



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Análisis del suicidio en población penitenciaria, incidencia
y riesgos asociados a las instituciones penitenciarias**

Autor/a: Laura Izquierdo Pulido

Director/a: Fernando García Sánchez

Madrid

2020/2021

Índice

1. Introducción.....	5
2. Marco teórico.....	6
2.1. El suicidio: introducción histórica e incidencia en la población.....	6
2.2. Incidencia del suicidio en población penitenciaria con respecto a la población general.....	8
3. Perfiles de riesgo de conductas suicidas en población penitenciaria.....	10
3.1. Diferencias de sexo.....	12
3.2. Diferencias según el estado de la condena y la existencia de un encarcelamiento previo.....	12
4. Enfermedades mentales.....	14
4.1. Enfermedades mentales más relacionadas con suicidio en población penitenciaria.....	14
4.2. Relación entre antecedentes psiquiátricos y conducta suicida.....	16
5. La institución penitenciaria.....	17
5.1. Características de las instituciones penitenciarias.....	18
5.2. Factores de riesgo de las instituciones penitenciarias: relación con el suicidio..	19
5.3. Formas de llevar a cabo la conducta suicida.....	22
6. Marco legal de la conducta suicida.....	24
6.1. Situación actual del marco legal.....	24
7. Metodología.....	25
8. Conclusiones y discusión.....	26
9. Bibliografía.....	30
10. Anexo.....	34

Resumen

El suicidio es la principal causa de muerte no natural en España. En instituciones penitenciarias esta problemática es aún más notoria, ya que el suicidio en población penitenciaria supera la tasa de suicidio en población general. Una de las formas de estudiar este fenómeno ha sido mediante la elaboración de perfiles de riesgo. Para la elaboración de dichos perfiles se han estudiado variables como las diferencias de la conducta suicida en hombres y mujeres; las diferencias encontradas según el estado de la condena y la existencia de un encarcelamiento previo. Las enfermedades mentales son otra de las variables que más se relacionan con el suicidio en población penitenciaria. Es muy alto el porcentaje de internos que se encuentra en prisión y padece una enfermedad mental o la ha padecido con anterioridad al internamiento. Esta vulnerabilidad aparece como un factor de riesgo frente a las conductas suicidas, ya que estos internos están más desprotegidos. La institución penitenciaria supone un factor de riesgo como tal, ya que posee características que pueden sobrepasar las habilidades de afrontamiento que poseen las personas que internan en ellas. Es por esto por lo que la institución penitenciaria es responsable del bienestar, de la vida y de la integridad de los internos.

Abstract

Suicide is the main cause of unnatural death in Spain. In penitentiary institutions this problem is even more notorious, since suicide in prison populations exceeds the suicide rate of the general population. One approach to study this phenomenon has been through the elaboration of risk profiles. For the elaboration of these profiles, variables such as the differences in suicidal behavior in men and women, the differences found according to the status of the sentence and the existence of a previous incarceration have been studied. Mental disorders are another of the variables most related to suicide in prison population. The percentage of inmates who are in prison and suffer from or have suffered prior to incarceration from a mental illness is very high. This vulnerability appears as a risk factor for suicidal behavior, since these inmates are more vulnerable. The penitentiary institution is also a risk factor itself, since it possesses characteristics that may exceed the coping abilities of the

people who are interned in these institutions. This is why the penitentiary institution is responsible for the well-being, life and integrity of the interns.

Palabras clave

Suicidio, población penitenciaria, instituciones penitenciarias, internos, enfermedades mentales, ley

1. Introducción

El suicidio constituye la primera causa de muerte no natural en España. A pesar de que sus tasas se encuentren dentro de las más bajas a nivel europeo este sigue constituyendo una de las principales problemáticas actuales y una de las más silenciadas a su vez (Ruiz-Pérez y Olry de Labry-Lima, 2006).

Existe un gran tabú a la hora de hablar de suicidio. Los medios de comunicación no informan sobre los suicidios ya que, hay diversos puntos de vista acerca de los efectos que provocaría sobre la población el comunicar sobre los suicidios que se han acontecido (Herrera, Ures y Martínez, 2015).

La población penitenciaria se ve afectada por esto de forma aún más acentuada ya que al considerarse una población marginada de la sociedad sufre de este tabú más marcadamente. El suicidio en este tipo de población no es un tema que pueda encontrarse dentro de las preocupaciones de la sociedad ya que, además de ser una realidad silenciada, es algo que no preocupa a la población general o no se plantea debido a la poca información que hay al respecto.

Las personas internadas en estos centros se encuentran con factores de riesgo diferentes y similares a los de la población general. Algunos de los factores similares son el género y el padecer trastornos mentales (Ruiz-Pérez y Olry de Labry-Lima, 2006). Dentro de los factores que afectan solamente a la población penitenciaria se encuentra una gran variedad: la sobrepoblación en la prisión, el tener una historia de trauma o de consumo o tener sentimientos de culpa con respecto del delito cometido (Görgülü y Tutarel-Kışlak, 2012, y de García-Guerrero y Marco, 2012).

La institución penitenciaría en sí misma constituye un factor de riesgo. El número de internos que hay en prisión, el hecho de ser internado en una institución penitenciaría, estar en una celda de aislamiento, las relaciones con el resto de compañeros del módulo, entre otros, son algunos de los factores de riesgo que relacionan directamente con el centro penitenciario (García-Guerrero y Marco, 2012, Negro et al., 2010, Way et al., 2005).

El suicidio en población general y el suicidio en población penitenciaría están regulados de forma legal de distinta forma. El suicidio dentro de las instituciones

penitenciarias incluye lo que se llama responsabilidad institucional. En el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria se garantiza la vida, integridad y salud de los internos mientras se encuentren bajo la responsabilidad de estos (el tiempo de duración de la condena). Como se señala en el artículo 106.2 de la Constitución Española, todo daño que sufra una persona por parte de una institución (en este caso la penitenciaria) debe ser justificado como daño provocado por esta.

La tasa de suicidio en población penitenciaria es muy superior a la tasa en población general, de ahí el interés y la necesidad por realizar este trabajo. Es una problemática a la que hay que prestar atención de forma inmediata para poder ayudar a aquellos internos que puedan tener sentimientos de desesperanza, soledad o que ya tengan pensamientos o intenciones suicidas.

2. Marco teórico

2.1. El suicidio: introducción histórica e incidencia en la población

El suicidio constituye la primera causa de muerte no natural en España, por delante de las muertes por accidente de tráfico, la cual se encuentra en el segundo lugar. En poblaciones como la adolescente se trata de la principal causa de muerte. España presenta una de las tasas de suicidio más bajas a nivel europeo (Ruiz-Pérez y Olry de Labry-Lima, 2006).

En los últimos años, las tasas de suicidio han disminuido en la Unión Europea, de 11,7 muertes por suicidio 100.000 habitantes en 2011 a 10,9/100.000 en 2015. Sin embargo, España sufrió un aumento de muertes por suicidio en 2016 pasando la tasa de suicidio de 7,6 a 7,9/100.000 en 2017.

A pesar de estos datos, España se ha mantenido como uno de los países europeos con las tasas más bajas. Según los datos publicados por el INE (Instituto Nacional de Estadística), vemos datos que contrastan los encontrados en los artículos.

Los datos de muerte por suicidio y lesiones autoinfligidas según el INE en los últimos años muestran una relativa estabilidad en las defunciones por suicidio, pero mostrando aun así un aumento desde el año 2011 (3.18/100.000) hasta el 2018 (2.54/100.000), siendo el año con mayor tasa 2014 (3.91/100.000) seguido del año 2013 (3.87/100.000).

