

# Ideación suicida entre reclusos: análisis con perspectiva de género, durante cinco años de seguimiento (2017-2022)

Ariadna Rodríguez-Lirón<sup>1</sup>, Cristina Muro-Celma<sup>2</sup>, Fernando Hernández-Sánchez<sup>3</sup>,  
María Sampedro-Vidal<sup>4,5</sup>, Marc Peraire<sup>4,6</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva de Cataluña. Centre Penitenciari Brians 2. Sant Esteve Sesrovires. Barcelona.

<sup>2</sup>Psiquiatra. Salud Mental Comunitaria-Santa Coloma de Gramanet. Hospital del Mar. Barcelona.

<sup>3</sup>Psiquiatra. Unidad de Conductas Adictivas de Lorca. Murcia.

<sup>4</sup>TXP Research Group (Cardenal Herrera-CEU University). Castelló de la Plana. Castelló.

<sup>5</sup>Médico forense. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña: Terres de l'Ebre. Tortosa. Tarragona.

<sup>6</sup>Psiquiatra. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Castelló de la Plana. Castelló.

---

## RESUMEN

**Introducción:** En el entorno penitenciario, hay una elevada incidencia de conductas autolesivas, con una tasa de suicidio superior a la existente en la población general. Estudios previos describen la asociación de factores sociodemográficos, clínicos y criminológicos, con el riesgo de suicidio en la población penitenciaria masculina, pero hay pocas investigaciones centradas en el análisis de la conducta suicida entre mujeres. El objetivo del trabajo es analizar las características de las internas que ingresan en una unidad psiquiátrica por presentar ideas de suicidio o haber realizado tentativas.

**Material y método:** Análisis descriptivo y comparativo de 97 internos (68 hombres, 29 mujeres) ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de la Penitenciaría de Cataluña (UHPP-C), por ideas de suicidio, entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2022.

**Resultados:** Se encuentran diferencias respecto al lugar de nacimiento, con mayor presencia de nacionalidades africanas en varones no nacionales, mientras que las internas extranjeras suelen ser originarias de países latinoamericanos. Los hombres tienen menor edad media, con ingresos más prolongados y una mayor tasa de reingreso. También padecen más trastornos psicóticos y adictivos. Las mujeres presentan mayor prevalencia de trastornos de personalidad y cuadros afectivos.

**Conclusiones:** Hay diferencias sociodemográficas y clínicas entre hombres y mujeres internos en prisión que requieren ingreso por ideación suicida. Incluir la perspectiva de género en los estudios sobre el riesgo suicida en la población penitenciaria puede proporcionar una base sólida para futuros estudios, permitiendo así una comprensión más completa de la ideación suicida y las necesidades de intervención en la población penitenciaria.

**Palabras clave:** suicidio; conducta autodestructiva; prisiones; perspectiva de género.

---

## SUICIDAL IDEATION AMONG PRISONERS: ANALYSIS WITH A GENDER PERSPECTIVE IN A FIVE-YEAR FOLLOW-UP (2017-2022)

### ABSTRACT

**Introduction:** There is a high incidence of self-harming behavior in the prison setting, with a suicide rate that is higher than that of the general population. Previous studies describe the association of sociodemographic, clinical, and criminological factors with the risk of suicide in the male prison population, but there is little research that specifically analyses suicidal behavior amongst women. The objective of this study is to analyze the characteristics of inmates who are admitted to a psychiatric unit for suicidal thoughts or attempted suicide.

**Material and method:** Descriptive and comparative analysis of 97 inmates (68 men, 29 women) admitted to the Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP-C), for suicidal ideation, between January 1, 2017, and December 31, 2022.

**Results:** There are differences in terms of place of birth, with a more significant presence of African nationalities in non-national males, while foreign inmates tend to come from Latin American countries. Men have a lower mean age, longer admissions, and a higher readmission rate. They also suffer from more psychotic and addictive disorders. Women have a higher prevalence of personality disorders and affective symptoms.

**Conclusions:** There are sociodemographic and clinical differences between male and female prison inmates who require admission for suicidal ideation. Including a gender perspective in studies on suicide risk in the prison population can provide a solid foundation for future studies, thus allowing a more complete understanding of suicidal ideation and intervention needs in the prison population.

**Key words:** suicide; self-injurious behavior; prisons; gender perspective.

---

Texto recibido: 06/07/2023

Texto aceptado: 09/10/2023

## INTRODUCCIÓN

Dentro del entorno penitenciario, se detecta una presencia significativa de gestos autolíticos, ideación suicida y suicidios consumados. Los gestos autolíticos incluyen cualquier acción autoinfligida que causa lesiones y dolor pero que no tiene como objetivo causar la muerte. La ideación suicida describe la presencia de deseos de muerte, con pensamientos persistentes de querer quitarse la vida, generalmente sin planificación definida. El suicidio consumado es el acto por el que una persona se provoca la muerte de forma intencionada.

En comparación con la población general, la tasa de suicidio dentro de prisión es tres veces superior en hombres y nueve veces mayor en mujeres<sup>1</sup>. La incidencia va en aumento en múltiples países, por lo que este fenómeno representa un importante problema de salud pública.

El suicidio dentro del entorno penitenciario es un proceso complejo que aparece por la interacción de factores modificables individuales (clínicos, sociales, ambientales) y otros externos, que son propios del contexto<sup>2</sup>. En cuanto a los factores intrínsecos, destacan las enfermedades psiquiátricas, el abuso de sustancias y las autolesiones recurrentes<sup>1</sup>. Los antecedentes de traumas en la infancia (a nivel físico y psicológico) también se asocian a las tentativas autolíticas en el pasado, aumentando el riesgo de futuros intentos de suicidio<sup>3</sup>.

