

Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes

Suicides in prison: some pending tasks

IÑAKI MARKEZ^a, ANA GORDALIZA^b, PILAR CASAUS^c

a) Psiquiatra, miembro de Ekimen elkarte, Bilbao.

b) Socióloga, psicoanalista y TMAE en el Centro Penitenciario Madrid III, Valdemoro (Madrid).

c) Psiquiatra, coordinadora del equipo de salud mental del C.P. Mas d'Enric, Tarragona.

Correspondencia: Iñaki Markez (imarkeزالonso@gmail.com)

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 30/04/2022

Resumen: En la actualidad el suicidio es un auténtico problema de salud pública a nivel mundial y la primera causa de muerte no natural en España. Sin pretender una investigación exhaustiva sobre el tema, que excedería los límites de este artículo, se realiza una revisión general del concepto y un breve análisis crítico del modo en el que se recopilan los datos: se trata de un fenómeno infravalorado y es necesario mejorar la fiabilidad de las cifras manejadas. Tras recopilar la información oficial sobre el suicidio en la población penitenciaria española, con una tasa significativamente superior a la de la población general, se recogen los factores de riesgo y de protección a tener en cuenta para mejorar las políticas preventivas. Se cierra la exposición con un inventario de buenas prácticas que la Institución Penitenciaria no solo debe incorporar al Programa Marco de Prevención de Suicidios, sino también velar por su cumplimiento efectivo; para ello es imprescindible la detección precoz y la coordinación de los profesionales penitenciarios con la Red Sanitaria Pública.

Palabras clave: suicidio, registro de datos, centro penitenciario, factores de riesgo, prevención.

Abstract: At present, suicide is a real public health problem worldwide and the leading cause of unnatural death in Spain. With no intention of carrying out an exhaustive inves-

tigation on the subject, which would exceed the limits of this article, a general review of the concept and a brief critical analysis of the way in which data are collected are carried out. Suicide is an undervalued phenomenon and it will be necessary to improve the reliability of the statistical figures handled. After compiling official information on suicide in the Spanish prison population, with a rate considerably higher than in the general population, the risk and protection factors to be taken into account to improve preventive policies are collected. The exposition closes with an inventory of good practices that the Penitentiary Institution must not only incorporate into the Framework Program for Suicide Prevention, but also ensure its effective compliance. An early detection and the coordination of professionals with the Public Health Network is needed for this proper compliance.

Key words: suicide, data logging, prison, risk factors, prevention.

LAS POLÍTICAS CONTEMPORÁNEAS ponen la vida en el centro, regulándola y administrándola. La regulan desde una mirada poblacional estadística que homogeneiza a las personas, sustrayendo su singularidad. Por otro lado, estas políticas ponen el foco de las causas en el interior de la persona, en su biología. Los planes de prevención del suicidio y las estrategias de ayuda psicológica al trauma en catástrofes son ejemplos de prácticas biopolíticas. En cuanto al suicidio, regulan los procedimientos y prácticas de identificación, control y seguimiento que se ponen en marcha para evitar que alguien decida suicidarse y para que no vuelva a hacerlo (1).

La *conducta suicida* es un grave problema de salud pública en todos los países por el gran número de personas afectadas (muertos y entornos) y sus consecuencias. El suicidio es la primera causa de muerte no natural en España, ya casi un eslogan de tanto oírlo. Causa más fallecimientos que los accidentes de tráfico, que los accidentes laborales, que las muertes por violencia machista... y, sin embargo, al contrario de lo que sucede con esas otras muertes, no hay campañas de concienciación, campañas de prevención, campañas para afrontarlo. Por *comportamiento suicida* se entiende una diversidad de comportamientos que incluyen tres categorías: a) la ideación suicida; b) la planificación del suicidio y la tentativa de suicidio –planificación conlleva intención–; y c) la comisión de un suicidio propiamente dicho. La inclusión de la ideación entre los comportamientos suicidas es un problema complejo acerca del cual hay un debate académico significativo. Es difícil determinar la prevalencia de la tentativa por su ambigüedad conceptual, aunque existen algunos cuestionarios específicos que rara vez se utilizan.

Desde el ámbito social y sanitario es obligado considerar si existe o no *intención suicida*, pues nos referiremos a conceptos muy diferentes que, desde los ámbi-

tos mediáticos, con frecuencia, se confunden. Las *tentativas de suicidio*, a falta de datos oficiales, son difíciles de conocer, pues en ningún país del mundo se obtienen de los registros de las urgencias hospitalarias. La OMS en 1969 (2) ya señalaba la diferencia entre *acto suicida* (lesión que se causa al margen de la intención letal y del conocimiento del móvil), *suicidio* (un acto suicida con resultado de muerte) e *intento suicida* (un acto suicida que no causa la muerte).

La OMS presenta datos sobre la mortalidad por suicidio, por país, sexo y edad a partir de 1950 para la mayoría de los países (3), cuando estos comenzaron a proporcionar sus datos de mortalidad. Desde el año 2000 ha venido editando valiosas guías de prevención del suicidio en diferentes ámbitos: sanitario, escolar, penitenciario, etc., hasta reconocer el suicidio como una prioridad y problema de salud pública (2,4-8) que apuntaba a la capacidad de la atención primaria para reconocer y tratar los trastornos mentales además de identificar factores de riesgo y protectores de los pacientes. En el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 (6), los Estados miembros se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para el año 2020, pues el suicidio se sitúa entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de entre 15 y 44 años y es la segunda causa de muerte entre jóvenes y adolescentes de entre 15 y 19 años. El suicidio se situaba ya hace dos décadas entre las quince primeras causas de muerte en el mundo, con tendencia ascendente, estimándose que en el 2020 la cifra de suicidios consumados sería de 1,5 millones (9); se equivocaron, fueron la mitad (10), que es igualmente una cifra muy elevada y preocupante. En España, de acuerdo con los datos epidemiológicos del INE (11), es la primera causa de muerte no natural.