Contrastando la observación obtenida por los estudios del INE y la encontrada en el artículo de Cayuela et al. (2018) vemos una diferencia significativa entre ambos datos, siendo la encontrada por los autores del artículo significativamente mayor. Véase el ejemplo de 2016, en el que la tasa encontrada por Cayuela et al. sería de 7,5 muertes por 100.000 habitantes, mientras que los datos publicados por el INE indican que esta tasa en 2016 fue de 3.57/100.000.

Dentro de la misma publicación del INE existe diferencia entre la tasa de muerte por suicidio, siendo es mucho mayor si es buscada como “Defunciones según la Causa de Muerte. 2016. Suicidios. Resultados nacionales” (7,68/100.000) de si es buscada como “Defunciones según la Causa de Muerte. Resultados nacionales. 2016. Suicidio y lesiones autoinfligidas” (3.57/100.000).

Tabla 1

Comparativa datos estadísticos de muertes por suicidio.

	INE - Defunciones según la Causa de Muerte.		Cayuela et al. (2018)
	Suicidios.	Suicidio y lesiones autoinfligidas	
2015	8,42	3.6	10,7
2016	7,68	3.57	7,5

Muertes por suicidio por 100.00 habitantes

Según Ruiz-Pérez y Olry de Labry-Lima (2006) algunos de los factores de riesgo del suicidio son:

- Género, siendo los hombres quienes más suicidio consumados llevan a cabo, mientras que las mujeres son quienes realizan un mayor número de intentos suicidas.
- Trastornos mentales (con mayor prevalencia de aquellos relacionados con el estado de ánimo, más específicamente de los trastornos depresivos)
- Vivencia de violencia -como la violencia de género, acoso escolar, acoso en el lugar de trabajo
- Factores socioeconómicos y laborales

El suicidio es hoy en día un tema tabú en la sociedad a la vez que es un grave problema social. Este fenómeno sigue constituyendo un problema de visibilidad para los medios de comunicación, ya que se cuestiona si la mención de esta problemática produciría un efecto Werther (imitación de la conducta suicida) o un efecto Papageno (prevención de esta) (Herrera et al. 2015). En el año 2000 la OMS, en el marco del programa SUPRE (Prevención del Suicidio), realizó una serie de sugerencias para tratar en prensa y otros medios de comunicación aquellas noticias relacionadas con suicidio. La OMS (2000, como se citó en Yang et al., 2013) sugirió que cualquier comunicación en medios de información sobre el suicidio fuese realizada de forma apropiada, precisa y de manera en que se narre la noticia desde la prevención, evitando así que personas en situación de riesgo tiendan a imitar la conducta.

A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad emitió en 2020 un documento en el que se realizan recomendaciones para la redacción de noticias y artículos en los que se trata el suicidio en los medios de comunicación. Este sirviendo como un manual de apoyo para los profesionales de la comunicación. En este documento se dan ciertas directrices para tener en cuenta, como, por ejemplo, no culpabilizar a las víctimas de suicidio, no usar la palabra “suicidio” en el titular de la noticia -evitando así sensacionalismos-, proporcionar información sobre recursos de ayuda y ofrecer un mensaje de apoyo a los supervivientes.

Este trato del suicidio puede tener influencia en el ámbito penitenciario y en la visibilidad que se le da a esta problemática, ya que esta problemática dentro de la institución penitenciaria es ya de por sí una realidad silenciada debido a todos los tabús existentes acerca del suicidio en sí y de la salud mental, de la reinserción en la sociedad de los internos, de la calidad de vida dentro de la institución... Por lo que todo esto puede afectar directamente a la poca información que se recibe como sociedad de este problema a través de los medios de comunicación.

2.2. Incidencia del suicidio en población penitenciaria con respecto a la población general

El suicidio en población penitenciaria es una realidad que al encontrarse silenciada hace de la prevención uno de los retos más importantes dentro de la sanidad penitenciaria. “La estancia en prisión es una de las experiencias más estresantes que existen”

(Görgülü y Tutarel-Kışlak, 2012), esta es una de las razones por las que las tasas de suicidio en prisión son más altas que las tasas de la población normal.

En 2003 la tasa de suicidio en población penitenciaria llegó a ser incluso ocho veces superior por encima de la tasa registrada de población general (siendo la tasa de suicidio de 65/100.000) (Bedoya et al. 2009). Actualmente, el suicidio en población penitenciaria duplica en sus cifras al suicidio en población general en España, mientras que en el resto de los países de Europa es también significativamente mayor en comparación con la población no penitenciaria.

Según un informe del Consejo de Europa (Council of Europe. Space I. Survey) en 2004, la tasa de suicidio en prisión para el conjunto de países del ámbito europeo fue de 88/100.000 (Bedoya et al. 2009).

La tasa de suicidio en prisión llegó a aumentar hasta 109.7/100,000 en 2016. Esta tasa decayó en los siguientes años disminuyendo hasta 102.5/100,000 habitantes en 2018 (lo que supone un descenso del 6,6% entre 2016 y 2018, es decir, 7.2/100,00 menos), según el Consejo de Europa de Estadísticas Penitenciarias de este año. Las variables y los criterios que se contemplan dentro de las tasas de suicidio penitenciario varían según el país del que se este hablando.

Según este estudio de Fazel y Ramesh (2017) la definición de suicidio en centros penitenciarios y como afecta a sus tasas varía según cuatro factores:

- La necesidad de demostrar el propósito.
- Si el suicidio se ha dado en el hospital penitenciario.
- Si se ha dado en un hospital publico.
- Si se daba en permiso se salida u otras variables por las que el interno podía encontrarse fuera del centro.

En países como Francia vemos que la tasa de suicidio penitenciario incluye a aquellos internos que hayan muerto en un lugar público, en el hospital y en permiso de salida; no solamente aquellos que se encuentren físicamente en la cárcel (Fazel y Ramesh, 2017).

3. Perfiles de riesgo de conductas suicidas en población penitenciaria

Una de las formas de poder actuar con esta población para disminuir las tasas de suicidio es mediante la realización de un perfil de riesgo dentro de la población penitenciaria. Una de las variables que hace que los factores de riesgo sean diferentes es el estado de la condena del interno. Es decir, si se encuentra en prisión preventiva o si existe sentencia firme. (Organización Mundial de la Salud, 2007). En el perfil de riesgo se debe determinar cuáles son aquellas características de este tipo de población que más se repiten en personas en riesgo de suicidio o en quienes ya lo han cometido. La OMS (2007) propone como forma de discriminar sobre qué internos se debe poner una mayor atención ya que muestran un riesgo de cometer suicidio superior al resto de sus compañeros es la creación de una lista con características comunes a aquellos internos que han cometido suicidio para así poder discriminar y prestar atención a aquellos que puedan necesitar de intervención preventiva.

La lista que se propone contiene características tales como el consumo de sustancias tóxicas o una historia de consumo. En cuanto al delito cometido o al encarcelamiento se habla de altos niveles de vergüenza, culpa o preocupación y que tenga sentimientos de desesperanza o incertidumbre con respecto al futuro. En cuanto a la conducta suicida, el tener pensamientos suicidas recurrentes, y la admisión de haber planeado como podría llevar a cabo la conducta son otros de los ítems propuestos. Que se cumplan una o más de las características citadas debería considerarse como indicativo de intervención.

Es importante señalar también que, a pesar de la utilidad de los perfiles de riesgo estos están también sujetos a cambios y que debido a esto es necesaria una constante actualización de dichos perfiles para que los programas de prevención se adapten a las necesidades actuales.

Dentro de los riesgos asociados al suicidio se incluyen los riesgos de las variables sociodemográfica y los relacionados con trastornos mentales. Dentro del área sociodemográfica tienen mayor riesgo de cometer suicidio aquellas personas que ya hayan pasado por un encarcelamiento previo, que sufran de enfermedades graves y crónicas, personas que no tengan pareja y aquellos de origen español. (Saavedra y López, 2015).