Por otra parte, el riesgo suicida se correlaciona de manera significativa con la duración de la estancia en prisión, la ocupación de una celda individual, la permanencia en aislamiento (sin régimen de visitas), la situación de prisión preventiva o de cadena perpetua y las condenas por delitos violentos (en particular, homicidio)<sup>4,5</sup>. En este sentido, destaca que la segregación disciplinaria o administrativa (es decir, la ubica-

ción en aislamiento) se asocia con un mayor riesgo de suicidio de internos<sup>6,7</sup>.

Las repercusiones legales de los delitos contribuyen a desarrollar una tensión psicológica que acrecenta los estresores diarios, característicos de la vida dentro de una institución, como la limitación de autonomía en la toma de decisiones o la pérdida de apoyo externo. En realidad, el internamiento en sí mismo constituye un factor de riesgo para el suicidio<sup>8</sup>: el aislamiento inherente a la pérdida de libertad, el rechazo social, la sensación de fracaso y el sentimiento frustrado de pertenencia al grupo, contribuyen al desarrollo de las ideas autolíticas. El internamiento priva a los reclusos de recursos financieros o capital social<sup>9</sup>, por lo que se agrava su situación; en ese contexto, cuando la situación excede los mecanismos de afrontamiento de estrés preexistentes (que a menudo son deficientes) se dispara la suicidabilidad.

Además, es frecuente que el entorno penitenciario carezca de programas de salud mental con recursos suficientes y profesionales capacitados. Los problemas de financiación económica que padecen las instituciones penitenciarias agravan esta cuestión, fomentando una escasez de personal apropiado que responda a posibles crisis suicidas<sup>9</sup>. La experiencia, actitudes y características de los profesionales que trabajan en prisión influyen en la conducta de los internos en el riesgo de suicidio, por lo que un personal mal capacitado o sobrecargado puede ignorar las señales de advertencia asociadas con las tendencias suicidas<sup>10</sup>.

Una población de especial vulnerabilidad son aquellos jóvenes que se ven separados de sus familias y redes de apoyo por primera vez<sup>10</sup>. Ese perfil de reclusos dependen en gran medida de las relaciones de apoyo que establecen con el personal penitenciario<sup>11</sup>, pudiendo tener mayor riesgo de suicidio en ausencia de dicho apoyo.

Estudios previos destacan el abuso de sustancias<sup>9</sup> y los problemas de salud mental (agresividad, impulsividad, introversión, inestabilidad)<sup>12,13</sup> como factores asociados con la suicidabilidad. Además, la desesperanza, el estigma asociado al diagnóstico y las enfermedades somáticas agravan la psicopatología<sup>9</sup>.

Las autolesiones constituyen otro elemento clave a la hora de evaluar el riesgo suicida. Aunque generalmente no tienen intención de causar la muerte, son bastante comunes entre los internos<sup>14</sup>, y pueden manifestarse de diversas formas: por ejemplo, cortes autoinfligidos en la piel, ingesta de objetos afilados o cabezazos contra un muro<sup>9</sup>. Aun así, hay una asociación sólida entre conducta autolesiva y muerte por suicidio; que puede explicarse de un modo accidental (debido al estrés acumulado y a la agresión impulsiva)<sup>9</sup> o por habituación al dolor, que contribuye a aumentar la capacidad para ejecutar el suicidio<sup>8</sup>.

Por tanto, es fundamental considerar las autolesiones en la evaluación del riesgo de suicidio en internos, distinguiendo si las conductas deben clasificarse como autolesiones o si asocian una motivación suicida. En ese sentido, resulta relevante señalar las discrepancias entre la valoración habitual de los funcionarios (entendiendo las autolesiones como estrategias para la “manipulación” o la “búsqueda de atención”) y el personal sanitario (que explica las autolesiones basándose en la “regulación afectiva” o “como forma de autocastigo”)<sup>15</sup>. Estas diferencias en el análisis también dan pie a diferentes enfoques en el trato de los internos.

Respecto a la comunicación, la disposición de un interno para expresar tendencias suicidas debe llamar la atención<sup>16</sup>, siendo necesario abordar cuestiones relacionadas con indicaciones verbales y conductuales de un deseo de morir, creencias de que el suicidio es aceptable o la presencia de un plan específico<sup>9</sup>.

Los trabajos analizados demuestran que las conductas autolesivas dentro del entorno penitenciario son procesos multicausales, producto de trayectorias psicosociales complejas. Asimismo, hay evidencia científica que apunta a que existen diferencias de género en el fenómeno de las tentativas autolíticas<sup>17</sup>, destacando la influencia de experiencias traumáticas, como violencia de género, abuso sexual infantil o agresiones durante la edad adulta<sup>18,19</sup>.

No obstante, se han diseñado escasas investigaciones que analicen la conducta suicida con perspectiva de género, y la mayoría de estudios acerca de la prevención del riesgo suicida en prisión no han tenido en cuenta aspectos diferenciales atendiendo al sexo<sup>20</sup>.

El presente estudio parte de la hipótesis de que las internas que ingresan en una unidad hospitalaria psiquiátrica penitenciaria por presentar ideas de

suicidio o haber realizado tentativas tienen un perfil clínico y sociodemográfico diferencial respecto a los presos varones. Con ese encuadre, se pretende evaluar la situación en nuestro entorno, dado que no se dispone de estudios a nivel nacional, con el propósito de ponderar cuál es la magnitud del problema y poder adaptar y mejorar la práctica clínica.

