma social, habían roto con sus parejas o tenían dificultades económicas, respectivamente.

Para las variables cuantitativas el grupo de suicidios fue comparado con el grupo control mediante la prueba no paramétrica *U de Mann Whitney*, dado que la única variable continua que cumplía con los criterios de normalidad y homocedasticidad que permitían aplicar la *t* de student (la edad) resultó no significativa ($t(214) = 1,046$, $p = 0,297$) y las variables discretas, considerando el reducido número de valores que asumieron, fueron tratadas como ordinales. Los resultados que se refieren a las aquellos factores que resultaron significativos aparecen recogidos en la tabla 4⁴⁰.

Tabla 4. Análisis bivariantes para las variables cuantitativas y ordinales en suicidios versus controles

		Controles (n=150)	Suicidios (n=66)	U Mann Whitney	sign.
		Mediana (rango)	Mediana (rango)		
VARIABLES PENALES	CONDENADAS	1896 (19435)	1209.50 (7330)	2098.000	,015
VARIABLES PENITENCIARIAS	NINGRESOSPREVIOSPRISION	0 (8)	1 (8)	4065.000	,025
	DIASHASTASUICIDIO	609.50 (10078)	251 (4582)	3349.000	,000
	DIASHASTASUICIDIO2	274 (4095)	97 (1014)	3274.000	,000
	DIASDESUICIDIO	1062 (8922)	636 (5913)	2254.000	,000
	NSANCIONESINCANCELAR	0 (19)	0 (20)	4355.000	,047
	NAGRESIONESVERBALES	0 (6)	0 (15)	4217.000	,013
VARIABLES CLÍNICAS	NAUTOLESIONESULTIMO AÑO	0 (0)	0 (6)	3825.000	,000
	NAUTOLESIONESMASDEUNA AÑO	0 (1)	0 (15)	3929.000	,000
	NINTOXICACIONES	0 (9)	0 (3)	4446.500	,029
FACTORES PROTECCIÓN	R_factoresproteccion_R	2 (4)	0 (2)	1526.500	,000
FACTORES DESENCADENANTES	R_desencadenantesjudiciales_R	1 (3)	0 (3)	2656.500	,000
	R_desencadenantes sociales_R	0 (3)	0 (1)	3680.500	,000
	R_desencadenantespersonales_R	1 (4)	1 (3)	4086.000	,030
	R_desencadenantespenitenciarios_R	0 (3)	0 (2)	3879.000	,001

$p < .05$

Como se indica en la tabla, los grupos de suicidios y de controles mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de ingresos previos en prisión, de sanciones sin cancelar en el momento de la comisión del suicidio, de agresiones verbales protagonizadas desde su último ingreso, de autolesiones protagonizadas en el último año

⁴⁰ $p < .05$

y en los años anteriores, de intoxicaciones desde su entrada en prisión y de desencadenantes personales y penitenciarios que acumulaban, en tanto que en estas las puntuaciones del grupo de suicidios fueron superiores a las del grupo de controles. En sentido contrario, las puntuaciones de los controles fueron superiores respecto de la cuantía de la condena en días (para el caso de los penados), los días transcurridos desde su ingreso en prisión y en el centro penitenciario (cuando hubiera mediado traslado) hasta el evento y desde este a la libertad definitiva, el número de factores de protección y de desencadenantes judiciales y sociales, hallazgo este último que parece contravenir las expectativas lógicas desde el punto de vista tanto teórico como empírico.

Todas aquellas variables que hubieron arrojado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de suicidios y el de controles en los análisis bivariantes, fueron incluidas en posteriores análisis multivariantes (análisis de regresión logística) cuyos resultados pasarán a ser descritos en el epígrafe que sigue.

5.2.2. Análisis multivariantes

5.2.2.1. Análisis de regresión logística

Los análisis de regresión logística se desarrollaron en dos etapas: una primera en la que se agruparon en cinco bloques las variables que habían resultado significativas en los análisis bivariantes (sociodemográficas, penales, penitenciarias, clínicas y experiencias traumáticas/factores de protección/factores desencadenantes) obteniendo cinco modelos de regresión diferenciados⁴¹; en una segunda etapa, aquellos factores que hubieran resultado significativos en estos análisis parciales fueron incluidos en un modelo de regresión global. En todos los casos se emplearon los métodos introducir y paso a paso hacia atrás y se consideraron para posteriores análisis todas las variables que hubieran resultado significativas por cualquiera de los dos métodos. En el caso de los modelos por bloques, se recogerán todos los parámetros de los diferentes modelos, pero solo se reportarán los resultados para las variables significativas, mientras que en el caso del modelo final se reportarán todos los resultados obtenidos mediante el método introducir que es el que presenta un mejor ajuste.

Los parámetros de todos los modelos parciales, considerando de forma separada las variables sociodemográficas, penales, penitenciarias, clínicas y experiencias traumáticas/factores de protección/desencadenantes que hubieron resultado significativas en los análisis bivariantes, se presentan en la tabla 5 (para el método introducir) y en la tabla 6 (para el método paso a paso hacia atrás). Para cada modelo se recogen las pruebas de bondad de ajuste (R^2 de Nagelkerke y Hosmer y Lemeshow), las pruebas ómnibus y los valores de sensibilidad y especificidad.

⁴¹ Ver anexo 5

Las pruebas ómnibus significativas ($p < .05$) indican que cada uno de los modelos, con las respectivas variables predictoras consideradas, tiene mejor ajuste que el modelo nulo (aquel en el que se considera únicamente la constante), por lo que, al menos, uno de los coeficientes de cada uno de los modelos es diferente a cero.

La prueba de Hosmer y Lemeshow compara los valores esperados por el modelo de regresión con los valores realmente observados. Ambas distribuciones, esperada y observada, se contrastan mediante χ^2 . El rechazo de la hipótesis nula indicaría problemas de ajuste. Para todos los modelos obtenidos empleando los métodos introducir y paso a paso hacia atrás, la prueba resultó no significativa ($p > .05$), lo que indica que los modelos están bien ajustados.

La R^2 de Nagelkerke indica la proporción de varianza de la variable dependiente (suicidio) asociada con las variables predictoras (o lo que es lo mismo, explicada por el modelo), por lo que a mayor valor mejor ajuste del modelo. Sus valores oscilan entre el 0,22 del modelo de variables penales (que son las que menor poder explicativo muestran; estas variables solo explican el 22 % de la varianza de la variable dependiente) y el 0,76 del modelo de experiencias traumáticas/factores de protección/factores desencadenantes (0,72 para el método paso a paso hacia atrás) que son las que explican una mayor proporción de variabilidad de la variable dependiente (76 % o 72 % según el método empleado). Le siguen los modelos de variables penitenciarias (69 %), variables clínicas (48 %) y variables sociodemográficas (37 %). Estos resultados parciales indican que experiencias traumáticas, factores de protección y factores desencadenantes son los que mayor capacidad explicativa del fenómeno del suicidio en prisión tendrían.

Respecto de los valores de especificidad y sensibilidad, o lo que es lo mismo, la capacidad de los modelos para detectar los verdaderos negativos y los verdaderos positivos respectivamente, estos arrojan valores más que razonables de especificidad (superiores al 90 % para todos los modelos), es decir, en términos generales cualquiera de ellos es eficaz a la hora de identificar adecuadamente a los controles. No obstante, los valores de sensibilidad son muy bajos (incluso en algunos casos por debajo del valor esperado en el caso del azar-50 %), lo que nos indica que los modelos que consideran exclusivamente variables sociodemográficas (45,8 % o 50 % según el método), penales (34,8 %), penitenciarias (67,6 % o 62,2 % según el método) o clínicas (46 %) tienen poca capacidad para identificar como suicida a una persona que realmente lo es. De nuevo, el modelo que más eficaz se muestra a la hora de pronosticar los suicidios es el de experiencias traumáticas/factores de protección y factores desencadenantes, con una sensibilidad del 80 % (81,5 % con el método paso a paso hacia atrás)⁴².

⁴² De forma habitual se suele asumir que el modelo es adecuado cuando presenta valores de sensibilidad y especificidad por encima del 75 %.

Tabla 5. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para suicidios vs. controles (método introducir)

	Método introducir					
	Bondad de ajuste		Pruebas omnibus		Especificidad	Sensibilidad
	R Nagelkerke	Hosmer y Lemeshow	Chi cuadrado	sign.		
		Chi cuadrado	sign.			
Variables sociodemográficas	.376	3,475	.901	57,373	.000	91,30%
Variables penales	.223	0,277	.964	36,909	.000	91,30%
Variables penitenciarias	.692	7,751	.458	100,442	.000	96,90%
Variables clínicas	.483	1,507	.959	75,913	.000	98,60%
Experiencias traumáticas, F.protección y desencadenantes	.760	3,165	.924	165,385	.000	93,30%

p<.05

Tabla 6. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para suicidios vs. controles (método paso a paso hacia atrás)

	Método paso a paso (hacia atrás)					
	Bondad de ajuste		Pruebas omnibus		Especificidad	Sensibilidad
	R Nagelkerke	Hosmer y Lemeshow	Chi cuadrado	sign.		
		Chi cuadrado	sign.			
Variables sociodemográficas	.365	5,308	.622	55,580	.000	91,30%
Variables penales	.227	0,92	.631	36,909	.000	91,30%
Variables penitenciarias	.691	3,414	.906	93,837	.000	96,00%
Variables clínicas	.483	0,614	.961	74,010	.000	98,60%
Experiencias traumáticas, F.protección y desencadenantes	.725	3,006	.884	154,272	.000	92,00%

p<.05

Las tablas 7 y 8 muestran los resultados para aquellas variables que resultaron significativas con alguno de los métodos (introducir y paso a paso hacia atrás, respectivamente) para cada uno de los modelos. Las odds ratio (OR) oscilan entre 0 e infinito. Que la OR sea igual a 1 nos indica la ausencia de asociación entre la variable predictora y la variable suicidio; valores menores que 1 indican una asociación negativa (la variable actuará como factor de protección ante el suicidio disminuyendo su probabilidad de ocurrencia) y valores mayores que 1 positiva (la variable actuará como factor de riesgo incrementando su probabilidad de ocurrencia). Cuanto más se aleje la OR de 1, más fuerte es la asociación.

Para el modelo de variables sociodemográficas la única variable que resultó finalmente significativa fue la que considera el tipo de relaciones que se establecen con la familia de origen: tener relaciones normalizadas con la familia de origen redujo el riesgo de verse implicado en un suicidio consumado en más de 5 veces respecto de tener relaciones conflictivas con la familia de origen.

Respecto de las variables penales, estar penado constituye un factor de protección (en contrapartida, ser preventivo constituye un factor de riesgo, incrementando la probabilidad de fallecer por suicidio). Estar penado disminuye en casi 5 veces el riesgo de suicidio. Haber cometido un delito contra la libertad sexual disminuye en más de 8 la probabilidad de protagonizar un suicidio, mientras que haber cometido un delito contra la propiedad multiplica por 2 dicha probabilidad.

En cuanto a las variables penitenciarias, respecto de estar en módulos ordinarios, encontrarse destinado en un módulo terapéutico⁴³ o en el módulo de ingresos incrementa

⁴³ Entendiendo por estos módulos aquellos en los que se desarrolla una intervención específica en materia de deshabituación de drogas en régimen de UTE o comunidad terapéutica.

la probabilidad de protagonizar un suicidio en 12 y 31 veces respectivamente. Estar en celda compartida constituye un factor de protección (estar en celda individual lo sería de riesgo), reduciendo en más de 4 veces las probabilidades de fallecer por suicidio. Ser usuario de actividades enmarcadas dentro del Programa de Atención Integral para Enfermos Mentales (PAIEM) se relaciona con un incremento de la probabilidad de ocurrencia de un suicidio consumado entre 15 y 27 veces dependiendo del modelo considerado. Mantener comunicaciones habituales o esporádicas (respecto de no mantener ningún tipo de comunicaciones) disminuye la probabilidad de ocurrencia de un suicidio entre 4 y 12 veces (8 veces para el método paso a paso).

Pasando a las variables clínicas, solo dos de ellas resultaron significativas en los análisis de regresión: la discapacidad y el haber solicitado asistencia sanitaria en la semana anterior al hecho. Respecto de tener reconocida la discapacidad psíquica, no tener discapacidad alguna o que la discapacidad reconocida fuera física disminuye la probabilidad de verse implicado en un suicidio en 5 y 16 veces respectivamente (en sentido inverso, tener una discapacidad psíquica incrementa el riesgo de suicidio). Haber solicitado asistencia sanitaria la semana anterior al fallecimiento se relaciona con un incremento de más de 4 veces de la probabilidad de fallecer por suicidio.

Finalmente en lo que a factores de protección y riesgo y experiencias traumáticas se refiere, a más factores de protección acumulados menor probabilidad de protagonizar un suicidio. Así mismo, mostrar motivación al cambio reduce en 7 veces el riesgo de suicidio. De otra parte, constituyen factores de riesgo estar en las situaciones regimentales contempladas en los artículos 75 y 72 del Reglamento Penitenciario (incrementando entre 17 y 18 veces el riesgo según el modelo) y tener deudas o ser víctima de presiones por parte de otros compañeros y compañeras de internamiento (incrementando entre 29 y 51 veces el riesgo según el modelo). En la línea de los hallazgos de los análisis bivariantes previamente expuestos, hay dos variables que se enmarcan en este bloque cuyos resultados van en contra de lo que el sentido común parece dictar: no contar con antecedentes penales o toxicofílicos en la familia de origen y no tener dificultades económicas incrementan el riesgo de suicidio. Lo mismo sucede con el número de desencadenantes sociales y desencadenantes judiciales acumulados: los análisis de regresión indican que a mayor cantidad de desencadenantes agregados menor el riesgo de suicidio. Ante estos descubrimientos, se optó por eliminar de los análisis de regresión globales posteriores estas dos últimas variables (número de desencadenantes sociales y número de desencadenantes judiciales), en tanto que entendíamos que los resultados podrían verse desvirtuados y contábamos con explicaciones alternativas que pudieran dar cuenta de ellos y que serán abordadas con más detalle en el epígrafe de discusión.

Tabla 7. Modelos de regresión logística por bloques suicidios vs. controles (método introducir)

	Método introducir					
	Wald	gl	sign.	Exp (B)-OR	OR inversa	IC 95% (min-max)
Variables sociodemográficas						
R_relacionesfamorigen (si vs. si conflictivas)	7,270	1	,007	0,193	5,18	0,058 0,638
Variables penales						
R_situacionpenal_R (penado)	15,432	1	,000	0,203	4,92	0,091 0,449
R_Dcontnalibsex (si)	7,556	1	,006	0,123	8,13	0,028 0,548
R_Dcontnapropiedad (si)	4,247	1	,039	2,043		1,036 4,029
Variables penitenciarias						
R_modulo (terapéutico vs. ordinario)	4,513	1	,034	12,705		1,217 132,603
R_celda_R (compartida)	4,048	1	,044	0,209	4,78	0,046 0,96
R_altaactividadespaem (no participar)	5,832	1	,016	0,036	27,77	0,002 0,533
R_comunicaciones2 (esporádicas vs. no tener)	5,249	1	,022	0,078	12,82	0,009 0,692
Variables clínicas						
R_asistenciasanitariaultimasemana (haber asistido a consulta)	11,054	1	,001	4,310		1,823 10,225
Experiencias traumáticas, F.protección y desencadenantes						
R_antecedfamorigen (no tener)	7,185	1	,007	51,568		2,886 921,417
R_factoresproteccion_R	17,03	1	,000	0,018	55,55	0,003 0,121
R_FPmotivacióncambio (tener)	3,914	1	,048	0,127	7,87	0,016 0,981
R_desencadenantesociales_R	11,25	1	,001	0,037	27,02	0,006 0,255
R_dificultadeseconomicas (no tener)	6,146	1	,013	25,667		1,973 333,859
R_7SRP72RP (estar en)	4,284	1	,038	17,848		1,165 273,362
R_presionesdeudas (tener)	4,629	1	,031	29,561		1,352 646,304

p<.05

Tabla 8. Modelos de regresión logística por bloques suicidios vs. controles (método paso a paso hacia atrás)

	Método paso a paso (hacia atrás)					
	Wald	gl	sign.	Exp (B)-OR	OR inversa	IC 95% Exp (min-max)
Variables sociodemográficas						
R_relacionesfamorigen (si vs. si conflictivas)	7,624	1	,006	0,191	5,23	0,059 0,618
Variables penales						
R_situacionpenal_R (penado)	15,432	1	,000	0,203	4,92	0,091 0,449
R_Dcontnalibsex (si)	7,556	1	,006	0,123	8,13	0,028 0,548
R_Dcontnapropiedad (si)	4,247	1	,039	2,043		1,036 4,029
Variables penitenciarias						
R_modulo (ingresos vs. ordinario)	4,522	1	,033	31,192		1,309 743,124
R_celda_R (compartida)	4,239	1	,040	0,221	4,52	0,053 0,93
R_altaactividadespaem (no participar)	4,753	1	,029	0,065	15,38	0,006 0,759
R_comunicaciones2 (habituales vs. no tener)	4,193	1	,041	0,245	4,08	0,064 0,942
R_comunicaciones2 (esporádicas vs. no tener)	4,964	1	,026	0,117	8,54	0,018 0,772
Variables clínicas						
R_discapacidad (no tener vs. psíquica)	4,699	1	,030	0,189	5,29	0,042 0,853
R_discapacidad (física vs. psíquica)	4,152	1	,042	0,060	16,66	0,004 0,898
R_asistenciasanitariaultimasemana (haber asistido a consulta)	11,141	1	,001	4,410		1,789 9,539
Experiencias traumáticas, F.protección y desencadenantes						
R_antecedfamorigen (no tener)	6,424	1	,011	32,570		2,203 481,613
R_factoresproteccion_R	34,911	1	,000	0,092	10,86	0,042 0,203
R_desencadenantesjudiciales_R	14,148	1	,000	0,223	4,48	0,102 0,488
R_dificultadeseconomicas (no tener)	5,037	1	,025	14,860		1,408 156,863
R_7SRP72RP (estar en)	5,473	1	,019	18,630		1,607 215,964
R_presionesdeudas (tener)	6,987	1	,008	51,451		2,77 955,783

p<.05

Una vez realizados los análisis de regresión preliminares por bloques, se procedió a realizar un análisis de regresión global que incluyó todos aquellos factores que habían resultado significativos por cualquiera de los dos métodos empleados. Se recogen exclusivamente los resultados para el modelo global obtenido mediante el método introducir al ser el que mejor ajuste muestra⁴⁴ (tabla 9). La prueba ómnibus resultó significativa ($\chi^2 = 136,711$; $p = ,000$), y las pruebas R^2 de Nagelkerke ($R^2 = 0,772$) y Hosmer Lemeshow ($\chi^2 = 9,88$; $p = ,274$) indicaron una buena bondad de ajuste del modelo. El modelo obte-

⁴⁴ Por el método paso a paso hacia atrás: pruebas ómnibus $\chi^2 = 126,807$ ($p = ,000$); $R^2 = 0,733$; Hosmer y Lemeshow $\chi^2 = 6,445$ ($p = ,598$); especificidad = 96,4 % y sensibilidad = 78,7 %.

nido explica el 77 % de la variabilidad de la variable suicidio. Los niveles de sensibilidad y especificidad fueron 85,1 % y 97,1 % respectivamente, lo que indica mejor capacidad para pronosticar los casos verdaderos positivos (clasificar a sujetos de alto riesgo como de alto riesgo; el 85,1 % de los suicidios son clasificados correctamente como suicidios por el modelo) y los verdaderos negativos (clasificar a los sujetos de bajo riesgo como de bajo riesgo; el 97,1 % de los controles son clasificados correctamente como controles por el modelo) que cada uno de los modelos previos independientemente considerados.

Tabla 9. Modelo de regresión logística global suicidios vs. controles (método introducir)

	Regresión modelo final suicidios versus controles (Introducir)						
	B	E.T.	Wald	gl	Sign.	Exp(B)-OR	OR inversa IC 95% Exp(B) (mín-max)
R_relacionesfamorigen (REF si conflictivas)			6,442	3	,092		
R_relacionesfamorigen (no vs. si conflictivas)	-0,110	1,333	0,007	1	,934	0,896	0,066 12,224
R_relacionesfamorigen (no conflictivas vs. si conflictivas)	-4,878	2,209	4,874	1	,027*	0,008	125 0,000 0,579
R_relacionesfamorigen (si vs. sin conflictivas)	-1,424	1,153	1,525	1	,217	0,241	0,025 2,307
R_situacionpenal_R (penado)	-0,990	1,014	0,953	1	,329	0,372	0,051 2,711
R_Dcontralibsex (si)	-4,041	1,538	6,906	1	,009*	0,018	55,555 0,001 0,358
R_Dcontrapropiedad (si)	0,087	0,798	0,012	1	,913	1,091	0,228 5,212
R_módulo (REF ordinario)			12,768	7	,078		
R_módulo (aislamiento vs. ordinario)	3,120	1,523	4,196	1	,041*	22,652	1,144 448,478
R_módulo (CIS vs. ordinario)	-14,582	22560,155	0,000	1	,999	0,000	0,000
R_módulo (enfermería vs. ordinario)	1,498	1,380	1,180	1	,277	4,474	0,300 66,836
R_módulo (ingresos vs. ordinario)	6,107	1,996	9,365	1	,002*	449,103	8,988 22441,239
R_módulo (discapacitados vs. ordinario)	23,458	40192,970	0,000	1	1,000	1,84E+10	0,000
R_módulo (respeto vs. ordinario)	0,650	0,838	0,373	1	,449	1,915	0,356 10,298
R_módulo (terapéutico vs. ordinario)	-1,873	1,566	1,490	1	,232	0,154	0,007 3,311
R_celda_R (coocupada)	-0,876	0,809	1,173	1	,279	0,417	0,085 2,032
R_altaactividadespasam (no participar)	-0,798	1,517	0,277	1	,599	0,450	0,023 8,794
R_comunicaciones2 (REF no tener)			2,611	3	,456		
R_comunicaciones2 (habituales vs. no tener)	-0,148	0,809	0,034	1	,855	0,862	0,177 4,208
R_comunicaciones2 (esporádicas vs. no tener)	-1,511	0,983	2,363	1	,124	0,221	0,032 1,515
R_comunicaciones2 (no 3ª vs. no tener)	-1,792	29780,950	0,000	1	1,000	0,167	0,000
R_discapacidad (REF psíquica)			5,631	3	,131		
R_discapacidad (no tener vs. psíquica)	-2,294	1,121	4,187	1	,041*	0,101	9,900 0,011 0,908
R_discapacidad (física vs. psíquica)	-5,188	2,767	3,515	1	,061	0,006	0,000 1,266
R_discapacidad (intelectual vs. psíquica)	-19,180	40192,970	0,000	1	1,000	0,000	0,000
R_asistenciaunitariaultimasemana (no haber asistido a consulta)	0,677	0,737	0,842	1	,359	1,967	0,464 8,347
R_antecedentefamorigen (no tener)	5,923	5,032	1,386	1	,239	373,670	0,019 7172562,042
R_factoresproteccion_R (n° factores protección)	-2,078	0,586	12,569	1	,000*	0,125	8 0,040 0,395
R_Fmotivacióncambio (tener)	-0,970	1,143	0,721	1	,396	0,379	0,040 3,557
R_dificultadeconómicas (no tener)	2,391	1,098	4,740	1	,029*	10,924	1,269 94,004
R_75RP72RP (estar en)	2,105	3,908	0,290	1	,590	8,208	0,004 17404,929
R_presionesdeudas (tener)	1,495	2,046	0,534	1	,465	4,458	0,081 245,987
Constante	-0,750	5,530	0,018	1	,893	0,472	

*p<.05

En este modelo final resultaron significativos el tipo de relaciones mantenidas con la familia de origen, los delitos contra la libertad sexual, el tipo de módulo de residencia, la discapacidad, el número de factores de protección acumulados y las dificultades económicas. En concreto, no tener relaciones con la familia de origen por tener estas un cariz conflictivo disminuye el riesgo de suicidio respecto de tener relaciones con la familia de origen si estas son conflictivas, lo que viene a indicar que si las relaciones con la familia de origen son conflictivas, es preferible no mantenerlas. Lo mismo sucede con los delitos contra la libertad sexual: haber cometido un delito contra la libertad sexual disminuye el riesgo de protagonizar un suicidio, así como acumular factores de protección. Respecto de los módulos ordinarios, encontrarse en módulos de aislamiento e ingresos incrementa el riesgo de suicidio, así como tener reconocida una discapacidad psíquica (no tener discapacidad es un factor de protección).

De nuevo, como sucediera en los análisis previos, no tener dificultades económicas emerge sorprendentemente como un factor de riesgo incrementando la probabilidad de protagonizar un suicidio.

5.2.2.2. Análisis de supervivencia: Kaplan Meier y regresión de Cox

Aunque los análisis de regresión logística aportan información de incuestionable valía en cuanto a la relación que ciertas variables guardan con la probabilidad de ocurrencia del suicidio en prisión, lo hacen desde una perspectiva estática. En un fenómeno como el que nos ocupa, resulta especialmente relevante de cara a maximizar las tareas de prevención, considerar momentos concretos en los que internos e internas que presentan ciertas características se encuentran en una situación de especial riesgo. Esto implica, no solo profundizar en qué tipo factores hacen que la probabilidad de que ocurra un suicidio sea mayor, sino en qué periodos concretos lo será. Hacer ese tipo de inferencias es posible gracias a los análisis de supervivencia.

Partimos de aquellas variables que habían resultado significativas en los análisis bivariantes expuestos en el epígrafe 5.2.1⁴⁵. A partir de todas ellas se efectuó una selección, basándonos en hallazgos teóricos previos y en nuestra experiencia, de las que se entendía podían tener algún efecto en cuanto a la etapa del internamiento en el que se pudiera ver incrementado el riesgo de suicidio. Para cada una de ellas calculamos las funciones de supervivencia mediante Kaplan Meier y aplicamos la prueba de Log-Rank para ver si existía una diferencia estadísticamente significativa entre las funciones de supervivencia asociadas a cada uno de los grupos definidos por las diferentes categorías de la variable. A estos efectos, Kaplan Meier puede ser considerado un método de análisis exploratorio de supervivencia de naturaleza bivalente en tanto que solo considera una variable predictora cada vez. Las variables analizadas y resultados obtenidos para cada una de ellas se muestran en la tabla 10.

Tabla 10. Contraste de hipótesis sobre igualdad de funciones de supervivencia (Kaplan Meier)

	Kaplan Meier (Log-Rank)		
	χ^2	gl	sign.
R_situaciónpenal_R	81,331	1	,000*
R_Dcontralibsex	14,302	1	,000*
R_Dcontrapropiedad	0,257	1	,612
R_regimevida_R	4,685	2	,096
R_modulo	51,669	10	,000*
Ningunaactividad	44,403	1	,000*
R_problemasconvivencia	8,298	1	,004*
R_problemasregimentales	14,455	1	,000*
R_problemasdrogas	4,949	1	,026*
R_apscopat	12,108	1	,001*
R_discapacidad	15,53	3	,001*
R_75RP72RP	25,18	1	,000*
R_presionesdeudas	7,956	1	,005*

*p<.05

De las variables inicialmente estudiadas, todas menos haber cometido delitos contra la propiedad y el régimen de vida (ordinario, abierto, cerrado) resultaron significativas, lo

⁴⁵ Ver tabla 3 y tabla 4.

que indica que pudieran ser de relevancia a la hora de influir en el momento concreto en que el riesgo de protagonizar un suicidio en prisión es mayor. Por ello, las variables que arrojaron significación fueron consideradas para el posterior análisis de regresión de Cox, cuyos resultados se muestran en la tabla I I.

Tabla I I. Modelo de regresión de Cox para riesgo de suicidio desde el ingreso en prisión

	Modelo de regresión de Cox sobre riesgo de suicidio					
	B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp(B)-HR
R_situacionpenal_R (preventivo)	2,241	0,425	27,752	1	,000*	9,4
R_contraibsex (si)	-1,615	0,741	4,748	1	,029*	0,199
R_modulo (REF ordinario)			6,539	8	,587	
R_modulo (aislamiento vs. ordinario)	0,084	0,514	0,027	1	,870	1,088
R_modulo (casa vs. ordinario)	-11,416	529,132	0	1	,983	0,000
R_modulo (CIS vs. ordinario)	-11,452	488,302	0,001	1	,981	0,000
R_modulo (enfermería vs. ordinario)	1,152	0,605	3,629	1	,057	3,165
R_modulo (ingresos vs. ordinario)	1,123	0,592	3,594	1	,058	3,073
R_modulo (discapacitados vs. ordinario)	0,593	1,113	0,284	1	,594	1,81
R_modulo (respeto vs. ordinario)	0,401	0,402	0,997	1	,318	1,493
R_modulo (terapéutico vs. ordinario)	0,048	0,789	0,004	1	,951	1,049
Ningunaactividad (realiza la menos una actividad)	-1,292	0,34	14,427	1	,000*	0,275
R_problemasconvivencia (si)	0,086	0,366	0,055	1	,814	1,09
R_problemasregimentales (si)	-0,197	0,464	0,181	1	,671	0,821
R_problemasdrogas (si)	0,185	0,377	0,241	1	,623	1,203
R_apsicopat (si)	0,584	0,405	2,081	1	,149	1,793
R_discapacidad (si)	0,199	0,158	1,594	1	,207	1,22
R_75RP72RP (si)	0,756	0,495	2,33	1	,127	2,129
R_presionesdeudas (si)	0,246	0,565	0,19	1	,663	1,279

*p<.05

Tres fueron las variables que resultaron significativas. En primer lugar, la situación penal-procesal. En concreto, ostentar la condición de preventivo constituye un factor de riesgo (HR=9,4) en tanto en cuanto incrementa la velocidad con la que se produce el suicidio en más de nueve veces respecto de ser penado (o lo que es lo mismo, los internos preventivos protagonizan el suicidio en etapas más tempranas del internamiento con nueve veces más probabilidades que los internos penados). En segundo lugar, haber cometido delitos contra la libertad sexual se manifiesta como un factor que demora el momento en que aparece el riesgo de suicidio en un 80 % respecto de aquellos internos condenados por otros tipos penales (HR=0,199). Finalmente, participar en, al menos, una actividad disminuye la velocidad con la que aparece el riesgo de protagonizar un suicidio en un 72,5 % (HR=0,275) respecto de no participar en ninguna actividad. Aquellos internos e internas que no participan en ninguna actividad ven incrementada la velocidad con la que experimentan riesgo de suicidio en más de 3 veces.

Una interesante forma de visualizar los resultados numéricos arrojados por el análisis de regresión es la representación gráfica de las funciones de riesgo de suicidio acumulado mediante las curvas de riesgo para aquellas variables que han resultado significativas. Cada una de las gráficas mostradas en las figuras 3, 4 y 5 muestran las curvas de riesgo para cada una de las categorías de las variables consideradas (preventivos versus penados, personas que se encuentran en prisión por un delito contra la libertad sexual versus otros y personas que no participan en ninguna actividad versus los que participan en al menos

una, respectivamente). Estas gráficas representan el porcentaje acumulado de riesgo de protagonizar un suicidio para cada uno de los grupos desde que ingresan en prisión y a lo largo de su estancia en el centro.

Las personas que se encuentran en prisión preventiva y aquellas que no realizan ninguna actividad, muestran una tasa de riesgo de suicidio mayor en comparación con sus respectivos grupos de referencia a lo largo de todo el periodo estudiado. Ya desde las etapas iniciales del ingreso en prisión presentan más riesgo, diferencia que, además, se incrementa a medida que avanza el cumplimiento de la condena. En contrapartida, para internos que se encuentran en prisión por delitos contra la libertad sexual, el riesgo de suicidio se incrementa más adelante durante el internamiento y su tasa de riesgo se mantiene menor hasta el fin de su estancia en prisión. Lo que estos resultados nos indican es que para los preventivos, para aquellos que no han cometido delitos contra la libertad sexual y para los que no participan ninguna actividad, el riesgo de protagonizar un suicidio aparece más temprano (más cerca de su ingreso en prisión) que para los respectivos grupos de comparación y se mantiene más elevado a lo largo de todo el internamiento.

Figura 3. Curva de riesgo acumulado de suicidio en función de la situación penal-procesal

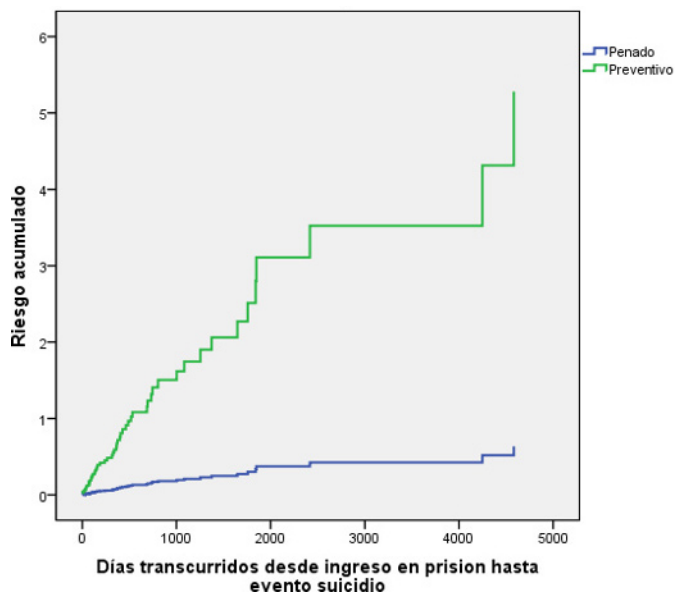


Figura 4. Curva de riesgo acumulado de suicidio para delitos contra la libertad sexual

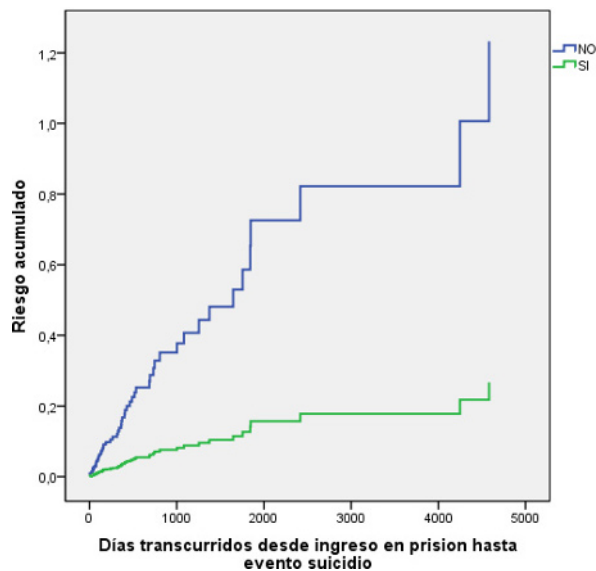
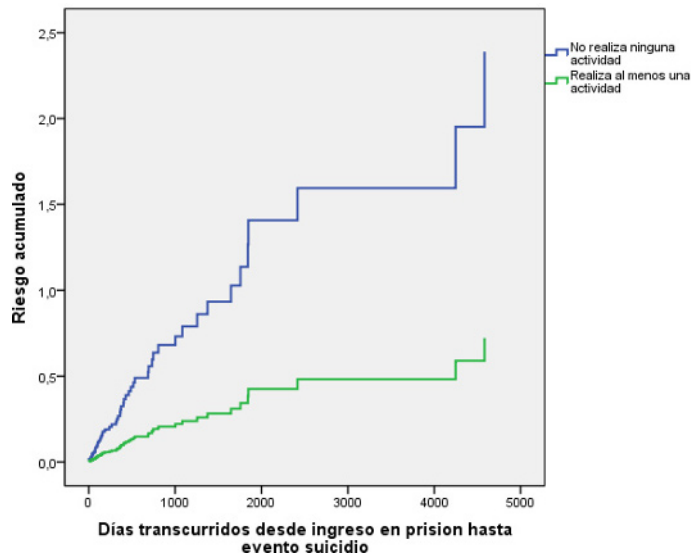


Figura 5. Curva de riesgo acumulado en función de la participación en actividades



5.2.2.3. Análisis de clúster

El análisis de *clúster* es una técnica de clasificación de tipo exploratorio que permite agrupar a los sujetos en grupos homogéneos en cuanto a algunas de sus características.

