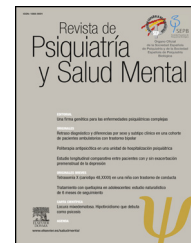


Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios

Javier Saavedra^{a,*} y Marcelino López^b

^a Departamento de Psicología Experimental, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Departamento de Evaluación y Programas, Fundación Andaluza Pública para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental, Sevilla, España

Recibido el 3 de abril de 2013; aceptado el 15 de julio de 2013

PALABRAS CLAVE

Suicidio;
Prisiones;
Factores de riesgo;
Trastornos mentales;
Salud en hombres

Resumen

Objetivos: Numerosas investigaciones muestran que el riesgo de suicidio en los centros penitenciarios es superior al de la población general. Los objetivos del trabajo son primero explorar el riesgo de suicidio de internos condenados masculinos en centros penitenciarios andaluces; y segundo, estudiar los factores sociodemográficos, penales y, especialmente, psicopatológicos, asociados a este riesgo.

Métodos: Fueron evaluados 472 internos con condena de 2 centros penitenciarios andaluces aplicándose una entrevista sociodemográfica, el cuestionario de trastornos de personalidad IPDE, la entrevista diagnóstica SCID-I (DSMIV) y el cuestionario de riesgo suicida Plutchick. Los evaluadores fueron psicólogos clínicos entrenados con experiencia en el medio penitenciario. Se calcularon los OR crudos y ajustados por medio de la ejecución de una regresión logística.

Resultados: El 33,5% de la muestra se encuentra en situación de riesgo de cometer suicidio. Los diagnósticos (prevalencia vida) de trastorno afectivo (OR ajustado 3.329), por dependencia (OR ajustado 2.733), un trastorno de personalidad (OR ajustado 3.115) y trastorno de ansiedad (OR ajustado 1.650) junto con los antecedentes psiquiátricos familiares (OR ajustado 1.650) fueron las variables predictivas que resistieron como factores de riesgo el análisis de regresión. Ninguna variable sociodemográfica con OR crudos significativos resistió el análisis de regresión.

Conclusiones: Las variables psicopatológicas son esenciales y las más potentes para explicar el riesgo suicida en el medio penitenciario. Un correcto y exhaustivo diagnóstico, seguido del adecuado tratamiento por profesionales de salud mental durante los internamientos penitenciarios son esenciales para prevenir el riesgo de suicidio.

© 2013 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjsaavedra@us.es (J. Saavedra).

KEYWORDS

Suicide;
Prisons;
Risk factors;
Mental disorders;
Male health

Risk of suicide in male prison inmates

Abstract

Aims: Many studies have demonstrated that the risk of suicide in prison is higher than in the general population. This study has two aims. First, to explore the risk of suicide in men sentenced in Andalusian prisons. And second, to study the sociodemographic, criminal and, especially, psychopathological factors associated with this risk.

Methods: An assessment was made of 472 sentenced inmates in two Andalusian prisons, and included a sociodemographic interview, the IPDE personality disorders questionnaire, the SCID-I diagnostic interview (DSMIV), and the Plutchick suicide risk questionnaire. The interviewers were experienced clinical psychologists with training in prison environments. Adjusted ORs were calculated using a logistic regression.

Results: A risk of committing suicide was detected in 33.5% of the sample. The diagnoses (lifetime prevalence) of affective disorder (adjusted OR 3329), substance dependence disorders (adjusted OR 2733), personality disorders (adjusted OR 3115) and anxiety disorder (adjusted OR 1650), as well as a family psychiatric history (adjusted OR 1650), were the predictors that remained as risk factors after the regression analysis. No socio-demographic risk factor was significant in the regression analysis.

Conclusions: The psychopathological variables are essential and the most powerful factors to explain suicide risk in prisons. A correct and systematic diagnosis, and an appropriate treatment by mental health professionals during the imprisonment are essential to prevent the risk of suicide.

© 2013 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La tasa de suicidios en los centros penitenciarios es significativamente mayor que la tasa en la población general tanto en España como en el mundo¹⁻⁴. En España la tasa del año 2006 en los centros penitenciarios fue 0,46 por 1.000, superior a la tasa de la población normal de ese año que fue de un 0,11 en hombres y un 0,03 en mujeres⁵. No obstante, hay que señalar que a partir de la implementación del Programa Marco de Prevención de Suicidios en los Centros Penitenciarios, programa regulado por la instrucción 14/2005, se ha producido una reducción de la tasa de suicidios en la última década. En concreto, de acuerdo con datos de instituciones penitenciarias, la tasa de suicidios ha descendido de 0,54 a 0,41 suicidios por 1.000 desde el año 2000-2009⁶.