El objetivo es analizar las características de las internas que ingresan en una unidad psiquiátrica por presentar ideas de suicidio o haber realizado tentativas. Las mujeres constituyen un segmento vulnerable dentro de las prisiones, por lo que conocer sus peculiaridades y necesidades (en tanto que factores de riesgo modificables) puede permitir diseñar intervenciones para prevenir y abordar dichas conductas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio unicéntrico, descriptivo y retrospectivo, con dos ramas comparativas (mujeres respecto a varones). Se incluyen aquellos pacientes ingresados en la UHPP-C por ideas de suicidio, desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2022. No hay criterios de exclusión más allá de no cumplir con los requisitos anteriores.

Todas las variables se extraen directamente de la historia clínica electrónica (programa SIGSAM). El volcado de datos se efectúa por parte del servicio de informática del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD), y su unidad de investigación los incluye en una base de datos pseudonimizada, de acceso restringido, sin ser posible establecer una trazabilidad en los participantes.

Para cada caso, se analizan variables sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad, lugar de residencia) y variables clínicas (diagnósticos, fecha de ingreso, estancia media, tratamiento al ingreso y al alta, y dispositivo de derivación). Se incluyen todos los participantes que tengan esas variables registradas en la historia clínica, sin descartar ningún caso.

El diagnóstico es el establecido por parte del psiquiatra que atiende y trata a la persona que participa, y se obtiene mediante entrevistas individualizadas y de enfoque abierto. Para facilitar el análisis posterior, y poder comparar las prevalencias entre sí, las diferentes etiquetas se agrupan en grandes categorías (trastornos psicóticos, afectivos, adictivos, intelectivos, de personalidad u orgánicos).

Se realiza un análisis bivariado mediante pruebas paramétricas o no paramétricas, según la normalidad de las distribuciones. En ambos casos, el valor prefijado para establecer una asociación estadística es de

$p \leq 0,05$ . El análisis se realiza mediante el programa estadístico Statistical Pack Age For The Social Sciences (SPSS) 20 (IBM Corp., Chicago, Ill, Estados Unidos).

No es necesario el consentimiento informado de los participantes, dado que se trata de un estudio no intervencionista en el cual se realizan análisis estadísticos a partir de datos obtenidos de informes médicos, sin que dichos cálculos supongan en ningún caso un perjuicio a los pacientes incluidos en el registro. No se modifican diagnósticos clínicos o estrategias terapéuticas, puesto que todos los informes fueron cerrados de forma definitiva y firmados mucho antes del planteamiento, diseño e inicio de la presente investigación.

El estudio está aprobado por parte del Institut de Recerca de Sant Joan de Déu (protocolo *gender suicide*, es decir, suicidio de género), autorizando el trato y análisis de los datos. También se aprueba, en cumplimiento de la Declaración de Helsinki (cuya versión en vigor actualmente es la de Fortaleza, Brasil, de octubre de 2013): la Ley 14/2007 de 3 de julio, de Investigación biomédica (dado que se trata de un proyecto de investigación que nada tiene que ver con medicamentos); el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en cuanto al tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos; y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

## RESULTADOS

El estudio descriptivo de la muestra queda reflejado en la Tabla 1, mientras que el análisis comparativo entre los reclusos varones y mujeres ingresados por ideación suicida se sintetiza en la Tabla 2.

En líneas generales, los participantes incluidos en el trabajo tienen ingresos breves (de menos de siete días de duración), con una distribución estacional equilibrada (salvo en otoño, con una prevalencia ligeramente superior al 18%). Las hospitalizaciones son especialmente frecuentes en los meses de verano, aproximándose al 30% del total. Más del 50% provienen de entornos urbanos y son dados de alta al Centro Penitenciario (CP) Brians 1 (donde se ubica la UHPP-C).

A nivel diagnóstico, casi la mitad de los internos presentan problemas de adicción, y más del 40% padecen trastornos afectivos y/o de personalidad. Los fármacos con mayor volumen de prescripción son

Tabla 1. Descripción de la muestra (n = 97).

Sexo	Hombre (70,1%) Mujer (29,9%)
Edad	37,30 (DE: 9,89)
Lugar de nacimiento	España (57,5%) África (20,2%) América Latina (9,2%)
Lugar de residencia	Urbano (50,5%) Rural (49,5%)
Número de ingresos	1,10 (DE: 0,34)
Duración del ingreso	6,68 (DE: 5,95)
Estación del año	Invierno (27,8%) Primavera (23,7%) Verano (29,9%) Otoño (18,6%)
Trastorno psicótico	12,4%
Trastorno afectivo	44,3%
Trastorno de personalidad	43,3%
Adicciones	49,5%
Discapacidad intelectual	13,4%
Enfermedad infecciosa	7,2%
Nº de antipsicóticos	1,28 (DE*: 1,04)
Nº de antidepresivos	0,91 (DE: 0,78)
Nº de eutimizantes	0,39 (DE: 0,67)
Nº de ansiolíticos	0,90 (DE: 0,48)
Nº de medicación somática	0,98 (DE*: 1,24)
Destino al alta	CP B1† (51,5%) USA‡ (19,6%) CP QC§ (10,3%) CP LL   (5,2%)

Nota. \*DE: desviación estándar; †CP B1: Centro Penitenciario Brians 1; ‡USA: unidad de subagudos; §CP LL: Centro Penitenciario Lledoners; ||CP QC: Centro Penitenciario Quatre Camins.

los antipsicóticos, seguidos de medicación somática, ansiolíticos y antidepresivos.