Tabla 12. Resultados de los análisis bivariantes para la diferenciación entre clústeres

	N total (%)	N clúster 1 (%)	N clúster 2 (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign.	Phi	V Cramer	sign.
EDAD_rangos	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
≤31 años	17 (28,3%)	11 (39,3%)	6 (18,8%)							
32 años a 45 años	32 (53,3%)	17 (60,7%)	15 (46,9%)				12,259		,454	,004*
46 años a 59 años	6 (10%)	0 (0%)	6 (18,8%)							
60 años ≤	5 (8,3%)	0 (0%)	5 (15,6%)							
DIAS HASTA SUICIDIO_rangos	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
≤7 días	6 (10%)	6 (21,4%)	0 (0%)							
16 días a 30 días	3 (5%)	2 (7,1%)	1 (3,1%)							
31 días a 60 días	5 (8,3%)	1 (3,6%)	4 (12,5%)				12,395		,457	0,020*
61 días a 180 días	13 (21,7%)	4 (14,3%)	9 (28,1%)							
181 días a 360 días	6 (10%)	1 (3,6%)	5 (15,6%)							
361 días ≤	27 (45%)	14 (50%)	13 (40,6%)							
R_ingresospresuprision	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	23 (38,3%)	7 (25%)	16 (50%)	3,948	1		,047*	-,257		,047
Si	37 (61,7%)	21 (75%)	16 (50%)							
R_situacionpenal_R	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
Penado	39 (65%)	15 (53,6%)	24 (75%)	3,014	1		,107			
Preventivo	21 (35%)	13 (46,6%)	8 (25%)							
R_ingresoreciente	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	51 (85%)	20 (71,4%)	31 (96,9%)	7,584	1		,006*	-,356		,006*
Si	9 (15%)	8 (28,6%)	1 (3,1%)							
R_transladoreciente	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	45 (75%)	17 (60,7%)	28 (87,5%)	5,714	1		,017*	-,309		,017*
Si	15 (25%)	11 (39,3%)	4 (12,5%)							
R_Dcontrapersonas	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	44 (77,3%)	20 (71,4%)	24 (75%)	0,097	1		,778			
Si	16 (26,7%)	8 (28,6%)	8 (25%)							
R_Dcontralibsex	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	58 (97,6%)	26 (92,9%)	32 (100%)			2,365	,214			
Si	2 (3,3%)	2 (9,1%)	0 (0%)							
R_DVG	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	41 (68,3%)	21 (75%)	20 (62,5%)	1,078	1		,406			
Si	19 (31,7%)	7 (25%)	12 (37,5%)							
R_Dcontrapropiedad	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	31 (51,7%)	13 (46,4%)	18 (56,3%)	0,577	1		,605			
Si	29 (48,3%)	15 (53,6%)	14 (43,8%)							
R_DCSP	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	57 (95%)	26 (92,9%)	31 (96,9%)			0,508	,594			
Si	3 (5%)	2 (7,1%)	1 (3,1%)							
R_DCST	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	57 (95%)	27 (96,4%)	30 (93,8%)			0,226	1,000			
Si	3 (5%)	1 (3,6%)	2 (6,3%)							
R_Deconómicos	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	56 (93,3%)	28 (100%)	28 (87,5%)			3,750	,116			
Si	4 (6,7%)	0 (0%)	4 (12,5%)							
R_Dotros	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	50 (83,3%)	24 (85,7%)	26 (81,3%)			0,214	,737			
Si	10 (16,7%)	4 (14,3%)	6 (18,8%)							
R_regimenvida_R	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
Regimen ordinario	55 (91,7%)	24 (85,7%)	31 (96,9%)	5,649	2		,042*		,307	,042*
Regimen abierto	1 (1,7%)	0 (0%)	1 (3,1%)							
Regimen cerrado	4 (6,7%)	4 (14,3%)	0 (0%)							

*p<05

(Continúa)

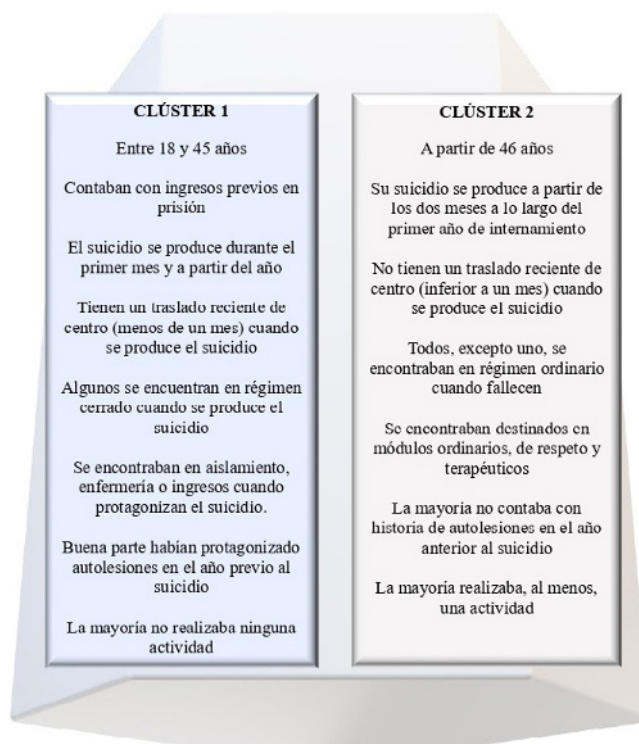
5. Resultados

	N total (%)	N cluster 1 (%)	N cluster 2 (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign	Phi	V Cramer	sign
R_modulo	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
Dependencias exteriores	1 (1,7%)	1 (3,6%)	0 (0%)							
Asilamiento	14 (23,3%)	14 (50%)	0 (0%)							
Enfermería	4 (6,7%)	4 (14,3%)	0 (0%)							
Ingresos	7 (11,7%)	7 (25%)	0 (0%)							
Módulo discapacitados	1 (1,7%)	1 (3,6%)	0 (0%)							
Módulo respeto	14 (23,3%)	1 (3,6%)	13 (40,6%)							
Módulo terapéutico	2 (3,3%)	0 (0%)	2 (6,3%)							
Módulo ordinario	17 (28,3%)	0 (0%)	17 (28,3%)							
R_celda_R	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
Compartida	18 (30%)	5 (17,9%)	13 (40,6%)	3,686	1		,039			
Individual	42 (70%)	23 (82,1%)	19 (59,4%)							
R_autolesionesultimoaño	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	45 (75%)	17 (60,7%)	28 (87,5%)	5,714	1		,034*	-,309		,034*
Si	15 (25%)	11 (39,3%)	4 (12,5%)							
R_autolesionesmasdeunaño	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	46 (76,7%)	19 (67,9%)	27 (84,4%)	2,278	1		,220			
Si	14 (23,3%)	9 (32,1%)	5 (15,6%)							
R_tentativasuicidioultimoaño	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	59 (98,3%)	27 (96,4%)	32 (100%)			1,162	,467			
Si	1 (1,7%)	1 (3,6%)	0 (0%)							
R_tentativasuicidiomasdeunaño	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	55 (91,7%)	25 (89,3%)	30 (93,7%)			0,390	,637			
Si	5 (8,3%)	3 (10,7%)	2 (6,3%)							
R_PPSanteriores	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	38 (63,3%)	16 (57,1%)	22 (68,8%)	0,866	1		,425			
Si	22 (36,7%)	12 (42,9%)	10 (31,3%)							
R_problemasdrogas	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	14 (23,3%)	4 (14,3%)	10 (31,3%)	2,402	1		,140			
Si	46 (76,7%)	24 (85,7%)	22 (68,8%)							
R_apiscopat	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	40 (66,7%)	20 (71,4%)	20 (62,5%)	0,536	1		,585			
Si	20 (33,3%)	8 (28,6%)	12 (37,5%)							
Ningunaactividad	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No realiza ninguna actividad	27 (45%)	17 (60,7%)	10 (31,3%)	5,238	1		,022*	,295		,037*
Realiza al menos una actividad	33 (55%)	11 (39,3%)	22 (68,8%)							
R_sancionesincancelar	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	41 (68,3%)	16 (57,1%)	25 (78,1%)	3,038	1		,101			
Si	19 (31,7%)	12 (42,9%)	7 (21,9%)							
R_apoyosocialexterno_R	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	17 (28,3%)	8 (28,6%)	9 (28,1%)	0,001	1		1,000			
Si	43 (71,7%)	20 (71,4%)	23 (71,9%)							
R_problemasconvivencia	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	39 (65%)	15 (53,6%)	24 (75%)	3,314	1		,107			
Si	21 (35%)	13 (46,4%)	8 (25%)							
R_problemasregimentales	60	28 (46,7%)	32 (53,3%)							
No	40 (66,7%)	16 (57,1%)	24 (75%)	2,143	1		,176			
Si	20 (33,3%)	12 (42,9%)	8 (25%)							

*p<05

Ocho variables arrojaron diferencias significativas: la edad, la existencia de ingresos previos en prisión, el tiempo transcurrido desde el ingreso en prisión (como variable categórica y por rangos) y desde el traslado hasta el suicidio, el régimen de vida, el módulo, la existencia de autolesiones en el año previo al suicidio y si realizaban o no actividades. La figura 7 refleja gráficamente estos hallazgos.

Figura 7. Clúster de suicidios



El *clúster 1* está formado por internos jóvenes que contaban con ingresos previos en prisión. Acababan de ingresar o de ser trasladados de centro, lo que puede indicar insuficientes estrategias de afrontamiento para encarar su internamiento o garantizar la adaptación. Así mismo, en este *clúster*, otro grupo importante protagoniza sus suicidios transcurrido el primer año de internamiento, lo que también puede reflejar un estado psicológico de agotamiento o cansancio. Se encuentran en aislamiento (algunos de ellos por estar clasificados en régimen cerrado), en ingresos o en enfermería, lo que podría indicar circunstancias que se salen de las contingencias propias del régimen ordinario (como un muy reciente ingreso, inadaptación conductual o condiciones clínicas-físicas o psíquicas- que hacen recomendable su estancia en enfermería). De hecho, un porcentaje significativo ya había protagonizado episodios de autolesiones en el año previo a que se produjera su fallecimiento. Además, se encontraban fuera del circuito de actividades del centro.

El *clúster 2* está formado por internos de mayor edad y que tienen la condena/estancia más avanzada (en cualquier caso habiendo transcurrido más de un mes desde el ingreso en prisión) y durante su primer año de internamiento. Tampoco han sido trasladados recientemente lo que indica cierta estabilización en sus respectivos centros. Se

encuentran todos en régimen ordinario; en módulos ordinarios, de respeto o terapéuticos, lo que hace suponer, a priori, buena conducta y motivación al cambio. De hecho, no contaban con una historia previa de autolesiones y la mayoría realizaba, al menos, una actividad.

5.3. COMPARACIÓN TENTATIVAS VERSUS CONTROLES

5.3.1. Análisis bivariantes

En esta segunda etapa de la investigación se comparó el grupo de personas que habían protagonizado una tentativa de suicidio en 2023 con el grupo control. En la misma lógica descrita para el caso de los suicidios, en primera instancia se abordó el estudio de los suicidios no consumados mediante los correspondientes análisis bivariantes. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 13 y en la tabla 14⁴⁶.

Respecto de las variables sociodemográficas, los internos e internas que protagonizan tentativas de suicidio son más jóvenes que los controles (≤ 31 años: 47,1 % para las tentativas vs. 23,3 % para los controles; entre 46 y 59 años: 30 % para los controles y 8 % para las tentativas). En el caso de los controles hay un porcentaje superior de casados (10 % vs. 3,8 %) y separados/divorciados (20,7 % vs. 12 %), mientras que en las tentativas es superior el porcentaje de solteros (76,2 % vs. 47,3 %). En cuanto a los hijos, observamos que hay un mayor porcentaje de controles con hijos tanto menores (50 % vs. 37,6 %) como mayores de edad (27,3 % vs. 12,8 %). El nivel de instrucción es inferior en el caso de las personas que protagonizan tentativas de suicidio respecto de los sujetos controles. En concreto, hay más sujetos controles con estudios secundarios (26,7 % vs. 17,8 %), bachillerato (8,7 % vs. 3,7 %) o carreras universitarias (7,3 % vs. 1,5 %), mientras que hay más sujetos que han protagonizados tentativas sin estudios (17 % vs. 6,7 %) o con estudios primarios (56,3 % vs. 46 %). Los sujetos que integran el grupo de tentativas no mantienen relaciones con sus familias de origen (25,5 % vs. 8,7 %) y no suelen tener familia adquirida (42,3 % vs. 14,7 %). Además, los sujetos controles mantienen en mayor medida relaciones normalizadas con su familia adquirida (47,3 % vs. 23,8 %). De hecho, los controles cuentan en mayor medida con apoyo social externo (86,7 % vs. 63 %).

⁴⁶ Se reportan en las tablas exclusivamente los resultados correspondientes a aquellas variables que han arrojado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 13. Análisis bivariantes para las variables cualitativas en tentativas versus controles

VARIABLES		N total (%)	N controles (%)	N tentativas (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign.	Phi	V Cramer	sign.
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	EDAD_rangos	288	150 (52,1%)	138 (57,9%)							
	≤ 31 años	100 (34,7%)	35 (23,3%)	65 (47,1%)							
	32 años a 45 años	121 (42%)	63 (42%)	58 (42%)			30,254	,000		,320	,000
	46 años a 59 años	57 (19,8%)	45 (30%)	12 (8%)							
	60 años ≤	10 (3,5%)	7 (4,7%)	60 (4,7%)							
	R_estadocivil	283	150 (53%)	133 (47%)							
	Casado	20 (7,1%)	15 (10%)	5 (3,8%)							
	Pareja con convivencia	29 (10,2%)	15 (10%)	14 (10,5%)							
	Pareja de hecho	7 (2,5%)	7 (4,7%)	0 (0%)			31,374	,000		,326	,000
	Pareja sin convivencia	10 (3,5%)	10 (6,7%)	0 (0%)							
	Separado/divorciado	47 (16,6%)	31 (20,7%)	16 (12%)							
	Soltero	167 (59%)	71 (47,3%)	96 (76,2%)							
	Viuado	3 (1,1%)	1 (0,7%)	2 (1,5%)							
	R_hijosmenores	283	150 (53%)	133 (47%)							
	No	158 (55,8%)	75 (50%)	83 (62,4%)	4,400	1		,042	-,125		,042
	Si	125 (44,2%)	75 (50%)	50 (37,6%)							
	R_hijosmayores	283	150 (53%)	133 (47%)							
	No	225 (79,5%)	109 (72,7%)	116 (87,2%)	9,161	1		,003	-,180		,003
	Si	58 (20,5%)	41 (27,3%)	17 (12,8%)							
	R_nestudios	283	150 (52,6%)	133 (47,4%)							
	Sin estudios	33 (11,6%)	10 (6,7%)	23 (17%)							
	Primarios	145 (50,9%)	69 (46%)	76 (56,3%)							
	ESO/ secundarios	64 (22,5%)	40 (26,7%)	24 (17,8%)	18,842	5		,001	,275		,001
	Formación profesional	12 (4,2%)	7 (4,7%)	5 (3,7%)							
	Bachiller	18 (6,3%)	13 (8,7%)	5 (3,7%)							
	Estudios universitarios	13 (4,6%)	11 (7,3%)	2 (1,5%)							
	R_relacionesfamorigen	287	150 (52,3%)	137 (47,7%)							
	No	48 (16,7%)	13 (8,7%)	35 (25,5%)							
	No conflictivas	9 (3,1%)	4 (2,7%)	5 (3,6%)			15,704	,001		,232	,001
	Si	211 (73,5%)	123 (82%)	88 (64,2%)							
	Si conflictivas	19 (6,6%)	10 (6,7%)	9 (6,6%)							
	R_relacionesfamaduquirida	280	150 (53,6%)	130 (46,6%)							
	No	39 (13,9%)	22 (14,7%)	17 (13,1%)							
	No conflictivas	54 (19,3%)	28 (18,7%)	26 (20%)			34,087	,000		,374	,000
	No tiene familia adquirida	77 (27,5%)	22 (14,7%)	55 (42,3%)							
	Si	102 (36,4%)	71 (47,3%)	31 (23,8%)							
	Si conflictivas	8 (2,9%)	7 (4,7%)	1 (0,8%)							
	R_apoyosocialexterno_R	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)							
	No	71 (24,7%)	20 (13,3%)	51 (37%)	21,593	1		,000	-,274		,000
	Si	217 (75,3%)	130 (86,7%)	87 (63%)							
VARIABLES PENALES	R_situacionpenal_R	287	149 (51,9%)	138 (47,9%)							
	Penado	233 (81,2%)	132 (88,6%)	101 (73,2%)	11,127	1		,001	,197		,001
	Preventivo	54 (18,8%)	17 (11,4%)	37 (26,8%)							
	R_Dcontrapersonas	283	150 (52,6%)	133 (47,4%)							
	No	182 (63,9%)	105 (70%)	77 (57%)	5,173	1		,026	,135		,026
	Si	103 (36,1%)	45 (30%)	58 (43%)							
	R_Dcontralibsex	283	150 (52,6%)	133 (47,4%)							
	No	243 (85,3%)	112 (74,7%)	131 (97%)	28,298	1		,000	-,315		,000
	Si	42 (14,7%)	38 (25,3%)	4 (3%)							
	R_DVG	283	150 (52,6%)	133 (47,4%)							
	No	215 (75,4%)	103 (68,7%)	112 (83%)	7,838	1		,006	-,166		,006
	Si	79 (24,6%)	47 (31,3%)	23 (17%)							
	R_Dcontrapropiedad	283	150 (52,6%)	133 (47,4%)							
	No	154 (54%)	102 (68%)	52 (38,5%)	24,864	1		,000	,295		,000
	Si	131 (46%)	48 (32%)	83 (61,5%)							
	R_DCSP	283	150 (52,6%)	133 (47,4%)							
	No	268 (94%)	137 (91,3%)	131 (97%)	4,121	1		,048	-,120		,048
	Si	17 (6%)	13 (8,7%)	4 (3%)							

p< .05

(Continúa)

5. Resultados

VARIABLES		N total (%)	N controles (%)	N tentativas (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign.	Phi	V Cramer	sign.
PENITENCIARIAS	DIASHASTASUICIDIO2_rangos	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	≤7 días	17 (5.9%)	6 (4%)	11 (8%)							
	8 días a 15 días	11 (3.8%)	4 (2.7%)	7 (5.1%)							
	16 días a 30 días	15 (5.2%)	5 (3.3%)	10 (7.2%)	24.695	6		.000	.298		.000
	31 días a 60 días	31 (10.8%)	12 (8%)	19 (13.8%)							
	61 días a 180 días	78 (27.1%)	35 (23.3%)	43 (31.2%)							
	181 días a 360 días	55 (19.1%)	28 (18.7%)	27 (19.6%)							
	361 días ≤	81 (28.1%)	60 (40%)	21 (15.2%)							
	DIASDESUICIDIO_rangos	288	133 (55.9%)	105 (44.1%)							
	16 días a 30 días	1 (0.4%)	0 (0%)	1 (1%)							
	31 días a 60 días	4 (1.7%)	0 (0%)	4 (3.8%)							
	61 días a 180 días	27 (11.3%)	7 (5.3%)	20 (19%)			18.780	.000		.284	.000
	181 días a 360 días	40 (16.8%)	22 (16.5%)	18 (17.1%)							
	361 días ≤	166 (69.7%)	104 (78.2%)	62 (59%)							
	R_ingresospresosprison	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	126 (43.8%)	82 (54.7%)	44 (31.9%)	15.159	1		.000	.229		.000
	Si	162 (56.3%)	68 (45.3%)	94 (68.1%)							
	R_trasladoeciente	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	249 (86.5%)	139 (92.7%)	110 (79.7%)	10.306	1		.002	.189		.002
	Si	39 (13.5%)	11 (7.3%)	28 (20.3%)							
	R_regimenvida_R	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	Regimen ordinario	271 (94.1%)	141 (94%)	130 (94.2%)							
	Regimen abierto	8 (2.8%)	8 (5.3%)	0 (0%)			13.943	.000		.216	.000
	Regimen cerrado	9 (3.1%)	1 (0.7%)	8 (5.8%)							
	R_modulo	287	150 (52.3%)	137 (47.7%)							
	CIS	6 (2.1%)	6 (4%)	0 (0%)							
	Casa	2 (0.7%)	2 (1.3%)	0 (0%)							
	Dependencias exteriores	2 (0.7%)	0 (0%)	2 (1.5%)							
	Aislamiento	43 (15%)	2 (1.3%)	42 (29.9%)							
	Enfermería	31 (10.8%)	6 (4%)	25 (18.2%)							
	Ingresos	10 (3.5%)	3 (2%)	7 (5.1%)	102.251			.000		.598	.000
	Módulo discapacitados	1 (0.3%)	1 (0.7%)	0 (0%)							
	Módulo PAEM	1 (0.3%)	0 (0%)	1 (0.7%)							
	Módulo respeto	79 (27.5%)	66 (44%)	13 (9.5%)							
	Módulo terapéutico	13 (4.5%)	11 (7.3%)	2 (1.5%)							
	Módulo ordinario	99 (34.5%)	53 (35.3%)	46 (33.6%)							
	R_altaactividadespaem	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	267 (92.7%)	147 (98%)	120 (87%)	12.967	1		.000	.212		.000
	Si	21 (7.3%)	3 (2%)	18 (13%)							
	R_activeducativas	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	180 (62.5%)	81 (54%)	99 (71.7%)	9.650	1		.002	-.183		.002
	Si	108 (37.5%)	69 (46%)	39 (28.3%)							
	R_activlaborales	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	220 (76.4%)	87 (58%)	133 (96.4%)	58.691	1		.000	-.451		.000
	Si	68 (23.6%)	63 (42%)	5 (3.6%)							
	Ningunaactividad	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No realiza ninguna actividad	75 (26%)	16 (10.7%)	59 (42.8%)	38.422	1		.000	.365		.000
	Realiza al menos una actividad	213 (74%)	134 (89.3%)	79 (57.2%)							
	R_abandonoactividades	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	279 (96.9%)	150 (100%)	129 (93.5%)	10.098	1		.001	.187		.001
	Si	9 (3.1%)	0 (0%)	9 (6.5%)							
	R_peculio_R	286	150 (52.4%)	136 (47.6%)							
	No	41 (14.3%)	13 (8.7%)	28 (20.6%)	8.255	1		.004	-.170		.004
	Si	245 (85.7%)	137 (91.3%)	108 (79.4%)							
	R_comunicaciones2	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	Habituales	119 (41.3%)	71 (47.3%)	48 (34.8%)							
	Esporádicas	58 (20.1%)	33 (22%)	25 (18.1%)			13.689	.002		.221	.002
	No 3*	107 (37.2%)	42 (28%)	65 (47.1%)							
	R_permisos	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	263 (91.3%)	127 (84.7%)	136 (98.6%)	17.478	1		.000	-.246		.000
	Si	25 (8.7%)	23 (15.3%)	2 (1.4%)							
	R_sancionesincancelar	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	174 (60.4%)	124 (82.7%)	50 (36.2%)	64.803	1		.000	.474		.000
	Si	114 (39.6%)	26 (17.3%)	88 (63.8%)							
	R_problemasconvivencia	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	198 (68.8%)	134 (89.3%)	64 (46.4%)	61.732	1		.000	.463		.000
	Si	90 (31.3%)	16 (10.7%)	74 (53.6%)							
	R_agresionesfisicas	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	154 (53.5%)	115 (76.7%)	39 (28.3%)	67.691	1		.000	.485		.000
	Si	134 (46.5%)	35 (23.3%)	99 (71.7%)							
	R_agresionesverbales	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	185 (64.2%)	127 (84.7%)	58 (42%)	56.879	1		.000	.444		.000
	Si	103 (35.8%)	23 (15.3%)	80 (58%)							
	R_problemasregimentales	288	150 (52.1%)	138 (47.9%)							
	No	206 (71.5%)	139 (92.7%)	67 (48.6%)	68.687	1		.000	.488		.000
	Si	82 (28.5%)	11 (7.3%)	71 (51.4%)							

p< .05

(Continúa)

Estudio de suicidios y tentativas de suicidio en el ámbito penitenciario 2022-2023

VARIABLES CLÍNICAS		N total (%)	N controles (%)	N tentativas (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign.	Phi	V Cramer	sign.
R_problematícadrogas	No	287	150 (52,3%)	137 (47,7%)	42,181	1	0,000				
	Si	71 (24,7%)	61 (40,7%)	10 (7,3%)							
R_tto drogassanterior	No	216 (75,3%)	89 (59,3%)	127 (92,7%)	14,240	1		,000			
	Si	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)							
R_intoxicaciones	No	196 (68,1%)	117 (78%)	79 (57,2%)	28,681	1		,000			
	Si	92 (31,9%)	33 (22%)	59 (42,8%)							
R_apscopst	No	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	41,885	1		,000			
	Si	199 (69,1%)	129 (86%)	70 (50,7%)							
R_discapacidad	No	89 (30,9%)	21 (14%)	68 (49,3%)	18,129			,000			
	Si	283	148 (52,3%)	135 (47,7%)							
R_asistenciasanitariaultimasemana	No	233 (82,3%)	133 (89,9%)	100 (74,1%)	19,065	1		,000			
	Si	14 (4,9%)	8 (5,4%)	6 (4,4%)							
R_motivoconsulta	Finca	9 (3,2%)	2 (1,4%)	7 (5,2%)	11,526			,017			
	Intelectual	27 (9,5%)	5 (3,4%)	22 (16,3%)							
R_autolesionesultimoaño	Psíquica	245	140 (57,1%)	105 (42,9%)	78,941	1		,000			
	No	159 (64,9%)	107 (76,4%)	52 (49,5%)							
R_autolesionesmasdeunaño	Si	86 (35,1%)	33 (23,6%)	53 (50,5%)	91,372	1		,000			
	No	82	32 (39%)	50 (61%)							
R_autolesionesmasdeunaño	Autolesión	3 (3,7%)	0 (0%)	3 (6%)							
	Demanda de medicación	14 (17,1%)	9 (28,1%)	5 (10%)							
R_autolesionesmasdeunaño	Enfermedades físicas graves	2 (2,4%)	1 (3,1%)	1 (2%)							
	Salud mental	1 (1,2%)	1 (3,1%)	0 (0%)							
R_autolesionesmasdeunaño	Consulta de escasa relevancia	43 (52,4%)	18 (56,3%)	15 (50%)							
	Otras causas	19 (23,2%)	3 (9,4%)	16 (32%)							
R_autolesionesmasdeunaño	No	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)							
	Si	230 (19,9%)	150 (100%)	80 (58%)							
R_autolesionesmasdeunaño	No	58 (20,1%)	0 (0%)	38 (42%)							
	Si	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)							
R_autolesionesmasdeunaño	No	220 (76,4%)	149 (99,3%)	71 (51,4%)							
	Si	68 (23,6%)	1 (0,7%)	67 (48,6%)							

p<.05

(Continúa)

5. Resultados

		N total (%)	N controles (%)	N tentativas (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign.	Phi	V Cramer	sign.
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS	R_centrosmenoresacogida	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	7,347	1		,009	,160		,009
	No	275 (95,5%)	148 (98,7%)	127 (92%)							
	Si	13 (4,5%)	2 (1,3%)	11 (8%)							
FACTORES PROTECCIÓN	R_Fpapo	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	30,668	1		,000	-,326		,000
	No	109 (37,8%)	34 (22,7%)	75 (54,3%)							
	Si	179 (62,2%)	116 (77,3%)	63 (45,7%)							
	R_FFespectatrasusturo	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	29,657	1		,000	-,321		,000
	No	228 (79,2%)	100 (66,7%)	128 (92,8%)							
	Si	60 (20,8%)	50 (33,3%)	10 (7,2%)							
	R_FPmotivación cambio	287	150 (52,3%)	137 (47,7%)	32,583	1		,000	-,337		,000
	No	227 (79,1%)	99 (66%)	128 (93,4%)							
	Si	60 (20,9%)	51 (34%)	9 (6,6%)							
FACTORES DESENCADENANTES	R_causas pendientes	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	17,632	1		,000	-,247		,000
	No	242 (84%)	113 (75,3%)	129 (93,5%)							
	Si	46 (16%)	37 (24,7%)	9 (6,5%)							
	R_dehograve	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	33,886	1		,000	-,343		,000
	No	230 (79,9%)	100 (66,7%)	130 (94,2%)							
	Si	58 (20,1%)	50 (33,3%)	8 (5,8%)							
	R_discusiones	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	5,773	1		,025	-,142		,025
	No	261 (90,6%)	130 (86,7%)	131 (94,9%)							
	Si	27 (9,4%)	20 (13,3%)	7 (5,1%)							
	R_ruptura	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	16,284	1		,000	-,238		,000
	No	238 (82,6%)	111 (74%)	127 (92%)							
	Si	50 (17,4%)	39 (26%)	11 (8%)							
	R_dificultades económicas	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	10,300	1		,002	-,189		,002
	No	250 (86,8%)	121 (80,7%)	129 (93,5%)							
	Si	38 (13,2%)	29 (19,3%)	9 (6,5%)							
	R_impulsividad	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	15,600	1		,000	,233		,000
	No	174 (60,4%)	107 (71,3%)	67 (48,6%)							
	Si	114 (39,6%)	43 (28,7%)	71 (51,4%)							
	R_enfrenta grave	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	4,694	1		,048	,128		,048
	No	265 (92%)	143 (95,3%)	122 (88,4%)							
	Si	23 (8%)	7 (4,7%)	16 (11,6%)							
	R_75RP72RP	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	31,632	1		,000	,331		,000
	No	255 (88,5%)	148 (98,7%)	107 (77,5%)							
	Si	33 (11,5%)	2 (1,3%)	31 (22,5%)							
	R_presiones deudas	288	150 (52,1%)	138 (47,9%)	11,768	1		,001	,202		,001
	No	271 (94,1%)	148 (98,7%)	123 (89,1%)							
	Si	17 (5,9%)	2 (1,3%)	15 (10,9%)							

p<.05

Respecto de las variables penales, proporcionalmente encontramos más preventivos en el grupo de tentativas (26,8 % vs. 11,4 %) y de penados en el de controles (88,6 % vs. 73,2 %). En el grupo de tentativas hay proporcionalmente más representación de delitos contra las personas (43 % vs. 30 %) y contra la propiedad (61,5 % vs. 32 %), mientras que en el grupo de controles la hay de delitos contra la libertad sexual (25,3 % vs. 3 %), de delitos de violencia de género (31,3 % vs. 17 %) y delitos contra la salud pública (8,7 % vs. 3 %).

En relación con las variables penitenciarias, parece que llevar menos de seis meses en el centro por motivo de traslado, incrementa la probabilidad de protagonizar una tentativa de suicidio: el 65,3 % de las tentativas había sido objeto de un traslado en los seis meses anteriores, mientras que esta circunstancia se dio solo en un 41,3 % de los controles. Algo similar sucede con el lapso de tiempo entre el intento de suicidio y la fecha de libertad definitiva: el porcentaje de tentativas con la fecha de libertad definitiva a entre dos y seis meses vista es superior que para los controles (19 % vs. 5,3 %); para los controles el porcentaje de representación para más de un año vista a la libertad definitiva es mayor que para las tentativas (78,2 % vs. 59 %). Las personas que conformaron el grupo de tentativas contaban con ingresos previos en prisión (68,1 % vs. 45,3 %). En relación con el régimen de vida, hay mayor representación de régimen abierto en los controles (5,3 % vs. 0 %) y de régimen cerrado en los suicidios intentados (5,8 % vs. 0,7 %). Los internos que hubieron protagonizado una tentativa de suicidio en 2023 se encontraban en mayor medida en módulos de aislamiento (29,9 % vs. 1,3 %) y enfermería (18,2 % vs. 4 %) y los controles en módulos terapéuticos (7,3 % vs. 1,5 %) y de respeto (44 % vs. 9,5 %). Los sujetos del grupo de tentativas participaban en mayor medida en actividades integradas dentro del programa PAIEM (13 % vs. 2 %), pero lo hacían en menor medida en actividades educativas (54 % vs. 71,7 %) y laborales (58 % vs. 96,4 %). De hecho un mayor porcentaje de internos e internas que conforman el grupo de tentativas no participan en ninguna actividad (42,8 % vs. 10,7 %) o habían abandonado las actividades recientemente (6,5 % vs. 0 %).

Los internos e internas del grupo de tentativas no tenían peculio (20,6 % vs. 8,7 %), no disfrutaban de permisos (un 15,3 % de los controles lo hacía frente a solo un 1,4 % del grupo de tentativas) y no comunicaban presencialmente (47,1 % vs. 28 %). Además mostraban un peor ajuste normativo: tenían sanciones sin cancelar cuando se produce el intento (63,8 % vs. 17,3 %), problemas de convivencia (53,6 % vs. 10,7 %), problemas regimentales (51,4 % vs. 7,3 %) y habían protagonizado agresiones físicas (71,7 % vs. 23,3 %) y verbales (58 % vs. 15,3 %).

Continuando con las variables clínicas, un 92,7 % de las personas que habían protagonizado tentativas en 2023 presentaba problemáticas de drogodependencia (frente a un 59,3 % de los controles). Consecuentemente, un 42,8 % de los casos de tentativas habían realizado tratamientos de deshabituación en el pasado (frente a un 22 % de los controles). Un 33,3 % había sufrido alguna intoxicación durante su ingreso actual (frente al 8 % de los controles).

La presencia de trastornos de índole psicopatológica es mayor en los casos de tentativas que en el caso de los controles (49,3 % frente a 14 %). Tanto en el grupo de tentativas como en el grupo control, la mayoría de los internos e internas no tenían reconocida una discapacidad; sin embargo, para aquellos que contaban con ella, en el grupo de tentativas un 5,2 % tenían reconocida una discapacidad intelectual (frente al 1,4 % de los controles) y un 16,3 % psíquica (frente al 3,4 % de los controles). Un mayor porcentaje del grupo de tentativas había recibido asistencia sanitaria en la semana previa al incidente (50,5 % frente a un 23,6 % de los controles). El grupo de tentativas protagonizó en mayor medida autolesiones en el último año (42 % vs. 0 %) y anteriores a un año (48,6 % vs. 0,7 %).

Respecto de las experiencias traumáticas, un 8 % de las personas que conformaban el grupo de tentativas habían estado internas en centros de menores de acogida durante su infancia (frente a un 1,3 % del grupo de tentativas). Contar con apoyo social externo, tener expectativas de futuro y motivación al cambio parecen actuar como factores de protección: un 77,3 % del grupo de controles contaba con apoyo social externo (frente a un 45,7 % del grupo de tentativas), un 33,3 % tenían expectativas de futuro (frente a un 7,2 % del grupo de tentativas) y un 34 % tenía motivación al cambio (frente a un 6,6 % del grupo de tentativas).

Finalmente, en cuanto a factores desencadenantes, la presencia de rasgos de impulsividad y la existencia de una enfermedad mental grave parecen constituir factores de riesgo para los intentos de suicidio, en tanto que un 51,4 % de los casos presentaban problemas relacionados con la falta de autocontrol (frente a un 28,7 % de los controles) y un 11,6 % contaban con un diagnóstico de enfermedad mental grave (frente a un 4,7 % de los controles). Así mismo, un 22,5 % de las personas que habían protagonizado un intento de suicidio en 2023 se encontraban en las situaciones regimentales contempladas en los artículos 72 y 75 del Reglamento Penitenciario y estas se consideraron como una circunstancia desencadenante por parte de sus equipos de referencia (frente a un 1,3 % de los controles) y un 10,9 % estaban siendo objeto de presiones internas por parte de otros compañeros de internamiento o tenían deudas relacionadas con el consumo de drogas (frente a un 1,3 % de los controles).

En última instancia aparecen cinco variables cuyos resultados llaman a la reflexión: la existencia de causas pendientes, la comisión de un delito grave o que hubiera causado gran alarma social, el que se hubieran producido discusiones o conflicto con familiares o personas significativas o la ruptura de relaciones de pareja y la existencia de dificultades económicas. En todos estos casos, los resultados que se obtienen, como ya sucediera con el caso de los suicidios, apuntan en una dirección opuesta a la esperada en tanto en cuanto aparecen con mayor probabilidad en el grupo de controles que en el de tentativas (24,7 % vs. 6,5 %, 33,3 % vs. 5,8 %, 13,3 % vs. 5,1 %, 26 % vs. 8 % y 19,3 % vs. 6,5 %, respectivamente).

Los resultados para las variables cuantitativas (ninguna de las cuales cumplió con los criterios de normalidad y homocedasticidad) y para las variables consideradas como ordinales, aparecen resumidos en la tabla 14.

Tabla 14. Análisis bivariantes para las variables cuantitativas y ordinales en tentativas versus controles

		Controles (n=150)	Tentativas (n=138)	U Mann Whitney sign.	
		Mediana (rango)	Mediana (rango)		
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	EDAD	39 (56)	32 (44)	6424,000	,000
	NHIJOSMAYORES	0 (3)	0 (6)	8446,500	,001
VARIABLES PENITENCIARIAS	DIASHASTASUICIDIO	609,50 (10078)	409,50 (6725)	8936,000	,045
	DIASHASTASUICIDIO2	274 (4095)	109,50 (2558)	6761,500	,000
	DIASDESDESUICIDIOS	1062 (8922)	560 (10165)	5506,500	,005
	NINGRESOSPREVIOSPRISION	0 (8)	1 (9)	7640,000	,000
	NPERMISOS	0 (9)	0 (4)	8903,000	,000
	NSANCIONESINCANCELAR	0 (19)	2 (140)	5100,000	,000
	NAGRESIONESFISICAS	0 (6)	2 (47)	4599,500	,000
VARIABLES CLÍNICAS	NAGRESIONESVERBALES	0 (6)	1 (49)	5594,000	,000
	NAUTOLESIONESULTIMO AÑO	0 (0)	0 (35)	6000,000	,000
	NAUTOLESIONESMASDEUN AÑO	0 (1)	0 (42)	5370,000	,000
	NTTODROGASANTERIOR	0 (7)	0 (10)	8066,500	,000
	NNTOXICACIONES	0 (9)	0 (9)	7676,500	,000
FACTORES PROTECCIÓN	R_factoresproteccion_R	2 (4)	1 (2)	3453,500	,000
FACTORES DESENCADENANTES	R_desencadenantesjudiciales_R	1 (3)	0 (3)	5036,000	,000
	R_desencadenantessociales_R	0 (3)	0 (2)	8910,500	,011
	R_desencadenantespersonales_R	1 (4)	1 (3)	7968,000	,000
	R_desencadenantespenitenciarios_R	0 (3)	0 (2)	7515,000	,000

p<.05

Como se indica en la tabla, los grupos de tentativas y controles mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de ingresos previos en prisión, de sanciones sin cancelar, de agresiones físicas y verbales, de autolesiones previas (en el año anterior y previas a un año), respecto del número de tratamientos de deshabitación que hubieran desarrollado en el pasado, del número de intoxicaciones previa y de desencadenantes personales y penitenciarios acumulados, para las cuales las puntuaciones para el grupo de tentativas fue mayor que para el grupo de controles. En contrapartida, para las variables edad, número de hijos mayores de edad, tiempo transcurrido desde el ingreso en prisión/en el centro penitenciario y la tentativa, así como entre la tentativa y la fecha de la libertad definitiva, el número de permisos, de factores de protección, y de desencadenantes judiciales y sociales, las puntuaciones fueron mayores para el grupo de controles.

En términos generales, para las tentativas han resultado significativas en los análisis bivariantes más variables que en el caso de los suicidios, añadiéndose algunas relacionadas con la inadaptación conductual y el desajuste personal, como pudieran ser la ausencia de permisos, la comisión de agresiones físicas y la presencia de rasgos de impulsividad. Avanzaremos por ello hacia los análisis multivariantes con el objetivo de confirmar cuáles de estos factores inicialmente significativos mantienen su poder explicativo. Como ya hiciéramos en el caso de los suicidios, todas aquellas variables que hubieron arrojado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tentativas y el de controles en los análisis bivariantes, fueron incluidas en posteriores análisis de regresión logística cuyos resultados pasarán a ser descritos en el siguiente epígrafe.

5.3.2. Análisis multivariantes

5.3.2.1. Análisis de regresión logística

Al igual que en caso de los suicidios, los análisis de regresión logística para las tentativas también se desarrollaron en dos etapas: una primera en la que se agruparon en cinco bloques las variables que habían resultado significativas en los análisis bivariantes (sociodemográficas, penales, penitenciarias, clínicas y experiencias traumáticas/factores de protección/factores desencadenantes) obteniendo cinco modelos de regresión diferenciados⁴⁷; en una segunda etapa, aquellos factores que hubieran resultado significativos en estos análisis parciales fueron incluidos en un modelo de regresión global. En todos los casos se emplearon los métodos introducir y paso a paso hacia atrás y se consideraron para posteriores análisis todas las variables que hubieran resultado significativas por cualquiera de los dos métodos. En el caso de los modelos por bloques, se recogerán todos los parámetros de los diferentes modelos, pero solo se reportarán los resultados para las variables significativas, mientras que en el caso del modelo final se reportarán todos los resultados obtenidos mediante el método introducir que es el que presenta un mejor ajuste.

Los parámetros de todos los modelos parciales considerando de forma separada las variables sociodemográficas, penales, penitenciarias, clínicas y experiencias traumáticas/factores de protección/desencadenantes que hubieron resultado significativas en los análisis bivariantes se presentan en la tabla 15 (para el método introducir) y en la tabla 16 (para el método paso a paso hacia atrás). Como ya se hiciera con anterioridad, para cada modelo se recogen las pruebas de bondad de ajuste (R^2 de Nagelkerke y Hosmer y Lemeshow), las pruebas ómnibus y los valores de sensibilidad y especificidad.

Las pruebas ómnibus significativas ($p < .05$) indican que todos los modelos tienen mejor ajuste que el modelo nulo, por lo que, al menos, uno de los coeficientes de cada uno de los modelos es diferente a cero. Para todos los modelos obtenidos empleando los métodos introducir y paso a paso hacia atrás, la prueba de Hosmer y Lemeshow resultó no significativa ($p > .05$), lo que indica que los modelos están bien ajustados. Los valores de la R^2 de Nagelkerke oscilan entre el 0,30 del modelo de variables penales (que son las que menor poder explicativo muestran; estas variables explican el 30 % de la varianza de la variable dependiente) y el 0,95 del modelo de variables penitenciarias (0,94 para el método paso a paso hacia atrás) que son las que explican una mayor proporción de variabilidad de la variable dependiente (94 % o 95 % según el método empleado). Le siguen los modelos de experiencias traumáticas/factores de protección/factores desencadenantes (71 % o 73 % según el método), variables clínicas (64 %) y sociodemográficas (47 %). Estos resultados parciales indican que, considerándolas de forma independiente, las variables penitenciarias son las que tendrían mayor capacidad explicativa del fenómeno de las tentativas de suicidio en prisión.

⁴⁷ Ver anexo 6

Respecto de los resultados relativos a los niveles de especificidad y sensibilidad de cada uno de los modelos, estos arrojan valores relativamente razonables de especificidad: superiores al 90 % para los modelos de variables penitenciarias y clínicas (97 % y 91 %, respectivamente), superiores al 80 % para el modelo de experiencias traumáticas/factores de protección/factores desencadenantes (84 % y 88 % dependiendo del método), cercanos al 80 % para el modelo de variables sociodemográficas (78 % y 79 % según el método) y, en el peor de los casos, un 67 % del modelo de variables penales. Estos resultados sugieren que, en términos generales, todos los modelos (a excepción del de variables penales) son eficaces a la hora de identificar adecuadamente a los controles (personas pronosticadas con un bajo riesgo de protagonizar un intento de suicidio que realmente nunca llegan a hacerlo). Los valores de sensibilidad se muestran algo menores, aunque en algunos casos alcanzan niveles más que adecuados, como en el caso del modelo de variables penitenciarias (96 %) o de experiencias traumáticas/factores de protección/factores desencadenantes (83 % o 86 % según el método empleado). Algo por detrás se encuentra el modelo de variables clínicas (72 %). Los resultados para el modelo de variables sociodemográficas varían sustancialmente dependiendo del método que se emplee: 75 % mediante el método introducir y 66 % mediante el método paso a paso hacia atrás. En valores similares se encuentra el modelo de variables penales (65 %). Así, el modelo que mejor identifica de forma correcta a personas con alto riesgo de protagonizar un intento de suicidio es el que considera las variables penitenciarias en primer lugar seguido del modelo de experiencias traumáticas/factores de protección/factores desencadenantes. Considerando valores de sensibilidad y especificidad conjuntamente, estos dos últimos modelos son los que mejor discriminan entre verdaderos controles y verdaderas tentativas⁴⁸.