A parte de los factores de riesgo que se mencionan anteriormente, la edad, haber sufrido una experiencia de trauma o abuso, un intento previo de suicidio, el abuso de

sustancias, trastornos de la personalidad y sentimiento de desesperanza son otros de los factores de riesgo asociados a la población penitenciaria (Görgülü y Tutarel-Kışlak, 2012).

Tabla 2

Factores de riesgo

Factores de riesgo asociados al suicidio
Abuso de Sustancias
Historia de consumo
Experiencia de trauma
Altos niveles de vergüenza, culpa o preocupación
Experiencia de abuso
Pensamientos suicidas
Intento previo de suicidio
Sentimientos de desesperanza
Incertidumbre con respecto al futuro
Trastornos de la personalidad
Edad
Planificación de conducta suicida

OMS (2007) y Görgülü y Tutarel-Kışlak (2012)

Lohner y Konrad (2006) diferencian dentro de las conductas suicidas entre los comportamientos autolesivos y los intentos de suicidio. Establecen dos tipos de perfiles diferentes que llevan a cabo estas conductas.

El primero lo forman aquellos internos que realizan conductas autolesivas. Estos no tienen intención de cometer suicidio, si no que estas conductas son llevadas a cabo de forma impulsiva. Este perfil tiene rasgos psicopáticos y durante su estancia en prisión se caracterizan por llamar la atención y no pasar desapercibidos por sus acciones en el centro (Lohner y Konrad, 2006).

El segundo esta formado por aquellos que llevan a cabo intentos suicidas. Este perfil lo conforman internos más mayores que manifiestan la conducta de forma menos evidente debido a que no cometen faltas disciplinarias y a que padecen sintomatología depresiva. Es

por esto por lo que pasan desapercibidos por los profesionales de la institución aumentando así su riesgo de llevar a cabo un intento suicida (Lohner y Konrad, 2006).

3.1. Diferencias de sexo

Existen diferencias de sexo en el suicidio en población penitenciaria, siendo los hombres quienes muestran una tasa más elevada que las mujeres. En relación con el porcentaje de población penitenciaria que representan las mujeres, vemos que las cifras son inferiores al 10% en todos los países estudiados (Pastor y Torres, 2017).

Estudios relacionados con la ideación suicida y con la conducta suicida nos hablan de que las mujeres presentan mayores tasas de ideación suicida e intentos de suicidio, al utilizar métodos menos violentos, los hombres sin embargo son quienes presentan un mayor número de suicidios consumados (García de Jalón y Peralta, 2002). Sin embargo, no se observan diferencias de sexo entre el número de intentos suicidas realizados y las conductas autolesivas llevadas a cabo entre hombres y mujeres, ya que tanto mujeres como hombres llevan a cabo estas conductas en igual medida.

Según estudios como el de Cáceres et al. (1996) pertenecer al sexo femenino es un factor protector frente al suicidio en una institución penitenciaria, debido a factores como la capacidad de vinculación entre las internas, ya que el formar lazos de afectividad y de amistad con otras mujeres en la misma situación que ellas proporciona una red de protección frente a sentimientos de soledad, por ejemplo.

Por otro lado, se observa también una diferencia entre el número de hombres internos y de mujeres internas. La población penitenciaria masculina es superior a la femenina. En 2017 se registraron un total de 46.669 hombres frente a 3.792 mujeres; y en 2018 se registraron 46.675 hombres frente a 3.846 mujeres (Instituciones Penitenciarias, 2018).

3.2. Diferencias según el estado de la condena y la existencia de un encarcelamiento previo

La carrera criminal es un factor a tener en cuenta en la situación vital del interno, ya que esta puede considerarse un factor de riesgo. Ruiz et al. (2002) consideran dentro de la carrera criminal el número de ingresos anteriores en prisión, la edad en la que el interno fue

ingresado por primera vez, el delito actual por el que ese encuentra internado y si existen otras personas que están vinculadas a este delito.

La OMS (2007) estableció dos tipos de perfiles según el estado de sentencia de los internos. El primero se trata del perfil que abarca a aquellos que se encuentran en prisión preventiva -es decir, la privación de libertad de aquellas personas de las que se sospecha que han cometido un delito. La prisión preventiva tiene como finalidad evitar la fuga del posible autor del delito o la posible alteración de pruebas del hecho. Este perfil de riesgo indica que las personas con estas características tienen una mayor probabilidad de llevar a cabo conductas suicidas: hombres jóvenes (entre los 20 y los 25 años), solteros e incidentes por primera vez. El delito más común motivo del arresto suele estar relacionado con menores o con sustancias tóxicas.

El segundo perfil lo forman aquellos internos que ya tienen sentencia firme. En este caso las personas con mayor probabilidad de cometer suicidio son personas generalmente mayores que las del perfil anterior (media de entre 30 y 35 años), que han cometido delitos violentos y que llevan un período considerado largo en prisión (entre cuatro y cinco años).

Tabla 3

Perfiles de riesgo según estado de condena

<i>Características</i>	<i>Internos en prisión preventiva</i>	<i>Internos con sentencia firme</i>
Sexo	Hombre	No se indica
Edad	20-25 años	Entre 30-35 años
Estado civil	Soltero	No se indica
Estancia en prisión	Ingresados por primera vez	Ingresados durante un periodo largo
Delito cometido	Relacionados con menores o contra la salud pública	Delitos violentos

Larrotta-Castillo et al. (2014) encontraron que del primer al quinto mes de encarcelamiento del interno es cuando se ha encontrado una mayor incidencia de conductas suicidas. Este primer periodo del encarcelamiento debería de ser un periodo en el cual se preste atención al interno y a su salud mental para poder realizar una intervención. Pese al

alto número de conductas suicidas durante este periodo de tiempo la mayoría de estas constituyen intentos suicidas, por lo cual la conducta no se llega a consumir.

4. Enfermedades mentales

4.1. Enfermedades mentales más relacionadas con suicidio en población penitenciaria

Según el estudio de Saavedra y López (2015), en relación con el padecimiento de trastornos aquellas personas con antecedentes psiquiátricos familiares, personas que padezcan de Trastornos psicóticos, Trastornos de ansiedad, Trastornos afectivos, por dependencia de sustancias y Trastornos de personalidad son quienes encajan más en el perfil de riesgo; siendo el hecho de sufrir algún trastorno psicológico general la variable que más riesgo haciendo de estos internos los más vulnerables. Sherman y Morschauer (1989) incluyen también dentro de los trastornos más frecuentes el abuso de sustancias y señalan que estos trastornos tienen mayor prevalencia dentro de la población penitenciaria masculina.

La población penitenciaria en Estados Unidos consta de más de un millón de personas. Según un estudio realizado en 2009 en población penitenciaria estadounidense, la mitad de la población penitenciaria tiene por lo menos un problema de salud mental y, entre un 15 y 24% de esta, tiene un trastorno mental grave -como Trastorno de Depresión Mayor, Trastorno Bipolar o Esquizofrenia (Baillargeon et al., 2009). La finalidad de este estudio fue la de comparar la prevalencia del suicidio dentro de aquellos internos que padecían alguno de los siguientes trastornos -o tipología de estos:-Trastornos del Ánimo, Esquizofrenia, Trastornos Psicóticos y Trastorno Bipolar.

Los resultados de este estudio mostraron que aquellos internos que tenían un mayor riesgo de cometer suicidio eran aquellos con trastornos psicóticos -excluyendo la esquizofrenia-. Dentro de esta categoría se incluyeron los Trastornos esquizoafectivos, los Trastornos delirantes, los Trastornos psicóticos Inducidos por Sustancias y aquellos Trastornos psicóticos no especificados. No se encontraron las razones por las que los otros tres grupos tenían menor probabilidad de tener conductas suicidas. A la vez que tampoco se indica si estas personas estaban bajo tratamiento.