A la hora de comparar varones y mujeres, destaca la desproporción entre los grupos, hecho que propicia que la mayor parte de los cálculos no alcancen significación estadística. Sin embargo, atendiendo a la distribución por sexo de la población reclusa, con una presencia muy mayoritaria de hombres, puede afirmarse que la muestra es representativa.

Destaca que las mujeres que ingresan por ideación autolítica presentan mayor edad (con una media próxima a los 39 años, en comparación con los 36,66 años de los varones), y residen con mayor frecuencia en entornos urbanos. Aquellas que son extranjeras (31%) provienen mayoritariamente de países de

Tabla 2. Estudio comparativo entre internos.

	Hombre (n = 68)	Mujer (n = 29)	
Edad	36,66 (DE*: 10,33)	38,79 (DE*: 8,77)	t: -0,97 (p valor: 0,33)
Lugar de nacimiento	España (52,94%) África (30,86%) América Latina (5,9%) Oriente Medio (5,9%) Otro país de Europa (4,4%)	España (68,96%) América Latina (20,68%) Otro país de Europa (6,89%)	$\chi^2$ : 13,92 (p valor < 0,05)†
Lugar de residencia	Urbano (47,05%) Rural (52,95%)	Urbano (58,62%) Rural (41,38%)	$\chi^2$ : 1,09 (p valor: 0,29)
Número de ingresos	1,13 (DE*: 0,38)	1,03 (DE*: 1,85)	t: 1,69 (p valor: 0,09)
Duración del ingreso	6,91 (DE*: 6,71)	6,14 (DE*: 3,62)	t: 0,58 (p valor: 0,56)
Estación del año	Invierno (27,94%) Primavera (22,05%) Verano (29,41%) Otoño (20,60%)	Invierno (27,58%) Primavera (27,58%) Verano (31,03%) Otoño (13,81%)	$\chi^2$ : 0,78 (p valor: 0,85)
Trastorno psicótico	14,70%	6,89%	$\chi^2$ : 1,14 (p valor: 0,28)
Trastorno afectivo	41,17%	51,72%	$\chi^2$ : 0,91 (p valor: 0,33)
Trastorno de personalidad	35,29%	62,10%	$\chi^2$ : 5,93 (p valor < 0,05)†
Adicciones	51,47%	44,82%	$\chi^2$ : 0,36 (p valor: 0,55)
Discapacidad intelectual	14,70%	10,34%	$\chi^2$ : 0,33 (p valor: 0,56)
Enfermedad infecciosa	4,4%	13,8%	$\chi^2$ : 2,67 (p valor: 0,10)
Nº de antipsicóticos	1,30 (DE*: 1,02)	1,24 (DE*: 1,09)	t: 0,29 (p valor: 0,77)
Nº de antidepressivos	0,83 (DE*: 0,76)	1,10 (DE*: 0,81)	t: -1,53 (p valor: 0,13)
Nº de eutimizantes	0,39 (DE*: 0,71)	0,37 (DE*: 0,56)	t: 0,12 (p valor: 0,90)
Nº de ansiolíticos	0,92 (DE*: 0,49)	0,86 (DE*: 0,44)	t: 0,60 (p valor: 0,55)
Nº de medicación somática	0,91 (DE*: 1,26)	1,17 (DE*: 1,19)	t: -0,94 (p valor: 0,34)
Destino al alta	CP B1‡ (48,52%) USA§ (22,05%) CP QC¶ (14,7%) Otros (14,7%)	CP B1‡ (58,62%) USA§ (13,79%) CP ME   (10,34%) Otros (17,25%)	$\chi^2$ : 21,00 (p valor < 0,05)

Nota. \*DE: desviación estándar; †p < 0,05: diferencias estadísticamente significativas; ‡CP B1: Centro Penitenciario Brians 1; §USA: unidad de subagudos; ||CP ME: Centro Penitenciario Mas d'Enric; ¶CP QC: Centro Penitenciario Quatre Camins.

América Latina (en contraste con sus compañeros no españoles, que provienen de África, sobre todo de Marruecos) (Figuras 1 y 2). Tienen menores tasas de reingreso y estancias ligeramente más breves.

A nivel diagnóstico, cabe mencionar que padecen más trastornos de personalidad (62,10% frente al 35,29%), de forma estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 5,93$ ,  $p < 0,05$ ). También tienen mayor prevalencia de cuadros afectivos y enfermedades infecciosas, en contrapartida a los trastornos psicóticos y por consumo de sustancias, que se manifiestan

con mayor frecuencia entre internos varones (14,70% para psicosis y 51,47% para adicciones, frente al 6,89% y el 44,82% de las mujeres, respectivamente).

También hay diferencias significativas entre el destino al alta (Figuras 3 y 4). Los hombres son derivados más frecuentemente al CP Brians 1 (58,62%), mientras que las mujeres tienen una distribución más diversa, con un mayor porcentaje, siendo derivadas a otros recursos (17,25%), a la unidad de subagudos (13,79%) o al CP Mas d'Enric (10,34%). Esta diferen-

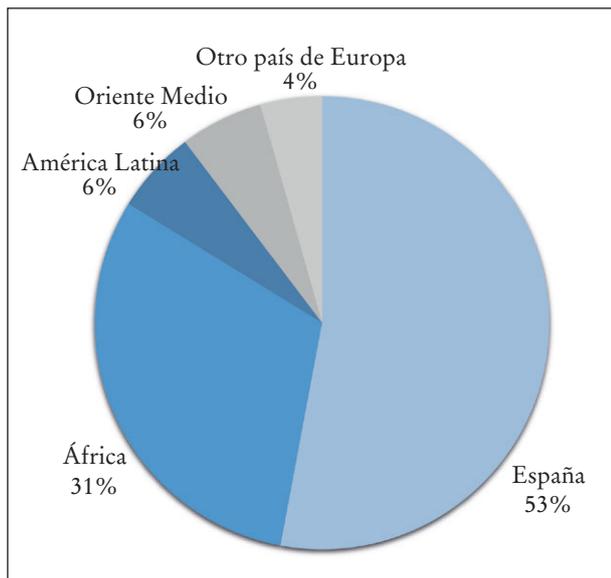


Figura 1. Lugar de nacimiento en hombres internos en prisión.