Tabla 15. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para tentativas vs. controles (método introducir)

	Método introducir					
	Bondad de ajuste			Pruebas omnibus		Especificidad Sensibilidad
	R Nagelkerke	Hosmer y Lemeshov	Chi cuadrado	sign.	sign.	
Variables sociodemográficas	,477	5,901	,638	120,442	,000	78,00% 75,60%
Variables penales	,307	8,685	,276	74,199	,000	67,80% 65,20%
Variables penitenciarias	,955	0,341	1,000	294,195	,000	97,70% 96,10%
Variables clínicas	,648	3,003	,885	187,604	,000	91,90% 72,40%
Experiencias traumáticas, Fprotección y desencadenantes	,732	2,137	,977	228,447	,000	88,70% 83,20%

p<05

⁴⁸ De forma habitual se suele asumir que el modelo es adecuado cuando presenta valores de sensibilidad y especificidad por encima del 75 %.

Tabla 16. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para suicidios vs. controles (método paso a paso hacia atrás)

		Método paso a paso (hacia atrás)						
		Bondad de ajuste		Pruebas omnibus		Especificidad	Sensibilidad	
		R Nagelkerke	Hosmer y Lemeshow	Chi cuadrado	sign.			
		Chi cuadrado	sign.					
	Variables sociodemográficas	.435	6.793	.559	107.353	.000	79.30%	66.70%
	Variables penales	.305	3.575	.612	73.777	.000	67.80%	65.20%
	Variables penitenciarias	.949	0.867	.997	290.530	.000	97.70%	96.10%
	Variables clínicas	.640	0.778	.998	184.178	.000	91.90%	72.40%
	Experiencias traumáticas, F.protección y desencadenantes	.713	2.225	.972	219.539	.000	84.70%	86.80%
p<05								

p<.05

Las tablas 17 y 18 muestran los resultados para aquellas variables que se revelaron significativas con alguno de los métodos (introducir y paso a paso hacia atrás, respectivamente) para cada uno de los modelos.

En relación con las variables sociodemográficas, si bien es cierto que la edad aparece como estadísticamente significativa, en tanto que constituye un factor de protección frente a los suicidios intentados (a mayor edad, menor riesgo de protagonizar una tentativa de suicidio), observamos que su valor de OR se aproxima a 1, por lo que el efecto de la variable edad es limitado. Mediante el método introducir emerge además como significativa la existencia de relaciones con la familia de origen: no mantener relaciones con la familia de origen incrementa en 5 veces el riesgo de protagonizar una tentativa de suicidio frente a mantener relaciones si estas son conflictivas, lo que nos lleva a pensar que, en cuanto a riesgo de intentar un suicidio se refiere, es preferible mantener relaciones con la familia de origen, aunque estas sean conflictivas, que no mantenerlas. Mediante el método paso a paso hacia atrás, se incluye en el modelo de regresión el no contar con apoyo social externo que se erige como un factor de riesgo en tanto en cuanto incrementa en 3 veces el riesgo de verse implicado en un intento de suicidio.

Respecto a las variables penales, ser preventivo y haber cometido un delito contra la propiedad constituyen factores de riesgo ya que incrementan en casi 4 veces en el primero de los casos y en más de 2 en el segundo el riesgo de protagonizar un intento de suicidio. En contrapartida, encontrarse en prisión por delitos contra la libertad sexual, por delitos de violencia de género o contra la salud pública disminuye este riesgo en 10, 2 y 3 veces respectivamente.

En cuanto a las variables penitenciarias, encontrarse en un módulo de respeto (versus un módulo ordinario), emerge como un factor de protección, disminuyendo el riesgo de protagonizar una tentativa de suicidio, mientras que tener sanciones sin cancelar lo hace como un factor de riesgo. En esta misma línea, participar en actividades enmarcadas en el programa PAIEM se relaciona con un incremento en la probabilidad de protagonizar un intento de suicidio.

Respecto de las variables clínicas, presentar una problemática de drogodependencias o contar con antecedentes psicopatológicos constituyen factores de riesgo en tanto que incrementan el riesgo de protagonizar una tentativa de suicidio en 6 y entre 4 y 5 veces

(dependiendo del modelo considerado) respectivamente. Así mismo, presentar una historia previa de autolesiones más de un año antes de que se produjera el hecho de referencia aparece como un potente factor de riesgo ya que llega a incrementar la probabilidad de protagonizar un suicidio frustrado en más de 42 veces.

Finalmente en lo que a factores de protección y riesgo y experiencias traumáticas se refiere, a más factores de protección acumulados menor probabilidad de protagonizar un suicidio intentado. De otra parte, constituyen factores de riesgo estar en las situaciones regimentales contempladas en los artículos 75 y 72 del Reglamento Penitenciario (incrementando entre 9 y 12 veces el riesgo según el método empleado) y tener deudas o ser víctima de presiones por parte de otros compañeros y compañeras de internamiento (incrementando entre 16 y 33 veces el riesgo dependiendo del método). Como ya sucediera en el caso de los suicidios, aparecen en este bloque tres variables cuyos resultados van en contra de lo que el sentido común parece dictar. En concreto, nos referimos al número de desencadenantes judiciales y desencadenantes sociales acumulados de una parte y a la existencia de discusiones o conflictos con familiares o personas significativas de otra. Los análisis de regresión indican que a mayor cantidad de desencadenantes menor el riesgo de protagonizar un suicidio intentado y que la ausencia de discusiones o conflictos incrementa la probabilidad de un suicidio intentado. Ante estos descubrimientos, y como ya se hiciera con los suicidios, se optó por eliminar de los análisis de regresión globales posteriores las dos primeras variables mencionadas, en tanto que entendíamos que estos resultados eran espurios y contábamos con explicaciones alternativas que pudieran dar cuenta de ellos, que serán abordadas también en el epígrafe de discusión.

Tabla 17. Modelos de regresión logística por bloques tentativas vs. controles (método introducir)

	Método introducir					
	Wald	gl	sign.	Exp (B)-OR	OR inversa	IC 95% (min-max)
Variables sociodemográficas						
EDAD	4,547	1	.032	0,899	1,112	0,816 0,991
R_relacionesfamorigen (No vs. si conflictivas)	4,850	1	.028	5,267		1,201 23,107
Variables penales						
R_situacionpenal_R (penado)	12,131	1	.000	0,265	3,773	0,126 0,560
R_Dcontrolliber (no)	16,294	1	.000	10,426		3,334 32,545
R_DVG (no)	6,738	1	0,009	2,384		1,237 4,594
R_Dcontrapropiedad (no)	10,527	1	.001	0,384	2,604	0,215 0,684
R_DCSP (no)	3,909	1	.048	3,390		1,011 11,373
Variables penitenciarias						
R_modulo (módulo respeto vs. módulo ordinario)	3,958	1	.047	0,002	500,000	0,000 0,913
R_altaactividaddespuem (no participar)	4,519	1	.034	0,000	10000,000	0,000 0,431
Variables clínicas						
R_problemasdrogas (no)	13,510	1	.000	0,156	6,410	0,058 0,420
R_apicopat (no)	13,994	1	.000	0,198	5,050	0,085 0,463
Experiencias traumáticas, F.protección y desencadenantes						
R_factoresproteccion_R	20,747	1	.000	0,088	11,363	0,031 0,251
R_desencadenantesjudiciales_R	7,048	1	.008	0,340	2,941	0,153 0,754
R_discusiones (no)	4,602	1	.032	4,878		1,147 20,750
R_75RP72RP (no estar en)	4,523	1	.033	0,083	12,048	0,008 0,823
R_presionesdeudas (no tener)	6,298	1	.012	0,030	33,333	0,002 0,465

p<.05

Tabla 18. Modelos de regresión logística por bloques tentativas vs. controles (método paso a paso hacia atrás)

	Método paso a paso (hacia atrás)					
	Wald	gl	sign.	Exp (B)-OR	OR Inversa	IC 95% (min-max)
Variables sociodemográficas						
EDAD	24.071	1	,000	0,919	1,088	0,888 0,959
R_apoyosocialexterno_R (no)	7,932	1	,005	3,002		1,397 6,450
Variables penales						
R_situacionpenal_R (penado)	12.061	1	,001	0,267	3,745	0,127 0,563
R_Dcontrollores (no)	17.487	1	,000	11,060		3,585 34,116
R_DVG (no)	7.902	1	,005	2,503		1,320 4,746
R_Dcontrapropiedad (no)	10.272	1	,001	0,389	2,570	0,218 0,693
R_DCSP (no)	4.432	1	,035	3,610		1,093 11,926
Variables penitenciarias						
R_modulo (módulo respeto vs. módulo ordinario)	6.091	1	,014	0,013	76.923	0,000 0,411
R_altaactividadespasien (no participar)	7.388	1	,007	0,001	1000,000	0,000 0,147
R_sanccionesincancelar (no tener)	8.375	1	,004	0,016	62,500	0,001 0,264
Variables clínicas						
NAUTOLESIONESMASDEUNAÑO	11.308	1	,001	42,266		4,767 374,700
R_problemasdrogas (no)	13.675	1	,000	0,160	6,250	0,061 0,423
R_apicopat (no)	12.612	1	,000	0,247	4,048	0,114 0,535
Experiencias traumáticas, F.protección y desencadenantes						
R_factoresproteccion_R	48,475	1	,000	0,121	8,264	0,067 0,218
R_desencadenantesjudiciales_R	25,480	1	,000	0,236	4,237	0,135 0,414
R_desencadenantes sociales_R	6,382	1	,012	0,394	2,538	0,191 0,811
R_73RP72RP (no estar)	4,724	1	,030	0,107	9,345	0,014 0,803
R_presionesdeudas (no tener)	7,121	1	,008	0,059	16,949	0,007 0,472
p< .05						

p<.05

Una vez realizados los análisis de regresión preliminares por bloques, se procedió a realizar un análisis de regresión global que incluyó todos aquellos factores que resultaron significativos por cualquiera de los dos métodos. Se recogen exclusivamente los resultados para el modelo obtenido mediante el método introducir al ser el que mejor ajuste muestra⁴⁹ (tabla 19). La prueba ómnibus resultó significativa ($\chi^2 = 300,12$; $p = ,000$), y las pruebas R^2 de Nagelkerke ($R^2 = 0,874$) y Hosmer Lemeshow ($\chi^2 = 1,611$; $p = ,991$) indicaron una buena bondad de ajuste del modelo. El modelo obtenido explica el 87 % de la variabilidad de la variable tentativa de suicidio. Los niveles de sensibilidad y especificidad fueron 91,7 % y 92,6 % respectivamente, lo que indica una muy buena capacidad del modelo tanto para pronosticar los casos verdaderos positivos (clasificar a sujetos de alto riesgo como de alto riesgo; el 92,6 % de las tentativas son clasificadas correctamente como tentativas por el modelo) como los verdaderos negativos (clasificar a los sujetos de bajo riesgo como de bajo riesgo; el 91,7 % de los controles son clasificados correctamente como controles por el modelo).

⁴⁹ Por el método paso a paso hacia atrás: pruebas ómnibus $\chi^2 = 291,186$ ($p = ,000$); $R^2 = 0,859$; Hosmer y Lemeshow $\chi^2 = 2,67$ ($p = ,953$); especificidad = 94,6 % y sensibilidad = 88,7 %.

Tabla 19. Modelo de regresión logística global tentativas vs. controles (método introducir)

	Regresión modelo final tentativas versus controles (Introducir)								
	B	E.T.	Wald	gl	sign.	Exp(B)-OR	OR inversa	IC 95% Exp(B) (min-max)	
EDAD	-0,068	0,03	5,032	1	,025*	0,934	1,070	0,881	0,991
R_relacionesfamorigen (REF si conflictivas)			2,79	3	,425				
R_relacionesfamorigen (no vs. si conflictivas)	1,982	1,422	1,942	1	,163	7,258		0,447	117,92
R_relacionesfamorigen (no conflictivas vs. si conflictivas)	-0,347	2,101	0,027	1	,869	0,707		0,012	43,438
R_relacionesfamorigen (si vs. si conflictivas)	0,924	1,342	0,474	1	,491	2,521		0,181	35,006
R_apoyosocialexterno_R (tener)	-1,033	0,888	1,354	1	,245	0,356		0,062	2,028
R_situacionpenal_R (penado)	-1,594	0,797	4	1	,045*	0,203	4,926	0,043	0,969
R_Dcontralibsex (no)	7,346	2,872	6,542	1	,011*	1550,653		5,567	431913,534
R_DVG (no)	1,616	0,735	4,832	1	,028*	5,034		1,191	21,269
R_Dcont:apropiedad (no)	0,944	0,717	1,734	1	,188	2,570		0,631	10,478
R_DCSP (no)	1,757	1,535	1,311	1	,252	5,794		0,286	117,28
R_modulo (REF modulo ordinario)			9,642	10	,472				
R_modulo (asistencia vs. modulo ordinario)	3,241	1,664	3,794	1	,051	25,565		0,980	666,821
R_modulo (casa vs. modulo ordinario)	-16,948	27376,403	0	1	1,000	0,000		0,000	
R_modulo (CIS vs. modulo ordinario)	-20,073	13075,888	0	1	,999	0,000		0,000	
R_modulo (dependencias exteriores vs. modulo ordinario)	13,396	40192,971	0	1	1,000	657157,146		0,000	
R_modulo (enfermeria vs. modulo ordinario)	1,903	1,14	2,785	1	,095	6,706		0,718	62,67
R_modulo (ingresos vs. modulo ordinario)	5,564	2,8	3,95	1	,047*	260,881		1,080	63033,36
R_modulo (discapacitados vs. modulo ordinario)	-10,663	40192,97	0	1	1,000	0,000		0,000	
R_modulo (modulo PAIEM vs. modulo ordinario)	21,988	40192,97	0	1	1,000	3,54E+09		0,000	
R_modulo (modulo respeto vs. modulo ordinario)	-0,294	0,767	0,147	1	,701	0,745		0,166	3,353
R_modulo (modulo terapeutico vs. modulo ordinario)	-7,676	18,524	0,172	1	,679	0,000		0,000	2,71E+12
R_altaactividadespaiem (no participar)	-3,42	1,933	3,129	1	,077	0,033		0,001	1,447
NAUTOLESIONESMASDEUNAÑO	5,787	2,581	5,027	1	,025*	326,194		2,071	51371,559
R_problematiscadrogas (no)	-2,272	1,275	3,177	1	,075	0,103		0,008	1,254
R_apiscopat (no)	-0,608	0,682	0,795	1	,373	0,545		0,143	2,071
R_factorproteccion_R	-1,692	0,477	12,601	1	,000	0,184		0,072	0,469
R_discusiones (no)	0,285	1,188	0,057	1	,811	1,329		0,130	13,635
R_75RP72RP (no estar)	-1,749	2,518	0,482	1	,487	0,174		0,001	24,223
R_presionesdeudas (no tener)	-2,374	1,514	2,458	1	,117	0,093		0,005	1,811
R_sancionesincancelar (no)	-0,02	0,676	0,001	1	,977	0,981		0,261	3,69
Constante	1,15	4,404	0,068	1	,794	3,159			

*p< .05

En este modelo final resultaron significativas la edad, la situación penal/procesal, el tipo de delito cometido, el tipo de módulo en el que se produce el evento y la historia previa de autolesiones. En concreto, se muestran como factores de protección: la edad (a mayor edad menor riesgo de protagonizar un suicidio frustrado⁵⁰) y haber cometido un delito contra la libertad sexual o en el ámbito de la violencia de género (las personas que hubieron protagonizado una tentativa de suicidio en 2023 se encontraban en prisión por delitos diferentes a estos). Actúan como factores de riesgo ser preventivo, encontrarse en un módulo de ingresos (frente a un módulo ordinario) y haber protagonizado una historia previa de autolesiones (especialmente cuando esta se hubiera producido más allá de un año antes de que se produjera el incidente que motivó la inclusión de la persona en este estudio).

5.4. COMPARACIÓN SUICIDIOS VERSUS TENTATIVAS

5.4.1. Análisis bivariantes

En última instancia se comparó el grupo de personas que habían fallecido por suicidio en 2022 y 2023 con aquellos que habían protagonizado una tentativa de suicidio en 2023. La finalidad de esta tercera parte de la investigación es la de comparar la naturaleza de los suicidios consumados y los suicidios intentados en prisión en aras a esclarecer si

⁵⁰ No obstante, el valor de OR obtenido se aproxima mucho a 1, lo que indica que su influencia sobre el riesgo de protagonizar una tentativa de suicidio, aunque significativa, es baja.

ambos fenómenos son, en realidad, manifestaciones del mismo constructo o si por el contrario muestran diferente idiosincrasia, estableciendo qué factores de riesgo son los que permiten discriminar ambos fenómenos. En la misma lógica descrita para las dos comparaciones anteriores, en primera instancia se abordaron los correspondientes análisis bivariantes cuyos resultados se muestran en la tabla 20 y en la tabla 21⁵¹.

Respecto de las variables sociodemográficas, los internos e internas que protagonizaron tentativas son más jóvenes que los que fallecieron por suicidio. En el caso de las tentativas hay un mayor porcentaje de personas en el rango de edad de 18 a 31 años: un 47,1 % del grupo de tentativas se encontraba por debajo de la treintena frente a un 25,8 % de los suicidios. Así mismo, los internos que protagonizan tentativas son en mayor medida solteros (72,2 % vs. 53,3 %) y no tienen hijos mayores de edad (87,2 % vs. 72,9 %). Respecto de la naturaleza de las relaciones familiares mantenidas por ambos grupos, las personas que se ven implicadas en suicidios intentados no cuentan con familia adquirida (43,2 % vs. 1,9 %) y los fallecidos por suicidio en mayor medida o no mantienen relaciones con sus familias adquiridas (45,3 % vs. 13,1 %) o, si las mantienen, son conflictivas (9,4 % vs. 0,8 %). Además, las personas que fallecen por suicidio tienden a mantener más relaciones conflictivas con sus familias de origen que los que protagonizan un intento frustrado (21,7 % vs. 6,6 %).

En cuanto a las variables penales, un 30,3 % de los internos dentro del grupo de suicidios estaba en prisión por delitos en el ámbito de la violencia de género, mientras que solo lo estaba un 17 % dentro del grupo de tentativas.

Con respecto a las variables penitenciarias, las personas que protagonizan suicidios intentados se encuentran en mayor medida en las situaciones regimentales reguladas en los artículos 72 y 75.1 del Reglamento Penitenciario, independientemente de que esta situación se imponga bajo la condición de celda de observación o no. En concreto, un 38 % de las tentativas se encontraban bajo la restricción contemplada en el artículo 72 RP (frente a un 26,1 % de los suicidios). Un 34,5 % de las tentativas estaban bajo la limitación regimental contemplada en el 75.1 RP frente a un 17,3 % de los suicidios. También un mayor porcentaje de tentativas se encontraba en una celda de observación (sin la aplicación de limitación regimental) (10,3 % vs. 0 %). Los suicidios se encontraban en mayor medida cumpliendo sanción de aislamiento en celda (17,4 % vs. 3,4 %), en aislamiento sanitario (13 % vs. 1,7 %), baja médica en celda (8,7 % vs. 0 %) y bajo las medidas de autoprotección contempladas en el artículo 75.2 RP (17,3 % vs. 10,3 %).

Ninguno de los internos e internas que fallecieron por suicidio en 2022 y 2023 se encontraban realizando actividades deportivas frente a un 78,3 % de los que protagonizaron una tentativa de suicidio que si lo hacían. Sin embargo, aquellos que fallecieron por suicidio desempeñaban en mayor medida actividades laborales (21,2 % vs. 3,6 %).

⁵¹ Se reportan en las tablas exclusivamente los resultados correspondientes a aquellas variables que han arrojado diferencias estadísticamente significativas en cada uno de los análisis realizados.

Los internos que protagonizaron tentativas no disfrutaban de permisos (un 9,1 % del grupo de suicidios disfrutaba de permisos mientras que solo lo hacía un 1,4 % del grupo de tentativas), tenían sanciones sin cancelar (63,8 % vs. 28,8 %), habían protagonizado agresiones físicas (71,7 % vs. 33,3 %) y verbales (58 % vs. 30,3 %) y se veían implicados en mayor medida en problemas de convivencia (53,6 % vs. 31,8 %) y regimentales (51,4 % vs. 30,3 %).

Una de las áreas sobre las que se ha trabajado específicamente en esta tercera etapa del análisis, a diferencia de las comparaciones anteriores, es la que recoge algunas variables propias del evento de suicidio, como son el momento en que se produce el hecho de referencia o el recurso empleado para su materialización. Estas cuestiones no fueron analizadas en las comparaciones previas porque el grupo control, precisamente, lo era por no haber participado en eventos de índole suicida. En relación con la primera de las cuestiones, es importante señalar que los resultados obtenidos están condicionados por dos cuestiones clave. En primer lugar, las franjas horarias establecidas. Cambios en los rangos temporales considerados pueden llevar a resultados diferentes. En segundo, que para los suicidios se consignó la hora de hallazgo del cadáver (lo que no tiene por qué corresponder necesariamente con la hora real de fallecimiento), mientras que para las tentativas la hora consignada sí se correspondió con aquella en la que se produce el hecho causante. Dicho esto, se observa que las tentativas se producen prioritariamente durante las primeras horas del cierre nocturno (26,8 % vs. 7,6 %) y la hora de la siesta (23,2 % vs. 13,6 %). Los resultados relativos a los recursos empleados no pueden ser analizados sin hacer referencia al método empleado para el hecho suicida. Aunque respecto de esta última variable no existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tentativas y el de suicidios (lo que quiere decir que las distribución de porcentajes en cuanto a los diferentes métodos es similar entre ambos grupos), los análisis descriptivos recogidos en los epígrafes 5.1.2 y 5.1.3 indican que el método predilecto en el caso de los suicidios es el ahorcamiento (90,9 % de los casos), mientras que en caso de las tentativas (aunque el ahorcamiento sigue siendo el método prioritario) el rango de modos empleados se amplía a la ingesta de sustancias y los cortes. En consonancia con este escenario, el recurso empleado si resulta una variable estadísticamente significativa en tanto en cuanto, en el caso de las tentativas, sus protagonistas emplean en mayor medida las cuchillas (5,1 % vs. 1,6 %) y medicación (4,4 % vs. 0 %).

En cuanto al lugar en el que se produce el hecho, los internos implicados en suicidios intentados se encuentran más habitualmente en módulos de aislamiento (29,9 % vs. 21,2 %), en enfermería (18,2 % vs. 6,1 %) y en módulos ordinarios (33,6 % vs. 25,8 %), así como en celda compartida (56,5 % vs. 30,3 %). Los suicidios se producen en mayor medida en módulos de ingresos (12,1 % vs. 5,1 %) y de respeto (24,2 % vs. 9,5 %); las personas que fallecen por suicidio suelen ocupar celdas individuales (69,7 % vs. 43,5 %).

Finalmente, en lo que a las variables clínicas respecta, las personas implicadas en suicidios intentados presentan en mayor medida una problemática previa de drogodepen-

dencias (92,7 % vs. 75 %) y han participado en mayor proporción en tratamientos de deshabituación en el pasado (42,8 % vs. 25,8 %), cuentan con una historia previa de intoxicaciones (33,3 % vs. 18,2 %) y autolesiones (en el último año: 42 % vs. 22,7 %; más de un año: 48,6 % vs. 21,2 %) y presentan mayores rasgos de impulsividad (51,4 % vs. 28,8%) en comparación con aquellos que fallecen consecuencia de una conducta suicida. Además, cuentan en mayor porcentaje con antecedentes penales o toxicológicos en sus familias de origen (15,2 % vs. 3 %).

Tabla 20. Análisis bivariantes para las variables cualitativas en suicidios versus tentativas

VARIABLES		N total (%)	N suicidios (%)	N tentativas (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign.	Psi	V Cramer	sign.
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	EDAD_rangos	204	66 (32,4%)	138 (67,7%)							
	≤ 31 años	83 (40,2%)	17 (25,8%)	65 (47,1%)				11,796	,007	,241	,007
	32 años a 45 años	92 (45,1%)	34 (51,5%)	58 (42%)							
	46 años a 59 años	21 (10,3%)	9 (13,6%)	12 (8,7%)							
	60 años ≤	9 (4,4%)	6 (9,1%)	3 (2,2%)							
	R_estadocivil	193	60 (31,1%)	133 (68,9%)							
	Casado	11 (5,7%)	6 (10%)	5 (3,8%)							
	Pareja con convivencia	19 (9,8%)	5 (8,3%)	14 (10,5%)							
	Pareja de hecho	1 (0,5%)	1 (1,7%)	0 (0%)				12,749	,023	,260	,026
	Pareja sin convivencia	1 (0,5%)	1 (1,7%)	0 (0%)							
	Separado/divorciado	30 (15,5%)	14 (23,3%)	16 (12%)							
	Soltero	128 (66,3%)	32 (53,3%)	96 (72,2%)							
	Viudo	3 (1,6%)	1 (1,7%)	2 (1,5%)							
	R_hijosmayores	192	59 (30,7%)	133 (69,3%)							
	No	159 (82,8%)	43 (72,9%)	116 (87,2%)	5,902	1		,022	-,175		,022
	Si	33 (17,2%)	16 (27,1%)	17 (12,8%)							
	R_relacionesfamiliar	197	60 (30,5%)	137 (69,5%)							
	No	50 (25,4%)	15 (25%)	35 (25,5%)							
	No conflictivas	9 (4,6%)	4 (6,7%)	5 (3,6%)				10,976	,010	,242	,008
	Si	116 (58,9%)	28 (46,7%)	88 (64,2%)							
	Si conflictivas	22 (11,2%)	13 (21,7%)	9 (6,6%)							
	R_relacionesfamiliardequida	183	53 (29%)	130 (71%)							
	No	41 (22,4%)	24 (45,3%)	17 (13,1%)							
	No conflictivas	38 (20,8%)	12 (22,6%)	26 (20%)							
	No tiene familia adquirida	56 (30,6%)	1 (1,9%)	55 (43,2%)				51,153	,000	,504	,000
	Si	42 (23%)	11 (20,8%)	31 (20%)							
	Si conflictivas	6 (3,3%)	5 (9,4%)	1 (0,8%)							
VARIABLES PENALES/PENITENCIARIAS	R_DVG	201	66 (32,8%)	135 (67,2%)							
	No	158 (78,6%)	46 (69,7%)	112 (83%)	4,639	1		,043	-,152		,043
	Si	43 (21,4%)	20 (30,3%)	23 (17%)							
	R_situacionregimental	81	23 (28,4%)	58 (71,6%)							
	243 RP	1 (1,2%)	0 (0%)	1 (1,7%)							
	72 RP	21 (25,9%)	6 (26,1%)	15 (25,9%)							
	72 RP celda de observación	7 (8,6%)	0 (0%)	7 (12,1%)							
	75.1 RP	15 (18,5%)	3 (13%)	12 (20,7%)							
	75.1 RP celda de observación	9 (11,1%)	1 (4,3%)	8 (13,8%)							
	75.2 RP	7 (8,6%)	3 (13%)	4 (6,9%)				19,416	,011	,519	,016
	75.2 RP celda de observación	3 (3,7%)	1 (4,3%)	2 (3,4%)							
	Aislamiento sanitario	4 (4,9%)	3 (13%)	1 (1,7%)							
	Baja médica en celda	2 (2,5%)	2 (8,7%)	0 (0%)							
	Celda de observación	6 (7,4%)	0 (0%)	6 (10,3%)							
	Sanción de aislamiento en celda	6 (7,4%)	4 (17,4%)	2 (3,4%)							
	R_activdeportivas	204	66 (32,4%)	138 (67,7%)							
	No	96 (47,1%)	66 (100%)	30 (21,7%)	109,761	1		,000	-,734		,000
	Si	108 (52,9%)	0 (0%)	108 (78,3%)							
	R_activlaborales	204	66 (32,4%)	138 (67,7%)							
	No	185 (90,7%)	52 (78,8%)	133 (96,4%)	16,353	1		,000	-,283		,000
	Si	19 (9,3%)	14 (21,2%)	5 (3,6%)							
	R_permisos	204	66 (32,4%)	138 (67,7%)							
	No	196 (96,1%)	60 (90,9%)	136 (96,6%)	6,92	1		,015	-,184		,015
	Si	8 (3,9%)	6 (9,1%)	2 (1,4%)							
	R_sancionesincancelar	204	66 (32,4%)	138 (67,7%)							
	No	97 (47,5%)	47 (71,2%)	50 (36,2%)	21,905	1		,000	,328		,000
	Si	107 (52,5%)	19 (28,8%)	88 (63,8%)							
	R_problemasconvivencia	204	66 (32,4%)	138 (67,7%)							
	No	109 (53,4%)	45 (68,2%)	64 (46,4%)	8,531	1		,004	,204		,004
	Si	95 (46,6%)	21 (31,8%)	74 (53,6%)							
	R_agresionesfísicas	204	66 (32,4%)	138 (67,7%)							
	No	83 (40,7%)	44 (66,7%)	39 (28,3%)	27,298	1		,000	,366		,000
	Si	121 (59,3%)	22 (33,3%)	99 (71,7%)							
	R_agresionesverbales	204	66 (32,4%)	138 (67,7%)							
	No	104 (51%)	46 (69,7%)	58 (42%)	13,676	1		,000	,259		,000
	Si	100 (49%)	20 (30,3%)	80 (58%)							
	R_problemasregimentales	204	66 (32,4%)	138 (67,7%)							
	No	113 (55,4%)	46 (69,7%)	67 (48,6%)	8,08	1		,007	,199		,007
	Si	91 (44,6%)	20 (30,3%)	71 (51,4%)							

p<05

(Continúa)

Estudio de suicidios y tentativas de suicidio en el ámbito penitenciario 2022-2023

CIRCUNSTANCIAS DEL EVENTO		N total (%)	N suicidios (%)	N tentativas (%)	χ^2	gl	F Fisher	sign.	Phi	V Cramer	sign.
FRANIAS HORARIAS		204	66 (32,4%)	138 (67,7%)	16,731	4		,002		,286	,002
De 00:00 a 07:45		19 (9,3%)	9 (13,6%)	10 (7,2%)							
De 07:45 a 14:00		62 (30,4%)	25 (37,9%)	37 (26,8%)							
De 14:00 a 17:00		41 (20,1%)	9 (13,6%)	32 (23,2%)							
De 17:00 a 20:00		40 (19,6%)	18 (27,3%)	22 (15,9%)							
De 20:00 a 00:00		42 (20,6%)	5 (7,6%)	37 (26,8%)							
R_recursivo		201	64 (31,8%)	137 (68,2%)	23,298			,037		,360	,025
Baica		2 (1%)	1 (1,6%)	1 (0,7%)							
Cable		4 (2%)	1 (1,6%)	3 (2,2%)							
Cinturón		8 (4%)	7 (10,9%)	1 (0,7%)							
Cerdón		41 (20,4%)	13 (20,3%)	28 (20,4%)							
Cuchilla		8 (4%)	1 (1,6%)	7 (5,1%)							
Cuerda		8 (4%)	2 (3,1%)	6 (4,4%)							
Goma ventana		1 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,7%)							
Invidua		1 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,7%)							
Lata		1 (0,5%)	1 (1,6%)	0 (0%)							
Medicación		6 (3%)	0 (0%)	6 (4,4%)							
Objeto cortante		2 (1%)	0 (0%)	2 (1,5%)							
Poles máquina masticación		1 (0,5%)	1 (1,6%)	0 (0%)							
Productos químicos		2 (1%)	0 (0%)	2 (1,5%)							
Radial		1 (0,5%)	1 (1,6%)	0 (0%)							
Ropa de cama		89 (44,3%)	29 (45,3%)	60 (43,8%)							
Vanda		1 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,7%)							
Vestuario		25 (12,4%)	7 (10,9%)	18 (13,1%)							
R_modio		203	66 (32,5%)	137 (67,5%)	21,268			,004		,234	,004
Dependencias exteriores		4 (2%)	2 (3%)	2 (1,5%)							
Aislamiento		55 (27,1%)	14 (21,2%)	41 (29,9%)							
Enfermería		29 (14,3%)	4 (6,1%)	25 (18,2%)							
Ingruon		15 (7,4%)	8 (12,1%)	7 (5,1%)							
Módulo discapacitados		1 (0,5%)	1 (1,5%)	0 (0%)							
Módulo PALEM		3 (1,5%)	2 (3%)	1 (0,7%)							
Módulo respeto		29 (14,3%)	16 (24,2%)	13 (9,5%)							
Módulo terapéutico		4 (2%)	2 (3%)	2 (1,5%)							
Módulo ordinario		63 (31%)	17 (25,8%)	46 (33,6%)							
R_celda_R		204	66 (32,4%)	138 (67,7%)	12,295	1		,001	-,246		,001
Compartida		98 (48%)	20 (30,3%)	78 (56,5%)							
Individual		106 (52%)	46 (69,7%)	60 (43,5%)							
VARIABLES CLÍNICAS		201	64 (31,8%)	137 (68,2%)	12,136	1		,001	,246		,001
R_problematidad drogas		26 (12,9%)	16 (25%)	10 (7,3%)							
No		175 (87,1%)	48 (75%)	127 (92,7%)							
R_hidrogras anterior		204	66 (32,4%)	138 (67,7%)	5,517	1		,021	,164		,021
No		128 (62,7%)	49 (74,2%)	79 (57,2%)							
Si		76 (37,3%)	17 (25,8%)	59 (42,8%)							
R_intoxicaciones		204	66 (32,4%)	138 (67,7%)	5,037	1		,031	,157		,031
No		146 (71,6%)	54 (81,8%)	92 (66,7%)							
Si		58 (28,4%)	12 (18,2%)	46 (33,3%)							
R_autolesiones ulteriores		204	66 (32,4%)	138 (67,7%)	7,239	1		,008	,188		,008
No		131 (64,2%)	51 (77,3%)	80 (58%)							
Si		73 (35,8%)	15 (22,7%)	58 (42%)							
R_autolesiones mas de un año		204	66 (32,4%)	138 (67,7%)	13,938	1		,000	,261		,000
No		123 (60,3%)	52 (78,8%)	71 (51,4%)							
Si		81 (39,7%)	14 (21,2%)	67 (48,6%)							
R_antecedentes de suicidio		204	66 (32,4%)	138 (67,7%)	6,629	1		,016	,180		,016
No		181 (88,7%)	64 (97%)	117 (84,8%)							
Si		23 (11,3%)	2 (3%)	21 (15,2%)							
R_impulsividad		204	66 (32,4%)	138 (67,7%)	9,300	1		,003	,214		,003
No		114 (55,9%)	47 (71,2%)	67 (48,6%)							
Si		90 (44,1%)	19 (28,8%)	71 (51,4%)							

p<0,05

Los resultados para las variables cuantitativas que no cumplieron con los criterios de normalidad y homocedasticidad y para las variables consideradas como ordinales, aparecen resumidos en la tabla 2 I.

Tabla 21. Análisis bivariantes para las variables cuantitativas y ordinales en suicidios versus tentativas

		Suicidios (n=66)	Tentativas (n=138)	U Mann Whitney	sign.
		Mediana (rango)	Mediana (rango)		
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	EDAD	38 (52)	32 (44)	3196,500	,001
	NHIJOS MAYORES	0 (8)	0 (6)	3327,000	,020
VARIABLES PENALES/PENITENCIARIAS	NPERMISOS	0 (7)	0 (4)	4205,000	,007
	NSANCIONES SIN CANCELAR	0 (20)	2 (140)	2718,000	,000
CIRCUNSTANCIAS DEL EVENTO	NAGRESIONES FÍSICAS	0 (11)	2 (47)	2611,000	,000
	NAGRESIONES VERBALES	0 (15)	1 (49)	3011,500	,000
VARIABLES CLÍNICAS	DIAS HASTA SUICIDIO	251 (4582)	409,50 (6725)	3771,500	,047
	NAUTOLESIONES ULTIMO AÑO	0 (6)	0 (35)	3598,500	,020
	NAUTOLESIONES MAS DE UN AÑO	0 (15)	0 (42)	3256,000	,000
	NPPS ANTERIORES	0 (6)	0 (25)	3835,500	,042
	NTODROGAS ANTERIOR	0 (7)	0 (10)	3793,500	,025
	NINTOXICACIONES	0 (3)	0 (9)	3804,500	,016
	R_experiencia traumaticas_R	0 (3)	0 (4)	3766,000	,020
	R_desencadenantes sociales_R	0 (1)	0 (2)	3977,5	,034

p < .05

Los resultados de los análisis muestran que entre el grupo de tentativas y el grupo de suicidios existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, el número de hijos mayores de edad y el número de permisos disfrutados, en tanto que las puntuaciones obtenidas por los internos e internas del grupo de suicidios consumados fueron significativamente superiores a las obtenidas por aquellos que hubieron protagonizado intentos de suicidio. En sentido contrario, el número de sanciones sin cancelar y de agresiones físicas y verbales protagonizadas por el interno o interna hasta que se produjo el evento suicida, el tiempo transcurrido desde el ingreso en prisión hasta el incidente, el número de autolesiones e intoxicaciones pasadas protagonizadas, el número de ocasiones en las que había estado con anterioridad en Protocolo de Prevención de Suicidios y en tratamiento de deshabitación de drogas y el número de experiencias traumáticas vivenciadas en el pasado y de desencadenantes sociales presentes en el caso fueron mayores en el caso de las tentativas.

Los resultados arrojados por los análisis bivariantes preliminares en los que se han comparado suicidios con tentativas parecen sustentar las primeras impresiones tras aquellos efectuados por separado para suicidios consumados e intentados en tanto que, como ya se adelantara, se han evidenciado estadísticamente significativas en esta primera fase exploratoria variables relacionadas con la inadaptación conductual y el desajuste personal, en el sentido de que las personas que protagonizan tentativas cuentan, por ejemplo, con más antecedentes de autolesiones, sanciones sin cancelar o agresiones físicas y verbales, entre otras, que aquellos que fallecen por suicidio. Estos resultados parecen apuntar a una diferenciación entre las personas que protagonizan suicidios y las que protagonizan tentativas e informarían de la necesidad de requerir intervenciones de diferente índole en cada uno de los casos si se confirmara en los análisis multivariantes posteriores que afectan a individuos de diferentes características y se trata por tanto de fenómenos de distinta naturaleza. Por ello, y como hemos venido haciendo, todas aquellas variables que hubieron arrojado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tentativas y el de suicidios en los análisis bivariantes, fueron incluidas en posteriores análisis multivariantes cuyos resultados pasarán a ser descritos en el siguiente epígrafe.

5.4.2. Análisis multivariantes

5.4.2.1. Análisis de regresión logística

En la misma lógica metodológica que ya empleáramos en las dos comparaciones previas, los análisis de regresión logística en este caso también se desarrollaron en dos etapas: una primera con cuatro modelos de regresión diferenciados en función de las variables que habían resultado significativas en los análisis bivariantes⁵² (con la salvedad de que en esta ocasión se incluyó un bloque relativo a las circunstancias en las que se había producido el evento de suicidio) y una segunda en la que se obtuvo un modelo de regresión global. Se volvieron a emplear en todos los casos los métodos introducir y paso a paso hacia atrás⁵³.

Los parámetros de todos los modelos por bloques considerando de forma separada las variables sociodemográficas, penales-penitenciarias, circunstancias del evento y clínicas que hubieron resultado significativas en los análisis bivariantes se presentan en la tabla 22 y en la tabla 23. Como ya se hiciera con anterioridad, para cada modelo se recogen las pruebas de bondad de ajuste (R^2 de Nagelkerke y Hosmer y Lemeshow), las pruebas ómnibus y los valores de sensibilidad y especificidad.