En España la conducta suicida no se considera un delito a nivel legal, pero el Estado tiene el deber de proteger la vida de sus ciudadanos para garantizar el correcto cumplimiento de la Constitución Española (12), que, en su artículo 15, expresa que toda persona tiene “derecho a la vida y a la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas, penas o tratamientos inhumanos o degradantes...”. El suicidio se considera una conducta deliberada y motivada por factores biopsicosociales que pueden influir desfavorablemente en la decisión de la víctima (13,14).

Estamos ante un fenómeno social, multifactorial y complejo para el que no hay una única causa. Se suele producir como resultado de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales; su nivel de riesgo aumenta con la presencia de los factores de riesgo presentes y la ausencia de los protectores (15,16). En las instituciones totales, cerradas y con muchas personas encarceladas, auténticos espacios estresantes, incluso los residentes más estables muestran pensamientos y conductas suicidas en el transcurso de sus

vidas (17). La pandemia actual, otro gran problema de salud pública mundial, presumiblemente va a incidir en los comportamientos suicidas, de ahí la importancia del tratamiento mediático que reciban ambos fenómenos.

VÍAS INSTITUCIONALES PARA EL REGISTRO DE DATOS

El número de suicidios registrados en los Institutos de Medicina Legal (IML), de alta fiabilidad, donde llegan los informes de las autopsias, superaba todos los años en más de un 10% al registrado por el Instituto Nacional de Estadística (18), organismo que aporta las estadísticas oficiales. La discrepancia en las cifras se debe a la larga cadena de agentes que operan en la recogida de información (medicina forense, policía judicial...) y a las diferencias en el proceso de gestión de datos. Algunos señalan que “cuanto mayor sea la cadena de recogida de información, mayor es la posibilidad de error” (19). Pero lo realmente preocupante es que, a mayor detalle, más número de casos.

Con la cifra de suicidios registrados por provincia y año, ya fueran los del IML o los del INE, se obtuvo la cifra de *casos de suicidio identificados* (NSI), casos que, por algún motivo, no quedaron registrados en una u otra entidad. Los datos de NSI indicaban una tasa media de suicidios por 100.000 habitantes 0,97 más alta que la que señalaba el INE, con la pérdida media de 443,86 casos registrados al año. De acuerdo a criterios de la OMS para clasificar las defunciones (20), desde el año 2007, las estadísticas de suicidios se recogen en las de “Defunción según las causas”. La OMS, y en concreto su Oficina Regional Europea, ya viene realizando desde hace casi tres décadas grandes esfuerzos por unificar metodologías, conceptos y realizar estudios multicéntricos. Cada país tiene sus datos oficiales y, sin embargo, sus datos difieren enormemente debido a métodos y criterios dispares. Es sabido que el dato real de suicidios es superior al ofrecido en las estadísticas, no solo por los múltiples criterios de definición de suicidio que condicionan los resultados, sino también porque no siempre es posible diferenciar entre suicidio y muerte por causa natural, muerte accidental y homicidio. El suicidio exige la intencionalidad de morir fuera de toda duda, es decir, una intencionalidad suficientemente acreditada. Hay métodos donde está claramente acreditada la intencionalidad (p. ej., muerte por ahorcamiento), pero en muchos otros casos no encontramos una acreditación clara (testimonio familiar, una carta), como un autoenvenenamiento en una persona mayor con una enfermedad letal, muerte por precipitación que puede parecer un accidente o una acción deportiva temeraria en jóvenes registrada como accidente. Son los “suicidios indirectos”, casos que no se reflejan en los datos oficiales.

Se puede valorar la magnitud de la infravaloración y considerar que su tamaño es pequeño, aunque esté asumida la posición de tratarse de un problema de salud

pública de gran entidad. No obstante, lo habitual es reflejar la epidemiología descriptiva del suicidio, un cúmulo de cifras, sin adentrarse en el análisis de variables relevantes en el suicidio: rupturas afectivas, consumos de alcohol y otras drogas por amplios sectores, problemas económicos, migraciones, disolución de redes familiares o cambios epidemiológicos.

Las divergencias en los Registros son conocidas, nadie oculta la importancia de las cifras, el alcance y las características del suicidio. Es necesaria una mayor precisión, con datos fiables, para poder atinar en las medidas preventivas y asistenciales relacionadas. Un suicidio afecta a más de una persona, se extiende a un entorno que precisa ser atendido. La propia OMS (8) señala la escasa fiabilidad de las informaciones estadísticas, con tendencias a la subestimación de la realidad de los suicidios, aunque sea *un asunto tan sensible, incluso ilegal en algunos países*. Sin embargo, lograr un registro fiable de casos de suicidio es difícil, incluso implica a autoridades e instituciones diferentes. No es sencillo y reconoce que entre el 10 y el 30% de los casos no se registran, con insuficiente disponibilidad y calidad de los datos. Según la OMS (21), solo unos 80 Estados miembros disponen de datos de registro de calidad que se pueden utilizar directamente para estimar tasas de suicidio. Esta calidad insuficiente de los datos sobre mortalidad no es un problema exclusivo del suicidio, aunque en este caso la sensibilidad de este fenómeno y la ilegalidad de las conductas suicidas en algunos países favorece la subnotificación y la clasificación errónea de casos.