Debido a la relevancia de la cuestión algunas investigaciones nacionales e internacionales han intentado determinar cuáles son los factores que se encuentran asociados al riesgo de cometer suicidio en el medio penitenciario. Por ejemplo, Blaauw, Kerhof, Lindsay y Hayes mediante un análisis de 95 casos de suicidio en cárceles holandesas determinaron que una combinación de 2 variables demográficas (edad sobre 40 años y falta de hogar), 2 variables legales (encarcelamiento previo y delito violento) y 2 variables relacionadas con trastornos psicológicos (historia de tratamiento psiquiátrico y de abuso de drogas) podían predecir el 82% de las víctimas de suicidio en la población penitenciaria holandesa con 0,82 de especificidad². Estos mismos autores advierten de las dificultades de relacionar la conducta suicida (ideaación, intentos y suicidios cometidos) con distintos trastornos psiquiátricos debido a la dificultad de identificar y diagnosticar de forma rigurosa correctamente a los internos en el medio penitenciario. El padecimiento de un trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo muy importante relacionado claramente con el riesgo de suicidio⁶⁻⁸.

Los trastornos psiquiátricos más habituales en la población penitenciaria con riesgo suicida son la dependencia a sustancias psicoactivas, los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos⁹. Al respecto de los trastornos psicóticos algunos autores nos advierten de la importancia de considerar los síntomas positivos y no solo el simple diagnóstico¹⁰.

Más recientemente, Negredo, Melis y Herrero estudiaron la conducta suicida de 29 internos en del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent, 11 internas del mismo centro y 6 hombres control. Estos autores remarcan en sus conclusiones que además de la psicopatología de corte depresivo y los trastornos relacionados con el consumo de tóxicos es necesario tener muy en cuenta los rasgos de personalidad desinhibida, antisocial y agresiva. Este hecho nos lleva a considerar los trastornos de personalidad (eje II del DSM) en el estudio de la conducta suicida en la población penitenciaria⁶.

Aparte de los factores psicopatológicos, han sido señalados otras variables sociodemográficas y legales para explicar la conducta suicida. Por ejemplo, presentan mayor riesgo de una conducta suicida (ideaación, intento y suicidio) ser hombre, ser preventivo, el no disfrutar de pareja o el aislamiento social¹¹, haber tenido una condena previa¹², los delitos violentos⁵, cumplir condena en el país de origen y tener más de 40 años⁶. Respecto a la edad existen investigaciones que señalan que ser joven es un factor de riesgo¹³. También, recientes investigaciones han hallado que estar casado se comporta como un factor de riesgo, aunque pequeño¹⁴, lo cual contradice la consideración de no tener pareja como factor de riesgo. En el resto de variables consideradas como factores de riesgo existe poco o ningún debate respecto a su influencia en la conducta suicida en el ámbito penitenciario.

Los objetivos del presente estudio son hallar el riesgo de suicidio de hombres con condena en los centros

penitenciarios andaluces y estudiar la asociación de este riesgo con un conjunto de variables socio-demográficas, judiciales y psiquiátricas.

Método

Participantes

Se seleccionaron aleatoriamente 500 hombres internos condenados en prisiones andaluzas a partir de los datos facilitados por la dirección 2 centros. Un número de 250 internos procedían del centro penitenciario de Albolote (Granada) y 250 de Morón (Sevilla). Morón y Albolote son de los centros penitenciarios con mayor número de internos en Andalucía. En concreto, el centro de Morón recluía en el momento de seleccionar a los internos a 1.712 internos y Albolote 1.754. Debido a la gran población de estos centros, la gran movilidad de la población penitenciaria y a la inexistencia de perfiles de ingreso diferentes en las cárceles andaluzas consideramos que estos centros eran representativos de los centros penitenciarios andaluces. Para ser incluidos los internos debían tener un dominio suficiente de la lengua española (capacidad de comprender las preguntas de los entrevistadores y de responder adecuadamente), no padecer ninguna enfermedad neurológica y tener más de 6 meses de condena restante. Se contactó con 500 internos de los cuales fueron evaluados finalmente 472, un número de 247 internos en el centro de Morón (52,33%) y 225 en Albolote (47,67%). El número de internos que rehusaron participar y firmar el consentimiento informado fue de 18 (3,6%) y hubo 3 datos perdidos. La gran mayoría de los internos que rehusaron firmar el consentimiento pertenecían a grupos organizados de carácter político o religioso. El resto de internos no fue incluido en la muestra por no cumplir los criterios de inclusión. Los internos seleccionados inicialmente que no pudieron encontrarse en los centros penitenciarios debido a que, por ejemplo, habían cambiado de cárcel o habían sido liberados, fueron sustituidos por aquellos incluidos en una lista de reservas también aleatorizados por módulos.