Las pruebas ómnibus significativas ($p < .05$) indican que, al menos, uno de los coeficientes de cada uno de los modelos es diferente a cero. Para todos los modelos obtenidos empleando los métodos introducir y paso a paso hacia atrás, la prueba de Hosmer y Lemeshow resultó no significativa ($p > .05$), lo que indica que los modelos están bien ajustados. Los valores de la R^2 de Nagelkerke oscilan entre el 0,22 del modelo de variables clínicas⁵⁴ (que son las que menor poder explicativo muestran; estas variables explican el 22 % de la varianza de la variable dependiente), seguido de los modelos de circunstancias de evento (47 %) y variables sociodemográficas (50 % o 46 % dependiendo del método empleado) y el 0,83 del modelo de variables penales-penitenciarias (0,75 para el método paso a paso hacia atrás) que son las que explican una mayor proporción de variabilidad de la variable dependiente (83 % o 75 % según el método empleado). Estos resultados parciales indican que, considerándolas de forma independiente, las variables penitenciarias son las que tendrían mayor capacidad explicativa para distinguir entre los fenómenos de suicidios y tentativas de suicidio en prisión.

Respecto de los resultados relativos a los niveles de especificidad y sensibilidad, todos los modelos arrojan mejores niveles de sensibilidad que de especificidad, es decir, cualquiera de los modelos obtenidos es más eficaz a la hora de predecir las tentativas que los suicidios. Para todos los modelos, los niveles de sensibilidad son superiores al 87 %, lo que significa que, incluso el que menos potencia explicativa tiene, es capaz de clasificar

⁵² Ver anexo 7.

⁵³ Para la obtención de los modelos de regresión se empleó como nivel de la variable dependiente de referencia las tentativas.

⁵⁴ Para el método introducir 0,25.

correctamente el 87 % de los casos de suicidios intentados. Cuestión menos nítida es la que a su capacidad predictiva para el caso de los suicidios respecta. Solo los modelos de variables penales-penitenciarias alcanzan unos valores razonables de especificidad (93 % o 78 % según el método). Recordemos que el 50 % es el valor esperado en el caso de realizar la clasificación de suicidios y tentativas por azar; valores inferiores al 50 % indican que el modelo es menos eficaz en sus funciones clasificatorias que el mero azar. Esto sucede para el modelo de variables clínicas (42 % para el método introducir y 20 % para el método paso a paso). Valores en torno al 50 % (como es el caso de los modelos de variables sociodemográficas-53 % o 51 %- y circunstancias del evento-53 %) indican que clasificar a los sujetos entre los grupos de suicidios y tentativas mediante el modelo es igual de eficaz que hacerlo azarosamente. Estos resultados son coherentes con los bajos valores de la R^2 de Nagelkerke obtenidos para estos modelos y nos indican que, considerando los valores de sensibilidad y especificidad conjuntamente, solo el modelo de variables penales-penitenciarias tiene una adecuada capacidad para discriminar entre los suicidios y las tentativas⁵⁵.

Tabla 22. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para suicidios vs. tentativas (método introducir)

	Método introducir						Especificidad	Sensibilidad
	Bondad de ajuste		Pruebas omnibus		sign.			
	R Nagelkerke	Hosmer y Lemeshow	Chi cuadrado	sign.				
Variables sociodemográficas	.501	8.945	.347	72.999	.000	53.20%	93.60%	
Variables penales-penitenciarias	.832	0.161	.999	182.896	.000	93.90%	90.40%	
Circunstancias del evento	.476	9.158	.329	83.164	.000	53.10%	87.50%	
Variables clínicas	.253	7.565	.477	40.09	.000	42.20%	86.90%	

p<.05

Tabla 23. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para suicidios vs. tentativas (método paso a paso hacia atrás)

	Método paso a paso (hacia atrás)						Especificidad	Sensibilidad
	Bondad de ajuste		Pruebas omnibus		sign.			
	R Nagelkerke	Hosmer y Lemeshow	Chi cuadrado	sign.				
Variables sociodemográficas	.463	9.655	.290	66.259	.000	51.10%	92.00%	
Variables penales-penitenciarias	.759	0.000	1.000	158.422	.000	78.80%	91.90%	
Circunstancias del evento	.476	7.265	.508	83.164	.000	53.10%	87.50%	
Variables clínicas	.228	1.399	.966	35.728	.000	20.30%	96.60%	

p<.05

Las tablas 24 y 25 muestran los resultados para aquellas variables que resultaron significativas con alguno de los métodos (introducir y paso a paso hacia atrás, respectivamente) para cada uno de los modelos.

Respecto de las variables sociodemográficas, la única que continúa como significativa en el modelo es la que se refiere a las relaciones mantenidas con la familia de origen. En concreto, constituye un factor de riesgo para las tentativas (en comparación con los sui-

⁵⁵ De forma habitual se suele asumir que el modelo es adecuado cuando presenta valores de sensibilidad y especificidad por encima del 75 %.

cidios) no tener relaciones con la familia de origen (frente a mantener relaciones conflictivas). Esto implica que hay más probabilidad de protagonizar un suicidio intentado si no se tienen relaciones con la familia de origen que si se mantienen pero estas tienen un cariz conflictivo. En concreto, no tener relaciones con la familia de origen incrementa en 12 veces el riesgo de protagonizar una tentativa de suicidio: ejerce un mayor efecto protector frente a las tentativas de suicidio tener relaciones con la familia de origen aunque sean conflictivas que no tenerlas. Por otra parte, mantener relaciones normalizadas con la familia de origen constituye un factor de protección frente a los suicidios (versus mantener relaciones conflictivas). En concreto, tener relaciones normalizadas con la familia de origen disminuye en 9 veces el riesgo de protagonizar un suicidio consumado.

Continuando por las variables penales-penitenciarias, resultan significativas para diferenciar entre tentativas y suicidios las agresiones físicas cometidas durante la estancia en prisión así como la existencia de sanciones pendientes de cancelar en el momento de la comisión del evento suicida. En ambos casos actúan como factores de riesgo para la perpetración de intentos de suicidio, lo que implica que los internos e internas que protagonizan suicidios intentados también protagonizan más agresiones físicas (8 veces más) y cuentan con sanciones pendientes de cancelar (4 veces más) que aquellos que fallecen por suicidio.

Referente a las circunstancias del evento de suicidio, arrojan diferencias estadísticamente significativas entre tentativas y suicidios el momento del día en que estos se producen, el tipo de módulo en el que se dan y el tipo de celda en el que se materializan. A diferencia de los suicidios, las tentativas se producen en la franja horaria que comprende las primeras horas del cierre nocturno (20:00h a 00:00h). Respecto de otras franjas horarias (00:00 a 07:45, 07:45 a 14:00, 17:00 a 20:00) la probabilidad de materializar una tentativa entre las 20:00 y las 00:00 es 11, 6 y 7 veces mayor respectivamente. Los suicidios se dan, sin embargo, en mayor medida entre las 00:00 y las 07:45, las 07:45 y las 14:00 y las 17:00 y las 20:00. Importante considerar a este respecto una cuestión a la que ya aludimos cuando expusimos los análisis bivariantes: las horas consignadas para las tentativas son aquellas en las que se produce el hecho, mientras que para los suicidios son aquellas en las que se produce el hallazgo del cadáver. Esto explicaría que los horarios de riesgo para los suicidios coincidan con la salida de celdas de la mañana y la de la tarde, momento en que se suele producir el descubrimiento del cuerpo.

Por otra parte, residir en un módulo de respeto disminuye en 3 veces el riesgo de llevar a cabo un suicidio intentado, mientras que estar en celda compartida lo incrementa en 4 veces, lo que se traduce en que en los módulos de respeto se producen más suicidios consumados que tentativas y estas últimas acaecen en mayor medida en celdas compartidas mientras que los suicidios lo hacen en individuales.

Para finalizar, cuatro variables clínicas arrojan diferencias estadísticamente significativas entre suicidios consumados e intentados: tener una historia de autolesiones de más de un año de antigüedad, la existencia de problemática de drogodependencia, la presencia

de rasgos de impulsividad y el número de desencadenantes sociales acumulados. En concreto, las tentativas de suicidio tienden a estar protagonizadas por personas que cuentan con antecedentes autolíticos antiguos, con problemas de consumo y con rasgos de impulsividad, circunstancias que se dan con menor probabilidad entre aquellos que fallecen por suicidio. De hecho, estos factores incrementan en más de dos veces el riesgo de protagonizar una tentativa de suicidio frente a un suicidio consumado. En la misma línea, las tentativas tienden a acumular una mayor cantidad de desencadenantes sociales que los suicidios consumados.

Tabla 24. Modelos de regresión logística por bloques suicidios vs. tentativas (método introducir)

	Método introducir					
	Wald	gl	sign.	Exp (B)-OR	OR inversa	IC 95% (min-max)
Variables sociodemográficas						
R_relacionesfamorigen (no vs. si conflictivas)	8,190	1	0,004	12,040		2,191 66,173
R_relacionesfamorigen (si vs. si conflictivas)	8,747	1	0,003	9,660		2,149 43,425
Variables penales-penitenciarias						
R_agresionesfisicas (no haber protagonizado agresiones fisicas)	4,504	1	,034	0,116	8,620	0,016 0,848
Circunstancias del evento						
FRANJAS HORARIAS (00:00 a 07:45 vs. 20:00 a 00:00)	7,502	1	,006	0,087	11,494	0,015 0,499
FRANJAS HORARIAS (07:45 a 14:00 vs. 20:00 a 00:00)	8,589	1	,003	0,144	6,944	0,039 0,526
FRANJAS HORARIAS (17:00 a 20:00 vs. 20:00 a 00:00)	7,616	1	,006	0,132	7,575	0,031 0,556
R_modulo (módulo respeto vs. módulo ordinario)	3,872	1	,049	0,252	3,968	0,064 0,995
R_celda_R (compartida vs. individual)	7,623	1	,006	4,221		1,519 11,730
Variables clínicas						
R_impulsividad (no tener)	5,155	1	,023	0,430	2,325	0,207 0,891

p<.05

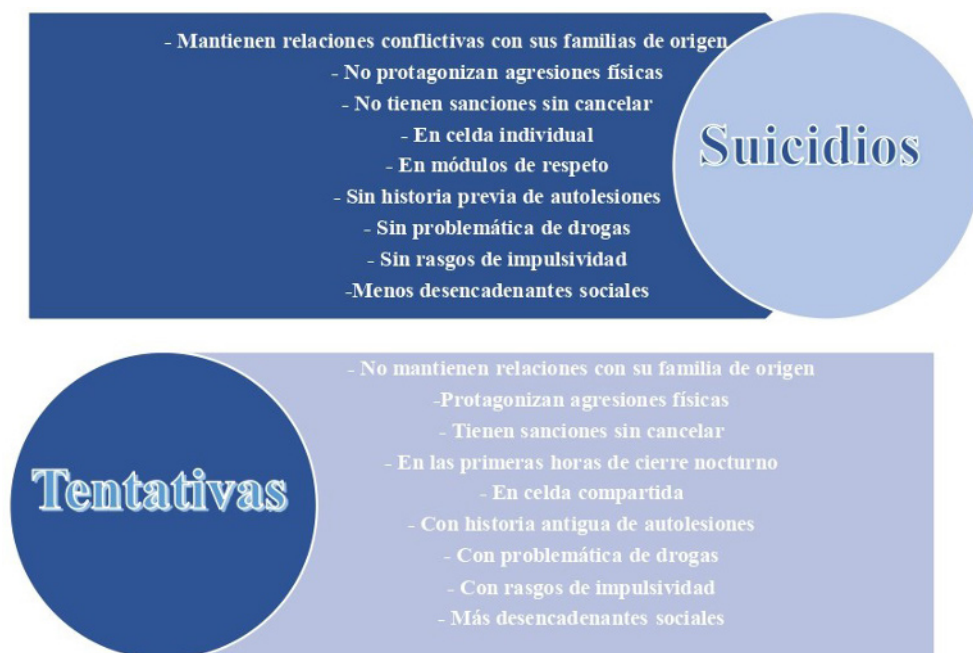
Tabla 25. Modelos de regresión logística por bloques suicidios vs. tentativas (método paso a paso hacia atrás)

	Método paso a paso (hacia atrás)					
	Wald	gl	sign.	Exp (B)-OR	OR inversa	IC 95% (min-max)
Variables sociodemográficas						
R_relacionesfamorigen (no vs. si conflictivas)	8,504	1	,004	11,524		2,229 59,583
R_relacionesfamorigen (si vs. si conflictivas)	8,254	1	,004	8,429		1,969 36,087
Variables penales-penitenciarias						
R_sancionesincancelar (no tener sanciones sin cancelar)	9,103	1	,003	0,225	4,444	0,085 0,593
Circunstancias del evento						
FRANJAS HORARIAS (00:00 a 07:45 vs. 20:00 a 00:00)	7,502	1	,006	0,087	11,494	0,015 0,499
FRANJAS HORARIAS (07:45 a 14:00 vs. 20:00 a 00:00)	8,589	1	,003	0,144	6,944	0,039 0,526
FRANJAS HORARIAS (17:00 a 20:00 vs. 20:00 a 00:00)	7,616	1	,006	0,132	7,575	0,031 0,556
R_modulo (módulo respeto vs. módulo ordinario)	3,872	1	,049	0,252	3,968	0,064 0,995
R_celda_R (compartida vs. individual)	7,623	1	,006	4,221		1,519 11,730
Variables clínicas						
R_autolesionesmasdenuño (no tener)	5,737	1	,017	0,412	2,427	0,199 0,851
R_problemasadrogas (no tener)	5,026	1	,025	0,342	2,923	0,134 0,874
R_impulsividad (no tener)	4,159	1	,041	0,492	2,032	0,249 0,973
R_desencadenantes sociales R	5,097	1	,024	2,883		1,150 7,229

p<.05

La figura 8 resume las características que, según estos modelos de regresión obtenidos, diferencian a suicidios consumados e intentados.

Figura 8. Características diferenciales entre suicidios consumados e intentados



Como se desprende de la figura 8, estos resultados vuelven a apuntar en la línea de un mayor nivel de inadaptación institucional y desajuste personal en el caso de las tentativas frente a los suicidios, corroborando las impresiones derivadas de los análisis preliminares.

Una vez realizados los análisis de regresión por bloques, se procedió a efectuar el análisis de regresión global que incluyó todos aquellos factores que habían resultado significativos. Como en las ocasiones anteriores, se recogen exclusivamente los resultados para el modelo obtenido mediante el método introducir al ser el que mejor ajuste muestra⁵⁶ (tabla 26). La prueba ómnibus resultó significativa ($\chi^2=89,487$; $p=,000$), y las pruebas R^2 de Nagelkerke ($R^2=0,521$) y Hosmer Lemeshow ($\chi^2=0,053$; $p=,428$) indicaron una adecuada bondad de ajuste del modelo. El modelo obtenido explica el 52 % de la variabilidad de la variable dependiente. Los niveles de sensibilidad y especificidad fueron 91,2 % y 72,9 % respectivamente, lo que indica una mejor capacidad del modelo para pronosticar los casos verdaderos positivos (clasificar adecuadamente las tentativas de suicidio; el 91,2 % de las tentativas son clasificadas correctamente como tentativas por el modelo) que para pronosticar los verdaderos negativos (clasificar adecuadamente los suicidios; el 72,9 % de los suicidios son clasificados correctamente como suicidios por el modelo).

⁵⁶ Por el método paso a paso hacia atrás: pruebas ómnibus $\chi^2=76,652$ ($p=,000$); $R^2=0,521$; Hosmer y Lemeshow $\chi^2=12,000$ ($p=,151$); especificidad=64,4 % y sensibilidad=87,5 %.

Tabla 26. Modelo de regresión logística global suicidios vs. tentativas (método introducir)

	Regresión modelo final suicidios vs tentativas (Introducir)							
	B	E.T.	Wald	gl	sig.	Exp(B)-OR	OR inversa	L.C. 95% Exp(B) (min-max)
R. relacionesfamorigen (REF si conflictivas)			14,944	3	,002			
R. relacionesfamorigen (no vs. si conflictivas)	2,359	0,746	9,990	1	,002*	10,583		2,45 45,704
R. relacionesfamorigen (no conflictivas vs si conflictivas)	0,079	1,105	0,005	1	,943	1,082		0,124 9,436
R. relacionesfamorigen (si vs. si conflictivas)	2,352	0,676	12,093	1	,001*	10,509		2,791 39,565
R. sancionesinancelar (no tener sanciones sin cancelar)	-1,457	0,5	8,507	1	,004*	0,233	4,291	0,087 0,62
R. agresionesfísicas (no haber protagonizado agresiones físicas)	-1,285	0,513	6,274	1	,012*	0,277	3,61	0,101 0,756
FRANJASHORARIAS (REF 20:00 a 00:00)			13,312	4	,009			
FRANJASHORARIAS (00:00 a 07:45 vs. 20:00 a 00:00)	-2,742	0,944	8,444	1	,004*	0,064	15,625	0,01 0,41
FRANJASHORARIAS (07:45 a 14:00 vs. 20:00 a 00:00)	-2,592	0,808	10,294	1	,001*	0,075	13,333	0,015 0,365
FRANJASHORARIAS (14:00 a 17:00 vs. 20:00 a 00:00)	-1,318	0,9	2,141	1	,143	0,268		0,046 1,564
FRANJASHORARIAS (17:00 a 20:00 vs. 20:00 a 00:00)	-2,485	0,867	8,215	1	,004*	0,083	12,048	0,015 0,456
R. modulo (REF modulo ordinario)			1,425	8	,994			
R. modulo (aislamiento vs. modulo ordinario)	-0,043	0,619	0,005	1	,945	0,958		0,285 3,226
R. modulo (dependencias exteriores vs. modulo ordinario)	-1,3	3,935	0,109	1	,741	0,273		0,000 609,725
R. modulo (enfermería vs. modulo ordinario)	0,338	0,816	0,172	1	,679	1,403		0,263 6,946
R. modulo (ingresos vs. modulo ordinario)	0,645	0,847	0,579	1	,447	1,906		0,362 10,029
R. modulo (dispositivos vs. modulo ordinario)	23,913	40192,97	0,000	1	1,000	0,000		0,000
R. modulo (modulo PAIEM vs. modulo ordinario)	23,822	40192,97	0,000	1	1,000	2,22E+10		0,000
R. modulo (modulo respeto vs. modulo ordinario)	-0,235	0,711	0,109	1	,741	0,791		0,196 3,184
R. modulo (modulo terapéutico vs. modulo ordinario)	-0,299	1,232	0,039	1	,809	0,742		0,066 8,305
R. celda R (compartida)	1,548	0,557	7,724	1	,005*	4,702		1,578 14,008
R. antiolesionesasistencia (no ha protagonizado autolesiones a más de un año)	-0,61	0,501	1,483	1	,223	0,543		0,203 1,451
R. problemáticasdrogas (no tiene problemática de drogas)	-0,364	0,646	0,317	1	,574	0,695		0,196 2,467
R. desencadenantes sociales R	1,5	0,675	4,932	1	,026*	4,482		1,193 16,842
Constante	2,061	0,957	4,638	1	,031	7,856		

*p<0,05

En este modelo final resultaron significativos como factores de riesgo que diferencian entre suicidios y tentativas la naturaleza de las relaciones mantenidas con la familia de origen, contar con sanciones sin cancelar, haber protagonizado agresiones físicas durante el internamiento, las franjas horarias en las que se producen los incidentes suicidas, tipo de celda y el número de desencadenantes sociales acumulados. Más concretamente, las personas que protagonizan intentos de suicidio no mantienen relaciones con su familia de origen, mientras que los que se suicidan sí; los primeros cuentan con sanciones sin cancelar y han protagonizado más agresiones físicas a otros compañeros de internamiento o funcionarios; suelen protagonizar sus intentos durante las primeras horas del cierre nocturno, mientras que los suicidios se descubren en las horas de apertura de celdas de la mañana y la tarde; suelen compartir celda frente a aquellos que fallecen por suicidio que ocupan habitualmente celdas individuales; y ostentan una desventaja respecto de los suicidios al aglutinar más desencadenantes sociales.

6. Discusión

6.1. PREVALENCIA DEL FENÓMENO DEL SUICIDIO EN PRISIÓN

El fenómeno del suicidio constituye una de las principales preocupaciones de la administración ya que afecta con especial dureza a un colectivo tan vulnerable como es el de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios. Una muestra de ello es la amplia diferencia que se puede apreciar entre las tasas de suicidio en población general y en población penitenciaria. Sirvan de ejemplo los últimos datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística sobre defunciones por suicidio en 2022. Para la población general la tasa de suicidios por 100.000 habitantes en ese año fue de 8,8 (13,3/100.000 en el caso de los hombres y 4,5/100.000 en el caso de las mujeres) (Instituto Nacional de Estadística, 2022), mientras que, como evidencia este estudio, los datos en población penitenciaria arrojan una tasa de 7,5/10.000, lo que supera en más de 8 veces las tasas para población general. En el caso concreto de los hombres las tasas de suicidio en prisión se ven incrementadas en 6 veces respecto de la población general (8,1/10.000 en población penitenciaria frente a 13,3/100.00 en población general)⁵⁷.

Por otra parte, en población general se estima que los intentos de suicidio podrían multiplicar por 10 o por 20 el número de suicidios consumados (Krug et al., 2002; OMS, 2014). Tomando como referencia los datos de 2023, el número de tentativas de suicidio en nuestros centros penitenciarios superó en más de cuatro veces el número de suicidios consumados, lo que constituye una cifra algo inferior a la encontrada en otras investigaciones previas (Tartaro y Ruddel, 2006). Esta discrepancia podría deberse a una sobrerepresentación de falsos negativos: autolesiones que no son etiquetadas como tentativas aun siéndolo de facto u otras que directamente no son detectadas. Recordemos que el medio penitenciario constituye un terreno especialmente fértil para la interpretación de las conductas autolesivas como comportamientos con una finalidad instrumental y no como verdaderas actuaciones encaminadas a acabar con la propia vida (Dear et al., 2000;

⁵⁷ Solo se recogen los datos para población masculina porque no se produjo ningún caso de suicidio de mujeres en prisión en 2022.

Tartaro y Lester, 2009). Es por ello que, muy probablemente, la diferencia en número entre suicidios consumados e intentos de suicidio bien podría ser bastante superior.

Es importante hacer notar que las cuantías totales de población penitenciaria que se han tomado como referencia para el *cálculo de las tasas que se han reflejado*, son las que se refieren a todos aquellos internos e internas que se encontraban en prisión a fecha de 31 de diciembre del año en cuestión. Este dato supone una foto fija de un momento puntual y concreto, pero el número de personas que pasan por nuestros centros penitenciarios a lo largo del año y que potencialmente podrían haberse visto inmersos en conductas suicidas es ostensiblemente mayor y difícilmente calculable. Es por ello que las tasas de suicidio y de tentativas que se han ofrecido en este trabajo tienden a una sobreestimación del fenómeno del suicidio penitenciario.

Una vez que se ha esbozado el escenario general en términos cuantitativos, resulta interesante contextualizar nuestros hallazgos en cuanto a factores de riesgo poniéndolos en relación con las líneas teóricas y empíricas marcadas por trabajos anteriores, así como nuestra experiencia profesional derivada del desempeño en centros penitenciarios.

6.2. FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN PRISIÓN

En la línea del *Modelo combinado de diátesis-estrés* (Berman y Canning, 2022; Favril et al., 2019; Liebling, 1992, 1995, 1999; Mann, 2033; Mann et al., 1999; Marzano et al., 2011; Turecki et al., 2011) que ya fuera expuesto en la introducción⁵⁸, se han pretendido abordar tanto factores predisponentes y de vulnerabilidad importada como factores precipitantes y eventos desencadenantes que pudieran aportar valor explicativo al fenómeno del suicidio en prisión. Los resultados obtenidos confirman algunos de los hallazgos previos pero, en otros casos, estos resultan ciertamente inesperados, lo que no deja de ser interesante en aras a cuestionar posibles falsas creencias compartidas en torno al fenómeno del suicidio en prisión.

6.2.1. Factores sociodemográficos

Los resultados obtenidos vienen a indicar que las variables sociodemográficas tradicionales (el sexo, la nacionalidad o el estado civil), aunque muy habitualmente consideradas en cuanto a perfiles de riesgo, no tienen un elevado poder explicativo de la conducta suicida. Por ejemplo, aunque algunos estudios muestran que la tasa de suicidios es mayor entre los internos más jóvenes y que esta va descendiendo a medida que se incrementa la edad (Liebling, 1999; Rivlin et al., 2013b; Serin et al., 2003; Stoliker, 2018), nuestros resultados apoyan esta tesis solo parcialmente. En concreto, la edad no resultó una variable significativa para los suicidios consumados, como tampoco lo fue en otros trabajos previos (Encrenaz et al., 2014; Favril et al., 2022; Marzano et al., 2011, 2016; Rivlin et al., 2013a), aunque los internos que se vieron implicados en un intento fueron significativa-

⁵⁸ Ver epígrafe 1.3.2.

mente más jóvenes que los sujetos del grupo control y que los que fallecieron por suicidio. Este hallazgo pudiera venir explicado porque los internos más jóvenes muestran mayores niveles de impulsividad y cuentan con estrategias de afrontamiento menos sofisticadas para encarar los contratiempos y conflictos que durante el internamiento se pudieran suceder, lo que puede traducirse en un comportamiento desregulado y explosivo que, en ocasiones, pudiera ser etiquetado o interpretado como una tentativa de suicidio.

De igual forma, los datos presentados no avalan la tan aludida *paradoja de género* (Canetto y Sakinofski, 1998) que viene a defender que mientras que las tentativas de suicidio son mayores en el caso de las mujeres, los fallecimientos por suicidio consumado son mayores entre los hombres. Al menos en lo que respecta al año 2023, los datos descriptivos indican que el escenario es otro: las mujeres presentan tanto mayores tasas de tentativas (38,1/10.000 vs. 28,6/10.000 para los hombres) como de suicidios consumados (8,8/10.000 vs. 6,4/10.000). Los análisis inferenciales apuntan en la misma línea: la variable sexo no ha resultado estadísticamente significativa ni para los suicidios (los hombres no se suicidan proporcionalmente más que las mujeres) (ver también Duthé et al., 2014; Dye, 2011) ni para las tentativas (las mujeres no lo intentan proporcionalmente más que los hombres) (ver también Favril et al., 2022). Es más, no se esconderá la duda que se alberga sobre la representatividad de estos datos toda vez que en 2022 no se produjo ningún suicidio femenino en centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Entendemos, por tanto, que todavía son necesarias series temporales más amplias para poder aprehender el alcance real del fenómeno del suicidio femenino en prisión, la naturaleza de los factores de riesgo vinculados a él y si estos son cualitativa y/o cuantitativamente diferentes respecto de los de los hombres.

Por otra parte, aunque algunos estudios previos han apuntado a una relación significativa entre la ausencia de pareja en prisión (solteros, divorciados/separados o viudos) y suicidio (entre otros, Favril et al., 2029; Khezri et al., 2023; Serin et al., 2022), lo cierto es que, en la línea de otras investigaciones que no constatan tal relación (Marzano et al., 2011), en lo que a suicidios respecta esta variable no ha revelado poder explicativo alguno en el periodo estudiado y en cuanto a los intentos de suicidio su poder explicativo desaparece en los análisis multivariantes. De hecho, las relaciones con la familia adquirida han mostrado tener solo un efecto limitado sobre el riesgo de materializar una conducta suicida en tanto en cuanto los modelos multivariantes no arrojan diferencias estadísticamente significativas a este nivel respecto de los controles. Un hallazgo que avala este argumento es que la variable miedo a la pérdida de la custodia o la tutela de los hijos no ha resultado significativa como factor desencadenante de la conducta suicida. Quizá la cuestión no tenga tanto que ver con el estatus civil como con la percepción del individuo de sentirse conectado con el exterior. Ejemplo de ello es que los internos que materializaron una conducta suicida tendrían a mantener relaciones de tipo conflictivo con sus familias de origen, mientras que para los internos que protagonizaron un intento de suicidio el factor de riesgo fue la ausencia de relaciones con su familia de origen. Esto viene a indicar que,

en el caso de las tentativas mantener relaciones, aunque estas sean conflictivas, con sus familias de origen es un factor de protección por encima de no mantenerlas, lo que, en sentido contrario, apunta a que un factor de riesgo para tentativas de suicidio es dejar de contar con apoyo familiar. Quizá esto se deba a que unas relaciones conflictivas con sus familias de origen han podido ser la tónica dominante a lo largo de toda su historia de vida, ya sea porque su familia fuera disfuncional de origen o porque el propio comportamiento desajustado del interno o interna haya influido en la calidad de esas relaciones (circunstancia que bien podría no haberse dado en los suicidios, haciéndose *más relevante, en su caso, el sobrevenido deterioro de las relaciones familiares como factor de riesgo*). Esto viene reforzado por los datos que se han obtenido respecto de la ausencia de apoyo social como factor de riesgo para los suicidios intentados (no así para los suicidios consumados). Así mismo, la ausencia de comunicaciones presenciales, circunstancia que puede darse tanto en el caso de mantener relaciones conflictivas con la familia de origen como ocurre con los suicidios consumados, como de no mantenerlas como se da con los suicidios frustrados, constituye un factor de riesgo en ambos casos.

6.2.2. Factores penales

En cuanto a las variables penales, la situación de prisión preventiva incrementa la probabilidad de que la conducta suicida tenga lugar, tanto cuando hablamos de suicidios consumados como cuando los hacemos de suicidios intentados. Además, los hallazgos obtenidos a partir de los análisis de supervivencia indican que la condición de preventivo constituye un factor de riesgo para la perpetración del suicidio en prisión incrementando la velocidad con la que este se produce respecto de los penados. Como ya defendieran otros autores (Bailo et al., 2023; Konrad et al., 2007; Marzano et al., 2011; Zhong et al., 2021), en este caso, para los internos en situación de prisión preventiva, el riesgo de suicidio aparece más temprano y se mantiene más elevado a lo largo de todo el internamiento. Este resultado lleva a poner de relieve la necesidad de supervisión de este tipo que internos que, por su propia situación procesal, pueden no ser objeto de un cercano seguimiento, especialmente cuando son perfiles bajos no muy demandantes de los servicios de los profesionales penitenciarios o de los instrumentos que el sistema les ofrece. Un seguimiento que debería ser especialmente intenso en las etapas iniciales de internamiento pero que, además, debería continuar durante toda la estancia del interno o interna en prisión, en particular en momentos en los que se produzcan hitos judiciales de trascendencia ante los que habrá que estar alerta.

Respecto de la naturaleza de los delitos cometidos, especialmente aquellos contra la libertad sexual, la evidencia que podemos encontrar en estudios anteriores es controvertida ya que los resultados son escasos e inconsistentes (Alcaraz-Jiménez et al., 2023). La inercia lógica parece llevar a pensar que, por diversas razones (haber sufrido historias de victimización en la infancia, la mayor probabilidad de acoso o agresiones en prisión, los profundos sentimientos de vergüenza o culpa o el estrés derivado de los complejos pro-

cesos penales a los que se enfrentan), aquellos que cometen delitos contra la libertad sexual estarían en mayor riesgo de protagonizar una conducta suicida (Bailo et al., 2023; Blaauw et al. 2005; Duthé et al., 2013, 2014; Favril y O'Connor, 2021; Favril et al., 2022). No obstante, no todos los autores que abordan la cuestión alcanzan conclusiones en la misma línea, llamando la atención sobre la posibilidad de que otras tipologías delictivas, como los delitos contra la propiedad, actúen como factor de riesgo para la conducta suicida (Hayes, 1989; Kovaszny et al., 2004; Topp, 1979). Este es precisamente el escenario que se ha manifestado en esta investigación: no solo los delitos contra la libertad sexual no emergen como factor de riesgo para la conducta suicida, sino que haberse visto implicado este tipo de delitos disminuye la probabilidad de protagonizar un evento suicida. Esto implica que hay mayor proporción de personas ingresadas en prisión por la comisión de delitos contra la libertad sexual en el grupo control que en el grupo de suicidios o en el de tentativas. Es más, el análisis de supervivencia muestra que encontrarse en prisión por un delito contra la libertad sexual demora el momento en que aparece el riesgo de suicidio respecto de aquellos internos ingresados por otros tipos penales. En contrapartida, el tipo delictivo que sí actúa como factor de riesgo tanto para tentativas como para suicidios es el de los delitos contra la propiedad. Esto implica que las personas que se encuentran en prisión por delitos contra la propiedad tienen más riesgo de fallecer por suicidio o intentarlo que aquellos que lo están por delitos contra la libertad sexual, lo que viene a contradecir el argumentario que tradicionalmente se ha empleado cuando a perfiles de riesgo y procedimientos de actuación en la prevención del suicidio en prisión nos estamos refiriendo⁵⁹.

En la necesidad de confirmar estos resultados y con la intención de asegurarnos de que no se debían a efectos espurios, se revisó la base de datos de suicidios originalmente explotada por la Central Penitenciaria de Observación que contenía datos desde el año 1997 ofreciendo una interesante perspectiva temporal. Se comprobó que, efectivamente, el porcentaje de personas fallecidas por suicidio que se encontraban en prisión por delitos contra la libertad sexual era muy inferior al de las personas que lo hacían por delitos contra la propiedad y en cualquier caso, inferior a lo que sería esperable considerando la distribución de estos delitos en la población penitenciaria general. En concreto, se constató que de un total de 814 suicidios consumados sucedidos desde ese año al 2023, solo 42 se encontraban en prisión por delitos contra la libertad sexual. Este fenómeno puede venir explicado por dos circunstancias: de una parte, que las medidas implementadas tradicionalmente en las sucesivas versiones del programa de prevención de suicidios hayan ido encaminadas especialmente hacia la prevención de conductas suicidas en internos con esta tipología delictiva, lo que hubiera podido redundar en una menor tasa de conductas suicidas en su caso, aflorando otros delitos que, inicialmente, hubieran podido estar relegados

⁵⁹ De modo similar a como sucede con los delitos de violencia de género, para los que no se obtienen diferencias estadísticamente significativas cuando comparamos suicidios con controles y que en el caso de las tentativas emergen como un factor que disminuye la probabilidad de ocurrencia de estas.

a un segundo plano como factores de riesgo, como pueden ser los delitos contra la propiedad; de otra parte, que haber cometido delitos contra la libertad sexual, de hecho, no haya constituido nunca un verdadero factor de riesgo para la conducta suicida en el medio penitenciario nacional. Del mismo modo, en estos años, 319 fallecidos (sobre 814 casos) estaban en prisión por delitos contra la propiedad, lo que viene a reforzar los descubrimientos al respecto de esta tipología delictiva como factor de riesgo. Una posible explicación a este fenómeno pudiera tener que ver con que una de las variables que se han relacionado con el suicidio de los delincuentes sexuales en prisión ha sido el acoso del que pudieran ser objeto por parte de sus compañeros de internamiento (Brookes, 1993 como se citó en Ireland, 2000). No obstante, entendemos que hay ciertos indicadores que apuntan a que tal escenario no es replicable en nuestro sistema penitenciario. Por ejemplo, a fecha de la redacción de este documento, sólo constaban en el Sistema de Información Penitenciaria seis internos condenados por delitos contra la libertad sexual sometidos al régimen de autoprotección contemplado en el artículo 75.2 RP. Consultados los correspondientes informes, se constató que sólo en uno de los casos, el motivo estaba directamente relacionado con el delito cometido. Además, la experiencia nos muestra que buena parte de ellos conviven en módulos de respeto y/o desempeñan destinos productivos o de confianza en los establecimientos penitenciarios, encontrándose en un ambiente cómodo y seguro psicológicamente hablando.

A cerca de la cuantía de la condena impuesta en el caso de los penados, los análisis indican que esta variable tiene cierto poder explicativo sobre la conducta suicida⁶⁰. En concreto, esta cuantía es mayor para el caso de los controles que para el caso de los suicidios: las personas que fallecen por suicidio se encuentran cumpliendo condenas de menor duración que los controles. Estos resultados discrepan respecto de hallazgos obtenidos en otras investigaciones que vienen a exponer que las tasas de suicidio son mayores en el caso de los internos que cumplen condenas de mayor duración (Duthé et al., 2014; Favril et al., 2022; Zhong et al., 2021).

En cuanto a la reincidencia, operativizada como ingresos previos en prisión, los análisis también apuntaron a cierta influencia de esta variable sobre el riesgo de suicidio. En particular, el número de ingresos previos en prisión para los internos que fallecieron por suicidio fue mayor que para los controles. A priori estos resultados exploratorios irían en la línea de lo defendido por otros autores con anterioridad (Blaauw et al., 2005; Favril et al., 2022). No obstante, esta diferencia pierde su significación cuando esta variable es considerada en el modelo multivariante, resultado, por otra parte, también avalado por otros hallazgos previos (Green et al., 1993).

A pesar de que los resultados obtenidos respecto de la cuantía de condena y número de ingresos previos (a saber, que las personas que fallecen por suicidio tienen más ingre-

⁶⁰ Esta variable resultó significativa en los análisis bivariantes, no así en los multivariantes. Tampoco lo fue cuando la cuantía de condena fue considerada en rangos temporales.

sos en prisión pero la cuantía de las condenas que cumplen es menor) no se mantienen consistentes cuando son considerados en modelos multivariantes, podría atribuírseles cierto sentido sin son considerados conjuntamente: es poco probable que alguien que se encuentre cumpliendo una condena de elevada cuantía tenga múltiples ingresos en prisión toda vez que su prolongada estancia le impediría la comisión de nuevos delitos. En principio podría tener más sentido una historia de reiterados ingresos cuando las condenas a cumplir son de menor duración. Estos reiterados e interrumpidos ingresos suponen, cada uno de ellos, una ruptura de la dinámica personal del interno o interna y una vuelta atrás cada vez que tienen que ingresar de nuevo en prisión, con todo lo que ello lleva aparejado. Esto podría llevar al hartazgo psicológico y al agotamiento y constituir un elemento facilitador de la conducta suicida. Además, pudiera darse el caso, de que las relaciones familiares se vieran afectadas por esa inestabilidad que derivara en un deterioro o quiebro de las mismas, lo que como hemos señalado anteriormente, pudiera incrementar el riesgo de una conducta suicida.

6.2.3. Factores penitenciarios y circunstancias de evento

Respecto de las variables penitenciarias y las circunstancias en las que se hubiera producido el evento, uno de los hallazgos que más consistentemente se ha replicado en la investigación previa es aquel que se refiere al tipo de celda ocupada por aquellos que fallecen por suicidio, encontrándose *que la ubicación en celda individual constituye un factor de riesgo de suicidio* (Alcántara-Jiménez, 2023; Favril et al., 2022; Kaba et al., 2014; Luigi et al., 2020; Malishchack, 2022; Stoliker, 2018). Nuestros resultados también vienen a corroborar esta tendencia, tanto en los casos en los que se consideran situaciones de normal convivencia con el resto de internos e internas, como bajo limitaciones regimentales o condiciones de especial consideración. En términos generales, las personas que fallecen por suicidio ocupan con mayor probabilidad celdas individuales, mientras que los que protagonizan un suicidio intentado residen con mayor probabilidad en celdas compartidas. Esto último podría ser interpretado en un doble sentido: o bien porque los intentos de suicidio se llevan a cabo deliberadamente en presencia del compañero de celda constituyendo, en realidad, una llamada de atención (ya sea con motivación instrumental o derivada de un elevado malestar psicológico pero, en cualquier caso, sin intención real de acabar con la propia vida); o bien porque la presencia del compañero frustra la conducta suicida.