Se registran cuestiones diferentes: en unos lugares registran los suicidios, en otros el *probable suicidio* o los *suicidios accidentales* (la ruleta rusa, juegos adolescentes, accidentes con vehículos...); hay muchas muertes que son difíciles de discriminar, pues la intencionalidad no está clara. El estigma que acompaña al suicidio, que llega a la ilegalidad en algunos países, favorece el encubrimiento de muchos casos de suicidio que figurarán como muerte natural o accidente. Este ocultamiento se produce por causas diversas (ideario familiar, religioso, ideológico, cultural, político, o incluso motivos económicos), en definitiva, una mezcla de intereses, vergüenza y miedo que empujan a los familiares a no notificar los hechos, dificultando de este modo el reconocimiento oficial.

España se encuentra por debajo de la media, con una tasa de 8,7 muertes por cada 100.000 habitantes. Analizando únicamente los países de la Unión Europea (UE), se observa una tendencia a la baja de la tasa de suicidios, aproximadamente un 20%, entre los años 2000-2013. Según la Oficina Europea de Estadística, en el año 2015 (22), estimó una tasa estandarizada media en los 28 Estados miembros de la Unión Europea de 11,3 muertes por 100.000 habitantes, con tasas más bajas en los países del sur europeo.

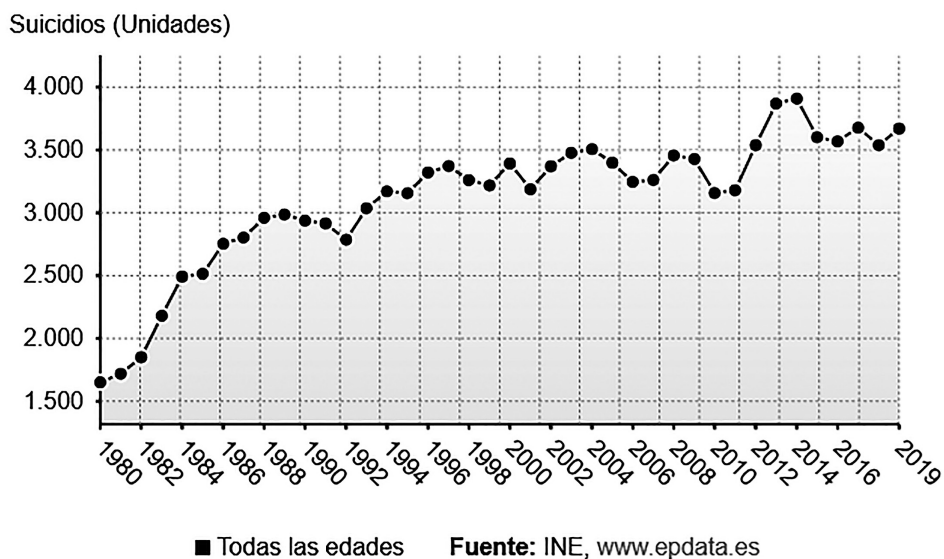
En España habitualmente se extrajeron los datos de mortalidad y de población procedentes del Instituto Nacional de Estadística. Se producen casi 11 suici-

dios al día. Expertos señalan que más de 8.000 personas también intentan quitarse la vida cada año y por ello sufren secuelas psíquicas y físicas. El mayor número de suicidios (40%) se producen entre los 40 y los 59 años. El riesgo de suicidio aumenta con la edad; con una mayor tasa en varones de más de 79 años. En edades tempranas el riesgo de suicidio está en aumento. La información estadística sobre suicidios es ofrecida por el INE en el registro de fallecimientos anuales según causa. La información oficial más actual es la correspondiente al año 2020, que registró 3.941 muertes por suicidio según el Instituto Nacional de Estadística (Figura 1), con cifras superiores a las 3.500 muertes a partir de 2012. Equivale a una media de 10 suicidios al día y una tasa de 8,31 suicidios por cada 100.000 habitantes (18), una subida importante en los últimos años.

FIGURA 1

Evolución muertes por suicidio en España. 1980-2019

Número de suicidios ocurridos en España entre 1980 y 2019



Total, hombres y mujeres. Fuente: INE

En la elección de los métodos utilizados en los actos suicidas intervienen diversos factores, como la accesibilidad y la disponibilidad, la aceptación sociocultural, la imitación o la confianza en la capacidad letal. Varían según cultura, país, época y también características demográficas (edad, procedencia urbana o rural, sexo, raza, profesión, nivel cultural y socioeconómico, etc.). A su vez, es posible que

el método varíe según se trate de suicidio consumado (métodos más violentos y de mayor letalidad) o de tentativa (más “blandos”, menor letalidad, con intoxicaciones medicamentosas como método frecuente). En los países de ingresos altos, el método elegido en el 50% de los casos es el ahorcamiento, seguido de las armas de fuego con un 18% (8). Los datos también muestran diferencias en cuanto a los métodos utilizados por las mujeres y los hombres en el comportamiento suicida (mortal o no mortal). Los métodos más violentos, activos y letales son utilizados por los varones, con diferencias condicionadas por factores culturales.

EL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN PENITENCIARIA ESPAÑOLA

La Organización Mundial de la Salud o la Comisión Europea (CE) llevan muchos años alertando de las deficiencias del tratamiento de los problemas de salud mental en los centros penitenciarios. Se sabe que la prevalencia de esos trastornos entre los internos es mayor que en la población general, aunque hay pocas cifras contrastadas. En la población penitenciaria se concentran diversos factores de riesgo que la OMS asocia al suicidio, tales como: aislamiento social y ruptura de relaciones, bajo nivel socioeconómico, problemas jurídicos, abuso de sustancias, trastornos mentales y padecer enfermedades físicas que reducen la esperanza de vida (23,24). Un estudio en las cárceles españolas lo situaba en 5,3 veces más entre los hombres (25). Bedoya y otros (26), que estudiaron de manera retrospectiva la incidencia del suicidio en las prisiones catalanas entre los años 1990 y 2005, llegaron a las siguientes conclusiones: la incidencia anual media fue del 59/100.000, tasa ocho veces más elevada que la correspondiente a la población general, constituyendo así el suicidio el 4,7% del total de la población fallecida en las instituciones penitenciarias catalanas.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población penitenciaria con riesgo suicida son la dependencia a sustancias psicoactivas, los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos (27). Conocer la psicopatología y su prevalencia en esta población penitenciaria orienta a la necesidad de un correcto diagnóstico en la estancia penitenciaria para poder prevenir el suicidio (28,29). Igualmente es necesario el tratamiento de los trastornos psicopatológicos por profesionales de la salud mental durante la estancia en prisión.