Ruiz et al. (2002) observaron que, dentro de las dos muestras analizadas con dependencia a tóxicos, la primera de ellas presenta una mayor sintomatología y a pesar de

tener pensamientos suicidas no habían llevado a cabo ninguna conducta suicida. La segunda consumía sustancias psicoactivas y no presentaba pensamientos suicidas, pero sí que se producían autolesiones.

Negredo et al. (2010) prestan especial atención a los trastornos de personalidad, siendo el grupo B en el que se encuentra mayor correlación con conductas suicidas destacando dentro de este el Trastorno de la personalidad límite y el Trastorno antisocial. El Trastorno de la personalidad límite podría ser considerado como factor de riesgo y predictor de la conducta suicida, ya que el criterio 5 del DSM-5 incluye el comportamiento suicida, incluyendo la actitud y amenazas recurrentes, junto con los comportamientos de automutilación.

En cuanto a psicopatía se encuentra que, como ya dijeron Lohner y Konrad (2006), los perfiles psicopáticos también pueden llevar a cabo una conducta suicida en instituciones penitenciarias (Douglas et al., 2006).

Douglas et al. (2006) señalan que no se puede descartar la intencionalidad suicida en una persona diagnosticada con psicopatía, ya que varios de los rasgos de psicopatía del factor 2 -el cual hace referencia a las conductas antisociales (Lohner y Konrad, 2006)- pueden implicar riesgo suicida. Lohner y Konrad (2006) encontraron diferencias según las puntuaciones obtenidas en la evaluación de psicopatía. A mayor puntuación obtenida observaron que los intentos de suicidio podían ser calificados de menor seriedad, por lo que la psicopatía no es excluyente de la comisión de conductas suicidas. También se debe contemplar la posibilidad de que sean realizadas con fines manipulativos (Douglas et al., 2006).

Negredo et al. (2010) concluyen que la relación entre los Trastornos de la personalidad y la conducta suicida a veces ha dado lugar a resultados discordantes, pese a esto el grupo con mayor riesgo de cometer suicidio es el grupo B (Trastorno de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista). Esto puede deberse a que se les caracteriza por una mayor emotividad.

El Trastorno de estrés postraumático es otro de los trastornos que pueden encontrarse como comunes dentro de la población penitenciaria. Facer-Irwin et al. (2019) encuentra que, de doce estudios en los que se analizó la correlación entre el Trastorno de

estrés postraumático y la conducta suicida, nueve de ellos encuentran resultados significativos. A pesar de esto, no se descarta la comorbilidad de este trastorno con otros, como es el depresivo, lo que relaciona este trastorno con las conductas suicidas.

La OMS estima que dentro del ámbito penitenciario occidental la incidencia de enfermedades mentales es hasta siete veces superior (OMS, 2007).

4.2. Relación entre antecedentes psiquiátricos y conducta suicida

En la muestra de 970 internos evaluada por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP) se encontró que, un 17,6% tiene recogidos antecedentes psiquiátricos y un 3,2% habían sido ingresados en un centro psiquiátrico con anterioridad a su internamiento. Sin tener en cuenta los antecedentes psiquiátricos, un 3,4% de los internos presentaba un Trastorno psicótico y un 12,8% un Trastorno afectivo. De la muestra estudiada, un 3% llevó a cabo conductas suicidas (intento de suicidio) antes de su ingreso a prisión y de este porcentaje aproximadamente un 75% presenta lo que se conoce como patología dual (DGIP, 2007). (DGIP, 2007).

Ruiz et al. (2002) encontraron que, entre 17% y el 38% de los internos estudiados (de una muestra de 416 internos) presenta antecedentes psiquiátricos antes de su ingreso en prisión. De esta muestra entrevistada la mayoría afirmó no haber tenido ni conductas ni pensamientos suicidas, sin embargo, en los resultados se muestra que entre un 9% y un 17% llevaron a cabo algún comportamiento autoagresivo.

El Programa de Prevención de Suicidios en centros penitenciarios se debe de realizar una evaluación con las personas que ingresan en el centro. Dentro de los aspectos evaluados en la entrevista de ingreso se encuentra la sintomatología que presenta como los antecedentes psiquiátricos y psicológicos como antecedentes familiares.

Los antecedentes psiquiátricos constituyen un factor de riesgo. Negrodo et al. (2010) señalan que, de los internos que llevan a cabo conductas autolesivas muchos de ellos han recibido tratamiento o bien psicológico o psiquiátrico antes de llevar a cabo la conducta suicida.

Romero et al. (2007) llevaron a cabo un estudio longitudinal en la que, de la población penitenciaria estudiada que había cometido suicidio, un 55,89% tenían antecedentes

psiquiátricos. El Trastorno depresivo fue el trastorno con mayor afectación ya que un 63,94% de las personas lo padecían; seguido de la esquizofrenia junto con la adicción a tóxicos que representaron un 8,84% de la muestra.

5. La institución penitenciaria

Pastor y Torres (2017) definen a los establecimientos penitenciarios como un núcleo urbano diseñado arquitectónicamente como independiente, que permite la separación interior y la clasificación penitenciaria de la población que alberga.

Los establecimientos penitenciarios se dividen de la siguiente forma: Centros Penitenciarios, Centros Psiquiátricos Penitenciarios (conocidos también como CIS), Centros de Inserción Social, Secciones Abiertas, las Unidades de Madres, Unidades de Custodia Hospitalaria y los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas.

Instituciones Penitenciarias (pertenecientes al Ministerio del Interior) define los centros penitenciarios como aquellas entidades arquitectónicas, administrativas y funcionales independientes. Son los mismos centros los que se encargan de su propia organización. Estos están formados por unidades, módulos y departamentos con finalidades diferentes. Las personas internadas desarrollan su vida en estos módulos donde se encuentran las celdas.

Según el artículo 2 del Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero (por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario) la actividad penitenciaria tiene como objetivo y fin primordial “la reeducación y reinserción social de los sentenciados a penas y medidas de seguridad privativas de libertad, así como la retención y custodia de los detenidos, presos y penados y la asistencia social de los internos, liberados y de sus familiares.”

Es por esto por lo que se debe tener en cuenta que el fin de los centros penitenciarios no es solamente la reeducación y reinserción social, si no que es también la retención y custodia de aquellos que hayan cometido infracciones que, señaladas por el Código Penal han de ser penadas con la privación de libertad durante un tiempo determinado.

Las penas privativas de libertad son actualmente la base del sistema penal de nuestra sociedad (Pastor y Torres, 2017), siendo estas el resultado de la evolución del sistema punitivo.

Según el artículo 72 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria: “Las penas privativas de libertad se ejecutarán según el sistema de individualización científica, separado en grados, el último de los cuales será el de libertad condicional, conforme determina el Código Penal.” Dividiéndose entonces la clasificación de los internos en tres grados. El primer grado se trata de un régimen de vida cerrado, el segundo, se cumple en establecimientos de régimen ordinario y el tercero se cumple en establecimientos de régimen abierto (es decir, se da un régimen de vida de semi-libertad).

El grado al que se asigna al interno es independiente del orden de estos (primero, segundo y tercero) existiendo incluso la posibilidad de ser asignado directamente al tercer grado (“por motivos humanitarios y de dignidad personal de penados enfermos muy graves con padecimientos incurables y de los septuagenarios valorando, especialmente su escasa peligrosidad” según la LO 1/2015, de 30 de marzo).