La muestra final fue representativa para una población penitenciaria de 15.000 internos en Andalucía con una precisión de un 2%, un nivel de confianza del 95% con un valor del parámetro que deseamos medir de 0,5. Todos los internos firmaron un consentimiento informado, al tiempo que se les dotó de un código para que se pudiera trabajar sin que en ningún momento pudieran ser identificados. La selección y ejecución del estudio fue aprobado por las direcciones de los centros e instituciones penitenciarias. Una comisión de la Fundación Andaluza Pública para la Integración del Enfermo Mental (FAISEM) y las direcciones de los centros supervisaron el desarrollo del proyecto con el objetivo del cumplimiento de los requerimientos éticos.

La [tabla 1](#) describe la muestra de nuestro estudio. Se puede observar que la media de edad está ligeramente por debajo de los 40 años, los internos disponen de un nivel educativo muy bajo, la mayoría no tiene pareja, un 18% son inmigrantes, prácticamente la mitad ha sufrido encarcelamientos previos y padecen una prevalencia vida de trastornos psicológicos muy alta.

Procedimiento

Un equipo de 8 psicólogos clínicos con experiencia en el ámbito penitenciario, divididos en grupos de 4 en cada centro penitenciario, diagnosticó mediante una batería de instrumentos a los internos seleccionados. Los entrevistadores fueron entrenados previamente en los instrumentos de evaluación, especialmente en la aplicación de la entrevista diagnóstica SCID-I. El entrenamiento en este instrumento se llevó a cabo mediante el uso de casos clínicos aportados por el coordinador del proyecto hasta alcanzar una fiabilidad aceptable entre los entrevistadores. Al final del periodo de entrenamiento los 8 entrevistadores alcanzaron al menos un 80% de acuerdo en los diagnósticos de los casos clínicos. Una vez al mes se celebraban seminarios con cada equipo para analizar y supervisar los diagnósticos de los internos en los que hubiera dudas y se determinaba, en el caso que fuera necesario, un diagnóstico de forma grupal con al menos el 75% de acuerdo entre los 4 entrevistadores y el coordinador. El diseño, el contacto con los centros penitenciarios y la realización de los diagnósticos se llevó a cabo entre los años 2010-2011. Entre los años 2011-2012 2 psicólogos entrenados en los instrumentos utilizados introdujeron los resultados de la evaluación en la tabla de datos y depuraron posibles errores, finalmente, fueron realizados los análisis.

Instrumentos y análisis

Los datos sociodemográficos, penales y el historial clínico familiar fueron obtenidos mediante entrevistas sociodemográficas. Cuando fue necesario los datos obtenidos en las entrevistas se confirmaron mediante la información disponible por los centros penitenciarios. La versión clínica de la reconocida Structures Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición (DSM-IV) fue usada para el diagnóstico de los trastornos del eje I.

El cuestionario asociado al *International Personality Disorder Examination* (IPDE) fue aplicado para explorar los trastornos de personalidad. El cuestionario IPDE se compone de 59 ítems que miden los 59 criterios del total de los 9 trastornos de personalidad¹⁵. Algunos autores han encontrado con población adicta a opiáceos y un punto de corte 2/3 una sensibilidad entre los trastornos de personalidad de 100-88% y una especificidad de 98-37%. En nuestro caso utilizaremos el punto de corte más conservador de 4 o más de respuestas no esperadas¹⁶.