En los informes anuales del Defensor del Pueblo (30) se subraya que el primer deber de la Administración Penitenciaria es preservar la vida de las personas a su cargo, privadas de libertad y en un contexto de sujeción especial. Sin embargo, las cifras oficiales son muy preocupantes. En noviembre de 2020 se elaboraba por la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria el Informe Epidemiológico sobre Mortalidad en Instituciones Penitenciarias, correspondiente al

ejercicio 2019 (31). El número de fallecimientos en 2019 fue de 194, siendo la tasa de mortalidad de 3,83 por cada 1.000 internos. Es un dato más favorable que el del año anterior, en el que hubo 210 fallecimientos, siendo la tasa de mortalidad de 4,12 por cada 1.000 internos.

La tasa de fallecimientos por sexo sigue siendo superior en hombres (3,6 casos por cada 1.000 internos, 180 fallecimientos) que en mujeres (2,8 casos por cada 1.000 internas, 14 fallecimientos). Las cifras del año anterior eran: 4,2 casos por cada 1.000 internos, 200 fallecimientos; 2,6 casos por cada 1.000 internas, con 10 fallecimientos: han aumentado las mujeres fallecidas.

En cuanto al lugar de fallecimiento, 141 casos se produjeron en el centro penitenciario, 52 en el hospital y uno en el traslado al hospital. En cuanto a las causas, 101 fallecimientos se produjeron por causas naturales y 85 por causas violentas, que se desglosan en 37 por uso de drogas, 43 por suicidio y 5 por accidentes. Hay otras 8 muertes por causas “indeterminadas”. En este último apartado se incluyen 2 casos en los que tras la práctica de la autopsia no se ha podido determinar la causa de la muerte y 6 en los que la Administración no ha podido disponer de los informes de autopsia y/o de los informes toxicológicos solicitados, bien por decisión judicial, bien por retrasos en la justicia.

En prisión, un 5,2% de los internos ha tenido alguna vez un episodio de sobredosis no mortal; de ellos el 9,5% no consumía drogas al ingreso. Además, el 21,3% de los internos refiere que han intentado alguna vez quitarse la vida: el 10% refiere que el/los intentos de suicidio(s) fueron en libertad, el 6,4% en prisión y el 4,9% tanto en libertad como en prisión. En definitiva, el 11,3% de la población interna ha realizado al menos un intento de suicidio estando en prisión (24). Es presumible que las cifras de suicidios serían superiores si se discriminaran muchos de los casos de muertes por uso de drogas y sobredosis, así como algunos accidentes.

En cuanto a los 43 suicidios mencionados, 38 eran hombres y 5 mujeres. El método de suicidio fue el ahorcamiento en 38 casos, en dos la autolesión, en dos la ingestión de psicótopos y en un caso no se ha podido determinar el método. El número de suicidios el año anterior había sido de 33, por lo que se ha incrementado en diez personas. Tanto el número de suicidios como la tasa (0,85 por 1.000 internos) son los más altos desde 2014. Debe reiterarse la preocupación por el número de suicidios, con cifras significativas en esta década pasada (Tabla 1):

TABLA I
Número de suicidios en la década pasada

Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suicidios	25	40	27	26	25	27	33	43	51

Un crecimiento notorio los últimos años que pudiera ser superior con mayor atención a informes de autopsia y toxicológicos. A recordar que, en los últimos años, las sustancias psicoactivas a las que los internos atribuyen las sobredosis en prisión eran los tranquilizantes, la heroína y la metadona no prescrita; y la cocaína y el alcohol fuera del centro penitenciario (32). Con cifras muy superiores a la tasa de suicidios en la población general, la población reclusa es un colectivo de elevado riesgo para esta causa de muerte.

El suicidio puede abordarse desde la perspectiva del estrés psicosocial, pues el ingreso conlleva un proceso de adaptación psicológica en el que intervienen e interactúan estresores ambientales (humedad, frío, calor, ruido), condiciones higiénicas y sanitarias deficientes, ausencia de espacios de esparcimiento, hacinamiento, falta de intimidad, una estructura arquitectónica y organizacional carente de apoyo social, todo lo cual afectaría al estado de salud psicológica y física del individuo (33). Hace décadas que estamos ante una de las problemáticas que, como causa de muerte, es de las más frecuentes en instituciones penitenciarias (34), pues estas acogen personas que están entre los grupos de mayor riesgo de suicidio: hombres jóvenes, personas con enfermedad mental, aislados socialmente, abuso de sustancias, con rasgos de personalidad asociados a comportamientos violentos y suicidas, y con intentos de suicidio previos (35,36). Las personas privadas de libertad presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general (17,29, 37-39), con tasas de suicidio de al menos 3 a 9 veces mayor en hombres y mujeres que están en la cárcel (36). Podemos ver el suicidio en las instituciones penitenciarias desde miradas diferentes: resultado de una enfermedad mental, derivado de un trastorno de personalidad y consecuencia de la reflexión personal, opción existencial, imitación o por causas no determinadas (40,41), así como forma de terminar con una situación estresante e irremediable (34).