Independientemente del momento de internamiento -es decir, tanto los ya internos, como aquellos que acaban de ingresar en prisión como aquellos que están en internamiento provisional pueden acceder a él-, del grado y del módulo en el que se encuentren los internos, todos ellos pueden acceder al Programa Marco de Prevención de Suicidios (PPS). El PPS fue aprobado en 2014 (Instrucción 5/2014 S.G.II.PP.) con la finalidad de detectar e intervenir lo antes posible en aquellos individuos en situación de riesgo de suicidio. La primera valoración de posible riesgo de suicidio tiene lugar en la entrada a prisión de la persona, momento en el cual durante la entrevista se debe indagar sobre la posible existencia de este riesgo.

5.1. Características de las instituciones penitenciarias

El funcionamiento de los centros penitenciarios es como el de pequeñas ciudades, ya que tienen un funcionamiento independiente y autosuficiente, disponiendo de todos los servicios necesarios para su correcto funcionamiento. (Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014)

Dentro de los centros, los internos disponen de formación y de talleres de diversas temáticas a los que acudir, además, pueden ser asignados en diferentes puestos de trabajo como son la panadería, la lavandería, el economato o el servicio de limpieza. (Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014)

Los centros penitenciarios ordinarios están organizados mediante la diferenciación de zonas. En un centro tipo existen: módulos residenciales (ocupando la mayor parte de los centros) y módulos de aislamiento; cocinas, instalaciones, talleres y enfermería, una zona deportiva y cultural, una zona verde y otra de guardería. Y por otro lado Jefatura de Servicios y Oficinas, la zona de comunicaciones y visitas y la zona de ingresos junto con el control de accesos y el cuerpo de guardia. Los internos pasan la mayor parte de su día en los módulos residenciales. Los módulos que se distinguen en todas las prisiones son los módulos de respeto, de aislamiento, conflictivo y el módulo para enfermos mentales o adicciones; en algunas también existen los módulos de jóvenes.

Dentro del sistema penitenciario es esencial hablar del Principio Celular. Este principio se contempla en el artículo 19 de la Ley General Penitenciaria y en el artículo 13 del Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero. El Principio Celular habla del derecho que tienen todos los internos a una celda individual. Sin embargo, este principio puede verse alterado en tres ocasiones: en caso de insuficiencia temporal de alojamiento, por indicación del médico y por indicación de los equipos de observación.

5.2. Factores de riesgo de las instituciones penitenciarias: relación con el suicidio

La institución penitenciaria influye también como un factor de riesgo para aquellas personas que cometen suicidio dentro de esta. Factores ecológicos como la tasa de población que se encuentra internada en el mismo centro, siendo la sobrepoblación uno de los factores de riesgo asociados; la proporción de personal sanitario o de educación dentro de la institución penitenciaria con respecto a los reclusos que se encuentran en esta y el manejo de la salud mental de la institución en sí misma. (Fazel, Ramesh y Hawton, 2017).

La Real Academia Española (RAE) describe la sobrepoblación -superpoblación- como: “exceso de individuos de una especie o de un conjunto de especies en un espacio determinado”. El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) recomienda que se utilice como medida útil de referencia el conceder 4 metros cuadrados por persona para evitar la sobrepoblación y el hacinamiento

Aunque esta referencia de 4 metros cuadrados sigue siendo una medida muy pequeña que no garantiza la ausencia de hacinamiento ni un bienestar de la persona en ese espacio. Además de que otro factor a tener en cuenta es que gran parte de las celdas son compartidas

y que decidir entre celda compartida o individual no se trata de una decisión voluntaria. (García-Guerrero y Marco, 2012).

En el estudio de García-Guerrero y Marco (2012) sobre la sobreocupación de los centros penitenciarios la muestra de población era de 379 internos de los cuales un 85% de los internos consideró que el número de presos en prisión era superior al que debería. A la hora de preguntarles acerca de su opinión sobre las celdas compartidas se encontraron resultados dispares en cuanto a la intimidad, los niveles de ansiedad y de soledad, el nivel de agresividad, la sensación de peligro o amenaza.

Las conclusiones fueron las siguientes: un 50% de los internos entrevistados opinaban que la falta de intimidad producía mayor sensación de ansiedad, la cual implica niveles superiores de agresividad y una mayor conflictividad con el compañero de celda. Sin embargo, el 40% consideraba que la soledad producía ansiedad, depresión y agresividad.

Dentro de los efectos positivos a la hora de tener compañero de celda un 40% de la muestra entrevistada apuntaba que esto evitaba la ideación suicida y la soledad, sin afectar a la intimidad. Por otro lado, estudios como el de García-Guerrero y Marco (2012), Fruehwald et al (2002) y Leese, Thomas y Snow (2006) nos indican como la sobreocupación afecta directamente al número de suicidios cometidos en prisión.

Negredo et al. (2010) realizan un estudio en el que dentro de los factores de riesgo asociados al suicidio en prisión diferencian el riesgo que supone el internamiento en una institución penitenciaria como aquellos factores forenses y penitenciarios que afectan a la probabilidad de llevar a cabo una conducta suicida. Señalan que, tanto el impacto psicológico que tiene la entrada en prisión como el estrés asociado a la vida allí pueden ser situaciones que sobrepasen las habilidades de afrontamiento que pueden tener aquellos internos con una salud mental más vulnerable.

Dentro de los factores propuestos por Negredo et al. (2010) se podría hacer una diferenciación según aquellos relacionados con las condenas o los delitos cometidos y aquellos relacionados con la propia vida en prisión.

En los factores relacionados con las condenas o los delitos cometidos diferencian como factores de riesgo: estar en prisión preventiva o en fase temprana de condena (debido

al sufrimiento y a la incertidumbre que se relaciona con esta etapa); haber cometido un delito o bien violento o grave (se diferencia entre aquellas conductas suicidas realizadas por altos niveles de agresión en el individuo, aquellas impulsadas por una larga condena, las relacionadas con la victimización que sufren los internos o altos niveles de sentimientos de culpa o vergüenza); la expectativa de una condena larga (considerando como condena larga aquella igual o superior a los dieciocho meses); y la existencia de un encarcelamiento previo.

En aquellos factores que podrían estar más relacionados con la vida en prisión tenemos las faltas disciplinarias (siendo uno de los factores con mayor relación con las conductas autolesivas, relacionada también con la agresividad hacia las personas y objetos); estar en una celda de aislamiento (debido a las características físicas de este tipo de celdas -deprivación social y sensorial- en España no son usadas con internos con riesgo de suicidio) ;y sufrir de acoso (ya sea físico, verbal o sexual por parte de otros internos). (Negredo et al., 2010)

El PPS propone situaciones de riesgo a tener en cuenta , ya que pueden provocar que se de lugar una conducta suicida o pueden influir a la hora de tener ideación suicida. En esta lista se encuentran doce ítems distintos de situaciones de riesgo:

- Los períodos con menor presencia de profesionales en el centro.
- Las limitaciones regimentales (para las cuales será necesaria la emisión de un informe por el médico y el psicólogo de prisiones).
- Las situaciones de aislamiento (para las cuales siempre será necesario un informe del médico con anterioridad al traslado).
- Cualquier modificación de la situación penitenciaria de los internos.
- Las limitaciones regimentales.
- Momentos de descenso de actividades (como puede ser en periodos vacacionales, en los que la falta de ocupación puede afectar a la salud de los internos).
- Situaciones personales graves que puedan afectar al estado de ánimo.
- La repercusión mediática entorno a el interno (como puede suceder en casos mediáticos en los que la persona se convierte en el punto de mira de la sociedad).
- La existencia de una enfermedad mental.
- El abuso crónico de sustancias.