De otra parte, valorando las situaciones de limitación regimental o de especial consideración, respecto de los sujetos del grupo control, para aquellos que se suicidaron o lo intentaron, la aplicación de los artículos 75 y 72 RP resultó significativa como factor desencadenante del evento suicida a juicio de sus equipos técnicos de referencia. Comparando aquellos que hubieron protagonizado suicidios intentados y consumados, los primeros se encontraban con más frecuencia bajo las limitaciones regimentales contempladas en los artículos 75. I RP y 72 RP lo que podría indicar que eran, en mayor medida, responsables

de incidentes de gravedad que atentaron contra el orden y la seguridad de los establecimientos y/o de conflictos interpersonales con otros internos o internas y cuyos intentos de suicidio podrían estar vinculados con el estrés generado por el propio incidente y los problemas de gestión cortoplacista de la tensión acumulada o la percepción de injusticia por las medidas adoptadas contra ellos. Este fenómeno pudiera tener que ver con lo que en la literatura se ha dado en denominar *urgencia negativa* (Cyders y Smith, 2007, 2008) que puede ser descrita como la tendencia a actuar precipitada o impulsivamente cuando se está bajo situaciones de distrés emocional (Cyders y Smith, 2007). Esto viene a avalar la conclusión de que los internos e internas que protagonizan suicidios intentados muestran una mayor inadaptación institucional y un mayor desajuste personal. Frente a estos, los que fallecieron por suicidio, se encontraban prioritariamente en artículo 75.2 RP como medida de autoprotección, generalmente aplicada a instancia del propio interesado y en casos en los que se pueden sentir amenazados o coaccionados por otros compañeros de internamiento. De ahí que el sometimiento a presiones internas y la existencia de deudas se haya constatado como un factor estresor desencadenante. Como se ha mencionado, el medio penitenciario hace proclive la interpretación de las autolesiones más como conductas manipulativas que como intentos de suicidio reales (Kerkhof y Bernasco, 1990; Tartaro y Lester, 2009), tendencia que puede verse exacerbada en escenarios como el descrito. Minusvalorar la probabilidad de un desenlace fatal en tales situaciones en cierta manera arriesgado. Además, las personas que fallecen por suicidio, ocupan también celdas de aislamiento por cuestiones sanitarias o bajas *médicas* que, a priori, no llevan a pensar a los profesionales penitenciarios en una situación de riesgo de suicidio inmediata por considerarse asépticas desde el punto de vista emocional y no venir derivadas, muy probablemente, de *pródromos* suicidas identificables. Además, los que fallecen por suicidio se encontraban cumpliendo en mayor medida sanción de aislamiento en celda, fenómeno que tiene su sentido considerando que las limitaciones regimentales contempladas en los artículos 75.1 y 72 RP llevan aparejadas mayores medidas de seguimiento y control por parte del personal penitenciario que pueden frustrar las potenciales intenciones suicidas y que el cumplimiento de sanción de aislamiento en celda no exige, lo que deriva en ventanas de riesgo que pudieran tener como consecuencia un fatal desenlace.

Por otra parte, la investigación previa indica en cuanto a los métodos empleados, que de forma habitual los suicidios se producen mediante ahorcamiento (entre otros, Dixon et al., 2020; Favril et al., 2019; Voulgaris et al., 2019) y las tentativas mediante cortes (entre otros, Daniel y Fleming, 2005; Newcomen, 2014; Setin et al., 2002). En el caso de la presente investigación, aunque es cierto que el porcentaje de fallecimientos por ahorcamiento es mayor al porcentaje de suicidios intentados mediante ahorcamiento, no se observan diferencias estadísticamente significativas en tales porcentajes. Además, aunque para el caso de las tentativas aparecen otros recursos que posibilitan métodos diferentes de perpetración de los hechos, tales como cuchillas u objetos cortantes o la ingesta medicamentosa, su representación es ciertamente escasa. Este hecho podría explicarse porque tal vez exista cierta tendencia a etiquetar como sobredosis la sobrein-

gesta medicamentosa o de sustancias estupefacientes y como autolesión (con una intención manipulativa) los cortes, sin entrar a hacer más evaluación de las motivaciones que podrían subyacer a tal comportamiento, perdiéndose estos casos como intentos de suicidio cuando de hecho pudieran serlo. Parece que a la hora de realizar atribuciones institucionales sobre la naturaleza de la conducta, uno de los elementos que se tiene en consideración es el método empleado al etiquetar como suicidios intentados especialmente aquellos que emplean como método el ahorcamiento. Incluso sin entrar a hacer valoraciones sobre la conveniencia de emplear heurísticos de esta índole en la identificación de casos, es importante señalar que el hecho de que comportamientos de este tipo (cortes o sobreingesta medicamentosa) sean etiquetados de autolesiones no debe quitar carga de monitorización al sistema sobre estos casos.

En cuanto a las horas en las que se produce el evento, se esperaba encontrar una mayor probabilidad de casos de tentativas durante las horas de actividades comunes y de suicidios durante las horas de cierre en celda, en la creencia de que durante las horas de actividad conjunta las probabilidades de que el hecho fuera frustrado serían mayores. No obstante, nuestros resultados no han avalado tal hipótesis. Entendemos que los resultados obtenidos están condicionados por el modo en el que han sido definidas las categorías de esta variable. Esto afecta, por ejemplo, a los rangos establecidos para las franjas horarias en las que se hubieron producido los eventos de suicidio que pudieran haber desvirtuado nuestros resultados⁶¹. En sucesivas ocasiones quizá habría que establecer intervalos que más claramente distinguieran entre las horas de descanso en celda (noche y siesta) y horas de actividad en espacios comunes (mañana y tarde), toda vez que el límite establecido en las 07:45 horas deja, muy probablemente, fuera de las horas de descanso nocturno eventos de suicidio consumados que son encontrados durante la apertura de celdas en la mañana entre las 07:45 horas y las 08:00 horas. A esto hay que añadir que las horas de apertura y cierre de celdas viene determinadas por la normativa de régimen interior de cada establecimiento penitenciario y puede existir variabilidad inter centros al respecto que hace difícil determinar de forma apriorística qué rangos horarios serían los más idóneos para captar la verdadera diferencia en franjas horarias de mayor riesgo de tentativas y de suicidios.

En cuanto a los módulos, tanto las personas que protagonizaron suicidios consumados como aquellos que lo intentaron, se encontraban con menor probabilidad en un módulo de respeto, constituyendo este extremo un factor de protección para la conducta suicida. Entendemos que hay varios factores que podrían explicar este hecho: dado el volumen de población penitenciaria que albergan, es habitual que los internos e internas se encuentren compartiendo celda; además, son módulos en los que hay un elevado nivel de actividad, cuestión que, como explicaremos a continuación, se vincula con una reducción del riesgo de suicidio. También hay un menor número de residentes con pro-

⁶¹ Más allá de que la hora consignada para los suicidios sea la del hallazgo del cadáver y para los intentos la hora en la que este se produce.

blemas activos de drogodependencia y la tendencia en este tipo de módulos residenciales es que la selección de internos e internas se haga sobre la base de perfiles que muestren una buena adaptación institucional, lo que podría excluir a personas que aglutinaran alguna de las características que, como hemos visto, han resultado significativas como factores de riesgo para la conducta suicida.

Si comparamos ahora suicidios con tentativas, los primeros suelen estar destinados en los módulos de ingresos y de respeto, mientras que los segundos lo están en módulos de aislamiento, enfermería y módulos ordinarios. Estos resultados ponen sobre la mesa una cuestión: ¿pueden actuar determinados tipos de módulos como factores de riesgo o protección en sí mismos o se da un proceso de autoselección que ubica de antemano a diferentes tipos de internos en diferentes tipos de módulos? A nuestro juicio, entendemos que lo que se produce es un doble efecto: por un lado, un efecto de autoselección condicionado por el hecho de que las personas que despliegan un comportamiento más ajustado a la normativa (lo que implica, entre otras cuestiones, no estar protagonizando recurrentemente intentos de suicidio) acaban siendo asignados a módulos con menos limitaciones regiminales, como pudieran ser los módulos de respeto. Como hemos venido señalando, aquellos que protagonizan suicidios parecen mantener un comportamiento más adaptado al medio, mientras que los que lo intentan muestran una conducta tal que les hace verse implicados en incidentes regiminales que requieren medidas de especial contención, como las que proporcionan los módulos de aislamiento o enfermería o, en cualquier caso, su conducta es tal que no les permite ser asignados a módulos de respeto. Por otro lado, se produce un efecto que puede estar influido por el propio diseño ambiental que llevan aparejados determinados tipos de módulos destinados a diferentes tipos de intervenciones y que pueden condicionar el comportamiento de los internos e internas en ellos destinados; a estos efectos, no es lo mismo las circunstancias que se experimentan en módulos de aislamiento o enfermería que las que se viven en módulos de respeto.

Otra cuestión importante que se relaciona con lo que acabamos de mencionar tiene que ver con la ocupación del tiempo, extremo que, obviamente, se ve más o menos favorecido en función del módulo residencial en el que se encuentre el interno o interna. Como hemos visto, la no participación en actividades constituye un factor de riesgo tanto para los suicidios intentados como consumados. De hecho, el análisis de supervivencia muestra que aquellos que participan en, al menos, una actividad ven disminuida la velocidad con la que aparece el riesgo de protagonizar un suicidio. Y es que, la inactividad, el tiempo de ocio improductivo, el tiempo libre para pensar en el pasado, presente y en el futuro o para entablar relaciones disfuncionales, en nada contribuyen a la estabilización personal y penitenciaria (Blaauw et al., 2001; Liebling, 1995).

6.2.4. Factores clínicos

Aunque la evidencia previa indicaba que las tentativas de suicidio eran uno de los predictores más potentes del suicidio consumado en prisión (Blaauw et al., 2005; Fazel et al.,

2008; Zhong et al., 2021), no se ha podido valorar este extremo dado que la ausencia de una historia de intentos de suicidio fue uno de los criterios de exclusión para la selección del grupo control. Además, esta variable carece de poder explicativo a la hora de diferenciar suicidios intentados y consumados, ya que ambos grupos no presentan diferencias estadísticamente significativas al respecto. En este caso, la historia previa de intentos de suicidio no parece ser una variable que diferencie entre aquellos que han consumado un suicidio y aquellos que lo han intentado.

Si bien es cierto que por cuestiones metodológicas el poder de las tentativas como factor predictor no ha podido ser analizado en todos los casos, si se ha hecho respecto de las autolesiones previas, tanto las ocurridas en el año anterior como las ocurridas más de un año previo al evento de suicidio. Estudios anteriores muestran que es siete veces más probable que internos e internas con una historia previa de autolesiones se vean implicados en una conducta suicida (Favril et al., 2020c; Zhong et al., 2021). Nuestros resultados replican solo parcialmente estos hallazgos ya que la historia previa de autolesiones constituye un potente factor de riesgo exclusivamente para los intentos de suicidio pero no para los suicidios consumados cuando ambos grupos son comparados con el grupo control. En la misma línea apuntan los resultados obtenidos cuando se comparan los suicidios con las tentativas. De hecho, es esta misma variable la que constituye una de las que diferencia entre suicidios consumados e intentados en el sentido de que las personas que protagonizan intentos de suicidio muestran en mayor medida una historia previa de autolesiones que aquellos que fallecen por suicidio. Parece, por tanto, que la historia previa de autolesiones podría tener más poder explicativo para el caso de las tentativas de suicidio que para los suicidios consumados.

A pesar de lo que muestran investigaciones previas (Fazel et al., 2008; Marzano et al., 2011; Slade, 2018), los resultados obtenidos no permiten afirmar indubitadamente que la conducta hetero-agresiva esté claramente vinculada con la conducta violenta autoinfligida en tanto en cuanto haber protagonizado agresiones físicas o verbales durante la permanencia en prisión, no constituyen factores de riesgo para el caso de los suicidios consumados. No obstante, las agresiones físicas cometidas durante el internamiento aparecen como factores de riesgo cuando se comparan suicidios con tentativas en el sentido de que es más probable que las personas que intentan suicidarse hayan protagonizado este tipo de agresiones que aquellas que fallecen por suicidio. Este hallazgo proporciona sustento para afirmar que para los internos que protagonizan intentos de suicidio podría existir cierta vinculación entre la conducta auto y hetero-agresiva, vínculo que no existiría en el caso de los suicidios consumados.

Aunque los antecedentes de consumo así como el consumo activo de sustancias tóxicas y alcohol han sido muy habitualmente considerados como factores de riesgo para la conducta suicida en prisión (Blaauw et al., 2005; Favril et al., 2021; Liebling, 1992; Rivlin et al., 2010; Voulgaris et al., 2009), no debemos olvidar que este extremo ha de ser muy cuidadosamente valorado, dado que esta es una característica sumamente frecuente en-

tre la población penitenciaria general. En esta investigación, existencia de una problemática de drogodependencias aparece como una de las variables estadísticamente significativas en los análisis exploratorios: entre las personas que protagonizan una conducta suicida (consumada o intentada) existe un significativamente mayor porcentaje de individuos con esta problemática que en el grupo control. Esta significación se mantiene para las tentativas, pero decae para los suicidios cuando son consideradas otras variables clínicas conjuntamente, indicando que en este último caso existen otros factores clínicos con mayor poder explicativo. Además, cuando se comparan tentativas con suicidios, los internos e internas que intentan suicidarse muestran en mayor medida una problemática de consumo de sustancias que la de aquellos que fallecen por suicidio. Esto nos permite concluir que, siendo la problemática de consumo de drogas un factor de riesgo para la conducta suicida, podría tener mayor capacidad explicativa para el caso de las tentativas que para el caso de los suicidios.

Junto con los intentos previos de suicidio, la existencia de antecedentes psicopatológicos constituye una de las variables explicativas de la conducta suicida que más consenso encuentra en la literatura, tanto para los casos en comunidad como para aquellos que se producen en el medio penitenciario (Capuzzi et al., 2021; Favril et al., 2021, 2023; Preti y Cascio, 2006; Serin et al., 2002; Way et al., 2005). En cuanto al trabajo que nos ocupa, se observa que esta variable aparece significativa en los análisis exploratorios tanto para los suicidios consumados como intentados, aunque su poder explicativo decrece para los primeros a medida que avanzamos hacia los análisis multivariantes. Como ya sucediera con el caso del consumo de sustancias, los antecedentes psicopatológicos tienen mayor capacidad explicativa para el caso de las tentativas que para el caso de los suicidios, permitiendo distinguir entre ambos grupos. No obstante lo dicho, han existido ciertas limitaciones en el desarrollo de la presente investigación que han podido condicionar los resultados obtenidos. Estos condicionantes se relacionan tanto con el acceso a la información clínica relativa a la salud mental de los participantes, como con la fiabilidad de la información misma. Respecto de la primera de las cuestiones, el especial celo en materia de protección de datos y de acceso a información especialmente protegida, ha derivado en trabas a la hora de conocer o confirmar ciertos diagnósticos y que en ocasiones no han podido ser superadas. La necesidad de salvar dichas trabas ha llevado a considerar de forma muy genérica la variable antecedentes psicopatológicos sin distinguir entre diagnósticos, lo que lleva a una pérdida sustancial de información. Por otra parte, no es infrecuente encontrar florida información, en ocasiones incluso contradictoria, en las historias clínicas y en el resto de los informes de los profesionales de los equipos referidas a los internos e internas. Tener la certeza, por tanto, de qué diagnóstico es el mas ajustado al caso no siempre resulta tarea fácil.

Al respecto de esta cuestión, hay una variable muy vinculada que puede arrojar algo de luz a estos resultados. Se trata de la participación en actividades enmarcadas dentro del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en prisión (PAIEM) en tanto que

participar en este tipo de actividades constituye un factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de la conducta suicida. Es importante señalar para aquellos que no estén familiarizados con el medio penitenciario, que la participación en este tipo de actividades está destinada a aquellos internos e internas diagnosticados de enfermedad mental grave. Para ellos, no hay duda de la existencia de antecedentes psicopatológicos ni cabida a errores en la detección de casos o falta de fiabilidad en la información recogida. Es fácilmente defendible, por tanto, que el factor de riesgo no sea tanto la participación en este tipo de actividades como que aquellos que lo hacen presenten un factor de vulnerabilidad al estar diagnosticados de una enfermedad mental grave (a priori constatada fehacientemente), lo que apuntaría hacia la existencia de una vinculación entre enfermedad mental y suicidio en prisión. Además, en el caso de las tentativas, la presencia de una enfermedad mental grave como factor desencadenante resultó una variable significativa a nivel bivariable y la impulsividad las diferenció de los suicidios consumados. A esto se añade el hecho de que tener reconocida una discapacidad psíquica, en buena medida concedidas a raíz del diagnóstico de una enfermedad mental o trastorno psicopatológico, se muestra como un factor de riesgo para la conducta suicida. Considerar en conjunto estos resultados nos lleva a ser precavidos en nuestras conclusiones, siendo conscientes de que en futuras investigaciones se ha de hacer un importante esfuerzo institucional por garantizar el acceso a información fiable sobre las cuestiones relativas a salud mental que han de ser abordadas inevitablemente con la profundidad exhaustividad y rigor que merecen, arbi-trando los mecanismos necesarios para ello.

En *términos generales* todos los resultados que acabamos de exponer apuntan en la dirección de que las personas que se ven implicadas en suicidios intentados presentan más antecedentes de drogodependencia, psicopatológicos y de autolesiones, impulsividad y conductas hetero-agresivas que los que han fallecido por suicidio, lo que podría indicar, no sólo la existencia de una inadaptación al sistema, sino también de un desajuste personal y dificultades de autorregulación emocional que, muy probablemente, habrán de ser trabajadas específicamente.

Finalmente, de los 66 casos de suicidio que se dieron entre 2022 y 2023 solo tres de ellos se encontraban en Programa de Prevención de Suicidios (PPS) cuando se produjo su fallecimiento y 24 habían estado en algún momento con anterioridad. Este último dato nos indica que no se debe descuidar el seguimiento de aquellos internos e internas que hubieran causado baja en el protocolo. Por otra parte, de las 138 tentativas que se produjeron en 2023, 16 de ellos estaban en PPS en el momento en que se produce el intento de suicidio y 64 había estado en alguna otra ocasión durante su internamiento. Aunque en las comparaciones que se efectuaron entre los grupos de suicidios y de tentativas con el grupo control, la variable que se refería al alta en el Protocolo de Prevención de Suicidios (ya fuera previa o coetánea al incidente suicida) no pudo ser evaluada, toda vez que la aplicación actual o previa de PPS constituía un criterio de exclusión para la conformación del grupo control, en el caso de la comparación entre suicidios consuma-

dos y suicidios intentados, el número de ocasiones en las que había sido aplicado el Protocolo de Prevención de Suicidios con anterioridad al evento resultó significativa en los análisis bivariantes⁶². Esto viene a evidenciar que a los internos que intentaron un suicidio se les aplicó significativamente más veces un PPS previo que aquellos que finalmente fallecieron por suicidio, lo que indicaría que, a lo largo del tiempo, su comportamiento había sido más inestable y su nivel de ajuste conductual y psicológico al medio menor, lo que llevó a un mayor seguimiento por parte del sistema y a la imposición de medidas de supervisión, control e intervención específicas y más intensas que, muy probablemente, permitieron que tales tentativas no evolucionaran hasta la consumación. Un hecho a destacar relativo a este tipo de medidas de supervisión y control, es el empleo de la celda de observación para internos para los que se había apreciado un riesgo autoagresivo en la aplicación los regímenes contemplados en los artículos 75.1 y 72 RP y que se ha constatado ha servido como eficaz medida para reducir la conducta suicida toda vez que los internos que protagonizaron un intento de suicidio se encontraban en mayor medida que los internos que lo consumaron en este tipo de situaciones regiminales con la variante de celda de observación. Esto avalaría la tesis de que las tentativas de suicidio resultan fenómenos más complejos, abigarrados y disruptivos que los suicidios consumados y que, precisamente este extremo, hace que todos los profesionales implicados estén especialmente vigilantes. En este sentido, la detección de tales situaciones de riesgo y su contención son claramente un éxito preventivo del sistema⁶³.

No obstante esto último, el que una parte muy importante de los internos que fallecieron no se encontrara en Protocolo de Prevención de Suicidios (o que no lo hubiera estado con anterioridad) podría indicar una falla en nuestras herramientas y protocolos de detección y evaluación del riesgo, resultando poco sensibles, en el sentido de que adolecen de limitaciones en su capacidad para detectar los verdaderos positivos. Y es que, al menos una parte de los casos de suicidio que acontecieron en 2022 y 2023, pasaron desapercibidos al sistema. Muy probablemente este hecho se produjera porque esta conducta finalista se debiera a cuestiones más sutiles, íntimas y difíciles de aprehender de lo que tales herramientas y protocolos permiten evaluar. La ausencia de una historia de inadaptación y desajuste (que encajaría con el *clúster* 2 descrito en el epígrafe de resultados) llevaría a pensar que el peso de tales decisiones y conductas pudiera estar más relacionado con factores precipitantes puntuales y concretos que con factores predisponentes y de vulnerabilidad de la persona (quizá más probables en el *clúster* 1), que por cortoplacistas e inmediatos son más difíciles de captar e identificar con herramientas de evaluación del riesgo tradicionales. Generalmente, son elementos que, lamentablemente, se descubren solo en los análisis (cualitativos) multidisciplinarios y multidimensionales posteriores del caso.

⁶² Aunque con posterioridad, en los análisis multivariantes se cae del modelo.

⁶³ Indicar que durante el transcurso de 2023 se efectuaron 6.034 evaluaciones y se abrieron 2.031 Protocolos de Prevención de Suicidios, lo que parece apuntar a una concienzuda estrategia de prevención por parte de la administración penitenciaria sobre internos evaluados como de alto riesgo de suicidio.

6.2.5. Factores desencadenantes y experiencias traumáticas

Como ya comentáramos en el epígrafe de resultados, los análisis que comparan los grupos de suicidios consumados e intentados con el grupo control, arrojan diferencias significativas en el número de desencadenantes judiciales y de desencadenantes sociales, pero lo hacen en una dirección contraria a la que la lógica haría esperar. Ambas variables emergen como factores de protección en tanto en cuanto a más desencadenantes sociales y judiciales acumulados por la persona, menor riesgo de intentar o consumar un suicidio. Además, resultaron significativas otras experiencias traumáticas y desencadenantes concretos, pero lo hicieron en un sentido contrario al esperado: no como factores de riesgo, sino como factores de protección. Nos referimos a la existencia de antecedentes penales o tóxicos en la familia de origen, de causas pendientes, la comisión de delitos graves o que hubieran generado gran alarma social, la ruptura de la relación de pareja, las discusiones con personas significativas del entorno o la existencia de dificultades económicas. Todos ellos, según los resultados, disminuirían el riesgo de verse implicado en un suicidio intentado o consumado, lo que a todas luces puede ser juzgado como un descubrimiento contra natura. La explicación que creemos está en la base de estos hallazgos, tiene que ver con el procedimiento de recogida de información empleado. Y es que la forma de obtención de información condiciona la naturaleza de los datos consignados y, por tanto, los resultados. Este resultado carece de sentido ni teórico ni lógico e hipotetizamos que podría estar relacionado con dos cuestiones concretas. Por un lado, con el hecho de que las fichas para los internos del grupo control fueron cumplimentadas por parte de los equipos de los centros penitenciarios con una mayor exhaustividad que las de los suicidios y las tentativas, consignando una gran cantidad de categorías en los factores judiciales y sociales y en las experiencias traumáticas; por otra, que lo que se preguntaba en las fichas de los suicidios y tentativas era por los factores precipitantes del incidente concreto que se estuviera analizando, mientras que para el caso de los controles, lo que se preguntaba era qué factores estaban presentes en el sujeto. Cabe la posibilidad entonces de que buena parte de esos factores estuvieran presentes también en los suicidios y las tentativas pero no se hubieran consignando por entender los equipos encargados de la valoración del caso que no habían sido precipitantes del evento suicida.

No obstante la justificación aportada, estos resultados que acabamos de describir no solo proporcionan información sobre posibles disfuncionalidades en los protocolos de recogida de información, sino que materializan una cuestión que, de otro modo, podría haber pasado desapercibida: la mera acumulación de potenciales factores desencadenantes por sí misma no tiene porqué llevar necesariamente a la conducta suicida, como refleja el hecho de que las personas que conformaban el grupo control acumulaban estos en buena medida y aun así no habían protagonizado un suicidio intentado o consumado. Esto es un ejemplo palpable de cómo los factores de riesgo de suicidio se interrelacionan en constelaciones para dar cuenta de la conducta suicida y de cómo, en muchas ocasiones, la realidad íntima y personal de los que se plantean materializar este tipo de compor-

tamiento sobrepasa la capacidad explicativa de los simples números. Ser sensibles a *cómo factores predisponentes o de vulnerabilidad y precipitantes o estresores ambientales interactúan es clave para una adecuada labor de detección y prevención de casos*. Esta evidencia nos impele a ir más allá en el abordaje del fenómeno suicida, superando el énfasis en los meros perfiles: la prevención e intervención en esta materia no debería nunca dejar de ser una cuestión de variables y factores de riesgo evaluados y considerados individualizadamente, principio que, por otra parte, ha de regir todo nuestro proceder tal y como establece la legislación penitenciaria.

Como comentamos en la introducción, la investigación que nos ocupa continúa la línea iniciada por la Central Penitenciaria de Observación a principios de la década de los 2000 en materia de estudio de factores de riesgo de suicidio (Sánchez, 2002, 2003). Aunque entonces el interés fue puramente descriptivo y ya el autor reconocía las limitaciones de su trabajo, resulta interesante poner en relación nuestros hallazgos con los que por aquel entonces ya se publicaran. Sin perder de vista que sus resultados fueron exploratorios (ya que la metodología empleada no permitía extraer conclusiones sobre el poder explicativo de las variables consideradas) y que han transcurrido más de 20 años desde ese momento, hay algunas variables que todavía siguen manteniendo en vigor su importancia, como la situación de prisión preventiva. Otras, en nuestro caso, o bien no han resultado significativas, como el sexo, la edad o el estado civil, o bien, lo han sido pero en una línea contraria a lo que encontrara Sánchez (2001, 2003). Tal es el caso de la condición de primario o de la comisión de delitos contra la libertad sexual en el sentido de que, en la investigación actual, las personas que hubieron fallecido por suicidio en 2022 y 2023 contaban con más ingresos previos en prisión que aquellos que no y los delitos contra la libertad sexual eran significativamente más frecuentes entre los controles que entre los suicidios.

6.3. LA MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA CONDUCTA SUICIDA

La motivación en la que se sustenta nuestro objetivo de explorar si entre los suicidios consumados se podían distinguir diferentes grupos que, muy probablemente, requirieran de medidas de intervención específicas fue doble. Por un lado, desde la década de los años setenta del siglo pasado han sido varios los intentos para confirmar la existencia de distintos grupos de internos que se hubieran visto implicados en conductas suicidas en base a sus características y factores de riesgo (Bani et al., 2019; Liebling, 1990; Rivlin et al., 2013b; Sloane, 1973), lo que nos impulsaba a confirmar este extremo en nuestra población. Por otro, el segundo motivo enraíza con las reuniones de la Comisión de Seguimiento de Suicidios que bimensualmente se celebran en los Servicios Centrales. En ellas participan las áreas de la Inspección, Sanidad, Programas y la Central Penitenciaria de Observación y tienen por objetivo un profundo análisis cualitativo multidimensional y multidisciplinar de cada uno de los casos de suicidio consumado que se hubieran produ-

cido en nuestra institución a fin de detectar potenciales factores de riesgo y futuras medidas preventivas a adoptar a todos los niveles. Era una impresión compartida por todos los que en ellas participamos, que podrían darse dos *perfiles* de internos e internas que finalmente consumaban el suicidio. A grandes rasgos, intuíamos un subgrupo que mostraba un comportamiento relativamente ajustado en prisión, estaban participando en actividades, no habían dado muestras de malestar psicológico y habían requerido escasa intervención a lo largo de su internamiento. De otra parte, un segundo subgrupo mostraba un comportamiento más disruptivo, podía haber sido objeto de la adopción de medidas regimentales de diversa índole, podía haber protagonizado incidentes autolesivos anteriores o mostrar rasgos de escaso ajuste psicológico y disregulación emocional. El único modo de confirmar la certeza de nuestras impresiones era desarrollar un análisis de *clúster* que permitiera sustentar tal diferenciación en variables concretas que distinguieran ambos grupos. El resultado, como se ha expuesto, es que de este análisis emergen dos *clúster* independientes⁶⁴.

Parece así que nos encontramos ante dos categorías de suicidios diferenciadas que requerirían intervenciones específicas y que ponen al sistema ante diferentes escenarios: mientras que es probable que los que integran el *clúster* 1, que por cuyas características podrían ser denominados **desregulados**, sean objeto de elevado seguimiento por cuestiones relacionadas con el régimen o con condiciones clínicas de relevancia, no sorprendería que los que conforman el *clúster* 2 pasaran inadvertidos y que en su caso se percibiera el suicidio como una conducta sorpresiva o poco predecible. Por ello podrían ser denominados **imprevisibles**. Esto nos lleva a llamar la atención sobre dos cuestiones: de una parte, sobre esos internos e internas poco demandantes, de perfil bajo, que parecen llevar la condena sin sobresaltos y que un día despuntan con comportamientos fuera de lo esperado. Este *clúster* de *imprevisibles* se podría considerar como de verdaderos suicidios, impredecibles e inevitables, que escapan al control sistema y para los cuales nuestras herramientas de evaluación de riesgo son poco sensibles. De otra parte, el *clúster* de *desregulados* podría asemejarse más a los casos de tentativas descritos anteriormente: con mayores niveles de inadaptación institucional y desajuste personal. Son precisamente estas características las que hacen de ellos casos más monitorizados por la institución y, por tanto, más fácilmente evitables. Estos últimos parecen casos de tentativas en los que brechas o fallas en las medidas de supervisión y control han llevado al fatal desenlace.

Esto enlaza con la consideración de la conflictividad institucional y el desajuste normativo como factores de riesgo para la conducta suicida que varios autores han venido defendiendo (Eloir et al., 2022; Favril et al., 2022; Kovasznay et al., 2004; Ruiz et al., 2002). Si entendemos el grupo de suicidios de un modo monolítico, se podría argumentar que el hecho de que variables como la existencia de problemas regimentales o de convivencia, la aplicación de limitaciones regimentales de aislamiento contempladas en los artículos 75 y 72 RP o la existencia de deudas o presiones internas hayan resultado significati-

⁶⁴ Ver figura 7

vas, podrían ser claros indicadores de una manifiesta inadaptación conductual. Ahora bien, como hemos venido explicando, el fenómeno del suicidio en prisión es extraordinariamente complejo, complejidad que hemos podido aprehender a partir del análisis de *clúster* que arroja dos subgrupos dentro de los suicidios que nos alejan de esa visión compacta y homogénea que iguala a todos aquellos que fallecen como consecuencia de un suicidio en prisión. Mientras que el subgrupo de *desregulados* se aproxima en sus características y manifestaciones al grupo de tentativas, constatándose esa conflictividad institucional y falta de ajuste personal, es difícil argumentar que para los internos e internas que conforman el subgrupo de *imprevisibles*, la inadaptación normativa y la inestabilidad sean variables idiosincráticas.

Esto se vincula con otra cuestión, a nuestro juicio, clave: ¿hasta qué punto suicidios consumados e intentados son manifestaciones de un mismo constructo o estamos tratando con fenómenos diferenciados? A la luz de nuestros resultados esta pregunta no tiene una respuesta simple y requiere de la puesta en relación de diferentes elementos. En primer lugar, los resultados muestran que, comparados con el grupo control, los internos que protagonizan intentos de suicidio aglutinan un mayor número de factores de riesgo que los internos que fallecieron por suicidio y buena parte de tales factores se vinculan con variables que son reflejo de la inadaptación institucional y el desajuste personal. Además, comparados con el grupo de suicidios consumados, aquellos que lo intentan tenían más sanciones sin cancelar, no disfrutaban de permisos, habían protagonizado agresiones físicas y verbales y se veían implicados en mayor medida en problemas regiminales y de convivencia. En la misma línea se encaminan los hallazgos de Folk et al. (2018) que encuentran que para los internos que fallecieron por suicidio se documentaron muchos menos factores de riesgo que para aquellos que lo intentaron. Para estos últimos constataron, al igual que nosotros, mayores niveles de impulsividad o una baja participación en actividades. En nuestro país, Negredo et al. (2010) también encontraron que en los internos varones las tentativas y los suicidios eran independientes, lo que podría indicar que nos encontramos ante constructos diferentes. No obstante lo dicho, los análisis bivariantes en los que se compararon por separado suicidios consumados e intentados con controles muestran que comparten buena parte de los factores de riesgo analizados⁶⁵. Entre otros, la ausencia de apoyo social externo y de comunicaciones presenciales o la inexistencia de ingresos económicos en prisión. Esto podría llevar a afirmar que ambos fenómenos son manifestaciones del mismo constructo subyacente.

La explicación a estos resultados contradictorios podría deberse a que la relación entre suicidios consumados y tentativas no se produce en unos términos simples y unívocos, sino que depende de la multidimensionalidad del fenómeno de los suicidios consumados. Esto se puede observar acudiendo al modelo de regresión que pone en relación los suicidios consumados con los intentados y conectándolo a su vez con el análisis de *clúster* desarrollado para el grupo de suicidios. En concreto, si examinamos este modelo de

⁶⁵ Ver tablas 3, 4, 13 y 14.

regresión podemos advertir que tiene menor capacidad explicativa y predictiva que aquellos que comparan, respectivamente, suicidios y tentativas con controles. Este modelo tiene unos menores niveles de especificidad, lo que indica que adolece de limitaciones a la hora de clasificar los suicidios como suicidios (internos e internas que acaban falleciendo por suicidio son clasificados por el modelo como tentativas)⁶⁶. Esto indica que suicidios y tentativas, al menos en algunos aspectos, mantienen unas fronteras borrosas, probablemente en mayor medida con el *clúster* de *desregulados* de suicidios, que es el que muestra menores niveles de ajuste personal e institucional, algo similar a lo que, como hemos explicado, ocurre con las tentativas. De hecho, el subgrupo de *desregulados* y las tentativas comparten factores como su mayor juventud, la existencia de ingresos previos en prisión, un traslado reciente, la asignación a un régimen cerrado de vida, la ubicación en módulos de aislamiento o enfermería y la existencia de una historia previa de autolesiones. Podría interpretarse que estos son casos que, sometidos a un adecuado seguimiento y supervisión, quedarían en meros intentos, pero para los cuales si esta supervisión y control no son los adecuados, acaban con un trágico final. El problema que se da con los suicidios *desregulados* no es tanto un problema de detección y diagnóstico del riesgo (como podría suceder con los suicidios *imprevisibles*) como de brechas en el control una vez ya han sido detectados como casos de riesgo ya que, por sus características, el modelo sí los clasificaría correctamente como tentativas pero lagunas de seguimiento hacen que se conviertan en suicidios consumados. Estos, probablemente, son esos falsos negativos que el modelo no identifica bien como suicidios.

Esta interpretación nos llevaría a defender que suicidios consumados e intentados son realmente manifestaciones de constructos diferenciados y que el solapamiento que en ocasiones se argumenta en términos de etiología, naturaleza y factores de riesgo entre ellos podría deberse, no tanto a cuestiones fenomenológicas, como al modo en que el sistema implementa sus medidas de control. Esta aparente superposición vendría dada por aquellos casos que son etiquetados correctamente por la institución como tentativas pero para los cuales las medidas de supervisión no han sido suficientes o adecuadas, convirtiéndose en suicidios consumados. A nuestro juicio, el resto de casos (los que conformarían el subgrupo de *imprevisibles*) difieren sustancialmente de los casos que protagonizan tentativas de suicidio (e incluso del subgrupo de *desregulados*) por lo que su abordaje a nivel terapéutico (muy probablemente no tanto regimental) debería ser específico y diferenciado y, en todo caso, sustentarse en un profundo análisis de las motivaciones de la conducta individual.

Gráficamente, este complejo razonamiento se podría representar tal y como aparece en la figura 9.

⁶⁶ Para la realización del análisis de regresión logística se ha tomado como categoría de referencia de la variable dependiente a predecir las «tentativas».

Figura 9. Relación entre suicidios consumados, intentados y autolesiones



Simplificando sustancialmente lo expuesto, podríamos defender que los suicidios indubitados corresponderían con el *clúster 2 (imprevisibles)* que constituyen casos que por inesperados y sorprendentes no son detectados por el sistema, lo que los hace difícilmente evitables. La intersección entre los suicidios y las tentativas correspondería con el *clúster 1 (desregulados)*; personas que están bajo especial supervisión institucional por haberseles detectado un elevado riesgo de suicidio pero en los cuáles estas medidas de supervisión sufren una falla derivando en un desenlace irreversible; probablemente, en caso de no haberse producido esta falla, hubieran permanecido como tentativas. Las tentativas indubitadas corresponderían con aquellos casos detectados por el sistema y para los cuáles las medidas de control se han ejercido de forma eficiente y exitosa consiguiendo mantener a su comportamiento dentro de unos límites funcionales. Son estos casos de éxito del sistema. La intersección entre las tentativas y las autolesiones corresponde a todos esos casos de difícil encaje operativo, en los que no está clara la intencionalidad suicida o instrumental de la conducta desplegada y que constituyen todo un desafío para los profesionales que trabajan en la institución penitenciaria en tanto en cuanto un manejo inadecuado de los mismos puede llevar a un desenlace fatal aunque esa no fuera su intención inicial.

7. Conclusiones

El objetivo final que nos guiaba desde la Central Penitenciaria de Observación cuando nos propusimos acercarnos al fenómeno de la conducta suicida en prisión no fue otro que el de intentar ofrecer la imagen más realista posible sobre un problema que preocupa seriamente a la Institución Penitenciaria. Nos propusimos desde el comienzo una aproximación rigurosa, amplia y alejada de estereotipos que pudieran desvirtuar nuestras pretensiones. Esta ha sido la línea que ha orientado todo nuestro quehacer.

A pesar de la, en ocasiones, compleja delimitación conceptual del fenómeno de la conducta suicida por su intrincada relación con otras manifestaciones próximas en su naturaleza, el objetivo que se perseguía en este trabajo estaba directamente relacionado con la explicación de los suicidios consumados y de las tentativas de suicidio, dejando al margen cuestiones como la ideación suicida o las autolesiones sin intención suicida, alejándonos de instrumentos como la Escala de Plutchik o de autoinformes sobre posibles tentativas no detectadas por el sistema, muy utilizados en investigaciones previas pero sujetos ambos a una importante carga de subjetividad y muy susceptibles a la manipulación, viéndose incrementado así el riesgo de falsos positivos. En esta línea se ha optado por trabajar con incidentes acaecidos, evaluados y etiquetados como suicidios o como tentativas de suicidio en base a criterios operativos externos claramente definidos que llevan a un incremento de la fiabilidad. Además, el trabajo que nos ocupa no se sustenta sobre un mero muestreo de los casos de suicidio acaecidos. Han sido detalladamente analizados todos los casos de fallecimiento por suicidio ocurridos en 2022 y 2023.

Por otra parte, en los centros penitenciarios residen grupos de internos e internas que aglutinan buena parte de las características que en población general han sido consideradas variables de riesgo para la conducta suicida. Conscientes de ello, la presente investigación pretendía ir un paso más allá respecto de los estudios que a lo largo de la historia de la Central Penitenciaria de Observación se han realizado en materia de suicidios e intentos de suicidio. Los propósitos inferenciales han guiado todo el proceso de diseño, desde la recogida de datos hasta la interpretación de los resultados, toda vez que éramos conscientes de que resultados meramente descriptivos podían hacernos correr el riesgo de estar describiendo características de la población penitenciaria general, pero no aque-

llas que específicamente diferenciaran a los sujetos de alto y bajo riesgo de suicidio. Para ello, y como novedad, se ha incluido la comparación de los casos analizados con un grupo control seleccionado aleatoriamente de entre toda la población penitenciaria dependiente de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y para cuya recogida de información muchos de sus centros penitenciarios han tenido un papel clave.

Como hemos venido exponiendo, esta forma de proceder garantiza que los datos aquí reflejados no constituyen una mera descripción de las características de la población penitenciaria general que, por mera probabilidad pudieran darse, sino que permite extraer conclusiones sobre aquellas variables estadísticamente significativas a la hora de establecer diferencias entre aquellos que muestran un alto riesgo de suicidio y los que no. Y ello, porque el fin último de este trabajo es el de contribuir al desarrollo de herramientas de evaluación del riesgo basadas en las evidencias encontradas en nuestra población penitenciaria, más allá de aquellas que se hubieran podido hallar en otros contextos geográficos o temporales, y que, por tanto, arrojen altos niveles de sensibilidad y especificidad para nuestro ámbito de actuación cotidiano.