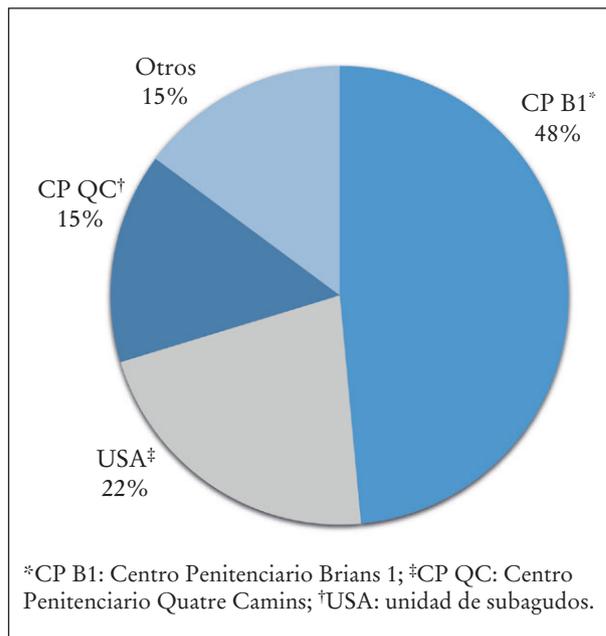


Figura 3. Destino al alta hospitalaria para hombres internos en prisión.

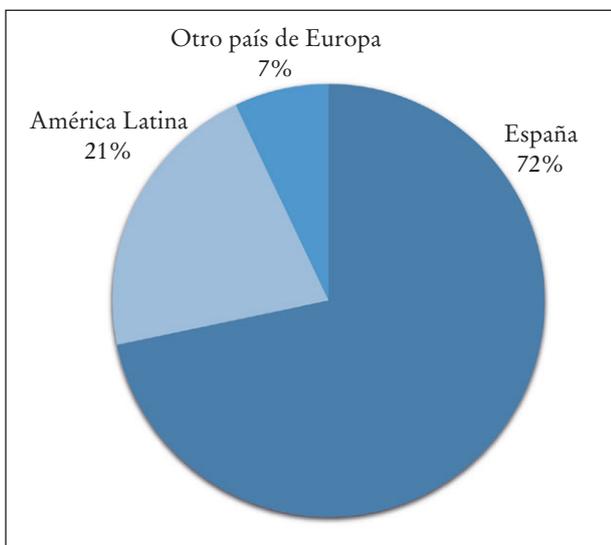


Figura 2. Lugar de nacimiento en mujeres internas en prisión.

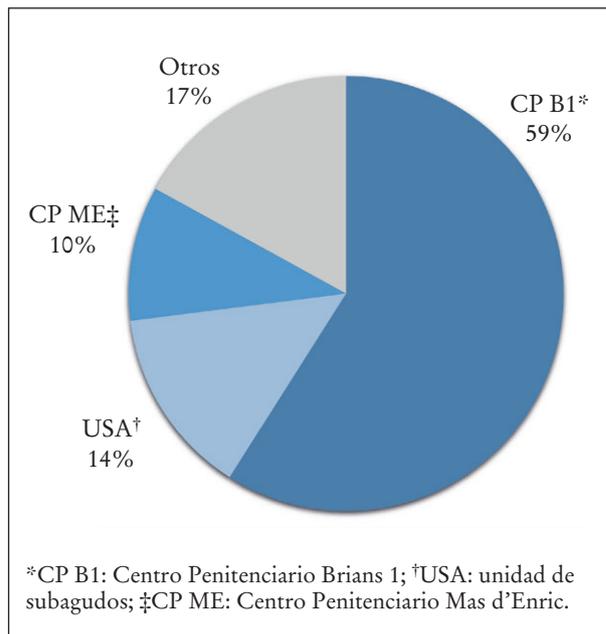


Figura 4. Destino al alta hospitalaria para mujeres internas en prisión.

cia resulta estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 21.00$ ,  $p < 0,05$ ).

Por último, cabe mencionar que no se encuentran diferencias ni en la procedencia de los internos ni en la cantidad de psicofármacos prescritos, destacando la presencia de antipsicóticos y benzodiazepinas (en ambos casos, con mayor prescripción en varones). Las reclusas reciben mayor cantidad de medicación anti-depresiva y somática, mientras que los eutimizantes tienen una distribución muy similar.

## DISCUSIÓN

El suicidio en prisión es un fenómeno complejo que conlleva múltiples determinantes que aún no han sido completamente investigados. El presente estudio analiza los datos estadísticos de una muestra de 97

internos que fueron ingresados por ideación suicida, atendiendo a las diferencias por género. Se trata de la primera investigación realizada en España con dicho enfoque, estudiando la ideación suicida con perspectiva de género.