- Ciertas tipologías delictivas (aquellos internos por comisión de delitos de violencia de género, en el ámbito familiar, contra personas o contra la libertad sexual tienen una mayor probabilidad de cometer suicidios, ya que dentro de la cárcel también pueden ser aquellos considerados con menor estima entre los internos).
- Los intentos previos de suicidio o el haber llevado a cabo conductas autolesivas

La relación con los compañeros con los que el interno comparte vida en el módulo de la institución es también otra variable que se debe tener en cuenta como factor de riesgo. Way et al. (2005) concluyeron en su estudio sobre factores relacionados con el suicidio en prisión que de la muestra analizada un 50% de esta se había visto implicada en conflictos con otros internos.

5.3. Formas de llevar a cabo la conducta suicida

Uno de los métodos de prevención y de elaboración de un perfil de riesgo es mediante el conocimiento de los métodos más comunes empleados por los internos que llevan a cabo conductas suicidas.

López-Medel (2019) habla en su artículo de varias noticias en las que se habló de suicidios en cárceles. Estas noticias difieren mucho entre sí, ya que las situaciones vitales, los motivos y la forma de llevar a cabo la conducta variaban. En el primero de los casos, fue un interno de la cárcel de Hueva que, tras 20 años encarcelado, amenazaba con quitarse la vida tras manifestar su oposición a ser excarcelado. A poco tiempo del encarcelamiento decidió llevar a cabo la conducta, realizándose un corte con un arma blanca (cuchilla) en la zona de cuello. Al ser en las puertas de la cárcel frente a varios funcionarios y a un guardia civil y por la rápida actuación de estos el interno logró salvarse.

En esta misma cárcel sucedió también otro intento suicida, cuando un interno ingirió todas las pastillas que había conseguido acumular de las dosis de días anteriores, provocándose así una intoxicación. (López-Medel, 2019)

Otra de las noticias en las que se habla de suicidio tuvo lugar en el centro penitenciario de Zuera. En el caso de este interno, su conducta suicida ha dado lugar a que se abriese la vía judicial, ya que fue el mismo centro quien hizo dos comunicaciones sobre la situación en la que se suicidó el interno. Primeramente, indicando que había tenido lugar en las duchas, para después proporcionar la versión oficial: el interno se había ahorcado en el techo de una de

las celdas de aislamiento utilizando el cable de un televisor -objeto no permitido en este tipo de celdas debido a la peligrosidad que puede presentar. Este mismo interno había intentado ver a su hija recién nacida a partir de ingerir varias piezas de tornillos con la esperanza de salir de prisión. (López-Medel, 2019)

Por otro lado, en el centro penitenciario de Sevilla-I en el periodo de tiempo de dos meses fueron tres internos los que se suicidaron mediante el abuso de sustancias tóxicas provocándose una sobredosis. (López-Medel, 2019). Estas noticias de diferentes puntos de España permiten ver que no hay una forma común de llevar a cabo la acción suicida dentro de los presos. Al estar los internos bajo la responsabilidad del Estado y de Instituciones Penitenciarias durante el periodo de duración de la condena, son estos quienes se encarguen de su cuidado y atención en situaciones de riesgo.

En el estudio de Larrotta-Castillo et al. (2014) sobre el comportamiento suicida en varias cárceles de Colombia estudiaron aquellos métodos utilizados por los internos que cometieron intento de suicidio y por aquellos que cometieron suicidio consumado. Encontraron que aquellos que consumaron el suicidio habían empleado como método más común la asfixia mecánica, tanto por sofocación como por ahorcamiento. Sin embargo, aquellos que habían realizado un intento suicida habían empleado, además de la asfixia mecánica, armas cortantes y agentes químicos.

Un 66,7% de la muestra estudiada que había realizado un intento de suicidio había utilizado el arma cortante como método para llevar a cabo la conducta suicida; por otro lado lo más utilizado en aquellos casos en los que se consumó el suicidio fue el ahorcamiento (Larrotta-Castillo et al.,2014).

En el documento dedicado a la Prevención de Suicidio en Cárces y Centros Penitenciarios de la OMS (2007) indica que una de las formas más comunes de llevar a cabo la conducta suicida en estas instituciones es mediante el ahorcamiento cuando los internos se encuentran en celdas de aislamiento o en momentos en los que el número de funcionarios en el centro penitenciario es menor (como durante la noche o en fines de semana).

6. Marco legal de la conducta suicida

6.1. Situación actual del marco legal

El marco legal del suicidio esta regulado en la Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre del Código Penal (LO 1/2015 de reforma del CP), en la STC 11/1991 de 17 de enero y en el artículo 43 de la Constitución Española. En este último artículo (artículo 43 de la CE) “se reconoce el derecho a la protección de la salud” en su primer apartado, dedicando el apartado 43.2 y 43.3 a las competencias de los poderes públicos con respecto a la protección de la salud.

El suicidio es una conducta que no se encuentra penada en el Código Penal, sin embargo, en el artículo 143 del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre del Código Penal (LO 1/2015 de reforma del CP) esta tipificada la participación de terceros. En el apartado 143.1 se típica la inducción al suicidio, en el 143.2 la cooperación con actos necesarios y en el 143.3 si la cooperación tiene como resultado la muerte de la persona y el 143.4 se contempla la cooperación o causa de la muerte de otra persona en caso de que esta sufriera una enfermedad grave.

El suicidio en población penitenciaria sin embargo se plantea de forma distinta ya que en este caso se habla de responsabilidad institucional, a la cual en jurisprudencia se denomina responsabilidad patrimonial. El artículo 106.2 de la Constitución Española (CE) señala que “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”. En este artículo se indica que, siempre que se justifique que los daños sufridos por la persona sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos tendrán derecho a ser indemnizados por esto. Aquí entraría el debate de hasta qué punto se puede justificar que una conducta suicida ha sido producida por negligencia de la institución pública. La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común puntualiza en el artículo 139.1 que, “en todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Es el deber de Instituciones Penitenciarias velar por el cuidado y la protección de los internos. Así aparece en el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria en la cual se garantiza la vida, integridad y salud de estos. Esto mismo se repite en el artículo 4.2 del Real

Decreto 190/1996 del Reglamento Penitenciario. Según la Sentencia del Tribunal Supremo 3º, 13.3.1898, EDE 1989/2843 en caso de autolesiones o suicidios "este deber se cumple a través de una serie de medidas de vigilancia y seguridad tendentes entre otras cosas a proteger a los reclusos de agresiones de toda índole por parte de otros compañeros e incluso de sí mismos (caso de autolesiones, suicidios)" junto con la garantía de atención sanitaria en la que se contempla la curación y la rehabilitación de la persona (Barrios, 2001).

El Programa Marco de Prevención de Suicidios tiene como finalidad la protección de aquellos internos que puedan encontrarse en situación de riesgo ante la realización de una conducta suicida. Este se encuentra regulado por la Instrucción 14/2005. Por otro lado, marcando el protocolo de actuación ante el riesgo de conductas suicidas tenemos el Programa de Prevención de Suicidio. Programa diseñado para la protección de internos, el diseño de perfiles de riesgo y seguimiento y evaluación de la aplicación del programa. El PPS se encuentra regulado por la Instrucción 16/1998, de 1 de diciembre.

7. Metodología

Para el estudio de la situación actual del suicidio en población penitenciaria se realiza una revisión bibliográfica para analizar y comparar lo encontrado en los diferentes artículos y fuentes. Dentro de las bases de datos revisadas las más utilizadas fueron Pubmed, Google Scholar, Cochrane library, Scielo, WOS y Medline.