El riesgo suicidio se exploró mediante la versión española de la escala de riesgo suicida de Plutchik¹⁷. Su objetivo es diferenciar entre individuos normales y los que están en riesgo de cometer suicidio mediante la respuesta a 15 preguntas a las que se responde con «Sí» o «No». El punto de corte para considerar el riesgo es de 6 puntos. Con este punto de corte se consigue una sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes. En la validación española el alfa de Cronbach fue de 0,90 y la fiabilidad tras 72 horas era de 0,89 test-retest¹⁸. El alfa de Cronbach de nuestra muestra fue de 0,8. Aunque esta escala puede aplicarse de forma autoaplicada, los entrevistadores exploraron las respuestas de los internos para cerciorarse de que las preguntas se comprendían y para profundizar

Tabla 1 Descripción de la muestra y riesgo asociado de suicidio (OR crudos)

Variables sociodemográficas y psicopatológicas	Riesgo % (n) 33,5% (157)	No riesgo % (n) 66,5% (312)	χ^2 Chi-cuadrado/T student
<i>Edad media años</i>	37,15	37,27	NS
<i>Nivel educativo</i>			NS
Sin terminar-primarios	52,9 (83)	46 (143)	
ESO-Formación profesional básica	35 (55)	31,8 (99)	
COU-Formación profesional superior	11,5 (18)	19,9 (62)	
Universidad	0,6 (1)	2,3% (7)	
<i>Estado civil-pareja</i>			χ^2 : 4.446, p: 0,022
Casado-pareja de hecho	24,8 (39)	34,4 (107)	Riesgo: 0,630
Sin pareja	75,2 (118)	65,6 (204)	Int. Conf IC: 0,409-0,970
<i>Origen</i>			χ^2 : 19.657, p: < 0,001
Inmigrante	7 (11)	23,7 (74)	Riesgo: 0,242
Español	93 (146)	76,3 (238)	IC: 0,124-0,472
<i>Encarcelamiento previo</i>			χ^2 : 14.839, p: < 0,001
Sí	65,6 (103)	46,8 (146)	Riesgo: 2.169
No	34,4 (54)	53,2 (166)	IC: 1.458-3.227
<i>Delito violento</i>			NS
Sí	24,8 (39)	24 (75)	
No	75,2 (118)	76 (237)	
<i>Condena restante (media en meses)</i>	39,96	41,10	NS
<i>Condena transcurrido (media meses)</i>	47,46	41,234	NS
<i>Antecedentes penales familiares</i>			χ^2 : 11.794, p: < 0,001
Sí	54,1 (85)	37,5 (117)	Riesgo: 1.968
No	45,9 (72)	62,5 (195)	IC: 1.334-2.902
<i>Enfermedades graves crónicas</i>			χ^2 : 13.823, p: < 0,001
Sí	62,4 (98)	44,2 (138)	Riesgo: 2.094
No	37,6 (59)	55,8 (174)	IC: 1.414-3.102
<i>Antecedentes psiquiátricos familiares</i>			χ^2 : 20.025, p: < 0,001
Sí	41,1 (60)	21 (65)	Riesgo: 2.619
No	58,9 (86)	73,9 (244)	IC: 1.706-4.020
<i>Trastornos psicóticos (prev. vida)</i>			χ^2 : 28.555, p: < 0,001
Sí	40,8 (64)	17,9 (56)	Riesgo: 3.146
No	59,2 (93)	72,1 (256)	IC: 2.046-4.836
<i>Trastorno depresivo (prev. vida)</i>			χ^2 : 34.102, p: < 0,001
Sí	46,5 (73)	20,5 (64)	Riesgo: 3.368
No	53,5 (84)	79,5 (248)	IC: 2.219-5.110
<i>Trastornos de ansiedad (prev. vida)</i>			χ^2 : 25.625, p: < 0,001
Sí	56,7 (89)	32,4 (101)	Riesgo: 2.734
No	43,3 (68)	67,6 (211)	IC: 1.842-4.058
<i>Trastornos afectivos (prev. vida)</i>			χ^2 : 57.176, p: < 0,001
Sí	65,6 (103)	29,2 (91)	Riesgo: 4.632
No	34,4 (54)	71,8 (221)	IC: 3.074-6.979
<i>Trastornos por dependencia</i>			χ^2 : 39.785, p: < 0,001
Sí	85,4 (134)	56,1 (175)	Riesgo: 4.561
No	14,6 (23)	43,1 (134)	IC: 2.778-7.487
<i>Trastornos de personalidad</i>			χ^2 : 24.709, p: < 0,001
Sí	93 (146)	73,5 (228)	Riesgo: 4.774
No	7 (11)	26,5 (82)	IC: 2.460-9.261
<i>Algún trastorno psicológico (Eje I)</i>			χ^2 : 45.702, p: < 0,001
Sí	99,4 (156)	74,4 (232)	Riesgo: 53.793
No	0,6 (1)	25,6 (80)	IC: 7.408-390.620