La investigación demuestra que las mujeres presentan mayor edad media, con ingresos más breves y menor tasa de reingresos. Asocian más trastornos de personalidad y cuadros afectivos, que podría relacionarse con una mayor prescripción de antidepresivos. También padecen más cuadros infectocontagiosos, que se pueden correlacionar con una toma superior de tratamiento somático. De cara al alta, hay mayor variabilidad entre las mujeres, hecho que puede evidenciar que los internos varones tienen un plan terapéutico o asistencial más definido, mientras que sus compañeras presentan dificultades para establecer un recorrido clínico (por la falta de recursos específicos).

Esta comparativa resulta de especial relevancia, debido a que, en la actualidad, hay un interés creciente por la prevención de las autolesiones y el suicidio (en la población general y en el entorno penitenciario). Sin embargo, y a pesar de que el suicidio y las autolesiones son problemas importantes dentro de prisión, esta problemática recibe una atención limitada en las estrategias nacionales de prevención del suicidio. Por ejemplo, a pesar de que las autolesiones aumentan la probabilidad de suicidio entre 6 y 11 veces, no se dispone de información acerca de la prevalencia o la recurrencia de autolisis dentro de prisión<sup>21</sup>.

Las autolesiones constituyen un desafío por su elevada prevalencia (hasta el 24% de mujeres internas)<sup>21</sup> y sus diferentes motivaciones (desde influir en el entorno hasta regular emociones o responder a una psicopatología latente)<sup>22</sup>. Atendiendo a su potencial predictivo<sup>23</sup>, se han fomentado estrategias de intervención temprana; aun así, el uso de herramientas de evaluación de riesgo resulta controvertido y tiene un éxito limitado<sup>24,25</sup>. Además, algunas de las herramientas psicométricas se emplean en entornos diferentes para los que fueron diseñadas y no han sido completamente validadas<sup>25</sup>.

Las recomendaciones principales para abordar el riesgo suicida incluye la identificación de internos con comportamientos autodestructivos previos (especialmente si padecen trastornos psiquiátricos), así como autopsias psicológicas tras los suicidios consumados<sup>26</sup>. Debe promoverse un análisis integral del individuo y una evaluación psiquiátrica en profundidad<sup>27</sup>.

Por otra parte, y a pesar de la magnitud del problema, la investigación acerca de los factores de protección para el suicidio es muy limitada<sup>10</sup>, y se centra en mantener vigilancias estrechas y establecer ambien-

tes libres de objetos que puedan usarse para agredir o como herramientas para realizar un intento de suicidio<sup>28</sup>. También se ha demostrado que, mientras las actitudes negativas del personal constituyen un riesgo, el apoyo profesional al comportamiento positivo de otros reclusos constituye un factor de protección<sup>21</sup>.

Las estrategias de protección incluyen el fomento de la comunicación con familiares o amigos, la promoción de participación de los internos en grupos de apoyo, la difusión de educación sobre el uso de medicamentos, la reubicación en una celda con otra persona (o cerca del personal de seguridad) y el desarrollo de un compromiso con los servicios religiosos (para aquellos que se definen como creyentes)<sup>9</sup>. Otra prioridad debe ser evitar los entornos restrictivos o de aislamiento, desestimando el uso de segregación administrativa de forma punitiva<sup>10,13,16</sup>.

En cualquier caso, hay que hacer frente a varias barreras a la hora de evaluar el riesgo suicida, desde el hacinamiento penitenciario en múltiples jurisdicciones<sup>29</sup> hasta el hermetismo de unos internos que no quieren exponer sus vulnerabilidades o no confían en el personal penitenciario<sup>30</sup>. La variabilidad en las habilidades de evaluación de riesgos y las diferencias culturales o étnicas también pueden influir en la detección del riesgo<sup>31</sup>.

Nuestra investigación evidencia diferencias entre hombres y mujeres que desarrollan ideación suicida, y se encuentra en consonancia con estudios internacionales que corroboran que las mujeres presentan una incidencia superior de autolesiones<sup>32</sup> y mayor mortalidad por enfermedades transmisibles y suicidio<sup>33</sup>. Entre los posibles factores etiopatogénicos, se señala la exposición a violencia sexual como uno de los elementos que se asocia con tentativas autolíticas<sup>34</sup>. Por ello, las políticas penitenciarias deberían incluir un abordaje específico para internas con antecedentes de victimización sexual<sup>35</sup>.

El trabajo expuesto demuestra que el perfil socio-demográfico y clínico de la población penitenciaria suicida difiere según el género, presentando diferencias significativas en la fenomenología del suicidio. La escasez de estudios con perspectiva de género implica la necesidad de los mismos para poder entender las posibles diferencias, poder hacer una adecuada detección del riesgo y aplicar de manera consecuente las estrategias de prevención. El trabajo permite abrir un nuevo enfoque investigador, dedicado a profundizar en las diferencias de género que existe en internos con ideación suicida.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, cabe subrayar que se trata de un estudio descriptivo que se limita a analizar las características de la muestra

sin establecer relaciones causales o explicativas. Por su naturaleza, no permite inferir la causalidad entre las variables o determinar la dirección de las relaciones observadas. Además, es posible que el proceso de recogida de datos pueda haber conllevado la pérdida de algunos casos. Esto puede deberse a varios factores, como errores en el etiquetado de los datos, problemas técnicos con el sistema informático o limitaciones en los registros disponibles. La pérdida de casos puede afectar la representatividad de la muestra y la generalización de los resultados a la población objetivo.