Un paso importante para la prevención del suicidio es desarrollar perfiles que se relacionen con grupos y situaciones de riesgo que pueden necesitar mayor evaluación e intervención (42). Por ejemplo, los estudios muestran que los reclusos en espera de juicio difieren de los presos sentenciados en ciertos factores claves de riesgo para el suicidio (43), mientras que, en otros lugares, las poblaciones de estos perfiles se entremezclan. Si se trata de jóvenes, especialmente dependientes de las relaciones favorables con el personal (44), su separación y aislamiento, o su destino en centros de adultos, puede conducir a un riesgo adicional para acciones suicidas (45,46).

FACTORES DE RIESGO EN LAS CÁRCELES

Metzner (47) dice que es metodológicamente incorrecto un estudio que compara tasas de suicidio de las personas privadas de libertad con las de las personas en libertad de la población general. Un primer paso para conocer y prevenir la conducta

suicida es establecer perfiles de riesgo. La combinación de factores individuales y ambientales puede ser la causa de que las tasas sean más altas en los escenarios penitenciarios. Quien está en la cárcel, preventivo o penado, lleva una mochila cargada de sufrimiento y dificultades.

Los factores sociodemográficos pueden tener valor predictivo en combinación con otros factores. La población joven presenta mayor riesgo de suicidio al estar separados de su familia y amistades (48). La asociación entre juventud, delincuencia e intento de suicidio parece ser incluso independiente del encarcelamiento (49). Aunque la mayoría de los suicidios en los centros penitenciarios son de hombres (son la mayoría), las mujeres presentan un elevado riesgo de suicidio cuando están en prisión preventiva, tienen una enfermedad mental severa, poco apoyo familiar y social y conductas suicidas previas (50). Son contradictorios los estudios en el medio penitenciario sobre el estado civil: para algunos las personas solteras presentan un mayor riesgo de suicidio que las casadas (51), para otros el riesgo es mayor para las personas casadas (52) por el efecto que puede tener el hecho de perder a sus referentes sociales más importantes durante el encarcelamiento. Las dificultades en la comunicación con sus familiares pueden contribuir al aislamiento de los inmigrantes en los centros penitenciarios, aunque sean lugares donde pueden parar la vida que llevaban, plenas de carencias, que formaban parte de sus violencias diarias (53). Esto, unido al miedo a ser extraditados y las dificultades con el idioma como factores estresantes añadidos, puede contribuir a aumentar el riesgo de suicidio. La condición de personas sin hogar o el nivel de estudios bajo también tienen un valor predictivo, aunque sea limitado.

El impacto psicológico del arresto y el encarcelamiento, junto a la abstinencia de anteriores consumos de drogas y alcohol, el estrés diario en ese espacio que resulta extraño, la pérdida de empleo, los conflictos sociales, la discriminación, la marginalidad, la dificultad de acceso a los servicios de salud... Todos son factores de riesgo para el suicidio, muchos de ellos presentes en la población reclusa antes de entrar en los centros penitenciarios. Hay factores psicosociales comunes en los reclusos suicidas: poco apoyo social y familiar, conductas suicidas previas, antecedentes de enfermedad mental y problemas emocionales. Las personas presas llegan a experimentar intimidación, conflictos entre reclusos, infracciones disciplinarias, etc. (54), que son factores estresantes que pueden conducir al suicidio a través de sentimientos de desesperanza, limitación de perspectivas y una pérdida de opciones para afrontar las adversidades. El suicidio llega a ser visto como la forma de salir de una situación irremediable y desesperada.

El sistema penitenciario, un sistema cerrado que no permite la autonomía ni la autorregulación de las personas, con factores institucionales como “no tener visitas” y “ocupar una celda individual” (55,56) o la “sobrepoblación” y “elevada rotación”

en la cárcel... (57) Son numerosos los elementos por los que los internos pueden llevar a cabo una conducta suicida. Estos factores no ofrecen un pronóstico infalible y exigen una cuidadosa evaluación clínica, tarea nada sencilla al tratar de identificar a quienes están en riesgo (58), encontrando centros penitenciarios con escasos recursos en salud mental, sin programas comunitarios, con difícil acceso a profesionales y tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

Observamos que los suicidios tienden a ocurrir por ahorcamiento cuando las víctimas están aisladas o en celdas segregadas, y cuando hay menos personal, como, por ejemplo, en las noches o fines de semana. También hay una fuerte asociación entre el suicidio de los reclusos y la asignación de alojamiento, pues en ocasiones se realizan cuando los presos están solos, aunque funcionalmente estén compartiendo celda (44,59). Así mismo, hay una cantidad desproporcionada de suicidios que ocurre en departamentos de aislamiento, en los que la estancia en celda puede llegar a ser de 23 horas al día (60).

También están los *factores protectores*, aquellos elementos que promueven y garantizan la estabilidad de la situación clínica y psicosocial. Ofrecen protección contra el comportamiento suicida y se atiende a los factores individuales de una persona o a los relacionados con el entorno sociofamiliar y contextual. Entre los factores individuales se incluyen las habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas, el autocontrol de la impulsividad, la autoestima, las estrategias de afrontamiento y la capacidad de resiliencia (61). Entre los factores externos destacan la accesibilidad a los dispositivos de salud, la existencia de red social y familiar adecuada, la participación social y la restricción a métodos letales de suicidio (62).