Además de la revisión sistemática de artículos en estas bases de datos, también fueron utilizadas como fuentes de información publicaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud, el Instituto Nacional de Estadísticas, el Ministerio de Sanidad y dentro de esta, lo publicado por la Secretaría General Instituciones Penitenciarias. A nivel legal fueron consultados el Boletín Oficial del Estado, Código Penal, la Ley General Penitenciaria y la Constitución Española para obtener aquellos artículos bajo los que están regulados el suicidio como acción, el suicido en población penitenciario y las características, funciones y limitaciones de la institución penitenciaria.

Como limitaciones a la hora de realizar la revisión bibliográfica quisiera nombrar la dificultad para acceder a ciertas informaciones proporcionadas por la OMS , ya que al estar calificadas como módulo restringido era imposible acceder a su lectura. Otra de las limitaciones ha sido tanto la diversidad de datos encontrados como la dificultad para acceder

a algunas de las fuentes de información de las estadísticas de muertes por suicidio, tanto en población general como en población penitenciaria.

8. Conclusiones y discusión

La visibilización de la salud mental y de su importancia en población general es un reto para la sociedad, ya que todavía existen muchos mitos al respecto y estigmas por padecer un trastorno mental. En población penitenciaria este estigma y esta invisibilización de los trastornos mentales es aún mayor, ¿es fácil en prisión decir abiertamente que tienes depresión?

Sucede lo mismo al hablar de suicidio. Se trata de un tema complejo de tratar y es una problemática que apenas aparece en los programas de estudio de los grados de salud. La tasa de suicidio en población penitenciaria es muy superior a la tasa en población general llegando a ser casi ocho veces superior por encima de la tasa registrada de población general (Bedoya, Martínez-Carpio, Humet, Leal y Lleopart, 2009), como se mencionó anteriormente.

Muchas veces al ser planteado el problema del suicidio en instituciones penitenciaria se olvida que la institución penitenciaria puede ser en sí mismo un factor de riesgo y que la entrada en prisión es una de las situaciones más estresantes a las que una persona se puede enfrentar. Al igual que no se valora la dificultad que pueden experimentar muchos de los internos de abandonar la institución penitenciaria después de haber pasado una condena larga en esta, sin familia o un hogar que les espere a la salida. Ofrecer apoyo y seguimiento psicológico a los internos tras la salida de la prisión debería ser una de las ofertas de las instituciones penitenciarias. Aunque existan organizaciones que se dediquen a este tipo de ayudas es la institución quien debería facilitar la comunicación con estas o ser ella quien ofrezca apoyo este apoyo en primer lugar.

Es difícil situarse en la posición de una persona que se encuentra internada en un centro penitenciario. El confinamiento del año 2020 por la pandemia del COVID-19 puede acercar al sentimiento de aislamiento y de estar confinado sin posibilidad de movimiento. Esta situación ha acercado a la población general de forma no voluntaria a la situación que viven los internos y se ha podido ver como esta situación ha afectado a la salud mental. Este tipo de sensibilizaciones han podido resultar muy positivas a la hora de realizar cambios dentro del funcionamiento de las instituciones, como puede ser el número de internos por

centro y la sobrepoblación. Al ser más conscientes de su sufrimiento y de su situación se pueden realizar mayores cambios.

No obstante sigue siendo una situación sobre la que hay muy poca información y visibilización al respecto.

Una forma de conceptualizar como debe ser la sensación de estar interno durante un largo periodo de tiempo es imaginarse no poder andar en línea recta sin dar con el mismo muro o misma pared durante años. Perder la sensación de poder andar sin ver el fin, como puede suceder en el campo. Estos detalles afectan a la salud mental, al sentimiento de soledad, de desesperación, a la incertidumbre.

La prisión no puede ser vista como un mero lugar de estancia para los internos si no también como un factor de riesgo, ya que son muchas las variables que pueden resultar ser dañinas para los internos.

La finalidad de las penas privativas de libertad no es solo la punitiva, si no que también existe la finalidad educativa y de reinserción en la sociedad. No obstante, existiendo unos porcentajes tan altos de internos con problemas de salud mental, con sentimientos de desesperanza y de tristeza y con pensamientos suicidas, ¿se consigue realmente una reinserción en la sociedad?

La DGIP encontró que un 17,6% de los internos tiene recogidos antecedentes psiquiátricos, por lo que se consideraría a este porcentaje como población de riesgo desde el momento de entrada a prisión ya que son más vulnerables frente a la situación de ser internados. Instituciones Penitenciarias ofrece un número de psicólogos limitados para las instituciones, según el Ministerio del Interior se ofrecen un total de 58 plazas en la convocatoria para el Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias con la especialidad de psicología (Instituciones Penitenciarias, 2018).

Estas 58 plazas ofrecidas por año contrastan con los 50.916 internos registrados por Instituciones Penitenciarias en 2018. En 2014 se registraron un total de 949 plazas ocupadas por empleados públicos penitenciarios (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014). Dentro de estas plazas no se especifica el total de plazas dirigidas a la salud mental y a la atención psicológica.

A raíz de estos datos resulta fácil preguntarse si hay los suficientes psicólogos en las cárceles españolas y si se les brinda a los internos la atención psicológica y sanitaria necesaria. Debido a la gran diferencia encontrada entre psicólogos e internos en centros penitenciarios

muchos de los internos que necesiten de ayuda psicológica no podrán acudir a ella ya que estos estarán desbordados y no podrán atenderlos en la frecuencia adecuada.

Estar en tratamiento continuo en prisión como puede ser fuera de esta resulta mucho más complicado. A pesar de esto el Programa de Prevención de Suicidios es quien debe encargarse de evaluar y de identificar si hay posibilidad de que un interno lleve a cabo conductas suicidas. Pero el número de suicidios en este tipo de instituciones sigue siendo alto por lo que no se está consiguiendo la eficacia deseada. Es por esto por lo que la mejora de los programas actuales podría tener los resultados que se esperan. El PPS, por ejemplo, ofrece el acompañamiento diario de un interno de confianza al interno que tiene riesgo de cometer la conducta suicida. Esta acción puede tener efectos muy positivos sobre la persona, pero un mayor acompañamiento psicológico además puede ser clave. Los psicólogos en prisión no tienen tiempo de atender las demandas necesarias ya que son pocos dentro de las instituciones y la posibilidad de acudir a tratamiento psicológico puede ayudar a disminuir las tasas de suicidio. Dentro de los factores de riesgo mencionados aparecen temas como la desesperanza, la incertidumbre, la culpa o el remordimiento por el delito realizado. Estos son algunos de los temas que podrían tratarse.

Podría considerarse que el encontrarse bajo tratamiento es un factor de protección frente a llevar a cabo la conducta suicida. De esta forma los pensamientos y la intencionalidad suicida serían detectados por el psicólogo encargado del tratamiento, por lo que llevar a cabo el PPS sería más rápido.

A pesar de lo que se suele pensar, la mayor parte de las personas con intención de cometer suicidio tienen sentimientos ambiguos sobre llevar a cabo el suicidio y buscan que alguien se de cuenta y puedan ayudarles a evitar llegar a cometer la conducta (Programa Marco de Prevención de Suicidios, 2005). Es en esta intención de que alguien se de cuenta del sufrimiento por el que están pasando donde el tratamiento sería de mayor utilidad, ya que no solo ofrece la protección deseada si no que ofrece a los internos alguien que les escuche. ¿Poseen los internos las herramientas necesarias para pedir ayudar en caso de necesitarla? Se ha visto que muchas veces son los internos considerados como “buenos” quienes carecen de la atención de los funcionarios al tener buen comportamiento y por esto existe un mayor riesgo.

El Programa Marco de Prevención de Suicidios (2005) señala algunos de los mitos acerca del suicidio en prisión. Frente a estos mitos están los hechos contrastados que

realmente suceden. Dentro de los cuales vemos que aquellos internos que realizan la conducta suicida han manifestado previamente de forma directa o indirecta que existía una intención suicida. Este mismo programa es el que señala que “con una buena preparación y un buen programa casi todos los suicidios penitenciarios se pueden evitar”.