Además, el diagnóstico se establece mediante entrevistas abiertas por parte de los psiquiatras tratantes, que pueden tener diferentes formaciones y enfoques terapéuticos, lo que implica cierta variabilidad. Las etiquetas no se obtienen mediante instrumentos diagnósticos, ya que se consideraron con fines asistenciales, y no de investigación, lo que también limita su validez.

Otra dificultad del estudio es que se trata de un estudio realizado en un único centro, lo que limita la extrapolación de los resultados a otros entornos clínicos. Las condiciones particulares del dispositivo pueden influir en los resultados obtenidos, ya que cada centro tiene características únicas: tamaño, ubicación geográfica, población atendida, políticas de atención, recursos disponibles o enfoques terapéuticos.

Sería interesante ampliar el objetivo del trabajo y estudiar las características de aquellos internos que realizan un suicidio consumado, pero no se ha autorizado el acceso a dicha información, dado que se trata de datos de especial sensibilidad. Un análisis de los casos que escapan al abordaje propuesto en el programa marco de prevención de suicidios permitiría la actualización y mejora de la Instrucción 5/2014, de la Secretaria General de Instrucciones Penitenciarias, detectando nuevas variables a considerar o enfatizando en aquellas que tengan mayor peso o relevancia.

En conclusión, la detección del riesgo de suicidio en prisiones sigue siendo un desafío complejo. La evidencia actual identifica varios elementos de riesgo y protección dentro de una amplia gama de factores sociodemográficos, criminológicos, clínicos y penitenciarios. Entender esas variables es determinante para prevenir el suicidio, ya que algunas resultan modificables y están sujetas a cambios mediante políticas de salud pública.

Las prisiones acogen a individuos que representan algunos de los grupos con mayor riesgo de suicidio (jóvenes, con trastorno mental, aislados socialmente, con abuso de sustancias, con rasgos de personalidad impulsivos, con tentativas autolíticas previas). Además, los factores intrínsecos del propio entorno peni-

tenciario generan un estrés psicosocial que influye en la conducta suicida: el hacinamiento, el aislamiento, la falta de comunicación con familiares y amigos, y las sanciones regimentales, son un ejemplo.

Los comportamientos autolesivos en prisión parecen ser más frecuentes en la población femenina respecto a los hombres y se correlacionan con la aparición de ideas de suicidio. El presente trabajo refleja la variabilidad existente entre aquellos reclusos que requieren un ingreso por ideas suicidas, destacando que las mujeres asocian algunos elementos sociodemográficos (mayor edad, convivencia en entornos urbanos, procedencia de Latinoamérica) y diagnósticos (presencia de trastornos de personalidad y cuadros afectivos) que las diferencia de sus pares varones.

Atendiendo a la prevalencia de la ideación autolesiva y los suicidios consumados, deben fomentarse programas de prevención multifactorial. Para ser eficaces, dichas políticas han de incluir la detección proactiva del riesgo de suicidio y los problemas graves de salud mental, la formación de personal penitenciario calificado en evaluación y gestión del riesgo de suicidio, y el seguimiento intensivo con tratamiento psicológico para los reclusos en riesgo (incluidos los reclusos dependientes de sustancias)<sup>28,36</sup>.

Incluir la perspectiva de género en los estudios sobre riesgo suicida en la población penitenciaria puede generar información valiosa y proporcionar una base sólida para futuros estudios, permitiendo así una comprensión más completa de la ideación suicida y las necesidades de prevención e intervención en la población penitenciaria. La escasa formación con perspectiva de género, tanto en el ámbito penitenciario como fuera de él, conforma un reto futuro para poder mejorar la visión y el abordaje de una problemática tan importante como son los intentos de suicidio (y suicidios consumados) dentro de prisión.

## CORRESPONDENCIA

Marc Peraire  
Unidad de Hospitalización Breve.  
Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.  
Av. del Dr. Clarà, 19.  
12002 Castelló de la Plana. Castelló.  
E-mail: perairemiralles@gmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contrib-