Tabla 2 Resultado análisis de regresión logística (OR ajustados)

	Wald	Sig.	OR ajustado	IC 95%	
				Inferior	Superior
Estado civil-pareja	0,511	ns			
Ingreso previo en prisión	1.056	ns			
Antecedentes psiquiátricos familiares	3.970	0,046	1.650	1.008	2.701
Origen	0,433	ns			
Trastorno psicótico	2.372	ns			
Trastorno afectivo	25.701	0,000	3.329	2.091	5.299
Trastorno ansiedad	6.527	0,011	1.834	1.152	2.921
Trastorno Dependencia	10.678	0,001	2.733	1.495	4.995
Trastorno personalidad	9.503	0,002	3.115	1.513	6.416
Trastornos orgánicos crónicos	2.313	ns			

en algunas respuestas positivas, por ejemplo, al ítem que explora los intentos de suicidio.

Aparte de los instrumentos descritos cuyos resultados hemos utilizado en el presente estudio, la batería de instrumentos seleccionada incluía 2 cuestionarios de uso de servicios socio-sanitarios (último año de condena y un año antes de ingreso en prisión), el cuestionario de clima organizacional en prisiones de Moors, test de inteligencia Toni II y un cuestionario de salud general.

En primer lugar aplicamos la prueba de Chi Cuadrado y hallamos los odds ratios (OR) crudos de superar el punto de corte en la escala de riesgo de suicidio para las variables categóricas dicotómicas (0,1) con un intervalo de confianza del 95%. Para las variables cuantitativas solo aplicamos la T de Student de contraste de medias. De acuerdo con la literatura al respecto estudiamos los factores sociodemográficos y penales siguientes: edad, nivel educativo, estado civil-pareja (casado- pareja de hecho, sin pareja), origen geográfico (español, inmigrante), encarcelamiento previo, cumplimiento de pena por delito violento, tiempo de condena restante, tiempo condena transcurrido, antecedentes penales familiares y antecedentes de enfermedades orgánicas crónicas. Consideramos solo las enfermedades graves de carácter crónico o de larga duración como cáncer, HIV, sida, hepatitis, trastornos cardiovasculares, asma, enfisema pulmonar etc. Respecto a las variables psicopatológicas consideramos la existencia o no de los diagnósticos (prevalencia vida): antecedentes psiquiátricos familiares, trastornos psicóticos, trastorno depresivo, trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastornos por dependencias, trastornos de personalidad y algún trastorno psicológico (eje I).

Debido a la alta comorbilidad existente, finalmente, para estudiar el comportamiento conjunto y hallar los OR ajustados, aplicamos una regresión logística binaria (método «Enter») considerando solo como variables predictoras aquellas significativas en nuestro primer análisis. Para ello usamos el paquete estadístico SPSS20.

Resultados

Un tercio de la muestra se encuentra en situación de riesgo de acuerdo con el instrumento elegido y el punto de corte 6. Si analizamos la respuesta al ítem 13 y 15 que exploran

respectivamente ideación suicida y la historia de intentos de suicidio el 34,2% de los internos ha pensado en suicidarse alguna vez y el 22,5% de los internos entrevistados han cometido al menos un intento de suicidio en su vida. Como se puede observar en la tabla 1, los datos muestran que padecer algún trastorno psiquiátrico es un factor de riesgo extremo de superar el punto de corte 6, y por lo tanto susceptible de cometer suicidio. Aunque hay que advertir que el gran intervalo de confianza de este factor no permite una interpretación rigurosa ni incluir esta variable en el análisis de regresión. Si prestamos atención a los grupos de trastornos específicos, observamos que son especialmente significativos los trastornos afectivos, que incluyen el trastorno depresivo y los trastornos bipolares, los trastornos por dependencia de sustancias y los trastornos por personalidad, todos los cuales presentan OR mayores de 4. El haber padecido un trastorno psicótico presenta un OR crudo de 3.146. También los antecedentes psiquiátricos familiares funcionan como un factor considerable de riesgo. Tanto la existencia de antecedentes penales familiares como los encarcelamientos previos duplican el riesgo de superar el punto de corte 6. Otros factores de tipo penal no son significativos. Es interesante señalar que padecer una enfermedad crónica orgánica presenta un OR de 2, con lo cual se convierte en un factor de riesgo importante. Los únicos factores de protección encontrados son ser inmigrante y tener pareja.