UNA POLÍTICA INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

El suicidio, y su prevención, se han convertido en una prioridad de las acciones en salud mental por varios motivos. Se trata de una causa de “mortalidad evitable”, susceptible de intervención por políticas sanitarias (1). Las personas presas son un ejemplo de colectivo vulnerado sobre el que, con frecuencia, cae buena parte del peso de la mirada patologizadora que va sustituyendo la mirada policial a través de la medicalización del delito. Los centros penitenciarios deben tener una política razonable e integral para la prevención del suicidio y ser las autoridades de instituciones penitenciarias, no el personal funcionario (34) ni los trabajadores de sanidad penitenciaria, quienes tienen la responsabilidad de instaurar dichos programas. Programas que deberán contar con personal formado en la prevención del suicidio de los reclusos bajo su cuidado, pudiendo contar con sencillos indicadores (63,64) que complementen la observación y comunicación más adecuadas para mejorar la detección de señales de alerta y riesgo. No obstante, la evaluación del riesgo de suicidio (65), a pesar

de las carencias de personal de salud mental, será siempre médica. Sin duda, un medio ambiente más seguro, donde estén eliminados o minimizados los elementos de riesgo y el acceso supervisado a materiales letales, serán factores protectores. La tecnología ofrece alternativas a la observación directa por el personal penitenciario, salvando las cuestiones éticas y si se acompañan de apoyo emocional y respeto (43). Los limitados recursos de personal de salud mental dentro de la institución y sus dificultades de coordinación con los dispositivos sanitarios de la comunidad (66) hacen necesario generar vínculos de colaboración con los programas comunitarios u hospitalarios que complementen aquellas carencias.

- Si acontece un intento suicida, el personal penitenciario debe estar capacitado para asegurar y proporcionar primeros auxilios (equipo de resucitación o ciertas maniobras) al recluso mientras espera que llegue el personal sanitario del establecimiento o del exterior si fuera preciso. También procurar evitar la confusión ante un posible “intento suicida” cuya pretensión pudiera ser llamar la atención hacia sus problemas emocionales o influir en el manejo de su caso a través de conductas autodestructivas. La valoración médica es necesaria y la respuesta correcta sería interesarse por los problemas del recluso en lugar de castigarlo o mostrar indiferencia hacia dichas conductas, respuestas que pueden empeorar la situación con mayor toma de riesgos. Los programas de supervisión, el apoyo social y el acceso a recursos psicosociales son claves para internos que llaman la atención y son potencialmente autodestructivos.
- Si acontece un suicidio se deberá documentar e informar del incidente, así como proporcionar la retroalimentación constructiva necesaria que mejore las futuras actividades de prevención. El personal penitenciario y sanitario informará de los acontecimientos que condujeron al suicidio, identificará los factores que pueden haber llevado a la muerte del recluso, evaluará la adecuación de la respuesta a emergencias y extraerá posibles implicaciones para mejorar futuros esfuerzos de prevención (34). El personal penitenciario, sanitario y psicosocial del establecimiento que haya experimentado el suicidio de un recluso bajo su supervisión o los otros reclusos pueden experimentar sentimientos de enojo, resentimiento, culpa y tristeza.

BUENAS PRÁCTICAS PARA PREVENIR LOS SUICIDIOS

La responsabilidad del Estado ante estas conductas se refleja también en los suicidios de las personas privadas de libertad, pues la institución penitenciaria es responsable de la protección y cumplimiento de los derechos de las personas pre-

sas. Entre ellos el derecho a la vida, la integridad y la salud (Artículo 3.4 LOGP 1/1979). En 2014, debido al mantenimiento de los casos de suicidio producidos en los centros penitenciarios, se revisó y actualizó el programa anterior y se implantó el Programa Marco de Prevención de Suicidios 5/2014 (67), un programa más exigente. Sin embargo, la incidencia no ha disminuido, de ahí que sea oportuno adecuar las prácticas para la prevención del suicidio desde el momento del ingreso o si se detecta un riesgo.

Las mejores prácticas para prevenir los suicidios en las cárceles se basan en el desarrollo y documentación de planes integrales con los siguientes elementos:

- *Promoción de la salud.* Programa de actividades divulgativas, de información y de formación psicoeducativa orientadas a la lucha contra el estigma, dirigidas a todo el personal y toda la población penitenciaria.

- *Prevención primaria general.* Actividades dirigidas a potenciar los factores protectores, factores personales como las habilidades en la resolución de problemas y para las relaciones sociales e interpersonales, a mejorar la autoestima y confianza en uno mismo; factores familiares, facilitando la comunicación y el apoyo familiar; factores sociales, con la integración social, mejorando el clima con estrategias efectivas para minimizar la intimidación; factores medioambientales, como la restricción a métodos letales (68).

* *Detección:* Un programa de capacitación (y actualización) para el personal penitenciario y quienes proveen asistencia sanitaria (salud mental y atención primaria) en el centro penitenciario que ayude a la detección precoz de reclusos con riesgo suicida y sea adecuado a quien esté en crisis suicida. Con mecanismos para mantener la comunicación y coordinación entre los miembros del personal sobre los reclusos de alto riesgo o con tentativas previas de suicidio.

Procedimientos para evaluar sistemáticamente a los reclusos a su llegada al establecimiento y seguimiento durante su estancia para identificar factores de vulnerabilidad en quienes puedan estar en alto riesgo, con registro en la historia clínica de la evaluación del riesgo de suicidio.

Prestar atención al medio ambiente de la prisión (actividad, seguridad, cultura y relaciones entre el personal y los presos). La calidad del clima social es crucial para minimizar las conductas suicidas. Aunque las prisiones no sean ambientes libres de estrés, sus gestores pueden promulgar estrategias efectivas para minimizar la intimidación y otros tipos de violencia institucional, además de favorecer la mejora de las relaciones entre los presos y el personal.

* *Evaluación:* Una evaluación por parte de los servicios sanitarios en todos los casos en los que se detecte un riesgo de suicidio para determinar el grado de riesgo e iniciar el plan de intervención. Corresponde al médico de atención primaria, con la colaboración de salud mental cuando lo precise.