- utory factors. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(12):946-52. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30430-3.
2. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Fazel S. Psychosocial influences on prisoner suicide: a case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners. *Soc Sci Med*. 2011;72(6):874-83. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.12.028.
  3. Clements-Nolle K, Wolden M, Bargmann-Loosche J. Childhood trauma and risk for past and future suicide attempts among women in prison. *Womens Health Issues*. 2009;19(3):185-92. doi: 10.1016/j.whi.2009.02.002.
  4. Blaauw E, Kerkhof AJ, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(1):63-75. doi: 10.1521/suli.35.1.63.59268.
  5. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, *et al*. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2021;6(3):e164-74. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30233-4.
  6. Hayes LM. Suicide prevention in correctional facilities: reflections and next steps. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(3-4):188-94. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.010.
  7. Way BB, Sawyer DA, Barboza S, Nash R. Inmate suicide and time spent in special disciplinary housing in New York State prison. *Psychiatric Services*. 2007;58(4):558-60. doi: 10.1176/appi.ps.58.4.558
  8. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575-600. doi: 10.1037/a0018697.
  9. Fagan TJ, Cox J, Helfand SJ, Aufderheide D. Self-injurious behavior in correctional settings. *J Correct Health Care*. 2010;16(1):48-66. doi: 10.1177/1078345809348212.
  10. World Health Organization. Preventing suicide in jails and prisons. 2007. Geneva: WHO Document Production Services; 2007.
  11. Liebling A. The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. 2006. En: Dear GE, ed. Preventing suicide and other self-harm in prison. Basingstoke, England: Palgrave-Macmillan; 2006. p. 16-28.
  12. Ireland JL, York C. Exploring application of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behaviour to self-injurious behaviour among women prisoners: Proposing a new model of understanding. *Int J Law Psychiatry*. 2012;35(1):70-6. doi: 10.1016/j.ijlp.2011.11.006.
  13. Cramer RJ, Johnson SM, McLaughlin J, Rausch EM, Conroy MA. Suicide Risk Assessment Training for Psychology Doctoral Programs: Core Competencies and a Framework for Training. *Train Educ Prof Psychol*. 2013;7(1):1-11. doi: 10.1037/a0031836.
  14. Mangnall J, Yurkovich E. A literature review of deliberate self-harm. *Perspect Psychiatr Care*. 2008;44(3):175-84. doi: 10.1111/j.1744-6163.2008.00172.x.
  15. Kenning C, Cooper J, Short V, Shaw J, Abel K, Chew-Graham C. Prison staff and women prisoner's views on self-harm; their implications for service delivery and development: A qualitative study. *Crim Behav Ment Health*. 2010;20(4):274-84. doi: 10.1002/cbm.777.
  16. Hayes LM. Suicide prevention in correctional facilities: An overview. En: Puisis M, ed. *Clinical practice in correctional medicine*. 2<sup>a</sup> ed. Philadelphia, PA: Mosby-Elsevier; 2006. p. 317-28.
  17. Mennicke A, Daniels K, Rizo CF. Suicide Completion Among Incarcerated Women. *J Correct Health Care*. 2021;27(1):14-22. doi: 10.1089/jchc.18.12.0070.
  18. Walker T, Shaw J, Gibb J, Turpin C, Reid C, Guttridge K, *et al*. Lessons Learnt From the Narratives of Women Who Self-Harm in Prison. *Crisis*. 2021;42(4):255-262. doi: 10.1027/0227-5910/a000714.
  19. Moore KE, Siebert S, Brown G, Felton J, Johnson JE. Stressful life events among incarcerated women and men: Association with depression, loneliness, hopelessness, and suicidality. *Health Justice*. 2021;9(1):22. doi: 10.1186/s40352-021-00140-y.
  20. Stijelja S, Mishara BL. Preventing suicidal and self-Injurious behavior in correctional facilities: A systematic literature review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2022;51:101560. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101560.
  21. Hawton K, Linsell L, Adeniji T, Sariaslan A, Fazel S. Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet*. 2014;383(9923):1147-54. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62118-2.
  22. Jeglic EL, Vanderhoff HA, Donovan PJ. The function of self-harm behavior in a forensic population. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2005;49(2):131-42. doi:10.1177/0306624x04271130
  23. Slade K, Edelman R. Can theory predict the process of suicide on entry to prison? Predicting dynamic risk factors for suicide ideation in a high-risk prison population. *Crisis*. 2014;35(2):82-9. doi: 10.1027/0227-5910/a000236.

24. Perry AE, Olason DT. A new psychometric instrument assessing vulnerability to risk of suicide and self-harm behaviour in offenders: Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment (SCOPE). *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2009;53(4):385-400. doi: 10.1177/0306624X08319418.
25. Perry AE, Marandos R, Coulton S, Johnson M. Screening tools assessing risk of suicide and self-harm in adult offenders: a systematic review. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2010;54(5):803-28. doi: 10.1177/0306624X09359757.
26. Cramer RJ, Wechsler HJ, Miller SL, Yenne E. Suicide Prevention in Correctional Settings: Current Standards and Recommendations for Research, Prevention, and Training. *J Correct Health Care.* 2017;23(3):313-28. doi: 10.1177/1078345817716162.
27. Walker T, Towl G. Preventing self-injury and suicide in women's prisons. Hampshire, UK: Waterside Press; 2016.
28. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(9):871-81. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30142-0.
29. Konrad N, Welke J, Opitz-Welke A. Prison psychiatry. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(5):375-80. doi: 10.1097/YCO.0b013e328356b7c3.
30. Durcan G. From the inside: Experiences of prison mental health care. Sainsbury Centre for Mental Health; 2008.
31. Daigle MS, Labelle R, Côté G. Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *Int J Law Psychiatry.* 2006;29(5):343-54. doi: 10.1016/j.ijlp.2006.01.004.
32. McTernan N, Griffin E, Cully G, Kelly E, Hume S, Corcoran P. The incidence and profile of self-harm among prisoners: findings from the Self-Harm Assessment and Data Analysis Project 2017-2019. *Int J Prison Health.* 2023. doi: 10.1108/IJPH-02-2023-0012. [Online antes de impresión].
33. Vanhaesebrouck A, Tostivint A, Lefèvre T, Melchior M, Khireddine-Medouni I, Chee CC. Characteristics of persons who died by suicide in prison in France: 2017-2018. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):11. doi: 10.1186/s12888-021-03653-w.
34. Friestad C, Åse-Bente R, Kjelsberg E. Adverse childhood experiences among women prisoners: relationships to suicide attempts and drug abuse. *Int J Soc Psychiatry.* 2014;60(1):40-6. doi: 10.1177/0020764012461235.
35. Newman M, Fedina L, Nam B, DeVyllder J, Alleyne-Green B. Associations Between Interpersonal Violence, Psychological Distress, and Suicidal Ideation Among Formerly Incarcerated Men and Women. *J Interpers Violence.* 2022;37(3-4):NP2338-9. doi: 10.1177/0886260520933045.
36. Favril L, Vander Laenen F, Vandeviver C, Audenaert K. Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *Int J Law Psychiatry.* 2017;55:19-28. doi: 10.1016/j.ijlp.2017.10.005.