En la tabla 2 mostramos los resultados de la regresión logística al introducir las variables predictivas significativas en el análisis anterior exceptuando la variable *trastornos del eje I* ya que se confunde con el resto de diagnósticos específicos y la variable *trastorno de depresión* ya que este diagnóstico se encuentra incluido en la variable trastornos afectivos.

Puede observarse que todas las variables sociodemográficas o de carácter penal pierden su significación cuando se analizan conjuntamente con el resto de variables. Incluso la variable *trastornos psicóticos* deja de ser significativa. El resto de variables de trastornos psicopatológicos continúan comportándose como factores de riesgo. Especialmente las variables *trastorno afectivo* y de *personalidad* muestran OR ajustados de más de 3 puntos. De la misma forma, el haber padecido algún trastorno por dependencia dobla el riesgo de superar el punto de corte 6. Finalmente, el factor trastornos psiquiátricos familiares resiste el análisis de regresión

y conserva su significación con un OR ajustado pequeño pero significativo. Los intervalos de confianza de las variables significativas en el análisis de regresión son pequeños. El porcentaje de casos pronosticado correctamente por la ecuación resultante fue del 75%, con una sensibilidad del 54% y una especificidad del 86%. La R cuadrado de Nagelkerke, la cual nos informa de la bondad de ajuste del sistema, nos arroja un valor de 0,343, un porcentaje de variable explicada considerable. La falta de significación de la prueba de Hosmer y Lesmerhow indica, del mismo modo, un buen ajuste del modelo.

Discusión

Analizamos en esta sección los datos del primer estudio sobre el riesgo suicida en la población penitenciaria andaluza de estas características metodológicas. Podemos decir, en primer lugar, que tanto el porcentaje de ideación suicida y de tentativa superan en 7,5 y 15 veces la prevalencia en España de los mismos halladas por el European Study on the Epidemiology of Mental Disorders¹⁹. En concreto, en el citado informe la prevalencia de ideación y de intento suicida en España fue de 4,4 y 1,5%. Así, de acuerdo con nuestros resultados un tercio de la muestra se encuentre en situación de riesgo al haber superado el criterio de corte. Aunque nosotros estamos analizando riesgo suicida y no mortalidad por suicidio, nuestros resultados son compatibles con la existencia de una tasa de mortalidad por suicidio que multiplica por 8 la de la población general hallada por Bedoya et al. en el año 2009 en centros penitenciarios catalanes¹. Nuestros datos superan con creces el 3% de internos que habían cometido un intento de suicidio el año previo de ingreso en prisión y el 2,7 el último año en prisión en España según un estudio de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias²⁰. En este estudio se obtuvieron los resultados mediante la cumplimentación de los datos de cada interno a partir de sus historias clínicas por los médicos de prisión en el año 2006. Aunque nosotros obtuvimos la prevalencia vida de los intentos de suicidio, lo cual creemos necesario para valorar adecuadamente el riesgo, la diferencia con los resultados anteriores es considerable. Además, estimamos que en nuestra investigación se produce una mejora metodológica ya que entrevistamos y diagnosticamos personalmente a los internos.

Nuestros OR crudos vienen a verificar la importancia de algunas variables legales y sociodemográfica como la existencia de historia de ingreso previo o el disfrute de relaciones sentimentales^{11,12}. Sin embargo, otras variables destacadas por otras investigaciones no han resultado significativas, por ejemplo la edad o la existencia de delitos violentos^{6,13}. Respecto a este último factor, hay que señalar que nosotros hemos incluido entre los delitos violentos no solo los homicidios, asesinatos y agresiones sexuales, sino también las tentativas de los mismos, los robos con fuerza y las lesiones. Es posible que distintas categorizaciones, teniendo en cuenta también los distintos ordenamientos jurídicos entre países diferentes, estén dificultando la comparación de resultados⁶. Al igual que disfrutar de pareja, el ser inmigrante funcionan como factor de protección. Aunque en nuestro estudio los inmigrantes con un uso deficiente de la lengua española no han sido incluidos, no podemos descartar la posible subestimación del riesgo