- *Plan de intervención.* Elaboración de un plan de actuación que implique a los servicios sanitarios, de rehabilitación y de interior, detallando las intervenciones médicas y psicosociales a realizar y su seguimiento. Contar con mecanismos de observación continuada en situaciones de riesgo agudo.

Las personas que presentan trastornos mentales deben recibir una atención adecuada y equitativa a la que recibirían en la red convencional.

Favorecer la autoestima, la capacidad de hacer frente a los problemas propios y promover iniciativas orientadas a una mayor participación e integración en el entorno familiar y social a su salida de la cárcel.

Procedimientos escritos que describan los requisitos mínimos para alojar a los reclusos de alto riesgo; suministro de apoyo social, exámenes visuales de rutina y observación constante para detectar a los reclusos agudamente suicidas. El uso apropiado de dispositivos de contención como un último recurso para evitar el acto suicida.

Los reclusos con trastornos mentales que necesitan de adecuada detección, diagnóstico y tratamiento deben recibirlos (intervenciones farmacológicas o psicosociales) y deben mantenerse bajo estricta observación.

Desarrollo de recursos sanitarios o enlaces internos suficientes con los servicios externos de salud mental apoyados en la comunidad para garantizar el acceso al personal de salud mental cuando se requiera mayor evaluación y tratamiento.

- *Postvención.* Actuaciones para minimizar el impacto del suicidio. Espacios e intervenciones de soporte dirigidos a los internos que han presenciado el suceso o que mantenían una relación estrecha, así como hacia los profesionales de prisiones que han intervenido en el entorno próximo. Información a la familia y personas próximas, facilitando el contacto con asociaciones y recursos de apoyo de la red comunitaria.

Análisis de los suicidios consumados, estableciendo procedimientos de recogida y estudio de la información relacionada, para identificar e implementar acciones de mejora en las diferentes áreas de la institución. Estrategias para rendir información sobre la ocurrencia de un suicidio con el fin de identificar las formas de mejorar la detección, monitoreo y manejo del suicidio.

- *Continuidad asistencial.* Coordinación entre instituciones de la red sanitaria pública, la de justicia y la penitenciaria, con procedimientos para garantizar la continuidad de cuidados y la seguridad tanto a la entrada como durante la estancia y a la salida de prisión en situaciones diversas: libertad programada o no, traslado de centro, salida autorizada, terapéutica u otras.

Una consideración final: aunque no tenemos la capacidad para predecir si una persona privada de libertad tendrá un intento suicida o cometerá suicidio, sí afirmamos que las respuestas al modelo no pueden ser solo sanitarias, aunque estén presentes. Las alteraciones del aislamiento y otras dificultades del centro penitencia-

rio han de ofrecer otras opciones no penales y no sanitarias. Una mejor orientación de la rehabilitación hacia aspectos sociales vinculados a la vida cotidiana exige cambios desde las Juntas de Tratamiento de los centros penitenciarios, con opciones no medicalizadas en el itinerario de inserción.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Álvaro P, López-Santín JM, Molins F, López J, Izquierdo C, Matías A, et al. Trauma, suicidio y vulnerabilidad. Enseñanzas de la pandemia. Norte de salud mental 2022;18(66): 86-95.
- (2) Organización Mundial de la Salud, OMS. Prevención del suicidio. 1969. Disponible en: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/documentaci%C3%B3n-oms-sobre-conducta-suicida/>
- (3) Organización Mundial de la Salud, OMS. Figures and facts about suicide. Ginebra, 1999.
- (4) Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 2015. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
- (5) Comunidad de Madrid. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales. Madrid, 2014.
- (6) Organización Panamericana de la Salud, OPS/ Organización Mundial de la Salud, OMS. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. Washington, D.C., 2014.
- (7) Organización Mundial de la Salud, OMS. Suicidios: datos y cifras, 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2Hdc1vE>
- (8) Organización Mundial de la Salud, OMS. Informe sobre la prevención del suicidio “Preventing suicide: a global imperative”, 2014. Disponible en: <https://bit.ly/1t3hxUw>
- (9) Organización Mundial de la Salud, OMS. Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra, 2000.
- (10) Organización Mundial de la Salud, OMS. Informe Suicide worldwide in 2019. Ginebra, 2020.
- (11) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Epidemiología y toxicología de las muertes por suicidio en España. Memoria 2019. Madrid: Ministerio de Justicia, 2021.
- (12) Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado. Constitución Española. Madrid: Publicaciones de la Administración General del Estado, 1978.
- (13) Illana I, Thomas H. Propuesta de un programa de prevención del suicidio en la cárcel. Behav Law J. 2021; 7(1): 23-34.
- (14) Blanco C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. Revista de Ciencias Sociales, OS-FCS, 2020; 33(46): 79-106.
- (15) Pérez Barrero SA, Guerra Plaza J, Haranburu M. Prevención del suicidio, consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco/EHU, 2014.
- (16) Ruiz-Pérez I, Olry de Labry A. El suicidio en la España de hoy. Gaceta Sanitaria, 2006; 20 (S1): 25-31.
- (17) Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, et al. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. Psychol Med. 2005; 35: 257-269.
- (18) Instituto Nacional de Estadística, INE. Cifras del suicidio en España, en datos y estadísticas. Datos actualizados el 9 de diciembre de 2021. Europa Press.