A partir de la realización de los cambios necesarios, la atención y tratamiento de los internos y en los marcos de actuación de las Instituciones Penitenciarias el número de suicidios cometidos por los internos disminuiría y se podría lograr que se equiparasen al de la población general en lugar de superarlo.

Bibliografía

- Baillargeon, J., Penn, P. V., Thomas, C. R., Temple, J. R., Baillargeon, G. y 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), 188-192.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19535556/>
- Barrios, L. (2001). El suicidio en Instituciones Penitenciarias: I. Responsabilidad institucional. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 3(3), 118-127. <https://bit.ly/3thqTli>
- 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 [Incidence of suicide in Catalan prisons: a descriptive and comparative study]. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 11(2), 37-41. <https://bit.ly/31SnIES>
- Cayuela, A., et al. (2018). Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016. *Revista Psiquiatría Salud Mental*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.07.002>
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- Council of Europe. (2020, 7 abril). *Europe's rate of imprisonment falls, according to Council of Europe survey*. Prisons and Community Sanctions and Measures.
https://www.coe.int/en/web/prison/home//asset_publisher/ky2olXXXogcx/content/europe-s-rate-of-imprisonment-falls-according-to-council-of-europe-survey1?_101_INSTANCE_ky2olXXXogcx_viewMode=view/
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio Interior (2007). Estudio sobre Salud Mental en el medio penitenciario. Estrategia global de actuación en Salud Mental. Madrid.
<https://bit.ly/39VK0tH>
- Douglas, K., Herbozo, S., Poythress, N.G., Belfrage, H. y 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>
- Facer-Irwin, E., Blackwood, N., Bird, A., Dickson, H., McGlade, D., Alves-Costa, F. y MacManus D. (2019). PTSD in prison settings: A systematic review and meta-analysis of comorbid mental disorders and problematic behaviours. *PLoS ONE*, 14(9), 1-28.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222407>
- Fazel, S., Ramesh, T., y Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The 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)

- Fruehwald, S., Frottier, P., Ritter, K., Eher, R., Gutierrez, K. (2002) Impact of overcrowding and legislative change on the incidence of suicide in custody Experiences in Austria, 1967–1996. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 119-128. <https://doi.org/dgbr2r>
- García-Guerrero, J., Marco, A. (2012). Sobreocupación en los Centros Penitenciarios y su impacto en la salud . *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 14, 106-113. <https://doi.org/10.4321/s1575-06202012000300006>
- García de Jalón, E., Peralta, V., (2002) Suicidio y riesgo de suicidio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 25 (3): 87-96. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0844>
- Görgülü, T., Tutarel-Kışlak, Ş. (2014). *Submissive Behaviour, Depression, and Suicide Probability in Male Arrestees and Convicts*. *Archives of Neuropsychiatry*, 51, 40-45. <https://doi.org/ggrxkt>
- Herrera Ramírez, R., Ures Villar, M. B. y Martínez Jambriña, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 123-134. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352015000100009>
- Larrotta-Castillo, R., Luzardo-Briceño, M., Vargas-Cifuentes, S. y Rangel-Noriega., K. (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 56 (1), 83-95. <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>
- Leese, M., Thomas, S. y 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>
- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Boletín Oficial del Estado, núm. 285, de 27 de noviembre de 1992. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1992-26318>
- Ley 16/1998, de 27 de octubre, de Creación del Instituto de Realojamiento e Integración Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 293, de 8 de diciembre de 1998. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1999/BOE-A-1999-5470-consolidado.pdf>
- Ley 14/2005 del Programa Marco de Prevención de Suicidios. Dirección General Instituciones Penitenciarias. <https://www.acaip.es/file.php?file=/circulares/doc/instruccion-5-2014.pdf>
- Ley 14/2005 del Programa Marco de Prevención de Suicidios. Dirección General Instituciones Penitenciarias. <https://www.acaip.es/file.php?file=/circulares/doc/instruccion-5-2014.pdf>
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Boletín Oficial del Estado, núm. 239, de 5 de octubre de 1979. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1979-23708>
- Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm. 281, de 24 de noviembre de 1995. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm. 77, de 31 de marzo de 2015, páginas 27061 a 27176. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3439
- Lohner, J. y 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, 370-385. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2006.03.004>
- López-Medel, J. (2019). Suicidios en Prisión (I). *Abogacía Española*.
<https://www.abogacia.es/actualidad/opinion-y-analisis/suicidios-en-prision-i/>
- Ministerio de Sanidad. Gobierno de España (2020). Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales. <https://n9.cl/vqi8l>
- Negredo, L., Melis y F. Y Herrero, O. (2010). Factores de riesgo de la conducta en internos con trastorno mental grave. *Catálogo general de publicaciones oficiales. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior*.
http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Negredo_2010.pdf
- Organización Mundial de la Salud y IASP (International association for suicide prevention) (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. <https://n9.cl/947kd>
- Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Trastornos mentales y cerebrales. *Departamento de salud mental y toxicomanías*. https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
- Pastor, E. y Torres, M. (2017) El sistema penitenciario y las personas privadas de libertad en España desde una perspectiva internacional. *Política Criminal*, 12(23), 124-150.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-33992017000100005>
- Real Academia Española. (s.f.). Sobre población. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 27 de noviembre de 2020, de <https://dle.rae.es/sobrepoblación>
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Boletín Oficial del Estado, núm. 40, de 15 de febrero de 1996, pág. 5380 a 5435.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-3307>
- Ruiz, J., Gómez, I., Landazabal, M., Morales, S., Sánchez, V., y 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>
- Ruiz-Pérez, I., y Olry de Labry-Lima, A. (2006). El suicidio en la España de hoy [Suicide in Spain today]. *Gaceta sanitaria*, 20(1), 25–31. <https://doi.org/10.1157/13086023>

Saavedra, J., y 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>

Secretaría General Instituciones Penitenciarias. Gobierno de España (Ministerio del Interior). (s. f.). *Información Establecimientos Penitenciarios*. Instituciones Penitenciarias. Recuperado 12 de febrero de 2021, de

<https://www.institucionpenitenciaria.es/es/web/home/establecimientos-penitenciarios/información-establecimientos-penitenciarios>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Gobierno de España (2014). *El sistema penitenciario español*. <https://bit.ly/3s1aZdq>

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Gobierno de España (2018). Informe General 2018.

http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2018_12615039X.pdf/8a50dca8-8e28-4fbe-bd44-b5c95f12393a

Sherman, L. y Morschauser, P. (1989) Screening for suicide risk in inmates. *Psychiatric Quarterly*, 60, 119-38. DOI: [10.1007/BF01064939](https://doi.org/10.1007/BF01064939)

Yang, A., Tsai, S.-J., Yang, C.-H., Shia, B.-C., Fuh, J.-L., Wang, S.-J., Peng, C.-K. y Huang, N. E. (2012). Suicide and media reporting: a longitudinal and spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 427-435. <https://doi.org/f4nz89>

ANEXO

Índice de siglas utilizadas

- BOE: Boletín Oficial del Estado
- CIS: Centros de Inserción Social
- CE: Constitución Española
- CP: Código Penal
- DGIP: Dirección General de Instituciones Penitenciarias
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- LO: Ley Orgánica
- PPS: Programa de Prevención de Suicidios
- RAE: Real Academia Española

Índice de tablas

Tabla 1: Comparativa datos estadísticos sobre el suicidio (pág. 7)

Tabla 2: Factores de riesgo (pág. 11)

Tabla 3: Perfiles de riesgo según estado de condena (pág. 13)