suicida en la población inmigrante debido a problemas idiomáticos y a diferencias culturales. Además, hay que considerar que al excluir de la muestras los inmigrantes que no hablan español, precisamente aquellos que probablemente se encuentran más aislados, estamos excluyendo a los más vulnerables y quizás en mayor situación de riesgo. En cualquier caso, otros estudios han hallado resultados similares a al nuestro^{10,21,22}, incluso por una revisión sistemática¹⁴, por lo que debemos profundizar y buscar explicaciones alternativas a los posibles errores metodológicos. De hecho, relacionado con este dato, nuestro equipo ha intentado explicar resultados obtenidos en otra investigación que muestra que ser inmigrante también es un factor de protección de padecer alguna psicosis en las cárceles andaluzas²³. El padecimiento de algún trastorno orgánico, que duplica el riesgo, hay que considerarlo puesto que, aunque algunas investigaciones lo han tenido en cuenta¹⁰, normalmente este factor no es ni siquiera incluido en los diseños de investigación. No debemos dejar que otras variables más específicas del ámbito penitenciario invisibilicen este factor ya que el padecimiento de enfermedad somática incapacitante funciona como un factor claro de riesgo en la población general^{6,8}.

El análisis de regresión muestra la potencia de las variables psicopatológicas para explicar el riesgo suicida. Las variables legales y sociodemográficas no resisten un análisis conjunto. Tan solo los antecedentes psiquiátricos familiares conservan la significación. Esto no implica que haya que ignorar los OR crudos de las variables que desaparecen sino que existe confusión entre el conjunto de variables y que son las variables psicopatológicas las más potentes para explicar el riesgo suicida. Entre estas variables, especialmente la prevalencia vida de algún trastorno afectivo y el trastorno de personalidad conservan un riesgo muy elevado. Tampoco hay que olvidar los trastornos por dependencia, especialmente relevante en el medio penitenciario, y los trastornos de ansiedad. Entre estos diagnósticos se encuentra el núcleo del riesgo de suicidio. El padecer un diagnóstico de trastorno psicótico deja de ser un factor de riesgo en el análisis de regresión. En los últimos años se ha intentado establecer el perfil psicopatológico de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en riesgo de cometer suicidio. Aunque algunos autores sugieren que los síntomas positivos¹⁰, especialmente en fase aguda, son claros factores de riesgo de suicidio, otros autores han encontrado que son los síntomas afectivos, desesperanza y depresión, los que mejor explican el riesgo de suicidio en los pacientes con esquizofrenia^{24,25}. En este sentido, probablemente la existencia de una alta comorbilidad entre los diagnósticos haya provocado que el efecto de esta variable, trastornos psicóticos, se confunda con los trastornos psicopatológicos, más potentes, antes comentados.

Nuestros resultados son compatibles con resultados de investigaciones internacionales que han analizado suicidio consumado, las cuales apuntan la importancia de los diagnósticos psiquiátricos como factores de riesgo^{4,14,21,22,26} y ofrecen OR similares a los nuestros. Todo ello guardando la necesaria cautela debido a las diferencias metodológicas entre estos, por ejemplo en los procedimientos de evaluación de los diagnósticos y la forma de agrupar estos. Precisamente en este aspecto consideramos que reside uno de los aspectos positivos de nuestro estudio: un riguroso

diagnóstico clínico in situ de una amplia muestra de internos en centros penitenciarios andaluces. A este respecto, sin querer profundizar en resultados y análisis que van más allá de nuestro objetivo, nuestros datos arrojan una prevalencia vida muy alta de algún trastorno psiquiátrico del eje I y de algún trastorno de personalidad, respectivamente el 82 y el 79% de la muestra.

A continuación apuntamos las limitaciones de nuestro trabajo. El cuestionario de riesgo suicida de Plutchik es auto-aplicado y aunque los entrevistadores han accedido individualmente a los internos y han podido profundizar y verificar las respuestas de estos, no es descartable que por ejemplo, la prevalencia de intentos de suicidio y en consecuencia la prevalencia de riesgo se haya sobreestimado al incluir como intentos de suicidios lo que no eran más que autoagresiones. Sin lugar a dudas, una entrevista personal y sistemática que explore el historial de intentos suicidas y la ideación suicida, así como un seguimiento posterior de una cohorte de internos, mejoraría nuestro estudio. Algunas investigaciones han discutido la utilidad del cuestionario IPDE en población penitenciaria recomendando en cualquier caso, un punto de corte 4 como hacemos nosotros²⁷. En nuestro estudio analizamos el riesgo de cometer suicidio y no el suicidio efectivo, ello impide la comparación directa con otros estudios.