Por otra parte, una cuestión sobre la que ya se llamó la atención en el epígrafe introductorio de este documento, tiene que ver con el complejo y abigarrado fenómeno de las autolesiones. Para aquellos que trabajamos con personas privadas de libertad en un contexto penitenciario, no nos es ajena esta realidad que resulta tremendamente complicada de delimitar y discriminar con una razonable prueba de certeza y fiabilidad. El riesgo de movernos en un terreno de falsos positivos (autolesiones que se etiquetan como intentos de suicidio cuando en realidad no lo son) o falsos negativos (autolesiones que se etiquetan como actos instrumentales cuando en realidad son ciertos intentos de acabar con la propia vida) es harto frecuente y afecta directamente al proceso de toma de decisiones sobre las medidas a adoptar y la eficacia de las intervenciones que se implementan. La complejidad viene dada porque aunque autolesiones sin intención suicida y conductas suicidas (en toda su extensión) no son fenómenos equivalentes y han de ser abordados, por tanto, desde diferentes perspectivas, esto no es óbice para que un erróneo diagnóstico pueda llevar a un desenlace fatal. Con este escenario presente, se ha hecho un especial esfuerzo por establecer una definición operativa de lo que entendemos que se deben considerar autolesiones con intención suicida y, por ende, susceptibles de ser etiquetadas como suicidios intentados. Esto ha pasado necesariamente por una valoración exhaustiva de todos los incidentes que fueron consignados en el sistema como autolesiones (leves, graves y muy graves), ampliando toda la información que fuera precisa acerca de los mismos para poder aplicar los criterios operativos que habían sido definidos previamente y etiquetarlos (o no) así como intentos de suicidio. Este trabajo ofrece, por tanto, unas orientaciones y criterios que pueden ayudar a los profesionales que tienen que lidiar con estas conductas tan disruptivas a delimitar el fenómeno ante el que verdaderamente se encuentran.

En el afán por comprender el fenómeno del suicidio penitenciario en toda su extensión y complejidad, hemos intentado analizar todas aquellas variables (factores de vulne-

rabilidad/predisponentes y precipitantes) que la literatura previa y nuestra experiencia en intervención en centros penitenciarios indicaban que podían tener relevancia, siempre y cuando resultaran accesibles a través del Sistema de Información Penitenciaria SIP y de la ayuda proporcionada por los profesionales de los establecimientos y de los servicios centrales. Es por ello que se ha recogido un amplísimo número de variables, muchas de las cuales, como las experiencias traumáticas, los factores de protección o los eventos desencadenantes, van más allá de las acostumbradas variables sociodemográficas, penales o penitenciarias habituales en estudios previos, lo que entendemos, aporta un valor añadido a este trabajo.

Por todo lo expuesto, la investigación que nos ocupa pretende ser el comienzo de una línea de trabajo sistematizada y protocolizada con espíritu de continuidad que permita la ampliación paulatina del número de casos de suicidios consumados e intentados considerados y con ello la capacidad de generalización de los resultados, sirviendo, además, de sustento teórico en la actualización de las herramientas de evaluación del riesgo que desde esta Secretaría General se desarrollen.

No obstante lo dicho, somos conscientes de que el camino a recorrer es largo y, en ocasiones, también tortuoso, lo que implica que hay que considerar algunas de las limitaciones que la presente investigación revela. En primer lugar, los datos analizados se circunscriben a los suicidios intentados de 2023 y a los suicidios consumados de 2022 y 2023. Ir considerando progresivamente más años permitirá una mayor generalizabilidad de los resultados obtenidos y de las conclusiones alcanzadas y nos permitirá hacernos una imagen más fidedigna de un fenómeno tan difícil de aprehender. Además, de cara a futuros estudios, se ha revisado el diseño de las fichas de recogida de información para las tentativas y los suicidios con la finalidad de solventar los problemas que han podido dar lugar a resultados espurios.

Como hemos venido comentando, distinguir las autolesiones de las tentativas de suicidio no es tarea fácil. Aunque hemos hecho un esfuerzo por ser especialmente rigurosos y concienzudos con esta cuestión, no podemos descartar que se hayan producido falsos positivos o falsos negativos: cabe la posibilidad de que algunos de los eventos que hemos considerado como intentos de suicidio fueran realmente autolesiones sin intención suicida y que algunos de los que hemos etiquetado como autolesiones fueran de hecho tentativas. No somos ajenos al hecho de que la toma de decisiones al respecto ha estado muy influida por la perspectiva que desde el centro se haya dado al incidente y por las actuaciones institucionales que del comportamiento del interno o interna se derivaran.

En el mismo orden de cosas, en un estudio de la envergadura del que nos ocupa, en el que las variables recogidas y analizadas son múltiples y, en parte de las ocasiones, sujetas a interpretación subjetiva o difícilmente accesibles por formar parte del espacio más profundo de los internos e internas afectados, las limitaciones relacionadas con la obtención de datos y su fiabilidad son incuestionables. La conducta suicida es harto compleja, dependiente de procesos muy íntimos y las personas con las que tratamos dentro de las

instituciones penitenciarias no siempre tienen ni la voluntad ni la capacidad de introspección o de expresión suficientes como para proporcionar una información que se ajuste fielmente a la realidad. Probablemente, y a pesar de todos nuestros intentos, estas trabas sean difícilmente superables en el futuro, ya que son inherentes al estudio de fenómenos tan poliédricos como el que nos ocupa.

En la misma línea, para el desarrollo de este estudio, se ha contado con la información que se ha generado dentro del propio sistema penitenciario, o bien registrada en el Sistema de Información Penitenciaria SIP, o bien proporcionada por los centros en base a lo autoinformado en su momento por el interno o interna. No obstante, los profesionales que trabajamos en la institución no siempre podemos acceder a información fiable procedente del exterior. Buena parte de los datos con los que trabajamos derivan de autoinformes y no es infrecuente que sea difícilmente contrastable como sucede, por ejemplo, con los intentos de suicidio previos en libertad. Además, limitaciones impuestas en materia de protección de datos condicionan el acceso a información clínica relacionada con la salud mental.

En otro orden de cosas, dada la escasa representación que el suicidio femenino ha tenido en los años estudiados (tres casos en total para los años 2022 y 2023), ha sido imposible la realización de los análisis estadísticos que hubieran permitido confirmar si los factores de riesgo de suicidio encontrados son compartidos por hombres y mujeres o si, por el contrario, estos pudieran afectarles diferencialmente exigiendo la puesta en marcha de estrategias y herramientas de intervención específicamente diseñadas para cada uno de ellos. Obtener con el tiempo un número suficiente de casos nos posibilitará hacer una adecuado abordaje metodológico y analítico que permita sustentar conclusiones robustas que guíen con garantías la actuación institucional a este respecto.

En definitiva, la conducta suicida es un fenómeno extraordinariamente complejo; el suicidio no es un evento unidimensional, monolítico ni homogéneo: ni todas las personas que fallecen por suicidio tienen las mismas características ni han estado expuestos a los mismos factores de riesgo. Es muy probable, incluso, que el fatal desenlace no respondiera si quiera a la misma motivación de acabar con la propia vida. Ello exige que las intervenciones encaminadas a la detección y prevención en los casos de alto riesgo sean cuidadosamente diseñadas e implementadas, porque los que hemos denominado respectivamente como *desregulados* e *imprevisibles*, constituyen retos de diferente naturaleza para la administración, de supervisión y de detección respectivamente, y requieren cada uno, por tanto, diferentes actuaciones. Además, específicamente, abordar el fenómeno de la conducta suicida en prisión es un reto desafiante para todos los profesionales penitenciarios, máxime cuando en los establecimientos se dan singulares condicionantes que introducen matices que hacen especialmente ardua la labor de diferenciación y etiquetamiento de conductas muy similares en sus manifestaciones pero muy dispares en su etiología, finalidad y abordaje. La frontera entre suicidios consumados, intentados y autolesiones sin intención suicida es sumamente borrosa: las tentativas se superponen solo

parcialmente con los suicidios y es difícil saber cuándo una conducta autolesiva tiene verdaderamente una intención instrumental o finalista en los casos en los que en los hechos intervienen múltiples circunstancias y variables y si se parte de atribuciones previas susceptibles de sesgar el proceso de toma de decisiones. Ni todos los suicidios son iguales ni las tentativas tienen por qué ser necesariamente manifestaciones del mismo constructo subyacente a los suicidios, en tanto que las primeras se muestran notablemente más abigarradas que los segundos. Además, no debemos olvidar que las altas tasas de supervivencia (las tasas de tentativas superan ampliamente las tasas de suicidios) constituyen un éxito del sistema ya que son producto de la estrecha supervisión a la que los internos considerados de alto riesgo de suicidio están sometidos, incrementando las posibilidades de que el suicidio sea abortado.

Como fenómeno intrincado que es, la conducta suicida depende de una suerte de ecuación de riesgo, en la que ninguna de las variables consideradas aisladamente es necesaria ni suficiente por sí misma para dar cuenta de este tipo de comportamientos y diferentes combinaciones de las mismas en diferentes momentos darán lugar a distintos resultados. Es el de la conducta suicida un terreno especialmente fértil en cuanto a preconcepciones y estereotipos sobre los que constituyen o no factores de riesgo. Las variables penales, penitenciarias o ciertos factores desencadenantes ganan terreno frente a las tradicionales variables sociodemográficas y los delitos contra la libertad sexual no parecen tener tanto poder explicativo como tradicionalmente se ha venido defendiendo (al menos no en el sentido intuitivamente esperado). Esto nos lleva a enfatizar la necesidad de diseñar intervenciones basadas en la evidencia o no en meras suposiciones sobre lo que esperamos que debiera suceder pero carentes de un sustento empírico, desmontando falsos mitos y tópicos sobre la conducta suicida en prisión.

El suicidio es una conducta sumamente íntima y profunda, resultado de alambicados procesos personales difícilmente accesibles y comprensibles para los que miramos desde fuera. Tanto que parece osado y soberbio intentar plasmarlos en meras cifras asumiendo que pueden ser reducidos a un número limitado de factores de riesgo, creyendo, ilusoriamente, que podrán ser sometidos a control en el futuro. Nada más lejos de la realidad. La tasa de suicidio cero en prisión es un objetivo inasumible y poco realista. No obstante, ello no debe hacernos cejar en nuestro empeño de evitar que las personas que se encuentran bajo el amparo de la administración terminen su vida de una forma tan dramática y sobrecogedora.

8. Bibliografía

- Abram, K. M., Teplin, L. A., & McClelland, G. M. (2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. *The American Journal of Psychiatry*, 160(5), 1007-1010. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.1007>
- Aebi, M. F., Cocco, E., & Molnar, L. (2022). Prisons and prisoners in Europe 2022: Key findings of the SPACE I survey. Council of Europe Annual Penal Statistics. https://wp.unil.ch/space/files/2023/06/230626_Key-Findings-SPACE-I_Prisons-and-Prisoners-in-Europe-2022.pdf
- Alcántara-Jiménez, M., Torres-Parra, I., Guillén-Riquelme, A., & Quevedo-Blasco, R. (2023). Los factores psicosociales en el suicidio de presos en prisiones europeas: una revisión sistemática y metaanálisis. *Anuario De Psicología Jurídica*, 33(1), 101-114. <https://doi.org/10.5093/apj2022a13>
- Andriessen, K. (2006). On vintention « in the definition of suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*», 36(5), 533-538. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.533>
- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Childhood maltreatment and suicide attempts in prisoners: a systematic meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 50(1), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002848>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(37). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Baillargeon, J., Penn, J. V., Thomas, C. R., Temple, J. R., Baillargeon, G., & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(2), 188-193. https://www.researchgate.net/publication/26300549_Psychiatric_Disorders_and_Suicide_in_the_Nation's_Largest_State_Prison_System/link/545ce7880cf2c1a63bfa5927/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InBIYmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InBIYmxpY2F0aW9uInI9

- Bailo, P., Gibelli, F., Celletti, A., Caraffa, A., Sirignano, A., & Ricci, G. (2023). The contributing factors to suicide in Italian prisons: An 11-year analysis (2010-2020). *Criminal Behaviour and Mental Health*, 33(6), 441-454. <https://doi.org/10.1002/cbm.2319>
- Bani, M., Travagin, G., Monticelli, M., Valsecchi, M., Truisi, E., Zorzi, F., Strepparava, M., Clerici, M., Mazza, U., & Rezzonico, G. (2019). Pattern of self-injurious behavior and suicide attempts in Italian custodial inmates: A cluster analysis approach. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.12.008>
- Barker, E., Kolves, K., & De Leo, D. (2014). Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. *Archives of Suicide Research*, 18(3), 227-240. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824830>
- Barrigón, M. L., & Baca-García, E. (2018). Current challenges in research in suicide. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.10.001>
- Beautrais A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychological Medicine*, 31(5), 837-845. <https://doi.org/10.1017/s0033291701003889>
- Beautrais, A., Collings, S.C., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). Suicide Prevention - A Review of Evidence of Risk and Protective Factors and Points of Effective Intervention. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicideprevention-areviewoftheevidence.pdf>
- Beck, A. T., Davis, J. H., Frederick, C. J., Perlin, S., Pokorny, A. D., Schulman, R. E., Seiden, R. H., & Wittlin, B. J. (1973). Classification and nomenclature. En H. L. P. Resnick & B. C. Hathore (Eds.), *Suicide prevention in the seventies* (pp. 7-12). U.S. Government Printing Office.
- Beck, A. T., Resnik, H.L.P., & Lettieri, D. J. (1974). *The prediction of suicide*. The Charles Press.
- Bedoya, A., Martínez-Carpio, P.A., Humet, V., Leal, M.J., & Lleopart, N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11(2), 37-41. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202009000200002>
- Berman, A. L., & Canning, R. D. (2022). Proximal risk for suicide in correctional settings: a call for priority research. *Psychological services*, 19(3), 407-412. <https://doi.org/10.1037/ser0000516>
- Bille-Brahe, U. (1986). *Suicidal behaviour in Europe Unni Bille-Brahe World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen The situation in the 1990s*. [http://www.eu-ro-ni.ch/publications/Suicidal %20Behaviour %20in %20Europe %20-%20Situation %20in %20the %201990s.pdf](http://www.eu-ro-ni.ch/publications/Suicidal%20Behaviour%20in%20Europe%20-%20Situation%20in%20the%201990s.pdf)

- Bille-Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A. J., De Leo, D., Lönnqvist, J., Platt, S., & Sam-
paio Faria, J. (1995). Background and introduction to the WHO/EURO Multicentre
Study on Parasuicide. *Crisis*, 16(2), 72-84. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.16.2.72>
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F. W., & Bout, R. (2002). Traumatic life events
and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and
significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 9-16. <https://doi.org/10.1023/A:1014323009493>
- Blaauw, E., Kerkhof, A. J., & Hayes, L. M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric
factors related to inmate suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 35(1), 63-75.
<https://doi.org/10.1521/suli.35.1.63.59268>
- Blaauw, E., Winkel, F. W., & Kerkhof, A. J. F. M. (2001). Bullying and suicidal behavior in
jails. *Criminal Justice and Behavior*, 28(3), 279-299. <https://doi.org/10.1177/0093854801028003002>
- Bodkin, C., Pivnick, L., Bondy, S. J., Ziegler, C., Martin, R. E., Jernigan, C., & Kouyoumd-
jian, F. (2019). History of Childhood Abuse in Populations Incarcerated in Canada: A
Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, 109(3), e1-
e11. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304855>
- Boren, E. A., Folk, J. B., Loya, J. M., Tangney, J. P., Barboza, S. E., & Wilson, J. S. (2018).
The suicidal inmate: a comparison of inmates who attempt versus complete suicide.
Suicide & Life-Threatening Behavior, 48(5), 570-579. <https://doi.org/10.1111/sltb.12374>
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation,
suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scan-
dinavica*, 113(3), 180-206. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x>
- Brown, E. (2020). A systematic review of the effects of prison segregation. *Aggression and
Violent Behavior*, 52, 101389. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101389>
- Brown, G. K., Henriques, G. R., Sosdjan, D., & Beck, A. T. (2004). Suicide Intent and
Accurate Expectations of Lethality: Predictors of Medical Lethality of Suicide At-
tempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1170-1174. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1170>
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood abuse and ne-
glect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidali-
ty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1490-
1496. <https://doi.org/10.1097/00004583-199912000-00009>
- Browne, A., Miller, B., & Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical
and sexual victimization among incarcerated women. *International Journal of Law and
Psychiatry*, 22(3-4), 301-322. [https://doi.org/10.1016/s0160-2527\(99\)00011-4](https://doi.org/10.1016/s0160-2527(99)00011-4)

- Bukten, A., & Stavseth, M. R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 36(10), 1075-1083. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00782-0>
- Bulman, P. (2012). The psychological effects of solitary confinement. *Corrections Today*, 74(3), 58-59. <https://www.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh241/files/media/document/239781.pdf>
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 28(1), 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Capuzzi, E., Caldiroli, A., Besana, F., Tagliabue, I., Capellazzi, M., Cova, F., Rubelli, P., Sergio, M. R., Truisi, E., Buoli, M., & Clerici, M. (2021). The association between childhood trauma and lifetime suicide attempts among a sample of male prisoners: a pilot observational study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 80, 102180. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2021.102180>
- Caravaca Sánchez, F., Fearn, N., & Vaughn, M. G. (2018). Risk Factors Associated With Near-Lethal Suicide Attempts During Incarceration Among Men in the Spanish Prison System. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(6), 1452-1473. <https://doi.org/10.1177/0306624X16689833>
- Caravaca Sánchez, F., Ignatyev, Y., & Mundt, A. P. (2019). Associations between childhood abuse, mental health problems, and suicide risk among male prison populations in Spain. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 29(1), 18-30. <https://doi.org/10.1002/cbm.2099>
- Caravaca Sánchez, F., Aizpurua, E., Ricarte, J. J., & Barry, T. J. (2021). Personal, criminal and social predictors of suicide attempts in prison. *Archives of Suicide Research*, 25(3), 582-595. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1738293>
- Carvalho, E. O., Mateus, K. S., Lima, K., Silva, J. B., & Uchida, R. R. (2021). Self-injury and suicide attempt in incarcerated women: prevalence and risk factors. *Research, Society and Development*, 10(7), e9710715788. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.15788>
- Carr, M. J., Steeg, S., Mok, P. L. H., Pedersen, C. B., Antonsen, S., Kapur, N., & Webb, R. T. (2020). Adverse childhood experiences and risk of subsequently engaging in self-harm and violence towards other people- «dual harm». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9409-9409. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249409>
- Carrasco-Barrios, M. T., Huertas, P., Martín, P., Martín, C., Petkari, E., & Moreno-Küstner, B. (2020). Determinants of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4115. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114115>

- Castelpietra, G., Egidi, L., Caneva, M., Gambino, S., Feresin, T., Mariotto, A., Balestrieri, M., De Leo, D., & Marzano, L. (2018). Suicide and suicide attempts in italian prison epidemiological findings from the «Triveneto» area, 2010-2016. *International Journal of Law and Psychiatry*, 61, 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.09.005>
- Castro Moreno, L. S., Fuertes Valencia, L. F., Pacheco García, O. E., & Muñoz Lozada, C. M. (2023). Risk Factors Associated with Suicide Attempt as Predictors of Suicide, Colombia, 2016-2017. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.03.002>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Ceballos-Espinoza, F., Chávez-Hernández, A.-M., Padilla-Gallegos, G.-M., & Leenaars, A. A. (2016). Suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015. *Revista Criminalidad*, 58(3), 101-118. <https://www.aacademica.org/fceballose/11>
- Chapman, A. L., Specht, M. W., & Cellucci, T. (2005). Factors associated with suicide attempts in female inmates: the hegemony of hopelessness. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 35(5), 558-569. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.558>
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Turner, B. J. (2014). Risk-related and protective correlates of nonsuicidal self-injury and co-occurring suicide attempts among incarcerated women. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 44(2), 139-154. <https://doi.org/10.1111/sltb.12058>
- Charles, D. R., Abram, K. M., McClelland, G. M., & Teplin, L. A. (2003). Suicidal Ideation and Behavior Among Women in Jail. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 19(1), 65-81. <https://doi.org/10.1177/1043986202239742>
- Cheng, A. T., Mann, A. H., & Chan, K. A. (1997). Personality disorder and suicide. A case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 441-446. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.5.441>
- Chesin, M. S., Galfavy, H., Sonmez, C. C., Wong, A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2017). Nonsuicidal self-injury is predictive of suicide attempts among individuals with mood disorders. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 47(5), 567-579. <https://doi.org/10.1111/sltb.12331>
- Clements-Nolle, K., Wolden, M., & Bargmann-Losche, J. (2009). Childhood trauma and risk for past and future suicide attempts among women in prison. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 19(3), 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.02.002>
- Coid, J., Bebbington, P., Jenkins, R., Brugha, T., Lewis, G., Farrell, M., & Singleton, N. (2002). The National Survey of Psychiatric Morbidity among prisoners and the future

- of prison healthcare. *Medicine, Science, and the Law*, 42(3), 245-250. <https://doi.org/10.1177/002580240204200309>
- Crosby, A. E., Ortega, L. & Melanson, C. (2011). Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11997>
- Cummings, D. L., & Thompson, M. N. (2009). Suicidal or manipulative? The role of mental health counselors in overcoming a false dichotomy in identifying and treating self-harming inmates. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(3), 201-212. <https://doi.org/10.17744/mehc.31.3.f3332r77x526477k>
- Cyders, M. A. , & Smith, G. T. (2007). Mood-based rash action and its components: Positive and negative urgency. *Personality and Individual Differences*, 43, 839-850. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.02.008>
- Cyders, M. A. , & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807–828. <https://doi.org/10.1037/a0013341>
- Daigle, M. (2004). MMPI inmate profiles: suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences & The Law*, 22(6), 833-842. <https://doi.org/10.1002/bsl.618>
- Daigle, M., Alarie, M., & Lefebvre, P. (1999). *The problem of suicide among female prisoners*. <https://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-9006-eng.shtml>
- Daigle, M. S., & Côté, G. (2006). Nonfatal suicide-related behavior among inmates: testing for gender and type differences. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 36(6), 670-681. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.670>
- Daigle, M. S., Labelle, R., & Côté, G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 343-354. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2006.01.004>
- Daniel, A. E., & Fleming, J. (2005). Serious suicide attempts in a state correctional system and strategies to prevent suicide. *Journal of Psychiatry & Law*, 33(2), 227-247. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/009318530503300204>
- Daniel, A.E., & Fleming, J. (2006). Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: A Review. *Journal of Correctional Health Care*, 12(1), 24-35. <https://doi.org/10.1177/1078345806287541>
- De la Torre-Luque, A., Pemau, A., Ayad-Ahmed, W., Borges, G., Fernández-Sevillano, J., Garrido-Torres, N., Garrido-Sánchez, L., Garriga, M., González-Ortega, I., González-Pinto, A., Grande, I., Guinovart, M., Hernández-Calle, D., Jiménez-Treviño, L., López-Sola, C., Mediavilla, R., Pérez-Aranda, A., Ruiz-Veguilla, M., Seijo-Zazo, E., ... Ayuso-Mateos, J. L. (2023). Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: a

- systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 81, 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.01.007>
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>
- Dear, G. (2001). Further comments on the nomenclature for suicide-related thoughts and behavior. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(2), 234-235. <https://doi.org/10.1521/suli.31.2.234.21510>
- Dear, G., Thomson, D., & Hills, A. (2000). Self-harm in prison manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 160-175. <https://doi.org/10.1177/0093854800027002002>
- DeCou, C. R., Lynch, S. M., DeHart, D. D., & Belknap, J. (2016). Evaluating the association between childhood sexual abuse and attempted suicide across the lifespan: Findings from a nationwide study of women in jail. *Psychological Services*, 13(3), 254-260. <https://doi.org/10.1037/ser0000096>
- Dixon, K. J., Ertl, A. M., Leavitt, R. A., Sheats, K. J., Fowler, K. A., & Jack, S. P. D. (2020). Suicides among incarcerated persons in 18 U.S. states: findings from the National Violent Death Reporting System, 2003–2014. *Journal of Correctional Health Care*, 26(3), 279-291. <https://doi.org/10.1177/1078345820939512>
- Dooley E. (1990). Prison suicide in England and Wales, 1972-87. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 40-45. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.1.40>
- Douglas, J., Cooper, J., Amos, T., Webb, R., Guthrie, E., & Appleby, L. (2004). «Near-fatal» deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 263-268. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00391-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00391-9)
- Douglas, K. S., Herbozo, S., Poythress, N. G., Belfrage, H., & Edens, J. F. (2006). Psychopathy and suicide: a multisample investigation. *Psychological Services*, 3(2), 97-116. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.3.2.97>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 286(24), 3089-3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- Duberstein, P. R., & Conwell, Y. (1997). Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(4), 359-376. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00127.x>

- Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A., & Shon, J. L. (2013). Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Science International*, 233(1-3), 273-277. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.09.014>
- Duthé, G., Hazard, A., & Kensey, A. (2014). Trends and risk factors for prisoner suicide in France. *Population*, 69(4), 463- 494. <https://doi.org/10.3917/popu.1404.0519>
- Dye, M. H. (2010). Deprivation, importation, and prison suicide: combined effects of institutional conditions and inmate composition. *Journal of Criminal Justice*, 38(4), 796-806. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2010.05.007>
- Dye, M. H. (2011). The Gender Paradox in Prison Suicide Rates. *Women & Criminal Justice*, 21, 290-307. <https://doi.org/10.1080/08974454.2011.609400>
- Eloir, J., Ducro, C., & Nandrino, J. L. (2022). Using Life Trajectories Analysis to Characterize Suicide Attempts in Prison. *Crisis*, 43(5), 361-367. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000772>
- Encrenaz, G., Miras, A., Contrand, B., Galera, C., Pujos, S., Michel, G., & Lagarde, E. (2014). Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 22, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2013.11.009>
- Esposito, M. (2018). Suicidal Risk in Italian Prisons. A Population-Based Cohort Study. *Sociology Mind*, 8, 46-69. <https://doi.org/10.4236/sm.2018.81004>.
- Favril, L. (2019). Non-suicidal self-injury and co-occurring suicide attempt in male prisoners. *Psychiatry Research*, 276, 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.017>
- Favril, L. (2021). Epidemiology, risk factors, and prevention of suicidal thoughts and behaviour in prisons: a literature review. *Psychologica Belgica*, 61(1), 341-355. <https://doi.org/10.5334/pb.1072>
- Favril, L., Wittouck, C., Audenaert, K., & Vander Laenen, F. (2019). A 17-year national study of prison suicides in Belgium. *Crisis*, 40(1), 42-53. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000531>
- Favril, L., Indig, D., Gear, C., & Wilhelm, K. (2020a). Mental disorders and risk of suicide attempt in prisoners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(9), 1145-1155. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01851-7>
- Favril, L., Yu, R., Hawton, K., & Fazel, S. (2020b). Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 7(8), 682-691. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30190-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5)
- Favril, L., & O'Connor, R. C. (2021). Distinguishing prisoners who think about suicide from those who attempt suicide. *Psychological Medicine*, 51(2), 228-235. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003118>

- Favril, L., Shaw, J., & Fazel, S. (2022). Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. *Clinical Psychology Review*, 97, 102190. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102190>
- Favril, L., Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2023). Individual-level risk factors for suicide mortality in the general population: an umbrella review. *The Lancet Public health*, 8(11), e868–e877. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00207-4)
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359(9306), 545-550. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1721-1731. https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/18009_suicide-prisoners-systematic-review-risk-factors.pdf
- Fazel, S., Grann, M., Kling, B., & Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191-195. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0184-4>
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017a). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30430-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3)
- Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017b). Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739. <https://doi.org/10.1111/add.13877>
- Felthous A. R. (1997). Does «isolation» cause jail suicides? *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(3), 285-294. <https://jaapl.org/content/jaa-pl/25/3/285.full.pdf>
- Felthous A. R. (2011). Suicide behind bars: trends, inconsistencies, and practical implications. *Journal of Forensic Sciences*, 56(6), 1541-1555. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2011.01858.x>
- Folk, J. B., Loya, J. M., Alexoudis, E. A., Tangney, J. P., Wilson, J. S., & Barboza, S. E. (2018). Differences between inmates who attempt suicide and who die by suicide: staff-identified psychological and treatment related risk factors. *Psychological Services*, 15(3), 349-356. <https://doi.org/10.1037/ser0000228>
- Ford, K., Bellis, M. A., Hughes, K., Barton, E. R., & Newbury, A. (2020). Adverse childhood experiences: a retrospective study to understand their associations with lifetime

- mental health diagnosis, self-harm or suicide attempt, and current low mental well-being in a male Welsh prison population. *Health & Justice*, 8, 13. <https://doi.org/10.1186/s40352-020-00115-5>
- Franklin, R. K. (1988). Deliberate self-harm: self-injurious behavior within a correctional mental health population. *Criminal Justice and Behavior*, 15(2), 210-218. <https://doi.org/10.1177/0093854888015002007>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Friedman, S., Jones, J. C., Chernen, L., & Barlow, D. H. (1992). Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: a survey of two outpatient clinics. *The American Journal of Psychiatry*, 149(5), 680-685. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.5.680>
- Frottier, P., Frühwald, S., Ritter, K., Eher, R., Schwärzler, J., & Bauer, P. (2002). Jailhouse Blues revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 37(2), 68-73. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8217-7>
- Fruehwald, S., Eher, R., & Frottier, P. (2001). What was the relevance of previous suicidal behaviour in prison suicides? *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(8), 763. <https://doi.org/10.1177/070674370104600818>
- Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F., Bauer, P., & Frottier, P. (2004). Suicide in custody: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 494-498. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.6.494>
- Fruehwald, S., & Frottier, P. (2005). Suicide in prison. *Lancet*, 366(9493), 1242-1244. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67327-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67327-8)
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Almansa, J., Codony, M., & Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMED. *Medicina Clínica*, 129(13), 494-500. <https://doi.org/10.1157/13111370>
- Gauthier, S., Reisch, T., & Bartsch, C. (2015). Swiss prison suicides between 2000 and 2010. *Crisis*, 36(2), 110-116. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000302>
- Godet-Mardirossian, H., Jehel, L., & Falissard, B. (2011). Suicidality in male prisoners: influence of childhood adversity mediated by dimensions of personality. *Journal of Forensic Sciences*, 56(4), 942-949. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2011.01754.x>

- Gore S. M. (1999). Suicide in prisons. Reflection of the communities served, or exacerbated risk? *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 175, 50-55. <https://doi.org/10.1192/bjp.175.1.50>
- Goss, J. R., Peterson, K., Smith, L. W., Kalb, K., & Brodey, B. B. (2002). Characteristics of suicide attempts in a large urban jail system with an established suicide prevention program. *Psychiatric Services*, 53(5), 574-579. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.5.574>
- Gould, C., McGeorge, T., & Slade, K. (2018). Suicide Screening Tools for use in Incarcerated Offenders: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 22(3), 345-364. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334611>
- Green, C., Kendall, K., Andre, G., Looman, T., & Polvi, N. (1993). A study of 133 suicides among Canadian federal prisoners. *Medicine, Science, and the Law*, 33(2), 121-127. <https://doi.org/10.1177/002580249303300207>
- Griffiths A. W. (1990). Correlates of suicidal history in male prisoners. *Medicine, Science, and the Law*, 30(3), 217-218. <https://doi.org/10.1177/002580249003000308>
- Gunnell, D., Bennewith, O., Peters, T. J., House, A., & Hawton, K. (2005). The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *Journal of Public Health*, 27(1), 67-73. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdh192>
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between non-suicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482-495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Haney, C. (2018). The psychological effects of solitary confinement: a systematic critique. *Crime & Justice*, 47(1), 365-365. <https://unlocktheboxcampaign.org/wp-content/uploads/2021/02/Haney-ThePsychologicalEffectsofSolitaryConfinement-ASystematic-Critique2018.pdf>
- Hatty, S. E., & Walker, J. R. (1986). *A national study of deaths in Australian prisons*. <https://www.aic.gov.au/sites/default/files/2020-05/deaths-australian-prisons.pdf>
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 48-54. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.48>
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003a). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 537-542. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.537>
- Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsend, E., & Harris, L. (2003b). Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1494-1500. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1494>

- Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet*, 383(9923), 1147-1154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62118-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2)
- Hayes L. M. (1989). National study of jail suicides: seven years later. *The Psychiatric Quarterly*, 60(1), 7-29. <https://doi.org/10.1007/BF01064362>
- Hayes, L. M. (2012). National study of jail suicide: 20 years later. *Journal of Correctional Health Care*, 18(3), 233-245. <https://doi.org/10.1177/1078345812445457>
- Hayes, L. M., & Kajdan, B. (1981). *And darkness closes in: a national study of jail suicides*. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/81482NCJRS.pdf>
- Heila, H., & Lonnqvist, J. (2003). The clinical epidemiology of suicide in schizophrenia. In R. M. Murray, P. B. Jones, E. Susser, J. van Os, & M. Cannon (Eds.), *The epidemiology of schizophrenia* (pp. 288-316). Cambridge University Press.
- Hillbrand, M. (2001). Homicide-suicide and other forms of co-occurring aggression against self and against others. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(6), 626-635. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.6.626>
- Hoertel, N., Franco, S., Wall, M. M., Oquendo, M. A., Wang, S., Limosin, F., & Blanco, C. (2015). Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(7), 916-923. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09420>
- Huang, X., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). The Differences Between Individuals Engaging in Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempt Are Complex (vs. Complicated or Simple). *Frontiers in Psychiatry*, 11, 239. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00239>
- Huang, Y., Zhang, S., Zhong, S., Gou, N., Sun, Q., Guo, H., Lin, R., Guo, W., Chen, H., Wang, J., Zhou, J., & Wang, X. (2022). The association of childhood adversities and mental health problems with dual-harm in individuals with serious aggressive behaviors. *BMC Psychiatry*, 22(1), 385. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04027-6>
- Huey, M. P., & McNulty, T. L. (2005). Institutional conditions and prison suicide: conditional effects of deprivation and overcrowding. *Prison Journal*, 85(4), 490-514. <https://doi.org/10.1177/0032885505282258>
- Humber, N., Piper, M., Appleby, L., & Shaw, J. (2011). Characteristics of and trends in subgroups of prisoner suicides in England and Wales. *Psychological Medicine*, 41(11), 2275-2285. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000705>
- Humber, N., Webb, R., Piper, M., Appleby, L., & Shaw, J. (2013). A national case-control study of risk factors among prisoners in England and Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1177-1185. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0632-4>

- Illana, I., & Thomas Currás, H. (2021). El suicidio en la cárcel: Propuesta de un programa de prevención. *Behavior & Law Journal*, 7(1), 23-34. <https://doi.org/10.47442/blj.v7.i1.85>
- Instituto Nacional de Estadística (2021). *Estadística de defunciones según la causa de la muerte*. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=8967&capsel=8973>
- Instituto Nacional de Estadística (2022). *Defunciones por suicidio*. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=61488>
- Ireland, J. L. (2000). «Bullying» among prisoners: a review of research. *Aggression and Violent Behavior*, 5(2), 201-215. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00031-7](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00031-7)
- Ivanoff, A. (1992). Background Risk Factors Associated with Parasuicide among Male Prison Inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 19(4), 426-436. <https://doi.org/10.1177/0093854892019004006>
- Jeglic, E. L., Spada, A., & Mercado, C. C. (2013). An examination of suicide attempts among incarcerated sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(1), 21-40. <https://doi.org/10.1177/1079063212447201>
- Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Farrell, M., Lewis, G., & Paton, J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 35(2), 257-269. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002958>
- Jordan, B. K., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., & Caddell, J. M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. II. Convicted felons entering prison. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 513-519. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060057008>
- Jordan, J. T., & Samuelson, K. W. (2016). Predicting suicide intent: the roles of experiencing or committing violent acts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 46(3), 293-300. <https://doi.org/10.1111/sltb.12193>
- Joukamaa M. (1997). Prison suicide in Finland, 1969-1992. *Forensic Science International*, 89(3), 167-174. [https://doi.org/10.1016/s0379-0738\(97\)00119-9](https://doi.org/10.1016/s0379-0738(97)00119-9)
- Kaba, F., Lewis, A., Glowa-Kollisch, S., Hadler, J., Lee, D., Alper, H., Selling, D., MacDonald, R., Solimo, A., Parsons, A., & Venters, H. (2014). Solitary confinement and risk of self-harm among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 104(3), 442-447. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301742>
- Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., Webb, R., Lawlor, M., Rodway, C., & Appleby, L. (2006). The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1599-1609. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n1016>
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 326-328. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>

- Kerkhof, A. J., & Bernasco, W. (1990). Suicidal behavior in jails and prisons in The Netherlands: incidence, characteristics, and prevention. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 20(2), 123–137. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1990.tb00095.x>
- Khezri, M., Sharifi, H., Mirzazadeh, A., Mehmandoost, S., Hosseini-Hooshyar, S., Ghalekhani, N., Mehrabi, F., Mahmoodabadi, M., Tavakoli, F., Shokoohi, M., & Karamouzian, M. (2023). A national study of suicidal ideation and suicide attempt among incarcerated people in Iran. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(5), 3043-3060. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00773-6>
- Kidd S. A. (2003). The need for improved operational definition of suicide attempts: illustrations from the case of street youth. *Death Studies*, 27(5), 449-455. <https://doi.org/10.1080/07481180302877>
- Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Myin-Germeyns, I., Nock, M. K., & Bruffaerts, R. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 239, 171-179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.033>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 231-237. <https://doi.org/10.1037/a0030278>
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., & Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38-43. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>
- Konrad, N., Daigle, M. S., Daniel, A. E., Dear, G. E., Frottier, P., Hayes, L. M., et al. (2007). Preventing suicide in prisons, part I. *Crisis*, 28(3), 113-121. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.113>
- Kovaszny, B., Miraglia, R., Beer, R., & Way, B. (2004). Reducing suicides in New York state correctional facilities. *Psychiatric Quarterly*, 75(1), 61-70. <https://doi.org/10.1023/B:PSAQ.0000007561.83444.a4>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
- Laishes J. (1997). Inmate suicides in the Correctional Service of Canada. *Crisis*, 18(4), 157-162. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.18.4.157>
- Larney, S., Topp, L., Indig, D., O'Driscoll, C., & Greenberg, D. (2012). A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 12, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-14>

- Leese, M., Thomas, S., & Snow, L. (2006). An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 355-360. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.10.004>
- Leon, A. C., Friedman, R. A., Sweeney, J. A., Brown, R. P., & Mann, J. J. (1990). Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Research*, 31(1), 99-108. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(90\)90112-i](https://doi.org/10.1016/0165-1781(90)90112-i)
- Lester, D. (1991). Physical abuse and physical punishment as precursors of suicidal behavior. *Stress Medicine*, 7(4), 255-256. <https://doi.org/10.1002/smi.2460070408>
- Lester, D., Beck, A. T., & Mitchell, B. (1975). Extrapolation from attempted suicides to completed suicides: A test. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(1), 78-80. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.88.1.78>
- Liebling, A. (1992). *Suicides in prison*. Routledge
- Liebling, A. (1994). Suicide amongst women prisoners. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 33(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.1994.tb00790.x>
- Liebling, A. (1995). Vulnerability and prison suicide. *British Journal of Criminology*, 35(2), 173-187. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjc.a048492>
- Liebling, A. (1999). Prison Suicide and Prisoner Coping. *Crime and Justice*, 26, 283-359. <http://www.jstor.org/stable/1147688>
- Liebling, A., & Ludlow, A. (2016). Suicide, distress and the quality of prison life. In Y. Jewkes, B. Crewe, & J. Bennett (Eds.), *Handbook on prisons* (pp. 224-245). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315797779-14>
- Lohner, J., & Konrad, N. (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(5), 370-385. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2006.03.004>
- Lohner, J., & Konrad, N. (2007). Risk factors for self-injurious behaviour in custody: problems of definition and prediction. *International Journal of Prisoner Health*, 3(2), 135-161. <https://doi.org/10.1080/17449200701321654>
- López, P., González-Pinto, A., Mosquera F., Aldama, A., González, C., Fernández de Corres, B., et al., (2007). *Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria*. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2007_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/d_07-02_inform_suicidio.pdf
- Ludlow, A., Schmidt, B., Akoensi, T., Liebling, A., Giacomantonio, C., & Sutherland, A. (2015) 'Self-inflicted Deaths in NOMS': Custody amongst 18–24 Year Olds: Staff experience, knowledge and views. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR916.html

- Luigi, M., Dellazizzo, L., Giguère, C. E., Goulet, M. H., & Dumais, A. (2020). Shedding light on «the hole»: a systematic review and meta-analysis on adverse psychological effects and mortality following solitary confinement in correctional settings. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 840. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00840>
- Maden, A., Chamberlain, S., & Gunn, J. (2000). Deliberate self-harm in sentenced male prisoners in England and Wales: some ethnic factors. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10(3), 199-204. <https://doi.org/10.1002/cbm.357>
- Magaletta, P. R., Patry, M. W., Wheat, B., & Bates, J. (2008). Prison inmate characteristics and suicide attempt lethality: an exploratory study. *Psychological Services*, 5(4), 351-361. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.5.4.351>
- Malishchak, L. D. (2022). Alone: suicide prevention in the Pennsylvania DOC. *American Jails*, 36(4), 69-71. <https://www.proquest.com/docview/2708791391?accountid=14514&forcedol=true&parentSessionId=mz0bPuQRdHl%2BDzQzzeWCr9ptz4i-HhJE3I8I3zMJahj8%3D&sourcetype=Trade%20Journals>
- Mandelli, L., Carli, V., Roy, A., Serretti, A., & Sarchiapone, M. (2011). The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: an investigation in a high-risk sample of male prisoners. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 742-747. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.005>
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of Suicidal Behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819-828. <https://doi.org/10.1038/nrn1220>
- Mann, J. J., Watermaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry: Official Journal of the American Psychiatric Association*, 156(2), 181-189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Marcus, P., & Alcabes, P. (1993). Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(3), 256-261. <https://doi.org/10.1176/ps.44.3.256>
- Maris, R. W. (1992). How are suicides different? In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 65-87). The Guilford Press.
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Kidger, J., Lewis, G., Macleod, J., Tilling, K., & Gunnell, D. (2014). Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: Findings from the ALSPAC cohort. *Journal of Affective Disorders*, 168, 407-414. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.009>
- Marusic A. (2004). Toward a new definition of suicidality? Are we prone to Fregoli's illusion? *Crisis*, 25(4), 145-146. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.145>
- Marzano, L., Rivlin, A., Fazel, S., & Hawton, K. (2009). Interviewing survivors of near-lethal self-harm: a novel approach for investigating suicide amongst prisoners. *Journal of*

- Forensic and Legal Medicine*, 16(3), 152-155. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2008.08.011>
- Marzano, L., Fazel, S., Rivlin, A., & Hawton, K. (2010). Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(3), 219-226. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075424>
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., & Fazel, S. (2011). Psychosocial influences on prisoner suicide: a case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners. *Social Science & Medicine*, 72(6), 874-883. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.028>
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M., & Fazel, S. (2016). Prevention of suicidal behavior in prisons. An overview of initiatives based on a systematic review of research on near-lethal suicide attempts. *Crisis*, 37(5), 323-334. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000394>
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine*, 38(3), 407-417. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001419>
- McKee, G. R. (1998). Lethal vs nonlethal suicide attempts in jail. *Psychological Reports*, 82(2), 611-614. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.2.611>
- Mackenzie, N., Oram, C., & Borrill, J. (2003). Self-inflicted deaths of women in custody. *The British Journal of Forensic Practice*, 5(1), 27-35. <https://doi.org/10.1108/14636646200300005>
- Meltzer, H., Jenkins, R., Singleton, N., Charlton, J., & Yar, M. (1999). *Non-fatal suicidal behavior among prisoners*. http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Meltzer_1999.pdf
- Meltzer, H., Jenkins, R., Singleton, N., Charlton, J., & Yar, M. (2003). Non-fatal suicidal behaviour among prisoners. *International review of psychiatry*, 15(1-2), 148-149. <https://doi.org/10.1080/0954026021000046083>
- Méndez-Bustos, P., de León-Martínez, V., Miret, M., Baca-Garcia, E., & Lopez-Castroman, J. (2013). Suicide reattempters: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(6), 281-295. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000001>
- Mennicke, A., Daniels, K., & Rizo, C. F. (2021). Suicide Completion Among Incarcerated Women. *Journal of Correctional Health Care: The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 27(1), 14-22. <https://doi.org/10.1089/jchc.18.12.0070>
- Mihai, C., Robu, V., Knieling, A., Iliescu, D. B., & Chirita, R. (2015). Predictors of suicide risk in incarcerated male offenders: the role of personality disorders. *Revista Medico-chirurgicala a Societatii de Medici si Naturalisti din Iasi*, 119(4), 1133-1140. https://www.researchgate.net/publication/307476842_PREDICTORS_OF_SUICIDE

[RISK_IN_INCARCERATED_MALE_OFFENDERS_THE_ROLE_OF_PERSONALITY_DISORDERS/link/57c6a03c08aefc4af34b84c5/download?tp=eyJlb250ZXh0ljp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmtpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmtpY2F0aW9uInI9](https://www.researchgate.net/publication/358161611_RISK_IN_INCARCERATED_MALE_OFFENDERS_THE_ROLE_OF_PERSONALITY_DISORDERS/link/57c6a03c08aefc4af34b84c5/download?tp=eyJlb250ZXh0ljp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmtpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmtpY2F0aW9uInI9)

Ministerio de Sanidad (2021). *Mortalidad por suicidio en España, 2020*. https://www.sanidad.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defunciones_Suicidio2020.pdf

Muehlenkamp J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324-333. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>

Muehlenkamp, J. J. (2014). Distinguishing between suicidal and nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury* (pp. 23-46). Oxford University Press.