- (19) Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2014; 7(3): 139-146.
- (20) CIE-10-ES. Clasificación Internacional de Enfermedades -10ª Revisión, Modificación clínica, 1ª Ed. The National Center for Health Statistics (NHCS), 2016.
- (21) Organización Mundial de la Salud, OMS. Suicidio. Copenhagen, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- (22) Dirección General de la Unión Europea. Eurostat: estadísticas europeas. Tasas de suicidio UE. Luxemburgo, 2015.
- (23) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Informe epidemiológico sobre mortalidad en instituciones penitenciarias, 2012. Madrid: Ministerio del Interior, 2013.
- (24) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Informe General 2019. Madrid: Ministerio del Interior, 2020.
- (25) Zabala Baños MC. Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Tesis. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, 2016.
- (26) Bedoya A, Martínez-Carpio PA, Humet V, Leal MJ, Lleopart N. Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2009; 11: 37-41.
- (27) Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 322-326.
- (28) Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behav Ment Health*. 2011; 5: 321-332.
- (29) Saavedra J, López M. Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. *Rev. de Psiquiatría y Salud Mental* 2013; 8(4): 224-231.
- (30) Defensor del Pueblo. Informe anual 2020 sobre los centros penitenciarios. Madrid, 2021.
- (31) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Informe epidemiológico sobre mortalidad en instituciones penitenciarias, 2019. Madrid: Ministerio del Interior, 2020.
- (32) Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
- (33) Gutiérrez C. El ingreso del interno en prisión y su clasificación penitenciaria. En: Clemente M, Núñez J (eds.) *Psicología jurídica penitenciaria*. Vol. I. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1997; pp. 221-244.
- (34) Organización Mundial de la Salud and International Association for Suicide Prevention (IASP). Preventing suicide in jails and prisons. Ginebra: OMS, Dpto. de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2007.
- (35) Negro L, Melis F, Herrero O. Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. Colección: Premios Victoria Kent Año 2010. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica, 2011.

- (36) Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017; 4(12): 946-952.
- (37) Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *Br J Forensic Practice*, 2002; 4(4): 3-17.
- (38) García-Guerrero J, Vera-Remartínez EJ, Planelles Ramos VM. Causas y tendencia de la mortalidad en una prisión española (1994-2009). *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 245-255.
- (39) Blaauw E, Kerkhof AJF, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide Life-Threat Behav.* 2005; 35(1): 63-75.
- (40) Barrios LF. El suicidio en instituciones penitenciarias: I. Responsabilidad institucional. *Rev Esp Sanid Penit.* 2001;3: 118-127.
- (41) González Ramírez S, Sánchez Garduño M, Vargas Reyes Y, Zenteno Contreras M. Riesgo suicida en población penitenciaria. México: UAEM Ecatepec, 2013.
- (42) Frottier P, Fruehwald S, Ritter K, Eher R, Schwaerzler J, Bauer P. Jailhouse Blues revisited. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37: 68-73.
- (43) Paton J, Jenkins R. Suicide and suicide attempts in prisons. En: Hawton K. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice.* Oxford: University Press, 2005; pp. 307-34.
- (44) Liebling A. The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. En: Dear GE. *Preventing suicide and other self-harm in prison.* Basingstoke (UK): Palgrave-Macmillan, 2006; pp. 16-28.
- (45) Hayes L. Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. *Crisis.* 2005;26(3): 146-148.
- (46) Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community Ment Health J.* 1992; 28(4): 317-326.
- (47) Metzner JL. Class action litigation in correctional psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law,* 2002;30: 19-29.
- (48) Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: A resource for prison officers, 2000. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf
- (49) Wasserman G, McReynolds L. Suicide risk at juvenile justice intake. *Suicide Life-Threat Behav.* 2006;36(2): 239-49.
- (50) Nicholls TL, Lee Z, Corrado RR, Ogloff RP. Women inmates mental health needs: evidence of the validity of the Jail Screening Assessment Tool (JSAT). *Int J Forensic Ment Health,* 2004;3(2):167-184.
- (51) Lohner J, Konrad N. Risk factors for self-injurious behaviour in custody: problems of definition and prediction. *Int J Prison Health* 2007;3(2):135-161
- (52) Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2008;69(11): 1721-31.
- (53) Martínez Lirola M, Jiménez Bautista F. La realidad de las mujeres inmigrantes en las prisiones españolas a través de su discurso: ejemplos de violencia, marginación y reinserción frustrada. *Rev. Nuevas Tendencias en Antropología,* 2015; 6: 1-20.
- (54) Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *Int J Law Psychiatry* 2005; 28(3): 207-221.

- (55) Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, Fazel S. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2021; 6(3): 164-174.
- (56) Favril L, Yu R, Hawton K, Fazel S. Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 682–91.
- (57) Baggio S, Gétaz L, Toan Tran N, Peigné N, Chacowry Pala K, Golay D, et al. Association of overcrowding and turnover with self-harm in a Swiss pre-trial prison. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15: 601.
- (58) Daigle MS. MMPI inmate profiles: Suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behav Sci Law*. 2004;22(6): 833-842.
- (59) Hayes L. Suicide prevention on correctional facilities: An overview. En: Puisis M. *Clinical practice in correctional medicine*. Philadelphia (PA): Mosby-Elsevier, 2006; pp. 317-328.
- (60) Metzner J, Hayes L. Suicide prevention in jails and prisons. En: Simon R, Hales R. *Textbook of suicide assessment and management*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, 2006; pp. 139-155.
- (61) McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, de Leo D, et al. Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study. *Psychol Med*. 2006;36(1):45-55.
- (62) Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008; 86(9): 703-709.
- (63) Dahle KP, Lohner J, Konrad N. Suicide prevention in penal institutions: Validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *Int J Forensic Ment Health*. 2005;4(1): 53-62.
- (64) Mills JF, Kroner DG. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Leg Criminol Psychol*. 2005;10(1): 1-12.
- (65) Blaauw E, Kerkhof FM, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2005; 35: 63-74.
- (66) Daniel AE. Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff. *J Am Acad Psychiatry Law* 2006; 34(2): 165-175.
- (67) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Instrucción 5/2014. Programa marco de prevención de suicidios. Madrid: Ministerio del Interior, 2014.
- (68) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.