En conclusión, la potencia de las variables psicopatológicas y su prevalencia en la población penitenciaria²⁸ nos señalan la necesidad de un correcto y exhaustivo diagnóstico durante los internamientos en los centros penitenciarios para prevenir el suicidio. Los diagnósticos e información clínica previos son útiles sin dudas pero insuficientes. Así mismo, es imprescindible el tratamiento de los trastornos psicopatológicos por equipos profesionales de salud mental durante los internamientos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Los datos analizados en el presente trabajo proceden del proyecto Prevalencia de los trastornos mentales en la población penitenciaria andaluza (PRECA-II) que fue financiado por la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental y aprobado por la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía en acuerdo con el

Ministerio del Interior del Gobierno de España (BOE-A-2006, 10957).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores del trabajo agradecen a los entrevistadores de Sevilla y Granada su trabajo. Del mismo modo agradecemos a los directores, equipo técnico y funcionarios de los Centros Penitenciarios de Morón y Albolote su colaboración y disposición a la realización de la investigación. Sin todos ellos esta investigación hubiera sido imposible. Al tiempo agradecemos a los colegas del Hospital San Juan de Dios de Barcelona iniciadores del proyecto PRECA-I su colaboración y apoyo en los inicios de la investigación.

Bibliografía

1. Bedoya A, Martínez-Carpio PA, Humet V, Leal MJ, Leopart N. Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Rev Esp Sanid Penit.* 2009;11:37-41.
2. Blaauw E, Kerkhof FM, Hayes LM. Demographic, Criminal, and Psychiatric Factors Related to Inmate Suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2005;35:63-74.
3. García-Guerrero J, Vera-Remartínez EJ, Manuel V. Planelles Ramos. Causas y tendencia de la mortalidad en una prisión española (1994-2009). *Rev Esp Salud Pública.* 2011;85:245-55.
4. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:191-5.
5. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:8-23.
6. Negredo L, Melis F, Herrero O. Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. Madrid: Ministerio del Interior; 2011. p. 126.
7. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A metaanalysis. *BMC Psychiatry.* 2004;4:37, 23.
8. Ruiz-Pérez I, de Labry-Lima AO. El Suicidio en la España de Hoy. *Gac Sanit.* 2006;20 Supl 1:25-31.
9. Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry.* 1999;175:322-6.
10. Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factor related to suicide in New York state prisons. *Int J Law Psychiatry.* 2005;28:207-21.
11. Lohner J, Konrad N. Risk factors for self-injurious behaviour in custody: Problems of definition and prediction. *Int J Prison Health.* 2007;3:135-61.
12. Marcus PD, Alcabes PD. Characteristics of suicides by inmates in an urban city jail. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44:121-7.
13. Sherman LG, Morschauer PM. Screening for suicide risk in inmates. *Psychiatric Quarterly.* 1989;60:119-38.
14. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2008;4:1-11.
15. Lorange AW, Janca A, Sartorius N. The ICD-10 International Personality Disorder Examination. Cambridge: Cambridge University Press; 1997. p. 226.

16. San Narciso GI, Gutiérrez E, Sáiz PA. Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroinómanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). *Adicciones* V 12. 2000;43-56.
17. Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk: The suicide risk measure. *Compr Psychiatry*. 1989;30:296-302.
18. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*. 1998;61:143-52.
19. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007;101:27-34.
20. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estrategia global de actuación en Salud Mental. 2007: Madrid. Documento no publicado.
21. Baillargeon J, Penn JV, Thomas CR, Temple JR, Baillargeon G, Owen J, et al. Psychiatric disorders and suicide in the nation's largest state prison system. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009;37:188-93.
22. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011;377:956-65.
23. Saavedra J, Alvarez ML. Association between traumatic experiences and psychosis among incarcerated men. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201:773-9.
24. Acosta Artilles F, Aguilar García-Iturrospe E, Cejas Méndez M, Gracia Marco R, Caballero Hidalgo A, Siris S. Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37:42-8.
25. Esperanza L, Gómez-Duran EL, Martín-Fumado C, Hurtado-Ruiz G. Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40:333-45.
26. Humbre N, Webb R, Piper M, Appleby L, Shaw J. A national case-control study of risk factors among prisoners in England and Wales. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:1177-85.
27. Álvaro-Brun E, Vegue-González M. Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Rev Esp Sanid Penit*. 2008;10:35-40.
28. Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behav Ment Health*. 2011;5:321-32.