Mumola, C. (2005). *Suicide and homicide in state prisons and local jails*. <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/shsplj.pdf>

Navarro-Atienzar, F., Zabala-Baños, C., Ricarte-Trives, J. J. (2019). Childhood Trauma as a risk factor for suicidal behaviour in prisons. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 21(1), 42-51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6788201/pdf/1575-0620-sanipe-21-01-42.pdf>

Navarro, P., Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., & Masferrer, L. (2022). Factores de riesgo y protectores de suicidio en una muestra de población penitenciaria. https://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/cataleg/crono/2022/factors_risc_suicidi/Factors_de_risc_i_protectors_de_suicidi_en_CP_s_CAST.pdf

Negredo, L., Melis, F., & Herrero, O. (2010). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Factores-de-riesgo-de-la-conducta-suicida-en-internos-con-trastorno-mental-grave-NIPO-126-11-051-1.pdf>

Newcomen, N. (2014). *Learning from PPO Investigations. Risk factors in self-inflicted death in prisons*. <https://cloud-platform-e218f50a4812967ba1215eaecede923f.s3.amazonaws.com/uploads/sites/34/2015/03/self-inflicted-deaths-2013-14-Final-for-publication-5.pdf>

Nieves, M. P., & Martín, M. (1991). *El suicidio. Perfil del interno suicida. Su prevención*. Ministerio de Justicia.

Nijman, H. L., & à Campo, J. M. (2002). Situational determinants of inpatient self-harm. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 32(2), 167-175. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.167.24401>

- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M. K., Kessler, R. C., & Franklin, J. C. (2016). Risk factors for suicide ideation differ from those for the transition to suicide attempt: The importance of creativity, rigor, and urgency in suicide research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 31-34. <https://doi.org/10.1037/h0101734>
- Oakes-Rogers, S., & Slade, K. (2015). Rethinking pathways to completed suicide by female prisoners. *The Journal of Mental Health Training, Education, and Practice*, 10(4), 245-255. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-02-2015-0008>
- Obegi J. H. (2020). Differentiating genuine from feigned suicidality in corrections: A necessary but perilous task. *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 101573. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101573>
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- O'Donnell, O., House, A., & Waterman, M. (2015). The co-occurrence of aggression and self-harm: systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 325-350. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.051>
- Opitz-Welke, A., Bennefeld-Kersten, K., Konrad, N., & Welke, J. (2013). Prison suicides in Germany from 2000 to 2011. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5-6), 386-389. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.06.018>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. <https://pavlov.psyciencia.com/2013/07/atencion-primaria-prevencion-suicidio-OMS.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Prevención del Suicidio en Cárceles y Prisiones*. https://www.cop.es/uploads/PDF/PREVENCIO_%CC_%81N-SUICIDIO-CARCE-LESYPRISIONES.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

- Organización Mundial de la Salud (2022). *Tasa de mortalidad por suicidio*. <https://data.who.int/es/indicators/f/I6BBF4I>
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 181, 193-199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- Patterson, R. F., & Hughes, K. (2008). Review of completed suicides in the California Department of Corrections and Rehabilitation, 1999 to 2004. *Psychiatric Services*, 59(6), 676-682. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.6.676>
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.7.867>
- Perry, A. E., & Horton, M. (2020). Assessing vulnerability to risk of suicide and self-harm in prisoners: a Rasch analysis of the suicide concerns for offenders in the prison environment (SCOPE-2). *BMC Psychiatry*, 20(1), 164. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02569-1>
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., Leo, D.D., Haring, C., Lonnqvist, J., Michel, K., Philippe, A., Pommereau, X., Querejeta, I., Sallander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., & Faria, J.S. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 97-104. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01451.x>
- Plutchik R. (1995). Outward and inward directed aggressiveness: the interaction between violence and suicidality. *Pharmacopsychiatry*, 28(2), 47-57. <https://doi.org/10.1055/s-2007-979620>
- Plutchik, R., & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13, S23-S34. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)
- Pokorny, A. D. (1974). A scheme for classifying suicidal behaviors. In A. T. Beck, H. L. Resnik, & D. J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide* (pp. 29-44). Charles Press Publishers.
- Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., Del Casale, A., Girardi, P., Ferracuti, S., & Tatarelli, R. (2009). Preventing suicide in jails and prisons: suggestions from experience with psychiatric inpatients. *Journal of Forensic Sciences*, 54(5), 1155-1162. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2009.01122.x>
- Power, J., Gobeil, R., Beaudette, J. N., Ritchie, M. B., Brown, S. L., & Smith, H. P. (2016). Childhood abuse, nonsuicidal self-Injury, and suicide attempts: an exploration of gen-

- der differences in incarcerated adults. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 46(6), 745-751. <https://doi.org/10.1111/sltb.12263>
- Preti, A., & Cascio, M. T. (2006). Prison suicides and self-harming behaviours in Italy, 1990-2002. *Medicine, Science, and The Law*, 46(2), 127-134. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.46.2.127>
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*, 360(9340), 1126-1130. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11197-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11197-4)
- Rabe, K. (2012). Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(3), 222-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.02.012>
- Radeloff, D., Stoeber, F., Lempp, T., Kettner, M., Bennefeld-Kersten, K., & Kaess, M. (2019). Murderers or thieves at risk? Offence-related suicide rates in adolescent and adult prison populations. *Plos One*, 14(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214936>
- Rajalin, M., Hirvikoski, T., & Jokinen, J. (2013). Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.055>
- Reeves, R., & Tamburello, A. (2014). Single cells, segregated housing, and suicide in the New Jersey Department of Corrections. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(4), 484-488. <https://jaapl.org/content/jaapl/42/4/484.full.pdf>
- Richardson, C., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: a narrative synthesis of risk factors. *Social Science & Medicine*, 276, 113831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113831>
- Richmond-Rakerd, L. S., Caspi, A., Arseneault, L., Baldwin, J. R., Danese, A., Houts, R. M., Matthews, T., Wertz, J., & Moffitt, T. E. (2019). Adolescents who self-harm and commit violent crime: testing early-life predictors of dual harm in a longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 176(3), 186-195. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18060740>
- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2010). Psychiatric disorders in male prisoners who made near-lethal suicide attempts: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(4), 313-319. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077883>
- Rivlin, A., Fazel, S., Marzano, L., & Hawton, K. (2013). The suicidal process in male prisoners making near-lethal suicide attempts. *Psychology, Crime & Law*, 19(4), 305-327. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2011.631540>

- Rivlin, A., Fazel, S., Marzano, L., & Hawton, K. (2012). Studying survivors of near-lethal suicide attempts as a proxy for completed suicide in prisons. *Forensic Science International*, 220(1-3), 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.01.022>
- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2013a). Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PLoS One*, 8(7), e68944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068944>
- Rivlin, A., Ferris, R., Marzano, L., Fazel, S., & Hawton, K. (2013b). A typology of male prisoners making near-lethal suicide attempts. *Crisis*, 34(5), 335-347. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000205>
- Roma, P., Pompili, M., Lester, D., Girardi, P., & Ferracuti, S. (2013). Incremental conditions of isolation as a predictor of suicide in prisoners. *Forensic Science International*, 233(1-3), e1-e2. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.08.016>
- Romero, J. L., Gamero, J. J., & Martínez, P. (2007). Aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la provincia de Cádiz (1999-2003). *Cuadernos de Medicina Forense*, 47, 33-44. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062007000100004#:~:text=Se%20da%20cuenta%20de%20la,4.37%20hombres%20por%20cada%20mujer
- Rosenberg, M. L., Davidson, L. E., Smith, J. C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G. A., Moore-Lewis, B., Mills, D. H., & Murray, D. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences*, 33(6), 1445-1456. <https://doi.org/10.1520/JFS12589>
- Rouchy, E., Germanaud, E., Garcia, M., & Michel, G. (2020). Characteristics of homicide-suicide offenders: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 55, 101490. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101490>
- Roy, A., & Linnoila, M. (1986). Alcoholism and suicide. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 16(2), 244-273. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1986.tb00354.x>
- Roy, A., Carli, V., Sarchiapone, M., & Branchey, M. (2014). Comparisons of prisoners who make or do not make suicide attempts and further who make one or multiple attempts. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 18(1), 28-38. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.801816>
- Rudd, M. D. (1997). What's in a Name. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27(3), 326-327. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1997.tb00418.x>
- Ruiz, J., Gómez, I., Landazabal, M., Morales, S., Sánchez, V., & Páez, D. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 99-114. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401108.pdf>

- Saavedra J., & López M. (2015). Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(4), 224-231. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.07.004>
- Sahlin, H., Kuja-Halkola, R., Bjureberg, J., Lichtenstein, P., Molero, Y., Rydell, M., Hedman, E., Runeson, B., Jokinen, J., Ljótsson, B., & Hellner, C. (2017). Association Between Deliberate Self-harm and Violent Criminality. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 615-621. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0338>
- Sakellidis, E. I., Goutas, N. D., Vlachodimitropoulos, D. G., Logiopoulou, A. P., Panousi, P. I., Delicha, E. M., & Spiliopoulou, C. A. (2013). The social profile of victims of suicide in major Greek correctional facilities. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(6), 711-714. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2013.03.025>
- Sakinofsky, I. (2007). Treating suicidality in depressive illness. Part I: Current controversies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6), 715-845. https://www.researchgate.net/publication/297575812_Treating_suicidality_in_depressive_illness_part_I_Current_controversies/link/56e990ef08ae95bddc29f242/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uInI9
- Sánchez, C. (2001). Prevención de la conducta suicida. Suicidios consumados y tentativas. Análisis de datos 1999. En Ministerio del Interior (Ed.), *Estudios e investigaciones de la Central Penitenciaria de Observación*, (pp. 39-77)
- Sánchez, C. (2003). El suicidio en la Institución Penitenciaria. En Ministerio del Interior (Ed.), *Estudios e investigaciones de la Central Penitenciaria de Observación*, (pp. 444-545)
- Sarchiapone, M., Carli, V., Giannantonio, M. D., & Roy, A. (2009a). Risk factors for attempting suicide in prisoners. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 39(3), 343-350. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.3.343>
- Sarchiapone, M., Jovanović, N., Roy, A., Podlessek, A., Carli, V., Amore, M., Mancini, M., & Marušič, A. (2009b). Relations of psychological characteristics to suicide behaviour: Results from a large sample of male prisoners. *Personality and Individual Differences*, 47(4), 250-255. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.03.008>
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>
- Scott, K. M., Hwang, I., Chiu, W. T., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bruffaerts, R., de Graaf, R., Florescu, S., Fukao, A., Haro, J. M., Hu, C., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Scocco, P., & Nock, M. K. (2010). Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 712-719. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e3333d>

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2021). *Informe general 2021*. https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias/Informe_General_IIPP_2021_12615039X.pdf
- Senior, J., Hayes, A. J., Pratt, D., Thomas, S. D., Fahy, T., Leese, M., Bowen, A., Taylor, G., Lever-Green, G., Graham, T., Pearson, A., Ahmed, M., & Shaw, J. J. (2007). The identification and management of suicide risk in local prisons. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(3), 368-380. <https://doi.org/10.1080/14789940701470218>
- Serin, R. C., Motiuk, L., & Wichmann, C. (2002). An examination of suicide attempts among inmates. *Forum on Corrections Research*, 14(2), 40-42. https://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e142/142j_e.pdf
- Shafti, M., Taylor, P. J., Forrester, A., & Pratt, D. (2021). The co-occurrence of self-harm and aggression: a cognitive-emotional model of dual-harm. *Frontiers in Psychology*, 12, 586135. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.586135>
- Shafti, M., Taylor, P., Forrester, A., Handerer, F., & Pratt, D. (2023). A systematic review of the co-occurrence of self-harm and aggression: is dual harm a unique behavioural construct? *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1083271>
- Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 184(3), 263-267. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.263>
- Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-63. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E., (2007b). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part 2: Suicide-related ideations, communications and behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J. and Deasy, D. (1998) *Psychiatric morbidity of prisoners in England and Wales*. Office of National Statistics.
- Slade, K. (2018). Dual harm: an exploration of the presence and characteristics for dual violence and self-harm behaviour in prison. *Journal of Criminal Psychology*, 8(2), 97-111. <https://doi.org/10.1108/JCP-03-2017-0017>

- Slade, K. (2019). Dual harm: the importance of recognising the duality of self-harm and violence in forensic populations. *Medicine, Science and the Law*, 59(2), 75-77. <https://doi.org/10.1177/0025802419845161>
- Sloane, B. C. (1973). Suicide attempts in the District of Columbia prison system. *Omega: Journal of Death and Dying*, 4(1), 37-50. <https://doi.org/10.2190/OR7F-33NY-7UGA-HBXV>
- Smith, P. N., Selwyn, C. N., Wolford-Clevenger, C., & Mandracchia, J. T. (2014). Psychopathic personality traits, suicide ideation, and suicide attempts in male prison inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 41(3), 364-379. <https://doi.org/10.1177/0093854813506884>
- Snow, L. (2002). Prisoners' motives for self-injury and attempted suicide. *The British Journal of Forensic Practice*, 4(4), 18-29. <https://doi.org/10.1108/14636646200200023>
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., He, Y., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Matschinger, H., Mneimneh, Z., Nakamura, Y., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagary, R., Scott, K. M., Tomov, T., Viana, M. C., Williams, D. R., & Nock, M. K. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PloS one*, 5(5), e10574. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010574>
- Stoliker, B. E. (2018). Attempted suicide: a multilevel examination of inmate characteristics and prison context. *Criminal Justice and Behavior*, 45(5), 589611. <https://doi.org/10.1177/0093854818754609>
- Swogger, M. T., You, S., Cashman-Brown, S., & Conner, K. R. (2011). Childhood physical abuse, aggression, and suicide attempts among criminal offenders. *Psychiatry Research*, 185(3), 363-367. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.07.036>
- Sykes, G. (1958). *Society of captives*. Princeton University Press.
- Tartarelli, R., Mancinelli, I., Taggi, F., & Polidori, G. (1999). Suicide in Italian Prisons in 1996 and 1997: A Descriptive Epidemiological Study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(4), 438-447. <https://doi.org/10.1177/0306624X99434003>
- Tartaro, C., & Ruddell, R. (2006) Trouble in Mayberry: a national analysis of suicide attempts in small jails. *American Journal of Criminal Justice*, 31(1), 81-101. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF02885686.pdf>
- Tartaro, C., & Lester, D. (2009). *Suicide and self-harm in prisons and jails*. Lexington Books.
- Terzi, L., Martino, F., Berardi, D., Bortolotti, B., Sasdelli, A., & Menchetti, M. (2017). Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of

- impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients. *Psychiatry Research*, 249, 321-326. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.011>
- Topp, D. O. (1979). Suicide in prison. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 24-27. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.1.24>
- Towl, G. J., & Crighton, D. A. (1998). Suicide in prisons in England and Wales from 1988 to 1995. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 8(3), 184-192. <https://doi.org/10.1002/cbm.245>
- Tripodi, S. J., Onifade, E., & Pettus-Davis, C. (2014). Nonfatal suicidal behavior among women prisoners: the predictive roles of childhood victimization, childhood neglect, and childhood positive support. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(4), 394-411. <https://doi.org/10.1177/0306624X12472879>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5, 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Vanhaesebrouck, A., Tostivint, A., Lefèvre, T., Melchior, M., Khireddine-Medouni, I., & Chee, C. C. (2022). Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017-2018. *BMC Psychiatry*, 22(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03653-w>
- Van Ginneken, E. F., Sutherland, A., & Molleman, T. (2017). An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000-2014. *International Journal of Law and Psychiatry*, 50, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.05.005>
- Vera, E. J., Planelles, M. V., & García, J. (2005). Tendencia de la tasa de mortalidad en una prisión española (1994-2004). *Revista Española de Salud Pública*, 79(6), 673-82. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n6/original4.pdf>
- Verona, E., Hicks, B. M., & Patrick, C. J. (2005). Psychopathy and suicidality in female offenders: mediating influences of personality and abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1065-1073. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1065>
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., Acín, E., De Vicente, A., Guerrero, R., Lluch, J., Planella, R., & Sarda, P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), 321-332. <https://doi.org/10.1002/cbm.815>
- Vorstenbosch, E., Rodríguez-Liron, A., Vicens-Pons, E., Félez-Nóbrega, M., & Escuder-Romeva, G. (2023). Suicide risk in male incarcerated individuals in Spain: clinical, criminological and prison-related correlates. *BMC Psychology*, 11(1), 282. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01315-y>
- Voulgaris, A., Hartwig, S., Konrad, N., & Opitz-Welke, A. (2019). Influence of drugs on prison suicide - a retrospective case study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66(4), 101460. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101460>

- Wagner, B. M., Wong, S. A., & Jobes, D. A. (2002). Mental health professionals' determinations of adolescent suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(3), 284-300. <https://doi.org/10.1521/suli.32.3.284.22178>
- Wang, A. G., & Mortensen, G. (2006). Core features of repeated suicidal behaviour: a long-term follow-up after suicide attempts in a low-suicide-incidence population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 103-107. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0980-4>
- Way, B. B., Miraglia, R., Sawyer, D. A., Beer, R., & Eddy, J. (2005). Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(3), 207-221. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.09.003>
- Way, B. B., Sawyer, D. A., Barboza, S., & Nash, R. (2007). Inmate suicide and time spent in special disciplinary housing in New York State prison. *Psychiatric Services*, 58(4), 558-560. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.4.558>
- Webb R. T., Kontopantelis E., Doran T., Qin P., Creed F., & Kapur, N. (2012a). Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: A case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 69(7), 256-264. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.630>
- Webb, R. T., Shaw, J., Stevens, H., Mortensen, P. B., Appleby, L., & Qin, P. (2012b). Suicide risk among violent and sexual criminal offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(17), 3405-3424. <https://doi.org/10.1177/0886260512445387>
- Weeks, R., & Widom, C. S. (1998). Self-reports of early childhood victimization among incarcerated adult male felons. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(3), 346-361. <https://doi.org/10.1177/088626098013003003>
- Winter, M. M. (2003). County jail suicides in a midwestern state: moving beyond the use of profiles. *The Prison Journal*, 83(2), 130-148. <https://doi.org/10.1177/0032885503083002002>
- White, T. H., Schimmel, D. J., & Frickey, R. (2002). A comprehensive analysis of suicide in federal prisons: a fifteen-year review. *Journal of Correctional Health Care*, 9(3), 321-343. <https://doi.org/10.1177/107834580200900308>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 52(4), 486-492. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
- Wolff, N., & Shi, J. (2012). Childhood and adult trauma experiences of incarcerated persons and their relationship to adult behavioral health problems and treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(5), 1908-1926. <https://doi.org/10.3390/ijerph9051908>

- Wolff, N., Shi, J., Siegel, J. A. (2009). Patterns of victimization among male and female inmates: evidence of an enduring legacy. *Violence and Victims*, 24(4), 469-84. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.4.469>
- Yang, B., & Clum, G. A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: a review. *Clinical Psychology Review*, 16(3), 177-195. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(96\)00004-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(96)00004-9)
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(5), 243-256. <https://doi.org/10.1007/s12199-008-0037-x>
- Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J., & Fazel, S. (2021). Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 6(3), e164-e174. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30233-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30233-4)

Anexo I.

Ficha de recogida de información sobre suicidios

FICHA SUICIDIO CONSUMADO	
CENTRO PENITENCIARIO:	REF:
1.- DATOS DE FILIACIÓN:	
NOMBRE:	
NIS:	
FECHA NACIMIENTO:	
NACIONALIDAD:	
PROVINCIA DE RESIDENCIA:	
2.- DATOS PERSONALES:	
Género:	
☐ Masculino ☐ Femenino	
Estado Civil:	
☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a -Divorciado/a ☐ Pareja de hecho	
☐ Pareja con convivencia ☐ Pareja sin convivencia ☐ Viudo/a	
Nivel de estudios alcanzado:	
☐ Sin estudios ☐ Primarios ☐ ESO/Secundarios	
☐ Bachiller ☐ FP ☐ Universitarios	
Hijos:	
☐ SI	
- Nº de hijo/as menores de edad: - Nº de hijo/as mayores de edad:	
☐ NO	
Relación con familia:	
Relación con familia de origen:	
☐ SI ☐ SI pero conflictivas	
☐ NO ☐ NO por ser conflictivas (violencia intrafamiliar, OA)	
Relación familia adquirida:	
☐ SI ☐ SI pero conflictivas	
☐ NO ☐ NO por ser conflictivas (VG, intrafamiliar, O. Alejamiento)	
☐ No tiene familia adquirida.	

Cuenta con apoyo social:

☐ SI

☐ NO Indicar por qué motivo:

☐ Familia en país de origen ☐ Enfermedad mental grave del interno

☐ Discapacidad del interno ☐ Otros (indicar)

Historia toxicofílica

☐ No consta historia de consumo de tóxicos

☐ Sí consta historia de consumo de tóxicos

☐ Realiza tratamiento:

☐ Fecha de inicio:

☐ Nº Tratamientos anteriores:

☐ Fecha del último:

☐ No ha querido nunca recibir tratamiento

☐ Intoxicaciones. Nº:

Situación actual del consumo

☐ Consumo activo

☐ Abstinencia parcial, no consolidada (algunas recaídas, no toma la medicación adecuadamente...)

☐ En abstinencia consolidada

Experiencias traumáticas

☐ No consta historia de haber vivido experiencias traumáticas.

☐ Sí constan:

☐ Centros menores acogida

☐ Centros menores reforma

☐ Fallecimiento padres edad temprana

☐ Bandas juveniles

☐ Víctima maltrato infantil

☐ Víctima abuso sexual infantil

☐ Abandono infantil

☐ Adopción

☐ Víctima maltrato adulto

☐ Víctima abuso sexual adulta

☐ Situación de calle

☐ Entrada al país arriesgando su vida

☐ Víctima delito grave

☐ Acoso escolar

☐ Antecedentes penales y/o toxicofílicos en familia origen

☐ Antecedentes familiares de suicidio

☐ Otros (indicar cual):

3-CIRCUNSTANCIAS DEL HECHO

Fecha del hecho: Hora aprox: Día de la semana:

Fecha encuentro: Hora aprox:

Lugar suceso:

Método utilizado

Recurso o medio utilizado:

4.-ASPECTOS PENALES Y PENITENCIARIOS

Delito

En el caso de estar cumpliendo condena por un delito contra las personas indicar relación con la víctima:

- ☐ Familiar. Indicar parentesco
- ☐ Amistad
- ☐ Conocido (vecinos, compañeros, ...)
- ☐ Sin ningún tipo de relación

Régimen de vida

- ☐ Régimen ordinario de convivencia
- ☐ Régimen de Aislamiento.
- ☐ Situación Regimental:
 - ☐ Artículo 75.1 R.P. ☐ Artículo 72 ☐ Artículo 75.2 R.P.
 - ☐ Sanción de aislamiento ☐ Sanitario ☐ Artículo 243

Ubicación en el centro en el momento del hecho

- ☐ M. Ordinario ☐ M. de Respeto ☐ Departamento exterior
- ☐ Aislamiento ☐ M. Terapéutico ☐ Enfermería
- ☐ M. PAIEM ☐ Ingresos ☐ M. Discapacitados

Celda

- ☐ Individual ☐ Compartida ☐ Celda de observación.

Situación económica

- ☐ Ingresos de otras personas (familia, conocidos...)
- ☐ Ingresos propios (por actividad laboral en el centro o por pensión)
- ☐ NO

Mantenimiento de comunicaciones en los últimos 3 meses

- ☐ SI
 - ☐ Habituales (mínimo 2 presenciales al mes y telefónicas 1 a la semana)
 - ☐ Esporádicas
- ☐ NO

Tipo de comunicaciones

- ☐ Presenciales (locutorios o vis a vis) ☐ Telefónicas o videollamadas.

Relaciones

- ☐ Problemas de convivencia con otros internos
☐ Problemas regiminales (funcionarios, Equipo Técnico...)

Actividades

Actividades que se encuentra realizando en el último mes:

- ☐ Educativas/ Formación laboral
☐ Terapéuticas
☐ Laborales
☐ Deportivas
☐ Ocupacionales

☐ Nunca ha solicitado su participación en actividad alguna.
☐ Abandono de las actividades en el último mes

5.-APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIOS

¿Estaba incluido en pps?

- ☐ NO
☐ SI ☐ Fecha de inicio del programa:

Antecedentes Autolíticos:

- ☐ NO
☐ SI

☐ N° Intentos de suicidio en el último año
☐ N° Intentos de suicidio hace más de un año
☐ N° Autolesiones en el último año
☐ N° Autolesiones hace más de un año

6.-DATOS SANITARIOS

¿Ha solicitado asistencia sanitaria en la última semana?

- ☐ NO ☐ SI

En caso afirmativo indicar motivo:

- ☐ Por consultas de escasa relevancia
☐ Por enfermedades físicas graves
☐ Por enfermedades relacionadas con la salud mental
☐ Por demanda de medicación.
☐ Por autolesión.
☐ Otros

Otros datos

Antecedentes Psicopatológicos

☐ SI ☐ NO

Trastorno mental grave

☐ SI Indicar cual ☐ NO ☐ No valorado

T. Personalidad

☐ SI Indicar cuál ☐ NO

Discapacidad

☐ SI Indicar cual ☐ NO ☐ No Valorada

7.-FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTA EL INTERNO.

Factores personales.

- ☐ Trastorno mental Grave o Discapacidad.
- ☐ T. Personalidad
- ☐ Síntomas de ansiedad significativos
- ☐ Dolores crónicos
- ☐ Síntomas de distimia o depresión.
- ☐ Enfermedad sobrevenida.
- ☐ Psicosis por uso de sustancias.
- ☐ Impulsividad/problemas de gestión emocional.
- ☐ Consumo abusivo/síndrome abstinencia.
- ☐ Desbordado/a por la situación de internamiento
- ☐ Sentimientos de culpa
- ☐ Otros

Factores familiares:

- ☐ Ruptura relación de pareja.
- ☐ Discusiones familiares.
- ☐ Miedo abandono de la pareja.
- ☐ Percepción de soledad.
- ☐ Ausencia de contacto con la familia.
- ☐ Miedo pérdida custodia/tutela hijos.
- ☐ Fallecimiento/ enfermedad persona significativa reciente.
- ☐ Fecha señalada
- ☐ Otros

Factores sociales:

- ☐ Dificultades económicas.
- ☐ Situación de la familia en el exterior de vulnerabilidad.
- ☐ Ausencia de apoyo social externo.
- ☐ Otros

Factores Judiciales:

- | | |
|---|---|
| ☐ Causas pendientes | ☐ Nuevas causas (en los últimos 2 meses) |
| ☐ Expediente de expulsión (inicio o ejecución) | ☐ Cuantía de la condena (más de 5 años) |
| ☐ Delito grave o gran alarma social | ☐ Proximidad fecha de juicio o citación. |

Factores Penitenciarios

- ☐ Traslado reciente (último mes) o pendiente.
- ☐ Aplicación 75. RP/72 RP
- ☐ Sanción de aislamiento
- ☐ Intento de agresión sexual por otro compañero.
- ☐ Presiones internas o deudas relacionadas con internos.
- ☐ Dificultades para asumir internamiento y/o la adaptación al cumplimiento de la condena.
- ☐ Incidentes relacionados con: permisos, grado, regresiones...
- ☐ Próxima libertad
- ☐ Pérdida de destino o puesto de trabajo.
- ☐ Otros

8.-FACTORES DE PROTECCIÓN QUE PRESENTA EL INTERNO

- | | |
|--|---|
| ☐ Apoyo familiar | ☐ Expectativas de futuro |
| ☐ Motivación al cambio | ☐ Próxima excarcelación |
| ☐ Ausencia problemática consumo | ☐ Redes sociales de apoyo exterior |
| ☐ Otros | |

9.-VALORACIÓN DEL HECHO

En _____, a _____ de _____ de 20____

Subdirección de Tratamiento

Anexo 2.

Ficha de recogida de información sobre tentativas de suicidio

FICHA INTERNO TENTATIVA	
CENTRO PENITENCIARIO:	REF:
1.- DATOS DE FILIACIÓN:	
NOMBRE:	
NIS:	
FECHA NACIMIENTO:	
NACIONALIDAD:	
PROVINCIA DE RESIDENCIA:	
2.- DATOS PERSONALES:	
Género:	
☐ Masculino ☐ Femenino	
Estado Civil:	
☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a-Divorciado/a ☐ Pareja de hecho	
☐ Pareja con convivencia ☐ Pareja sin convivencia ☐ Viudo/a	
Nivel de estudios alcanzado:	
☐ Sin estudios ☐ Primarios ☐ ESO/Secundarios	
☐ Bachiller ☐ FP ☐ Universitarios	
Hijos:	
☐ SI	
- Nº de hijo/as menores de edad: - Nº de hijo/as mayores de edad:	
☐ NO	
Relación con familia:	
Relación con familia de origen:	
☐ SI ☐ SI pero conflictivas	
☐ NO ☐ NO por ser conflictivas (violencia intrafamiliar, OA)	
Relación familia adquirida:	
☐ SI ☐ SI pero conflictivas	
☐ NO ☐ NO por ser conflictivas (VG, intrafamiliar, O. Alejamiento)	
☐ No tiene familia adquirida.	

Cuenta con apoyo social:

☐ SI

☐ NO Indicar por qué motivo:

☐ Familia en país de origen ☐ Enfermedad mental grave del interno

☐ Discapacidad del interno ☐ Otros (indicar)

Historia toxicofílica

☐ No consta historia de consumo de tóxicos

☐ Sí consta historia de consumo de tóxicos

☐ Realiza tratamiento:

☐ Fecha de inicio:

☐ Nº Tratamientos anteriores:

☐ Fecha del último:

☐ No ha querido nunca recibir tratamiento

☐ Intoxicaciones. Nº:

Situación actual del consumo

☐ Consumo activo

☐ Abstinencia parcial, no consolidada (algunas recaídas, no toma la medicación adecuadamente...)

☐ En abstinencia consolidada

Experiencias traumáticas

☐ No consta historia de haber vivido experiencias traumáticas.

☐ Sí constan:

☐ Centros menores acogida

☐ Centros menores reforma

☐ Fallecimiento padres edad temprana

☐ Bandas juveniles

☐ Víctima maltrato infantil

☐ Víctima abuso sexual infantil

☐ Abandono infantil

☐ Adopción

☐ Víctima maltrato adulto

☐ Víctima abuso sexual adulta

☐ Situación de calle

☐ Entrada en el país arriesgando su vida

☐ Víctima delito grave

☐ Acoso escolar

☐ Antecedentes penales y/o toxicofílicos en familia origen

☐ Antecedentes familiares de suicidio

☐ Otros (indicar cual):

3-CIRCUNSTANCIAS DEL HECHO

Fecha del hecho:

Hora aprox:

Día de la semana:

Fecha encuentro:

Hora aprox:

Lugar suceso:

Método utilizado

Recurso o medio utilizado:

Frustrado por:

☐ Funcionario

☐ Él mismo

☐ Interno de apoyo

☐ Otro interno

☐ Fallo técnico

4.-ASPECTOS PENALES Y PENITENCIARIOS

Delito

En el caso de estar cumpliendo condena por un delito contra las personas indicar relación con la víctima:

☐ Familiar. Indicar parentesco

☐ Amistad

☐ Conocido (vecinos, compañeros, ...)

☐ Sin ningún tipo de relación

Régimen de vida

☐ Régimen ordinario de convivencia

☐ Régimen de Aislamiento.

☐ Situación Regimental:

☐ Artículo 75.1 R.P.

☐ Artículo 72

☐ Artículo 75.2 R.P.

☐ Sanción de aislamiento

☐ Sanitario

☐ Artículo 243

Ubicación en el centro en el momento del hecho

☐ M. Ordinario

☐ M. de Respeto

☐ Departamento exterior

☐ Aislamiento

☐ M. Terapéutico

☐ Enfermería

☐ M. PAIEM

☐ Ingresos

☐ M. Discapacitados

Celda

☐ Individual ☐ Compartida ☐ Celda de observación.

Situación económica

☐ Ingresos de otras personas (familia, conocidos...)

☐ Ingresos propios (por actividad laboral en el centro o por pensión)

☐ NO

Mantenimiento de comunicaciones en los últimos 3 meses

☐ SI

- ☐ Habituales (mínimo 2 presenciales al mes y telefónicas 1 a la semana)
- ☐ Esporádicas

☐ NO

Tipo de comunicaciones

- ☐ Presenciales (locutorios o vis a vis) ☐ Telefónicas o videollamadas.

Relaciones

- ☐ Problemas de convivencia con otros internos
- ☐ Problemas regiminales (funcionarios, E.T...)

Actividades

Actividades que se encuentra realizando en el último mes:

- ☐ Educativas/ Formación laboral
 - ☐ Terapéuticas
 - ☐ Laborales
 - ☐ Deportivas
 - ☐ Ocupacionales
- ☐ Nunca ha solicitado su participación en actividad alguna.
- ☐ Abandono de las actividades en el último mes

5. -APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIOS

¿Estaba incluido en pps?

☐ NO

☐ SI

☐ Fecha de inicio del programa:

Antecedentes Autolíticos:

☐ NO

☐ SI

- ☐ N° Intentos de suicidio en el último año
- ☐ N° Intentos de suicidio hace más de un año
- ☐ N° Autolesiones en el último año
- ☐ N° Autolesiones hace más de un año

6.- DATOS SANITARIOS

¿Ha solicitado asistencia sanitaria en la última semana?

☐ NO ☐ SI

En caso afirmativo indicar motivo:

- ☐ Por consultas de escasa relevancia
- ☐ Por enfermedades físicas graves
- ☐ Por enfermedades relacionadas con la salud mental
- ☐ Por demanda de medicación.
- ☐ Por autolesión.
- ☐ Otros

Otros datos

Antecedentes Psicopatológicos

☐ SI ☐ NO

Trastorno mental grave

☐ SI Indicar cual ☐ NO ☐ No valorado

T. Personalidad

☐ SI Indicar cuál ☐ NO

Discapacidad

☐ SI Indicar cual ☐ NO ☐ No Valorada

7.- FACTORES DE RIESGO.

Factores personales.

- ☐ Trastorno mental Grave o Discapacidad.
- ☐ T. Personalidad
- ☐ Síntomas de ansiedad significativos
- ☐ Dolores crónicos
- ☐ Síntomas de distimia o depresión.
- ☐ Enfermedad sobrevenida.
- ☐ Psicosis por uso de sustancias.
- ☐ Impulsividad/problemas de gestión emocional.
- ☐ Consumo abusivo/síndrome abstinencia.
- ☐ Desbordado/a por la situación de internamiento
- ☐ Sentimientos de culpa
- ☐ Otros

Factores familiares:

- ☐ Ruptura relación de pareja.
- ☐ Discusiones familiares.
- ☐ Miedo abandono de la pareja.
- ☐ Percepción de soledad.
- ☐ Ausencia de contacto con la familia.
- ☐ Miedo pérdida custodia/tutela hijos.
- ☐ Fallecimiento/ enfermedad persona significativa reciente.
- ☐ Fecha señalada
- ☐ Otros

Factores sociales:

- ☐ Dificultades económicas.
- ☐ Situación de la familia en el exterior de vulnerabilidad.
- ☐ Ausencia de apoyo social externo.
- ☐ Otros

Factores Judiciales:

- ☐ Causas pendientes
- ☐ Expediente de expulsión (inicio o ejecución)
- ☐ Delito grave o gran alarma social
- ☐ Nuevas causas (en los últimos 2 meses)
- ☐ Cuantía de la condena (más de 5 años)
- ☐ Proximidad fecha de juicio o citación.

Factores Penitenciarios

- ☐ Traslado reciente (último mes) o pendiente.
- ☐ Aplicación 75. RP/72 RP
- ☐ Sanción de aislamiento
- ☐ Intento de agresión sexual por otro compañero.
- ☐ Presiones internas o deudas relacionadas con internos.
- ☐ Dificultades para asumir internamiento y/o la adaptación al cumplimiento de la condena.
- ☐ Incidentes relacionados con: permisos, grado, regresiones...
- ☐ Próxima libertad
- ☐ Pérdida de destino o puesto de trabajo.
- ☐ Otros

8-FACTORES DE PROTECCIÓN QUE PRESENTA EL INTERNO

- ☐ Apoyo familiar
- ☐ Motivación al cambio
- ☐ Ausencia problemática consumo
- ☐ Otros
- ☐ Expectativas de futuro
- ☐ Próxima excarcelación
- ☐ Redes sociales de apoyo exterior

9-EXPLICACIÓN QUE DA EL INTERNO SOBRE EL MOTIVO

En _____, a _____ de _____ de 2024

Subdirección de Tratamiento

Anexo 3.

Ficha de recogida de información sobre grupo control

 FICHA INTERNO					
CENTRO PENITENCIARIO:	REF:				
1.- DATOS DE FILIACIÓN:					
NOMBRE:					
NIS:					
FECHA NACIMIENTO:					
NACIONALIDAD:					
2.- DATOS PERSONALES:					
Género:					
☐ Masculino ☐ Femenino					
Estado Civil:					
☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a -Divorciado/a ☐ Pareja de hecho ☐ Pareja con convivencia ☐ Pareja sin convivencia ☐ Viudo/a					
Relación con familia:					
Relación con familia de origen:					
☐ SI ☐ SI pero conflictivas ☐ NO ☐ NO por ser conflictivas (violencia intrafamiliar, orden de alejamiento...)					
Relación familia adquirida:					
☐ SI ☐ SI pero conflictivas ☐ NO ☐ NO por ser conflictivas (VG, intrafamiliar., órdenes de alejamiento)					
Cuenta con apoyo social:					
☐ SI ☐ NO Indicar por qué motivo: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Familia en país de origen</td> <td>☐ Enfermedad mental grave del interno</td> </tr> <tr> <td>☐ Discapacidad del interno</td> <td>☐ Otros (indicar)</td> </tr> </table>		☐ Familia en país de origen	☐ Enfermedad mental grave del interno	☐ Discapacidad del interno	☐ Otros (indicar)
☐ Familia en país de origen	☐ Enfermedad mental grave del interno				
☐ Discapacidad del interno	☐ Otros (indicar)				

Nivel de estudios alcanzado:

- ☐ Sin estudios ☐ Primarios ☐ ESO/Secundarios
☐ Bachiller ☐ FP ☐ Universitarios

Hijos:

- ☐ SI ☐ NO

Nº de hijo/as menores de edad

Nº de hijo/as mayores de edad

Historia toxicofilica

- ☐ No consta historia de consumo de tóxicos
☐ Sí consta historia de consumo de tóxicos
 ☐ Realiza tratamiento:
 ☐ Fecha de inicio:
 ☐ Nº Tratamientos anteriores:
 ☐ Fecha del último:
 ☐ No ha querido nunca recibir tratamiento
☐ Intoxicaciones, Nº:

Experiencias traumáticas

- ☐ No consta historia de haber vivido experiencias traumáticas.
☐ Sí constan:
 ☐ Centros menores acogida ☐ Centros menores reforma
 ☐ Fallecimiento padres edad temprana ☐ Bandas juveniles
 ☐ Víctima maltrato infantil ☐ Víctima abuso sexual infantil
 ☐ Abandono infantil ☐ Adopción
 ☐ Víctima maltrato adulto ☐ Víctima abuso sexual adulta
 ☐ Situación de calle ☐ Situación de entrada en país
 ☐ Víctima delito grave
 ☐ Antecedentes penales y/o toxicofílicos en familia origen
 ☐ Otros (indicar cual):

4.- DATOS SANITARIOS

¿Ha solicitado asistencia sanitaria en la última semana?

☐ NO ☐ SI

En caso afirmativo indicar motivo:

- ☐ Por consultas de escasa relevancia
- ☐ Por enfermedades físicas graves
- ☐ Por enfermedades relacionadas con la salud mental
- ☐ Por demanda de medicación.
- ☐ Otros

Otros datos

Antecedentes Psicopatológicos

☐ SI ☐ NO

Trastorno mental grave

☐ SI Indicar cual ☐ NO

Discapacidad

☐ SI Indicar cual ☐ NO

5.- FACTORES QUE PUEDEN SER DE APLICACIÓN AL SUJETO.

Factores personales.

- ☐ Trastorno mental Grave
- ☐ T. Personalidad
- ☐ Síntomas de ansiedad significativos
- ☐ Dolores crónicos
- ☐ Antecedentes o síntomas depresivos
- ☐ Enfermedad sobrevenida
- ☐ Antecedentes de psicosis por uso de sustancias.
- ☐ Impulsividad/problemas de gestión emocional
- ☐ Consumo abusivo/síndrome abstinencia
- ☐ Desbordado/a por la situación de internamiento

Factores familiares:

- ☐ Ruptura relación de pareja.
- ☐ Discusiones familiares.
- ☐ Miedo abandono de la pareja.
- ☐ Percepción de soledad.
- ☐ Ausencia de contacto con la familia.
- ☐ Miedo pérdida custodia/tutela hijos.
- ☐ Fallecimiento/ enfermedad persona significativa reciente.
- ☐ Suele presentar comportamientos anómalos en fechas señaladas (consumo, emocionalidad negativa...)

Factores sociales:

- ☐ Dificultades económicas.
- ☐ Situación de la familia en el exterior de vulnerabilidad.
- ☐ Ausencia de apoyo social externo.

Factores Penales:

- | | |
|--|---|
| ☐ Causas pendientes | ☐ Nuevas causas (en los últimos 2 meses) |
| ☐ Expediente de expulsión | ☐ Cuantía de la condena (más de 5 años) |
| ☐ Delito grave o gran alarma social | ☐ Proximidad fecha de juicio |

Factores Penitenciarios

- ☐ Traslado reciente (último mes) o pendiente.
- ☐ Aplicación 75. RP/72 RP de forma reiterada (1 vez al mes últimos 6 meses).
- ☐ Sanción de aislamiento (últimos 3 meses)
- ☐ Intento de agresión sexual por otro compañero.
- ☐ Presiones internas o deudas relacionadas con internos.
- ☐ Dificultades para asumir internamiento y la adaptación al cumplimiento de la condena.
- ☐ Dificultades para aceptar incidente relacionado con: permisos, grado, regresiones...
- ☐ Próxima libertad (próximos 3 meses)

FACTORES POSITIVOS QUE PRESENTA EL INTERNO

- ☐ Apoyo familiar
- ☐ Motivación al cambio
- ☐ Ausencia problemática consumo
- ☐ Otros
- ☐ Expectativas de futuro
- ☐ Próxima excarcelación
- ☐ Redes sociales de apoyo exterior

En _____, a _____ de _____ de 2023

Anexo 4.

Variables incluidas en el estudio

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
NIS	NIS		
VARIABLE DEPENDIENTE			
R_tipogrupoz	Variable dependiente	Nominal	Controles
			Suicidios
			Tentativas
SOCIODEMOGRÁFICAS			
EDAD	Edad	Escala	
NHIJOSMENORES	Nº hijos menores de edad	Ordinal	
NHIJOSMAYORES	Nº hijos mayores de edad	Ordinal	
EDAD_rangos	Edad dividida en rangos	Nominal	≤ 31 años
			32 años - 45 años
			46 años - 59 años
			60 años ≤
R_nacionalidad	Todas las nacionalidades	Nominal	37 categorías (una por cada nacionalidad con representación de, al menos un caso)
R_nacionalidad_R	Nacionalidades por grupos	Nominal	España
			Francia
			Marruecos
			Argelia
			Bulgaria
			Colombia
			Ecuador
			Honduras
			Rumanía
			Otros
R_nacionalidad_RR	Nacional vs. extranjero	Nominal	Español
			Extranjero
R_sexo	Sexo	Nominal	Hombre
			Mujer
R_estadocivil	Estado civil	Nominal	Casado
			Pareja con convivencia
			Pareja de hecho
			Pareja sin convivencia

Estudio de suicidios y tentativas de suicidio en el ámbito penitenciario 2022-2023

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
			Separado/divorciado
			Soltero
			Viudo
R_hijosmenores	¿Tiene hijos menores de edad?	Nominal	NO/SI
R_hijosmayores	¿Tiene hijos mayores de edad?	Nominal	NO/SI
R_nestudios	Nivel de estudios	Nominal	Sin estudios
			Primarios
			ESO/secundarios
			Formación profesional
			Bachiller
			Universitarios
R_relacionesfamorigen	¿Tenía relaciones con su familia de origen cuando se produce el evento?	Nominal	NO/SI
R_relacionesfamadquirida	¿Tenía relaciones con la familia adquirida cuando se produce el evento?	Nominal	NO/SI
R_apoyosocialexterno	¿Tenía apoyo social externo cuando se produce el evento?	Nominal	NO/SI
R_apoyosocialexterno_R	¿Tenía apoyo social externo cuando se produce el evento?	Nominal	NO/SI
PENALES			
CONDENADIAS	Cuánta condena en días	Escala	
DELITO	Delito	Nominal	
DELITO1	Delito 1	Nominal	
DELITO2	Delito 2	Nominal	
CONDENADIAS_rangos	Cuánta de condena en días dividida en rangos	Nominal	≤ 180 días
			181 días - 360 días
			361 días - 720 días
			721 días - 1800 días
			1801 días ≤
R_situacionpenal	Situación procesal	Nominal	Penado
			Preventivo
			Internado judicial
			Prisión permanente revisable
R_situacionpenal_R	Situación procesal recodificada (preventivo vs. penado)	Nominal	Penado
			Preventivo
R_tipodelictivo	Delito por grandes categorías	Nominal	Delitos contra las personas
			Delitos contra la libertad sexual
			Delitos de violencia de género
			Delitos contra la propiedad
			Delitos contra la salud pública
			Delitos contra el orden socioeconómico
			Delitos contra la seguridad del tráfico
			Otros
R_tipodelictivo1	Delito 1 por grandes categorías	Nominal	Delitos contra las personas
			Delitos contra la libertad sexual
			Delitos de violencia de género

Anexo 4. Variables incluidas en el estudio

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
			Delitos contra la propiedad
			Delitos contra la salud pública
			Delitos contra el orden socioeconómico
			Delitos contra la seguridad del tráfico
			Otros
R_tipodelictivo2	Delito2 por grandes categorías	Nominal	Delitos contra las personas
			Delitos contra la libertad sexual
			Delitos de violencia de género
			Delitos contra la propiedad
			Delitos contra la salud pública
			Delitos contra el orden socioeconómico
			Delitos contra la seguridad del tráfico
			Otros
R_Dcontrapersonas	¿Ha cometido un delito contra las personas?	Nominal	NO/SI
R_Dcontralibsex	¿Ha cometido un delito contra la libertad sexual?	Nominal	NO/SI
R_DVG	¿Ha cometido un delito de violencia de género?	Nominal	NO/SI
R_Dcontrapropiedad	¿Ha cometido un delito contra la propiedad?	Nominal	NO/SI
R_DCSP	¿Ha cometido un delito contra la salud pública?	Nominal	NO/SI
R_DCST	¿Ha cometido un delito contra la seguridad del tráfico?	Nominal	NO/SI
R_Deconomicos	¿Ha cometido un delito contra el orden socioeconómico?	Nominal	NO/SI
R_Dotros	¿Ha cometido otros delitos?	Nominal	NO/SI
R_victimadelito	¿Qué relación tenía con la víctima de su delito?	Nominal	Amistad
			Conocido
			Familia origen
			Familia adquirida
			Sin relación
PENITENCIARIAS			
NINGRESOSPREVIOSPRISI	Nº ingresos previos en prisión	Ordinal	
FINGRESOPRISION	Fecha ingreso en prisión	Escala	
FINGRESOCP	Fecha ingreso en centro penitenciario	Escala	
FLIBDEF	Fecha libertad definitiva	Escala	
NPERMISOS	Nº permisos disfrutados desde su último ingreso en prisión hasta el evento	Ordinal	
NSANCIONESINCANCEL	Nº sanciones sin cancelar cuando el evento	Ordinal	
NAGRESIONESFISICAS	Nº agresiones físicas registradas en SIP desde ingreso en prisión hasta el evento	Ordinal	
NAGRESIONESVERBALES	Nº agresiones verbales registradas en SIP desde ingreso en prisión hasta el evento	Ordinal	
R_ingresospreviosprision	¿Tienen ingresos previos en prisión?	Nominal	NO/SI
R_ingresoreciente	Menos de un mes desde ingreso en prision hasta el evento	Nominal	NO/SI
R_trasladoreciente	Menos de un mes desde ingreso en CP hasta el evento	Nominal	NO/SI
R_regimenvida	¿En qué régimen de vida se encontraba?	Nominal	Artículo 10 91.2

Estudio de suicidios y tentativas de suicidio en el ámbito penitenciario 2022-2023

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
			Penado 1º 91.2
			Penado 1º 91.3
			Preventivo ordinario
			Penado 2º
			Penado 2º 100.2
			Penado 3º 82.1
			Penado 3º 83
			Penado 3º 86.4
			Penado sin clasificar
			Regresión provisional a 2º
			Medida de seguridad
R_regimenvida_R	¿En qué régimen de vida se encontraba?	Nominal	Régimen ordinario
			Régimen abierto
			Régimen cerrado
R_situacionregimental	¿Estaba en alguna situación regimental de especial consideración? ¿Cuál?	Nominal	243 RP
			72 RP
			72 RP celda observación
			75.1 RP
			75.1 RP celda observación
			75.2 RP
			75.2 RP celda observación
			Aislamiento sanitario
			Baja médica en celda
			Celda de observación
			Sanción de aislamiento en celda
R_altaactividadespaiem	¿Estaba de alta en actividades de PAIEM cuando el evento?	Nominal	NO/SI
R_activtratamiento	En el momento del evento, ¿estaba haciendo actividades tratamentales?	Nominal	NO/SI
R_activocupacionales	En el momento del evento, ¿estaba haciendo actividades ocupacionales?	Nominal	NO/SI
R_activdeportivas	En el momento del evento, ¿estaba haciendo actividades deportivas?	Nominal	NO/SI
R_activeducativas	En el momento del evento, ¿estaba haciendo actividades educativas?	Nominal	NO/SI
R_activlaborales	En el momento del evento, ¿estaba haciendo actividades laborales?	Nominal	NO/SI
Ningunaactividad	En el momento del evento no se encontraba haciendo ninguna actividad	Nominal	No realiza ninguna actividad
			Realiza al menos una actividad
R_abandonoactividades	¿Había abandonado las actividades en el mes anterior al evento?	Nominal	NO/SI
R_internoapoyo	¿Ha sido alguna vez interno de apoyo sanitario?	Nominal	NO/SI
R_permisos	En el momento del evento, ¿estaba disfrutando de permisos?	Nominal	NO/SI
R_sancionesincancelar	En el momento del evento, ¿tenía sanciones sin cancelar?	Nominal	NO/SI
R_agresionesfisicas	¿Tenía incidentes regimentales que implicaran agresiones físicas?	Nominal	NO/SI

Anexo 4. Variables incluidas en el estudio

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
R_agresionesverbales	¿Tenía incidentes regimientales que implicaran agresiones verbales?	Nominal	NO/SI
R_peculio	En el momento del evento, ¿tenía ingresos económicos?	Nominal	Si
			No
			Ingresos propios
R_peculio_R	En el momento del evento, ¿tenía ingresos económicos?	Nominal	NO/SI
R_comunicaciones2	¿Tenía comunicaciones y con qué frecuencia cuando se produce el evento?	Nominal	Habituales
			Esporádicas
			No
			No 3º
R_tipocomunicaciones	¿Tenía comunicaciones y de qué tipo cuando se produce el evento?	Nominal	Presenciales
			Telefónicas
R_problemasconvivencia	¿Ha tenido problemas de convivencia con otros internos desde su último ingreso en prisión?	Nominal	NO/SI
R_problemasregimientales	¿Ha tenido problemas regimientales desde su último ingreso en prisión?	Nominal	NO/SI
CIRCUNSTANCIAS DEL EVENTO			
FECHASUCESO	Fecha evento suicido o tentativa/elección grupo control	Escala	
FRANJASHORARIAS	Franjas horarias ocurrencia evento suicidio	Nominal	00:00 a 07:45 07:45 a 14:00 14:00 a 17:00 17:00 a 20:00 20:00 a 00:00
HORASUCESO	Hora evento suicidio	Escala	
DIASHASTASUICIDIO	Días transcurridos desde ingreso en prision hasta evento	Escala	
DIASHASTASUICIDIO2	Días transcurridos desde ingreso en CP hasta evento	Escala	
DIASDESDESUICIDIO	Días trasncurridos desde evento hasta LD	Escala	
DIASHASTASUICIDIO_rang	Días desde ingreso en prisión hasta el evento dividido en rangos	Nominal	≤ 7 8 días - 15 días 16 días - 30 días 31 días - 60 días 61 días - 180 días 181 días - 360 días 361 días ≤
DIASHASTASUICIDIO2_ran	Días desde ingreso en CP hasta el evento dividido en rangos	Nominal	≤ 7 8 días - 15 días 16 días - 30 días 31 días - 60 días 61 días - 180 días 181 días - 360 días 361 días ≤
DIASDESDESUICIDIO_rang	Días desde el evento de suicidio hasta LD dividida en rangos	Nominal	≤ 7 8 días - 15 días 16 días - 30 días 31 días - 60 días 61 días - 180 días 181 días - 360 días 361 días ≤

Estudio de suicidios y tentativas de suicidio en el ámbito penitenciario 2022-2023

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
R_día	Días de la semana en el que se produce el evento	Nominal	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
R_mesuceso	Mes en el que se produce el evento	Nominal	Enero Febrero Marzo Abril Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre
R_metodo	Método empleado para el evento	Nominal	Ahorcamiento Asfixia Cortes Ingesta medicamentosa/drogas Ingesta sustancias químicas Baja médica en celda
R_recurso	Recurso empleado para el evento	Nominal	Bolsa Cable Cinturón Cordón Cuchilla Cuerda Goma ventana Insulina Lata Medicación Objeto cortante Polea máquina musculación Productos químicos Radial Ropa de cama Venda Vestuario
R_modulo	Módulo en el que se produce el evento	Nominal	CIS Casa Dependencias exteriores Aislamiento Enfermería Ingresos Módulo discapacitados Módulo PAIEM Módulo respeto Módulo terapéutico Módulo ordinario
R_lugarsuceso	Lugar en el que se produce el evento	Nominal	Celda Baño módulo Gimnasio módulo Patio módulo Sala TV Taller Calabozo Hospital

Anexo 4. Variables incluidas en el estudio

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
R_frustradopor	En el caso de las tentativas, ¿quién frustró el suicidio?	Nominal	Actuación funcionario Actuación interno de apoyo Actuación otro interno Él mismo Fallo técnico
R_celda	Tipo de celda en la que residía cuando se produce el evento	Nominal	Compartida Individual Domicilio particular
R_celda_R	¿Estaba celda individual o compartida?	Nominal	Compartida Individual
CLÍNICAS			
NAUTOLESIONESULTIMO Nº autolesiones en el último año	Ordinal		
NAUTOLESIONESMASDEU Nº autolesiones a más de un año	Ordinal		
NTENTATIVASSUICIDIOUL Nº tentativas suicidio en el último año	Ordinal		
NTENTATIVASSUICIDIOM Nº tentativas suicidio a más de un año	Ordinal		
NPPSANTERIORES	Nº de PPS aplicados antes del evento	Ordinal	
NTTODROGASANTERIOR Nº de tto deshabituación hechos antes del evento	Ordinal		
NINTOXICACIONES	Nº intoxicaciones desde su último ingreso en prisión hasta el evento	Ordinal	
R_autolesionesultimoaño	¿Ha protagonizado alguna autolesión en el último año?	Nominal	NO/SI
R_autolesionesmasdeunaño ¿Ha protagonizado alguna autolesión hace más de un año?	Nominal	NO/SI	
R_tentativassuicidiultimoaño ¿Ha protagonizado alguna tentativa de suicidio en el último año?	Nominal	NO/SI	
R_tentativassuicidiomasdeunañ ¿Ha protagonizado alguna tentativa de suicidio hace más de un año?	Nominal	NO/SI	
R_PPSanteriores	¿Ha estado alguna vez en PPS antes del evento?	Nominal	NO/SI
R_PPSenelmomento	¿Estaba en PPS en el momento en que se produce el evento?	Nominal	NO/SI
R_problematicadrogas	¿Tiene problemas de drogodependencias?	Nominal	NO/SI
R_ttdrogasactual	¿Estaba en tto deshabituación cuando se produce el evento?	Nominal	NO/SI
R_ttdrogasanterior	¿Ha estado en tto deshabituación en alguna ocasión antes del evento?	Nominal	NO/SI
R_intoxicaciones	¿Ha tenido alguna intoxicación desde su ingreso en prisión hasta el evento?	Nominal	NO/SI
R_apscopat	¿Tiene antecedentes psicopatológicos?	Nominal	NO/SI

Estudio de suicidios y tentativas de suicidio en el ámbito penitenciario 2022-2023

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
R_discapacidad	¿Qué tipo de discapacidad tiene?	Nominal	No Física Intelectual Psíquica
R_asistenciasanitariaultimase ¿Solicitó asistencia sanitaria la semana anterior al evento?	Nominal	NO/SI	
R_motivoconsulta	En caso de solicitar asistencia sanitaria, ¿cuál fue el motivo?	Nominal	Autolesión Demanda de medicación Enfermedades físicas graves Salud mental Consulta de escasa relevancia Otras causas
FACTORES DE PROTECCIÓN			
R_factoresproteccion	¿Con qué factores de protección cuenta?	Nominal	Apoyo familiar Ausencia problemática de consumo Expectativas de futuro Motivación al cambio Próxima excarcelación Redes sociales de apoyo exterior
R_factoresproteccion2	¿Con qué factores de protección cuenta?	Nominal	Apoyo familiar Ausencia problemática de consumo Expectativas de futuro Motivación al cambio Próxima excarcelación Redes sociales de apoyo exterior
R_factoresproteccion_R	Número de factores de protección	Ordinal	
R_FPapoyo	¿Cuenta con apoyo familiar?	Nominal	NO/SI
R_FPexpectativasfuturo	¿Tiene expectativas de futuro?	Nominal	NO/SI
R_FPmotivacióncambio	¿Tiene motivación al cambio?	Nominal	NO/SI
EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS			
R_experienciastraumaticas	¿Qué experiencias traumáticas ha experimentado a lo largo de su vida?	Nominal	Abandono infantil Adopción Antecedentes penales y/o toxicofílicos en familia de origen Antecedentes suicidio en la familia Bandas juveniles Bullying Centros menores acogida Centros menores reforma Fallecimiento padres a edad temprana Fallecimiento persona significativa Situación de calle Situación de entrada en país Testigo de violencia intrafamiliar Víctima de abuso sexual en la infancia Víctima de abuso sexual en la edad adulta Víctima de maltrato en la infancia Víctima de maltrato en la edad adulta No constan

Anexo 4. Variables incluidas en el estudio

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
R_experienciastraumaticas2	¿Qué experiencias traumáticas ha experimentado a lo largo de su vida?	Nominal	Abandono infantil Adopción Antecedentes penales y/o toxicofilicos en familia de origen Antecedentes suicidio en la familia Bandas juveniles Bullying Centros menores acogida Centros menores reforma Fallecimiento padres a edad temprana Fallecimiento persona significativa Situación de calle Situación de entrada en país Testigo de violencia intrafamiliar Víctima de abuso sexual en la infancia Víctima de abuso sexual en la edad adulta Víctima de maltrato en la infancia Víctima de maltrato en la edad adulta No constan
R_experienciastraumaticas_R	Número experiencias traumáticas vividas	Ordinal	
R_antecedfamorigen	¿Hay antecedentes penales/toxicológicos en su familia de origen?	Nominal	NO/SI
R_centrosmenoresacogida	¿Ha estado en centros de menores de acogida?	Nominal	NO/SI
R_centrosmenoresreforma	¿Ha estado en centros de menores de reforma?	Nominal	NO/SI
R_situacióncalle	¿Ha estado en situación de calle?	Nominal	NO/SI
FACTORES DESENCADENANTES			
R_desencadenantesjudiciales	¿Qué desencadenantes judiciales se aprecian en el caso?	Nominal	Causas pendientes Delito grave o gran alarma social Denegación libertad provisional Expediente expulsión (iniciado o en ejecución) Naturaleza o cuantía de la condena impuesta Nuevas causas Proximidad fecha citación judicial (antes o después=
R_desencadenantesjudiciales2	¿Qué desencadenantes judiciales se aprecian en el caso?	Nominal	Causas pendientes Delito grave o gran alarma social Denegación libertad provisional Expediente expulsión (iniciado o en ejecución) Naturaleza o cuantía de la condena impuesta Nuevas causas Proximidad fecha citación judicial (antes o después=
R_desencadenantesjudiciales_R	Número de desencadenantes judiciales	Ordinal	
R_causaspendientes	¿Tiene causas pendientes?	Nominal	NO/SI
R_delitograve	¿Ha cometido un delito grave o que haya causado gran alarma social?	Nominal	NO/SI
R_proxjuicio	¿Hay alguna citación judicial reciente (antes o después del evento)?	Nominal	NO/SI
R_desencadenantesfamiliares		Nominal	Ausencia de contacto con la familia

Estudio de suicidios y tentativas de suicidio en el ámbito penitenciario 2022-2023

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
Discusiones familiares o con personas significativas	¿Qué desencadenantes familiares se aprecian en el caso?		Fallecimiento o enfermedad de familiares o personas significativas Fecha señalada Miedo abandono de la pareja Miedo pérdida tutela o custodia de sus hijos Percepción de soledad Ruptura relación de pareja
R_desencadenantesfamiliares2	¿Qué desencadenantes familiares se aprecian en el caso?	Nominal	Ausencia de contacto con la familia Discusiones familiares o con personas significativas Fallecimiento o enfermedad de familiares o personas significativas Fecha señalada Miedo abandono de la pareja Miedo pérdida tutela o custodia de sus hijos Percepción de soledad Ruptura relación de pareja
R_desencadenantesfamiliares_	Número de desencadenantes familiares	Ordinal	
R_ausenciacontactofamilia	¿Carece de contacto con la familia?	Nominal	NO/SI
R_discusiones	¿Ha tenido discusiones o conflictos con su familia o con personas significativas para él?	Nominal	NO/SI
R_fallecimientoenfermedad	¿Ha fallecido o le han diagnosticado una enfermedad grave recientemente a algún familiar cercano o persona significativa para él?	Nominal	
R_percepcionsoledad	¿Se siente solo o sola?	Nominal	NO/SI
R_ruptura	¿Ha experimentado recientemente una ruptura de su relación de pareja?	Nominal	NO/SI
R_desencadenantessociales	¿Qué desencadenantes sociales se aprecian en el caso?	Nominal	Ausencia de apoyo social exterior Dificultades económicas Situación de la familia en el exterior
R_desencadenantessociales_R	Número de desencadenantes sociales	Ordinal	
R_ausenciaapoyosocial	¿Carece de apoyo en el exterior?	Nominal	NO/SI
R_dificultadeseconomicas	¿Tiene dificultades económicas?	Nominal	NO/SI
R_desencadenantespersonales	¿Qué desencadenantes personales se aprecian en el caso?	Nominal	Antecedentes o sintomatología depresiva Consumo abusivo activo/síndrome de abstinencia Desbordamiento por la situación de internamiento Discapacidad Dolores crónicos Enfermedad física sobrevenida Enfermedad mental grave Posible psicosis tóxica Síntomas de ansiedad significativos Trastorno personalidad Sentimientos de culpa Impulsividad o problemas de gestión emocional

Anexo 4. Variables incluidas en el estudio

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
R_desencadenantespersonales2	¿Qué desencadenantes personales se aprecian en el caso?	Nominal	Antecedentes o sintomatología depresiva Consumo abusivo activo/síndrome de abstinencia Desbordamiento por la situación de internamiento Discapacidad Dolores crónicos Enfermedad física sobrevenida Enfermedad mental grave Posible psicosis tóxica Síntomas de ansiedad significativos Trastorno personalidad Sentimientos de culpa Impulsividad o problemas de gestión emocional
R_desencadenantespersonales	Número de desencadenantes personales	Ordinal	
R_impulsividad	¿Es una persona impulsiva o con problemas de gestión emocional?	Nominal	NO/SI
R_consumoabstinencia	¿Se encuentra en situación de consumo activo o síndrome de abstinencia?	Nominal	NO/SI
R_enfmentalgrave	¿Está diagnosticado de una enfermedad mental grave?	Nominal	NO/SI
R_transpersonalidad	¿Está diagnosticado de un transtorno de personalidad?	Nominal	NO/SI
R_antecedentessintomasdepresi	¿Tiene antecedentes o síntomas depresivos en la actualidad?	Nominal	NO/SI
R_desbordamientosituacion	¿Se encuentra desbordado por la situación de internamiento?	Nominal	NO/SI
R_desencadenantespenitenciari	¿Qué desencadenantes penitenciarios se aprecian en el caso?	Nominal	Aplicación 75. RP/72 RP Dificultades de adaptación en el cumplimiento de la condena Incidentes relacionados con permisos, regresiones, etc. Intento de agresión sexual por parte de otro interno Víctima de presiones o deudas generadas por consumos Próxima libertad Sanción de aislamiento en celda Traslado reciente o pendiente
R_desencadenantespenitenciari	¿Qué desencadenantes penitenciarios se aprecian en el caso?	Nominal	Aplicación 75. RP/72 RP Dificultades de adaptación en el cumplimiento de la condena Incidentes relacionados con permisos, regresiones, etc. Intento de agresión sexual por parte de otro interno Víctima de presiones o deudas generadas por consumos Próxima libertad Sanción de aislamiento en celda Traslado reciente o pendiente
R_desencadenantespenitenciari	Número de desencadenantes penitenciarios	Ordinal	
R_75RP72RP	¿Esté en 75RP o 72RP?	Nominal	NO/SI
R_presionesdeudas	¿Tiene deudas o está sometido a presiones internas por parte de otros compañeros?	Nominal	NO/SI

Estudio de suicidios y tentativas de suicidio en el ámbito penitenciario 2022-2023

Nombre de la variable	Descripción de la variable	Nivel de medida	Categorías
R_gradopermisosregresiones	¿Ha protagonizado incidentes relacionados con permisos, regresiones de grado, etc.?	Nominal	NO/SI
R_traslado	¿Ha tenido un traslado reciente (último mes) o está pendiente de traslado?	Nominal	NO/SI

Anexo 5.

Variables incluidas en el análisis de regresión logística suicidios vs. controles

Sociodemográficas	Penales	Penitenciarias	Clinicas	Experiencias traumáticas, F. protección y desencadenantes
R_nacidos	CONDENADAS	NINGRESOSPREVIOSPRESION	NAUTOLESIONESULTIMOANO	R_antecedentorigen
R_relacionesfamiliares	R_situacionpenal_R	DIAS HASTASUICIDIO	NAUTOLESIONESMASDEUNANO	R_factoresproteccion_R
R_relacionesfamiliaresquida	R_Dcontrolibet	DIAS HASTASUICIDIO2	NINTOXICACIONES	R_FPapoyo
R_apoyosocialexterno_R	R_Dcontrolpropiedad	NSANCIONESINCANCELAR	R_problemasdrogas	R_FPexpectativasfuturo
		NAGRESIONESVERBALES	R_spoicopat	R_FPmotriciacoombio
		DIAS DESUICIDIO_rangos	R_dificultad	R_desencadenantesjudiciales_R
		R_registrovida_R	R_asistenciasanitariasultimasemana	R_causaspendientes
		R_medido		R_deltogura
		R_celda_R		R_ruptura
		R_altaactividadespaisem		R_desencadenantes sociales_R
		R_actividaddeportivas		R_dificultadseconomicas
		R_actividadeducativas		R_desencadenantespersonales_R
		R_actividadlaborales		R_desencadenantespenitenciarios_R
		Ningunaactividad		R_75RP/2RP
		R_abandonoactividades		R_problemasdeudas
		R_juicio_R		
		R_comunicacione2		
		R_problemascomunicacion		
		R_problemasregimentales		

Anexo 6.

Variables incluidas en el análisis de regresión logística tentativas vs. controles

Sociodemográficas	Penales	Penitenciarias	Clinicas	Experiencias traumáticas, F.protección y desencadenantes
EDAD	R_siniaciopenal_R	DIASHASTASUICIDIO	NAUTOLESIONESULTIMOANO	R_factorproteccion_R
NHI/OSMAYORES	R_Doontrapersonas	DIASHASTASUICIDIO2	NAUTOLESIONESMASDEUNANO	R_desencadenantejudicial_R
EDAD_rangos	R_Doontraalibex	DIASDESDESUICIDIOS	NTTODROGASANTERIOR	R_desencadenantesociales_R
R_estadocivil	R_DVG	NINGRESOSPREVIOSPRISION	NINTOXICACIONES	R_desencadenantesociales_R
R_hijosmenores	R_Doontrapropiedad	NFERMISOS	R_autolesionesultimoño	R_desencadenantesociales_R
R_hijosmayores	R_DCSP	NSANCIONESINCANCELAR	R_autolesionesmasdenario	R_centrosmenoresacogida
R_nestados		NAGRESIONESFISICAS	R_problemasdrogas	R_FPapojo
R_relacionesfamorigen		NAGRESIONESVERBALES	R_todrogas anterior	R_FExpectativas futuro
R_relacionesfamiquida		DIASHASTASUICIDIO2_rangos	R_intoxicaciones	R_FPreservacion cambio
R_apoyosocialexterno_R		DIASDESDESUICIDIO_rangos	R_apicopat	R_compendientes
		R_ingresospreviosprision	R_discapacidad	R delito grave
		R_trasladoreciute	R_asistenciasanitariasultimasemana	R_discusiones
		R_regimenuida_R	R_motivoconsulta	R_rupura
		R_modulo		R_dificultadeseconomicas
		R_altaactividadespaiem		R_impulsividad
		R_activeducativas		R_enfrentamiento grave
		R_activlaborales		R_75RP72RP
		Ningunaactividad		R_presiondeudas
		R_abandonoactividades		
		R_permisos		
		R_sancionesincomelar		
		R_agresionesfisicas		
		R_agresionesverbales		
		R_peculiar_R		
		R_comunicaciones2		
		R_problemascomunicacion		
		R_problemasemocionales		

Anexo 7.

Variables incluidas en el análisis de regresión logística suicidios vs. tentativas

Sociodemográficas	Penales-penitenciarias	Circunstancias del evento	Clínicas
EDAD	R_DVG	FRANJAS HORARIAS	NAUTOLESIONESULTIMOÑO
EDAD_rangos	R_situacionregimental	DIASHASTASUICIDIO	R_autolesionesultimoño
R_estadocivil	R_activodeportivas	R_recurso	NAUTOLESIONESMASDEUNÑO
NHIJOSMAYORES	R_activlaborales	R_modulo	R_autolesionesmasdeunño
R_hijosmayores	NPERMISOS	R_celda_R	NPPSANTERIORES
R_relacionesfamorigen	R_permisos		R_problematicadrogas
R_relacionesfamadquirida	NASNCIONESINCANCELAR		NTTODROGASANTERIOR
	R_sancionessincancelar		R_ttodrogasanterior
	NAGRESIONESFISICAS		NINTOXICACIONES
	R_agresionesfisicas		R_intoxicaciones
	NAGRESIONESVERBALES		R_antecedfamorigen
	R_agresionesverbales		R_impulsividad
	R_problemasconvivencia		R_experienciastraumaticas_R
	R_problemasregimentales		R_desencadenantessociales_R



Listado de figuras

Figura 1. Relación entre tentativas y suicidios en términos de factores de riesgo	24
Figura 2. Esquema conceptual del espectro suicida	26
Figura 3. Curva de riesgo acumulado de suicidio en función de la situación penal-procesal	99
Figura 4. Curva de riesgo acumulado de suicidio para delitos contra la libertad sexual	100
Figura 5. Curva de riesgo acumulado en función de la participación en actividades.	100
Figura 6. Dendograma de clasificación del grupo de suicidios	101
Figura 7. Clúster de suicidios	104
Figura 8. Características diferenciales entre suicidios consumados e intentados	128
Figura 9. Relación entre suicidios consumados, intentados y autolesiones	150



Listado de tablas

TENTATIVAS.....	24
SUICIDIOS.....	24
Tabla 1. Tasas de suicidios desglosadas por años y sexo.....	71
Tabla 2. Tasas de tentativas de suicidios en 2023 desglosadas por sexos	72
Tabla 3. Análisis bivariantes para las variables cualitativas en suicidios versus controles	86
Tabla 4. Análisis bivariantes para las variables cuantitativas y ordinales en suicidios versus controles.....	90
Tabla 5. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para suicidios vs. controles (método introducir)	93
Tabla 6. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para suicidios vs. controles (método paso a paso hacia atrás)	93
Tabla 7. Modelos de regresión logística por bloques suicidios vs. controles (método introducir).....	95
Tabla 8. Modelos de regresión logística por bloques suicidios vs. controles (método paso a paso hacia atrás)	95
Tabla 9. Modelo de regresión logística global suicidios vs. controles (método introducir).....	96
Tabla 10. Contraste de hipótesis sobre igualdad de funciones de supervivencia (Kaplan Meier)	97
Tabla 11. Modelo de regresión de Cox para riesgo de suicidio desde el ingreso en prisión.....	98
Tabla 12. Resultados de los análisis bivariantes para la diferenciación entre clústeres.....	102
Tabla 13. Análisis bivariantes para las variables cualitativas en tentativas versus controles	106

Tabla 14. Análisis bivariantes para las variables cuantitativas y ordinales en tentativas versus controles	112
Tabla 15. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para tentativas vs. controles (método introducir)	114
Tabla 16. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para suicidios vs. controles (método paso a paso hacia atrás)	115
Tabla 17. Modelos de regresión logística por bloques tentativas vs. controles (método introducir).....	116
Tabla 18. Modelos de regresión logística por bloques tentativas vs. controles (método paso a paso hacia atrás)	117
Tabla 19. Modelo de regresión logística global tentativas vs. controles (método introducir).....	118
Tabla 20. Análisis bivariantes para las variables cualitativas en suicidios versus tentativas.....	121
Tabla 21. Análisis bivariantes para las variables cuantitativas y ordinales en suicidios versus tentativas	123
Tabla 22. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para suicidios vs. tentativas (método introducir).....	125
Tabla 23. Parámetros de los modelos de regresión logística por bloques para suicidios vs. tentativas (método paso a paso hacia atrás)	125
Tabla 24. Modelos de regresión logística por bloques suicidios vs. tentativas (método introducir).....	127
Tabla 25. Modelos de regresión logística por bloques suicidios vs. tentativas (método paso a paso hacia atrás)	127
Tabla 26. Modelo de regresión logística global suicidios vs. tentativas (método introducir).....	129



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA
GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS