



cejfe

Àmbit d'execució penal

Factors de risc i protectors de suïcidi en una mostra de població penitenciària

Ajut a la investigació 2021

Autors

Maria Pau Navarro Moya, Ignasi Barril Godas, Glòria Brugués Català, Beatriz Caparrós Caparrós i Laura Masferrer Boix

Any 2022

Factors de risc i protectors de suïcidi en una mostra de població penitenciària

Pau Navarro

Ignasi Barril

Glòria Brugués

Beatriz Caparrós

Laura Masferrer

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta investigació respectant el text original dels autors, que són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en la investigació són de responsabilitat exclusiva dels autors, i no s'identifiquen necessàriament amb les del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Avís legal



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\) de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca), el text complet de la qual es troba disponible en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Així doncs, es permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública del material, sempre que se n'esmeni l'autoria i el Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Departament de Justícia) i no se'n faci ús comercial ni es transformi per generar-ne una obra derivada.

Sumari

1. Introducció	5
2. Marc teòric	7
3. Objectius	13
4. Metodologia	14
4.1 Selecció de la unitat d'anàlisi	14
4.2 Límits territorials i temporals de la recerca	15
4.3 Instruments i variables	15
4.4 Anàlisi de dades	17
4.5 Planificació i recursos: cronograma i equip de recerca	18
5. Resultats	20
5.1 Resultats corresponents a les variables sociodemogràfiques	20
5.1.1 Dades penals	21
5.1.2 Exploració salut mental	25
5.1.3 Estada al centre penitenciari	26
5.2 Resultats corresponents a les escales estandaritzades utilitzades	30
5.3 Resultats corresponents a la relació entre les diferents variables	31
5.3.1 Diferències quant a variables de risc i protecció de suïcidi en relació a característiques sociodemogràfiques	31
5.3.2 Associació entre les variables de risc i de protecció del suïcidi i les característiques sociodemogràfiques	37
5.3.3 Variables predictores del risc de suïcidi	41
6. Conclusions	43
7. Limitacions	47
8. Propostes de futur	48
9. Referències bibliogràfiques	50
10. Annex	58

1. Introducció

El suïcidi és el major problema de salut evitable a tot el món (Baley et al., 2011). L'OMS (2021) l'identifica com un problema mundial greu que té un impacte molt important a nivell personal, familiar, social i econòmic. La població penitenciària és una població que presenta una major vulnerabilitat amb relació al suïcidi comparada amb la població general (Jenkins et al., 2005; Fazel et al., 2017). Tal com indica el Consell d'Europa (2004), la taxa de suïcidis en aquest col·lectiu és set vegades major a la població general. A Catalunya, vuit persones internes van morir per suïcidi, equivalent a una taxa d'incidència de 0,96 per 1000 interns, en comparació amb la taxa de població general, que el 2004 es va situar 0,66 per cada 1000 habitants (Generalitat de Catalunya, 2004). La investigació sobre les causes del suïcidi en centres penitenciaris apunta a que existeix una complexa interacció entre diferents factors ecològics, personals i socials (Marzano, et al., 2016; Van Ginneken et al., 2017).

El present estudi pretén contribuir a l'aportació d'un major coneixement en relació als factors de risc i protectors de suïcidi en una mostra de població penitenciària, ja sigui per poder col·laborar en programes específics de prevenció del suïcidi efectius en l'àmbit penitenciar o en altres accions que es considerin oportunes. En aquesta línia, es va establir l'objectiu principal d'analitzar els factors de risc i protectors pel suïcidi en el Centre Penitenciar Puig de les Basses.

Es va utilitzar una metodologia quantitativa, la qual es va portar a terme mitjançant un estudi exploratori, descriptiu i transversal, en el que es van identificar i analitzar diferents indicadors de risc i de protecció del suïcidi. Les variables estudiades varen ser: variables sociodemogràfiques i contextuais, el risc de suïcidi, la desesperança, les raons per viure i l'afrontament resilient. Es van analitzar també les relacions entre elles i es van identificar les predictoros de risc de suïcidi.

En el següent apartat, corresponent al marc teòric, es fa una revisió de la literatura prèvia sobre el tema. S'exposen aspectes relatius a la prevalença del risc i temptatives de suïcidi, les estratègies d'afrontament resilient i les raons per

viure, així com la relació entre variables psicosocials i els factors de risc i protecció del suïcidi.

En el tercer apartat s'expliciten els objectius de l'estudi, en el quart la metodologia del treball, especificant els participants, instruments i procediment seguit.

El cinquè apartat conté els resultats de l'estudi. El sisè correspon a les conclusions generals. En l'apartat número 7 s'exposen les limitacions de l'estudi i les propostes de futur queden incloses en el capítol 8. Finalment, s'inclouen les referències bibliogràfiques i els annexes.

2. Marc teòric

En aquest apartat es fa una revisió sobre els factors de risc i de protecció del suïcidi en els entorns penitenciaris.

L'inici del capítol tracta la situació del suïcidi en els centres penitenciaris. A continuació, s'enfoca la prevalença del risc de suïcidi, la presència d'ideació suïcida i temptatives prèvies de suïcidi en els centres penitenciaris arreu del món. Posteriorment s'aborden conceptes relacionats amb els factors protectors vers el suïcidi, tals com les raons per viure i les estratègies d'afrontament.

Suïcidi i centre penitenciari

En la població general, el suïcidi representa un creixent fenomen de preocupació en les agendes governamentals de salut. A mesura que la seva prevalença creix, també ho fa la necessitat de desterrar el suïcidi dels tabús que l'han envoltat i d'afrontar-lo socialment amb totes les eines disponibles per a la seva prevenció. Qualsevol política sobre fenòmens complexos necessita d'un coneixement científic que orienti les intervencions per a una major eficiència.

S'estima que més de 10 milions de persones al món estan empresonades en centres penitenciaris. Des del punt de vista epidemiològic i transcultural, els autors apunten que les taxes de suïcidi a les presons no reflecteixen les taxes generals de suïcidi de la població de cada país, cosa que suggereix que les variacions en les taxes de suïcidi de les presons reflecteixen diferències en els sistemes de justícia penal, inclosa, possiblement, la prestació d'atenció psiquiàtrica als centres penitenciaris (Fazel et al., 2011).

Prevalença

La població penitenciària és una de les més vulnerables respecte al suïcidi (Bukten i Stavseth, 2021) ja que aquest és la causa de mort més freqüent a la presó (WHO, 2007) i una de les principals causes de mort després d'aconseguir la llibertat (Bukten et al., 2017). El suïcidi en context penitenciari no és només un problema de salut pública degut a la seva elevada prevalença, sinó també

perquè presenciar aquest esdeveniment pot esdevenir un dels fets més traumàtics durant el procés d'encarcelació (Duburq et al., 2004).

El suïcidi en aquest context és un fenomen global, però les taxes varien en funció del país. Malauradament no són massa els estudis de prevalença d'aquesta realitat (Ayhan et al., 2017). La prevalença de mort per suïcidi en context penitenciari és d'entre tres a nou vegades major que en comparació amb la població general (Fazel et al., 2017). En aquest sentit, si es compara el mateix gènere i la mateixa franja d'edat, les taxes de suïcidi en homes són tres vegades majors que en la població general. Respecte a les dones, les taxes són unes nou vegades més elevades (Fazel et al., 2017). Diversos estudis internacionals destaquen els països nòrdics com els països amb major prevalença de mort per suïcidi a les presons (Fazel et al., 2017). Un estudi britànic mostra que la ràtio de mortalitat estandarditzada pel suïcidi és 5,1 (95% CI, 4,8-5,3) en presons angleses i gal·leses, en comparació amb la població general (Fazel, et al, 2005). En aquest sentit, cal destacar França com el país amb una major prevalença de mort per suïcidi en context penitenciari d'entre els 15 països europeus amb una taxa creixent en els darrers 50 anys de 4/100000 al 1990 a 19/100000 al 2008. Dades que indiquen que les persones internes a les presons a França moren per suïcidi sis vegades més en comparació a la població general (Fazel et al., 2011).

Factors de risc

Un factor de risc reconegut i estudiat és la salut mental ja que la prevalença de tots els trastorns mentals investigats és més alta en la població penitenciària que en la població general. Investigacions prèvies han posat de relleu que les dones, les persones internes de més de 55 anys i els joves presenten taxes de trastorns mentals més altes que els altres poblacions penitenciàries (Fazel i Baillargeon, 2011). Per tant, es conclou que les necessitats de salut mental de les dones, els joves i els adults de més edat a la presó són diferents i reclamen desenvolupar polítiques nacionals específiques (Fazel, et al., 2016).

Presentar antecedents de temptatives prèvies de suïcidi s'ha demostrat com un dels factors amb elevat risc per la mort per suïcidi (Zhong, et al., 2021; Johnson, et al., 2010). Aproximadament, les prevalences estimades d'intents de suïcidi en

el context penitenciari i les prevalences d'intents dels interns o internes actuals abans de ser empresonats oscil·len entre el 10% i el 31% i entre el 10% i el 54%, respectivament (Power, et al., 2016; Caravaca-Sánchez et al., 2021).

D'altra banda, entenem que és important la diferenciació entre ideació suïcida, intent de suïcidí, autolesió i suïcidí consumat. Els autors que han estudiat com es relacionen les variables d'autolesió i posterior suïcidí, per exemple, han trobat que els factors de risc de suïcidí després de l'autolesió en interns homes eren la vellesa i un incident previ d'autolesió de letalitat alta o moderada. Mentre que en dones recluses, un historial de més de cinc incidents d'autolesió en un any es va associar amb el suïcidí posterior. La càrrega de l'autolesió en la població penitenciària és substancial, sobretot en les dones (Hawton, et al., 2014). L'autolesió a la presó s'associa amb el suïcidí posterior. La prevenció i el tractament de l'autolesió en persones internes és un component essencial de la prevenció del suïcidí a les presons.

La ideació i els intents suïcides són molt freqüents entre la població penitenciària en comparació amb la comunitat general (Larney et al., 2012). L'avaluació del risc de suïcidí és una tasca fonamental per als clínics de salut mental de les presons. S'ha de prestar atenció a garantir que les avaluacions siguin sensibles al gènere i a la cultura. Els indicadors de malalties mentals poden no ser predictors precisos de l'intent de suïcidí. Els indicadors de traumes infantils semblen ser especialment rellevants per al risc d'intent de suïcidí entre els presos (Caravaca-Sánchez et al., 2019; Clements-Nolle et al., 2009) i s'haurien de considerar com a part de les avaluacions de riscos.

D'altra banda, diferents estudis (De Bellis&Zisk, 2014; Schilling et al., 2014; Widom, DuMont&Czaja, 2007) posen de manifest com la vivència d'esdeveniments traumàtics durant la infància correlaciona amb el risc de suïcidí a l'edat adulta i especialment entre la població presa (Navarro-Atienzar, Zabala-Baños, & Ricarte-Trives, 2019), fet que indica la rellevància d'incloure-ho en el procés d'avaluació de les persones en règim intern dels centres penitenciaris.

L'elevada prevalença de la ideació suïcida en la població penitenciària posa de manifest la necessitat de prevenció basada en l'evidència en aquesta població

de risc (Favril, et al., 2017); a més de ser un factor de risc robust per al comportament suïcida a la presó, la ideació suïcida és important per sí mateixa com a marcador de la profunda angoixa psicològica que es viu a les presons.

En un estudi de Wittouck et al. (2016) sobre la ideació suïcida, es va trobar que l'estil d'afrontament, els esdeveniments de la vida i el suport social es van associar més fortament amb la ideació suïcida dels interns. En particular, un estil d'afrontament passiu, sentiments de soledat i la pèrdua d'una persona significativa van contribuir més a la presència d'idees suïcides, mentre que una relació de parella significativa va constituir un factor protector dels pensaments suïcides.

D'acord amb molts estudis epidemiològics en la població general, les dades suggereixen que la majoria dels trastorns mentals es conceptualitzen millor com a factors de risc per a la ideació suïcida en lloc de per l'intent de suïcidi. Un cop els presos consideren el suïcidi, altres factors biopsicosocials més enllà de la mera presència de trastorns mentals poden explicar la progressió dels pensaments als actes de suïcidi (Favril, et al., 2020).

D'altra banda i no menys important, la literatura científica especialitzada ha centrat la seva atenció en els factors ambientals que afecten al suïcidi a la presó. Per exemple, alguns estudis han trobat que el 30% dels suïcidis tenen ocurrencia dins dels 7 primers dies a presó i penjar-se és el mètode més comú (Shaw, et al., 2004). Concloent que retirar estris útils (cordons i cinturons) redueix la probabilitat de forma crítica. Tanmateix i existint la possibilitat de la substitució de mètode, es conclou que en contextos adequats, on és menys probable que es produeixi substitució, i juntament amb esforços de prevenció psicosocial, la limitació de l'accés tant físic com cognitiu al suïcidi pot ser una estratègia eficaç de prevenció del suïcidi (Florentine, et al., 2010; Sarchiapone, et al., 2011). Fins a dia d'avui no s'ha pogut mostrar una correlació significativa entre sobre població a les presons i les taxes de suïcidi, de fet alguns estudis han mostrat com el fet de compartir cel·la esdevé un factor protector (Favril, et al., 2019; Fazel, et al., 2008; Fruehwald, et al., 2004).

En contraposició, els presos alliberats recentment tenen un risc de suïcidi molt més gran que la població general, especialment durant les primeres setmanes després de l'alliberament. El risc de suïcidi en persones internes alliberades recentment s'acosta al de pacients psiquiàtrics donats d'alta (Pratt, et al., 2006; Binswanger, et al., 2009).

Així doncs quan parlem de les estratègies de prevenció que es poden dur a terme, trobem que existeixen diversos factors de risc modificables, com el diagnòstic psiquiàtric, la ideació suïcida o l'ocupació individual per cel·la, que s'associen significativament amb el suïcidi a la presó. Les intervencions preventives haurien d'orientar-se a aquests factors de risc i incloure un accés millorat a l'atenció de salut mental basada en l'evidència.

A tals efectes s'han demostrat fiables i vàlids diversos instruments de cribratge a fi de millorar la identificació dels individus amb més presència de factors de risc (Gould, et al., 2018; Humber, et al., 2013). En aquest sentit, el present estudi selecciona, entre d'altres, l'escala de desesperança de Beck, la qual ha rebut el degut estudi sobre validesa en l'avaluació del risc de suïcidi (Horon, et al., 2013).

A nivell institucional, els centres penitenciaris disposen d'eines per tal de poder avaluar el risc de suïcidi com pot ser *Suicide Concerns for Offenders in the Prison Environment*(SCOPE), l'instrument emprat per Perry i Horton el 2020 basat amb el qüestionari original d'Anglaterra (Perry i Horton, 2020). A nivell de Catalunya, cal destacar la proposta "*Programa d'intervenció grupal psicoeducativa per a persones amb conducta suïcida en el medi penitenciari*" (N'Viu) (Foguet, et al., 2021) per tal de donar resposta a l'elevada prevalença d'ideació i conducta suïcida en entorn penitenciari. Aquest programa, a través de sessions grupals psicoeducatives, pretén disminuir el nombre de conductes suïcides en medi penitenciari.

Tanmateix, resulta especialment interessant la perspectiva de Larney i Farrell (2017), segons la qual la clau per la prevenció del suïcidi a les presons és poc probable que es localitzi en intervencions i avaluacions de risc a nivell individual. Aquests autors consideren que més aviat, es requereix un enfocament de tota la institució per crear un entorn humà que afavoreix la seguretat i el benestar de

totes les persones empresonades. Aquest enfocament inclouria garantir una activitat positiva i un temps adequat fora de les cel·les per a les persones internes; evitar accions disciplinàries punitives innecessàries; i un suport accessible per als presos que pateixen problemes psicològics, inclosos els programes d'acompanyament realitzats pels propis interns.

Donat que els experts en l'aspecte vivencial del fenomen estudiat són els mateixos interns, els investigadors en aquest àmbit han iniciat experiències d'enriquiment mutu per fer millorar l'estudi de la prevenció (Awenat, et al., 2018)

Urgeix una política que freni la tendència global i local del suïcidi tant a la presó com a fora. Existeixen altres variables encara poc estudiades com l'efecte del COVID i les mesures que l'han acompanyat en els últims mesos. Tanmateix, ja existeixen estudis que apunten a un preocupant augment dels intents de suïcidi a les presons des de l'època pandèmica (Gétaz, et al. 2021).

En definitiva, és per això, que el present estudi vol recollir les variables psicològiques concurrents i els factors protectors que poden ajudar a millorar les estratègies d'una prevenció eficaç.

A continuació, s'exposen els objectius de l'estudi.

3.Objectius

L'objectiu general de la recerca és:

Analitzar factors de risc i protectors pel suïcidi en la població penitenciària del Centre Penitenciari Puig de les Basses.

Els objectius específics són els següents:

- 1- Identificar la prevalença del risc de suïcidi.
- 2- Identificar la presència d'ideació suïcida i temptatives prèvies de suïcidi.
- 3- Identificar les raons per viure i les estratègies d'afrontament resilient.
- 4- Analitzar la relació entre les variables psicosocials estudiades i els factors de risc i factors protectors del suïcidi.

4. Metodologia

En el present estudi s'ha utilitzat metodologia quantitativa. Es tracta d'una investigació descriptiva i transversal.

4.1 Selecció de la unitat d'anàlisi

Els participants de la investigació han estat totes aquelles internes i interns del Centre Penitenciari Puig de les Basses, tant de règim ordinari com d'aïllament, que de manera voluntària hi han volgut col·laborar.

Per tal de dur a terme el procés de recerca de participants, previ a informar a la població penitenciària, es va explicar i compartir el projecte amb els equips de professionals. Concretament, un cop establert el procediment a seguir amb el grup de recerca i construït el protocol d'avaluació, es van realitzar reunions amb els professionals del centre per tal d'exposar el projecte i explicar quins eren els objectius de la investigació. També es va comunicar a l'equip de Salut Mental dels Serveis Mèdics del centre, per les implicacions que es consideressin podien tenir, atenent a la important figura d'atenció diària i al valor que el seu coneixement clínic dels usuaris pot aportar a la investigació.

És a dir, durant el procés del present estudi, es va notificar de la realització del mateix i es varen mantenir reunions informatives amb tots els representants de l'assistència directa als interns i internes del centre: personal de vigilància, tractament, escolar i sanitari.

Posteriorment es va anunciar a tota la població penitenciària de la investigació que s'estava portant a terme, mitjançant una carta personalitzada. En la carta personalitzada als interns es varen incloure les dates de les trobades per mòdul, també es va penjar la informació als taulells d'anuncis, amb pòsters informatius. En les trobades per mòdul s'explicaven els objectius, la metodologia i es donava l'opció a participar. Cal afegir que en un primer mòdul, la reunió informativa i el procés de realització de qüestionaris es varen realitzar en dates diferenciades, és a dir, en dos dies diferents. Si bé, tenint en compte que la participació en ambdós dies era diferent i també que en la primera trobada sol·licitaven la participació immediata, en els altres mòduls es va optar per realitzar les dues

accions en la mateixa sessió. En altres ocasions, com a reiteració de la informació de la recerca, es va traslladar l'acció informativa i de participació als interns i internes en diferents moments del programes.

En qualsevol de les trobades es va fer especial èmfasi en el caràcter voluntari de la seva participació, i en l'anonimat i confidencialitat de les dades obtingudes. S'han seguit els principis ètics de la Declaració de Hèlsinki que regula la investigació amb persones.

4.2 Límits territorials i temporals de la recerca

La recollida de dades ha estat al Centre Penitenciari del Puig de les Basses, essent aquest el límit territorial.

Pel que fa al límit temporal es va fixar segons la planificació de la recerca, en el que la recollida de dades estava compresa entre els mesos de març i juny del 2021.

4.3 Instruments i variables

El protocol d'avaluació va consistir en una bateria de preguntes formada per una part per un qüestionari ad hoc, amb dades sociodemogràfiques i per altra part per un conjunt d'escales d'avaluació psicològica estandarditzades per l'anàlisi dels diferents indicadors de risc de suïcidi i les raons per viure (Annex).

A continuació s'identifiquen tant les dades demogràfiques, incloses en el qüestionari d'elaboració pròpia, com les escales que es varen utilitzar en el qüestionari que es va fer arribar als participants.

Dades sociodemogràfiques. Es va redactar un qüestionari d'elaboració pròpia amb dades sociodemogràfiques per descriure les característiques dels participants de l'estudi. Es van incloure variables com l'edat, gènere, estat civil, fills, nacionalitat, nivell educatiu, residència familiar, suport familiar, suport

econòmic i creences religioses/espirituals. A més, es va demanar informació referent als següents apartats:

1. Dades penals: ingressos previs a centres penitenciaris, condemna transcorreguda i condemna restant.
2. Exploració salut mental: antecedents psicopatològics, antecedents de consum, consum de substàncies actual, via d'administració de la substància, intoxicació o sobredosi prèvia per consum de substància, ideació de suïcidi i intent de suïcidi previ.
3. També hi constaven variables referents a la seva estada al centre penitenciar, com la participació en activitats lúdiques i creatives, la participació en activitats esportives i la percepció de la qualitat dels serveis i dels espais comuns i individuals del centre.

Risc de suïcidi. El risc de suïcidi es va avaluar amb l'Escala de Risc Suïcida de Plutchik (Plutchik, et al., 1989). Validació espanyola de Rubio et al., (1998) i revisió de Sábado i Monforte (2010). Aquesta escala permet diferenciar entre persones que no presenten risc de suïcidi i les que estan en risc de cometre suïcidi. Es tracta d'un qüestionari auto administrat de 15 ítems amb resposta dicotòmica (sí o no). La puntuació total és la suma de tots els ítems. Una puntuació igual o superior a 6 indica la presència de risc de suïcidi. L'adaptació en població espanyola va mostrar una bona consistència interna ($\alpha = .81$) i una sensibilitat i especificitat del 88% per discriminar entre les persones amb antecedents de temptativa de suïcidi i aquelles sense antecedents.

Desesperança. S'ha demostrat que la desesperança és bona predictora d'intents de suïcidi i també de suïcidis realitzats (Tobar et al., 2016). En aquesta direcció, per avaluar-la es va utilitzar l'Escala de Desesperança de Beck (BHS, Beck i Steer, 1988). Està formada per 20 ítems amb dos opcions resposta de (vertader o fals) que avaluen l'abast de les expectatives negatives referides al futur immediat i a llarg termini. Les puntuacions de 0 a 3 indiquen un rang normal o asimptomàtic; 4 a 8: lleu; 9 a 14: moderat i de 15 a 20: sever. S'ha observat que una puntuació major a 9 és bona predictora d'una conducta suïcida eventual.

Aquesta escala ha sigut validada al castellà mostrant una bona consistència interna que varia de .82 a .93.

Raons per viure. Es van avaluar amb l'escala Reasons for Living (RFL; Linehan et al., 1983. Validació espanyola de Echávarri, et al., (2018). Aquesta escala s'enfoca en les particularitats adaptatives que eviten que una persona prengui la decisió de suïcidar-se. Formada per 48 ítems puntuats amb una escala Likert de 6 punts, cada ítem és una afirmació que l'avaluat puntua segons la importància que atribueix al motiu per no suïcidar-se. Els ítems s'agrupen en sis dimensions: (1) Creences de supervivència i afrontament, (2) Por a la desaprovació social, (3) Responsabilitat amb la família, (4) Preocupació pels fills, (5) Por al suïcidi i (6) Objeccions morals. Aquesta escala ha mostrat una consistència interna alta per l'escala total ($\alpha = .89$) com també per cada domini en les validacions en població general (entre .72 i .89) i encara més en poblacions clíniques (entre .77 i .93).

Afrontament resilient. Es va utilitzar l'Escala Breu d'Afrontament Resilient (Brief Resilient Coping Scale, BRCS; Sinclair i Wallston, 2004). Està formada per 4 ítems que avaluen la capacitat per fer front a l'estrès de manera adaptativa. Els ítems puntuen en una escala Likert que va des de 1 (no em descriu en absolut) a 5 (em descriu molt bé). Les puntuacions oscil·len entre 4 i 20 punts. La versió original de l'escala va presentar una adequada consistència interna ($\alpha = .69$) així com també la seva versió al castellà de Limonero, et al. (2014).

4.4 Anàlisi de dades

L'anàlisi de dades es va realitzar mitjançant el paquet informàtic SPSS v.27.

Es van portar a terme anàlisis descriptives, correlacionals, comparacions de mitjanes (amb proves paramètriques i no paramètriques) i de regressió lineal múltiple.

4.5 Planificació i recursos: cronograma i equip de recerca

A continuació s'exposa, en primer lloc, el cronograma que s'ha seguit al llarg de l'estudi (on 1 correspon al mes de gener, 2 al febrer i així consecutivament fins arribar al mes de novembre), i a continuació es visualitza la distribució de les fases entre l'equip de recerca.

Taula 1. Cronograma de l'estudi

Fases	Tasques	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
FASE 1. INTRODUCCIÓ AL CAMP / POSADA EN MARXA INVESTIGACIÓ	1. Revisió literatura.	█										
	2. Disseny de la investigació.	█	█									
	3. Definició de la mostra.	█	█									
	4. Coordinació i informació professionals del CPPB.	█	█									
	5. Informació de l'estudi als interns i internes del CPPB.	█	█									
FASE 2. TREBALL DE CAMP	6. Recollida de dades.			█	█	█						
	7. Registre i Anàlisi de dades.			█	█	█	█					
	8. Elaboració i entrega memòria progrés de la recerca.							█	█			
FASE 3. ANÀLISI DELS RESULTATS	9. Discussió dels resultats.									█	█	█
	10. Redacció informe de resultats.									█	█	█
	11. Devolució dels resultats.									█	█	█

Taula 2. Distribució de les fases

Fases	Tasques	Membres de l'equip
FASE 1. INTRODUCCIÓ AL CAMP / POSADA EN MARXA INVESTIGACIÓ	1. Revisió literatura.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	2. Disseny de la investigació.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	3. Definició de la mostra.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	4. Coordinació i informació professionals del CPPB.	Barril, I. i Navarro, P.
	5. Informació de l'estudi als interns i internes del CPPB.	Barril, I. i Navarro, P.
	6. Recollida de dades.	Barril, I. i Navarro, P.
FASE 2. TREBALL DE CAMP	7. Introducció a la base de dades.	Brugués, G., Caparrós, B. i Masferrer, L.
	8. Anàlisi estadístic.	Brugués, G., Caparrós, B. i Masferrer, L.
	9. Anàlisi i discussió de dades.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	10. Elaboració i entrega memòria progrés de la recerca.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	11. Discussió dels resultats.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
FASE 3. ANÀLISI DELS RESULTATS	12. Redacció informe de resultats.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	13. Devolució dels resultats.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.

5. Resultats

En el present apartat s'exposen els resultats tant de l'anàlisi descriptiu, corresponent als objectius específics:

- 1- identificar la prevalença del risc de suïcidi,
- 2- identificar la presència d'ideació suïcida i temptatives prèvies de suïcidi i
- 3- identificar les raons per viure i les estratègies d'afrontament resilient,

com la relació entre les diferents variables, en alineació al darrer objectiu específic:

- 4- analitzar la relació entre les variables psicosocials estudiades i els factors de risc i factors protectors del suïcidi.

També, previ als resultats de l'anàlisi descriptiu de les diferents escales, s'exposen els resultats de les variables sociodemogràfiques, necessàries per l'anàlisi de la relació entre variables.

Per a tal, es distribueixen els resultats en 3 blocs:

- corresponents a les variables sociodemogràfiques, obtinguts mitjançant un qüestionari d'elaboració pròpia (dades penals, salut mental, estada al centre penitenciari), *apartat 5.1*
- corresponents a les escales estandaritzades, *apartat 5.2*
- corresponents a les relació entre les diferents variables, *apartat 5.3*.
-

5.1 Resultats corresponents a les variables sociodemogràfiques

Al llarg d'aquest apartat s'identifiquen els resultats obtinguts mitjançant el qüestionari d'elaboració pròpia, com es detalla en l'apartat de metodologia. Es diferencien tres subapartats, corresponents als resultats de les dades penals, la salut mental i l'estada al centre penitenciari.

5.1.1 Dades penals

La mostra total vàlida recollida consta de 126 qüestionaris d'interns/es, dels quals 113 corresponen a homes, 9 a dones, 1 que s'ubica en altres categories de gènere i 3 de participants que no van completar la totalitat de la informació.. Per tant, el percentatge d'homes és del 89,7%, coincidint amb el rang de representativitat de gènere de la població penitenciària general. L'edat mitjana és de 38,65 anys dins del rang de 19 a 70 anys.

La ubicació de la mostra comprèn tots el mòduls del Centre Penitenciari Puig de les Basses. Els percentatges de representació modular oscil·len entre un 7% i un 15% de la població total. Pel que fa a la participació de dones el percentatge de respostes correspon al 7,1% de la totalitat. Si bé, cal tenir en compte que el percentatge de dones en el centre penitenciari, en el mes de juny, era del 5,9% de la totalitat dels interns.

La mostra ha indicat que la seva categoria professional s'ubica en un 16,7% dins de l'àmbit de l'hostaleria i el turisme, un 57,9% dins de l'àmbit d'oficis tècnics, educació o sanitat i un 14,3% en altres àmbits. Quant a quantitat de mostra que ha treballat dins del centre en els últims 6 mesos, s'obté un 28,6% de persones que no vers un 67% que sí (Taula 3).

Del total de mostra vàlida, un 37,3% va respondre que no tenia destí laboral en el moment de la recollida de dades. En canvi, un 60,3% van respondre que sí tenia destí laboral (Taula 3).

Taula 3. Distribució laboral

Variable	Freqüència	Percentatge
Treballat últims 6 mesos	85	67,5
Treballant actualment	76	60,3

Un total de 41 participants no van especificar el destí laboral. Malgrat aquesta limitació, s'observa un percentatge homogeni de varietat dins dels principals destins laborals dins del centre que es troba al voltant del 20% de la mostra. Un 60,3% de la mostra assegura rebre prestacions econòmiques de l'erari públic.

En relació a les dades recollides sobre estudis finalitzats i per tant, sobre el nivell de formació acadèmica de la mostra, trobem que la majoria compten amb la primària o la ESO finalitzada i només un 12,7% assegura tenir estudis universitaris (Taula 4).

Taula 4. Descriptius d'estudis acabats

Nivell	Freqüència	Percentatge
Cap	13	10,3
Primària O ESO	72	57,1
Batxillerat O FP	22	17,5
Estudis universitaris	16	12,7
Dades perdudes	3	
Total	126	100,0

Les dades obtingudes sobre país de naixement reflecteixen un percentatge semblant a les dades generals de la població penitenciària. En el nostre estudi ha participat un 63,5% de nacionals d'Espanya i Marroc és, amb un 12,7%, el següent país amb més representació (Taula 5).

Taula 5. Descriptius de la mostra per país de naixement

País	Freqüència	Percentatge
Espanya	80	63,5
Marroc	16	12,7
Hondures	4	3,2
Bolívia	1	,8
Colòmbia	3	2,4
Romania	4	3,2
Equador	1	,8
Senegal	3	2,4
Alemanya	1	,8
Macedònia del Nord	1	,8

Portugal	1	,8
Índia	2	1,6
Veneçuela	1	,8
Algèria	1	,8
República Dominicana	1	,8
Gàmbia	1	,8
França	1	,8
Total vàlids	122	96,8

Quant als anys que fa que la totalitat de la mostra viu a Espanya, hem obtingut una mitjana de 31 anys. Si observem el percentatge de la mostra que indica trobar-se sense parella estable obtenim un 43,% del total (Taula 6). Obtenim una mitjana de 1,25 fills/es en un rang de 0 a 7 entre la nostra mostra.

Taula 6. Descriptius de la mostra per estat civil

Estat civil	Freqüència	Percentatge
Casat/da o en parella	37	29,4
Solter/a	55	43,7
Divorciat/da o separat/da	22	17,5
Vidu/a	4	3,2
Total	118	93,7
Dades perdudes	8	6,3
Total	126	100,0

Els interns i internes que han participat han respost a la percepció del suport familiar com a *Molt bo* en la seva majoria (Taula 7). Tractant-se dels factors protectors més importants estudiats, cal també, valorar quines variables poden estar darrera d'aquesta alta valoració de suport (p. ex: la situació de reclusió pot crear un efecte de re-valoritzar a l'alça l'entorn familiar).

Taula 7. Descriptius de la percepció de la mostra sobre el seu recolzament familiar

	Suport familiar		Situació econòmica	
	Freqüència	Percentatge	Freqüència	Percentatge
Molt dolent	4	3,2	23	18,3
Dolent	5	4,0	14	11,1
Regular	17	13,5	56	44,4
Bo	23	18,3	21	16,7
Molt bo	67	53,2	6	4,8
Total	116	92,1	120	95,2
Dades perdudes	10	7,9	6	4,8
Total	126	100,0	126	100,0

Quant a percepció de la seva situació econòmica observem una distribució normal amb asimetria. El percentatge més elevat la valora en el terme mig de l'escala Likert proposada. Tanmateix, quasi el 20% la valora molt dolenta i només un 4,8% la valora com a molt bona (Taula 7).

La majoria de la mostra, amb un 63,5%, indica tenir creences religioses. Aquesta variable té rellevància en l'instrument de *Raons per viure* i pot conformar un important factor protector per reduir el risc personal de suïcidi. La mostra indica una variabilitat homogènia entre les diferents confessions religioses (Taula 8).

Taula 8. Descriptius de creences religioses

Creences	Freqüència	Percentatge
Cristians catòlics	25	19,8
Islamisme	25	19,8
Cristians Evangelistes	10	7,9
Altres	17	13,5
Cap	4	3,2
Total	81	64,3
Dades perdudes	45	35,7

Hem trobat un percentatge semblant d'interns/es que es perceben practicants (45,2%) o no practicants (41,3%) de la seva confessió religiosa.

5.1.2 Exploració salut mental

Gairebé la meitat de la mostra (46,8%) refereix haver patit algun problema psicològic o psiquiàtric en algun moment de la seva vida, destacant un 15,4% de trastorns de l'espectre psicòtic, un 13,5% algun trastorn adaptatiu o problemes en el dol i un 11,5% en trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH). En aquest sentit el 59,2% de la mostra indica estar prenent psicofàrmacs prescrits per l'especialista.

Més de la meitat dels enquestats (66,1%) exposen haver tingut problemes amb el consum de substàncies en el passat, destacant la cocaïna com a la droga amb major freqüència (54,9%), seguida de l'alcohol (46,7%) el cànnabis (40,5%). En quarta posició, l'heroïna va representar problemes per un 21,3% dels participants a l'estudi. Referent a la via d'administració la combinació d'intranasal i oral va ser la més freqüent.

Cal destacar que un terç de la mostra (34,5%) verbalitza haver tingut intoxicació pel consum de substàncies i un 25,8% haver patit sobredosi.

Respecte al patró de consum actual de drogues, només un 18,5% indica tenir problemes amb el consum, principalment amb el cànnabis (15,8%).

Gairebé la meitat de la mostra (41,8%) verbalitza ideació de suïcidi en algun moment de la seva vida i un 25,8% dels enquestats han realitzat alguna temptativa autolítica. Dels mètodes emprats per la conducta de suïcidi, es destaquen la sobredosi de substàncies (29,6%) i l'estrangulament (29,6%).

En relació als antecedents familiars de suïcidi, un 13,3% de la mostra verbalitza èxits per suïcidi i d'altra banda, gairebé la meitat (47%) han patit la mort per suïcidi d'una persona important (no familiar).

5.1.3 Estada al centre penitenciari

En relació al motiu de l'ingrés al centre penitenciari, per part dels participants en l'actual estada, dir que els resultats reflecteixen delictes molts diversos. Si bé, tots ells s'han agrupat en sis categories generals de tipologia de delicte, segons altres exemples presents en la literatura.

En la taula 9 es visualitzen aquestes categories de delictes esmentades. Cal destacar que una tercera part dels participants han ingressat al centre en compliment a l'actual condemna, per un delicte categoritzat dins del grup de violència genèrica.

Taula 9. Tipologia de delicte

	Freqüència	Percentatge
Delictes contra la salut pública i estafa	20	15,9
Robatoris sense violència	29	23
Delictes contra la seguretat vial	12	9,5
Violència genèrica	42	33,3
Violència de gènere	8	6,3
Violència sexual	2	1,6

D'altra banda, en aquest cas en relació a la valoració que els participants de l'estudi fan de la seva estada en el centre, s'han distribuït les percepcions dels participants en dos grans grups: 1) serveis i instal·lacions; 2) relacions interpersonals.

En el primer grup es valora l'estància al centre, el menjar, el servei de bugaderia, les activitats al centre penitenciari, les instal·lacions dels mòduls, els serveis mèdics, el servei de poliesportiu i la comoditat a la cel·la.

Pel que fa al grup de les relacions interpersonals s'han valorat les relacions amb altres interns, amb el company de cel·la i amb els professionals del centre penitenciari.

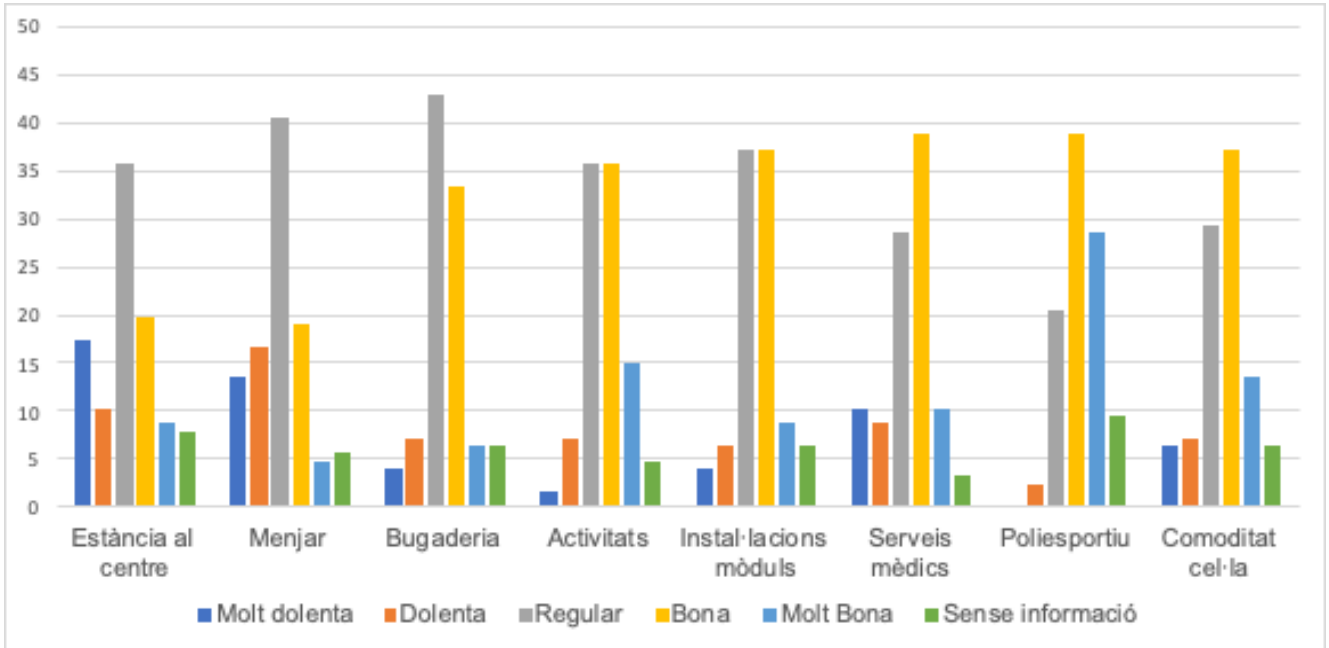
En qualsevol dels casos les opcions de resposta poden ser cinc, les quals van des de *molt dolenta* fins a *molt bona*, amb tres posicions al centre de *dolenta*, *regular* i *bona*. Cal destacar que en totes les variables exposades hi ha un percentatge de participants que no ha contestat cap de les opcions, possiblement perquè no en fa ús d'aquell servei. Un exemple seria qui no fa ús de la bugaderia perquè es neteja la seva roba a la seva cel·la, pel que desconeix la valoració del servei. Similar seria qui no fa ús del poliesportiu, per tant sense poder valorar el servei, i així en altres serveis.

En referència als resultats de les valoracions, en la gràfica 1 s'observa com en la majoria de variables el major volum de la puntuació recau en *regular* o *bona*. La variable que cal destacar com amb un percentatge de valoració de *molt bona* més elevada és la del poliesportiu. En l'altre extrem, la variable amb un percentatge de valoració més gran de *molt dolenta* és el menjar del centre.

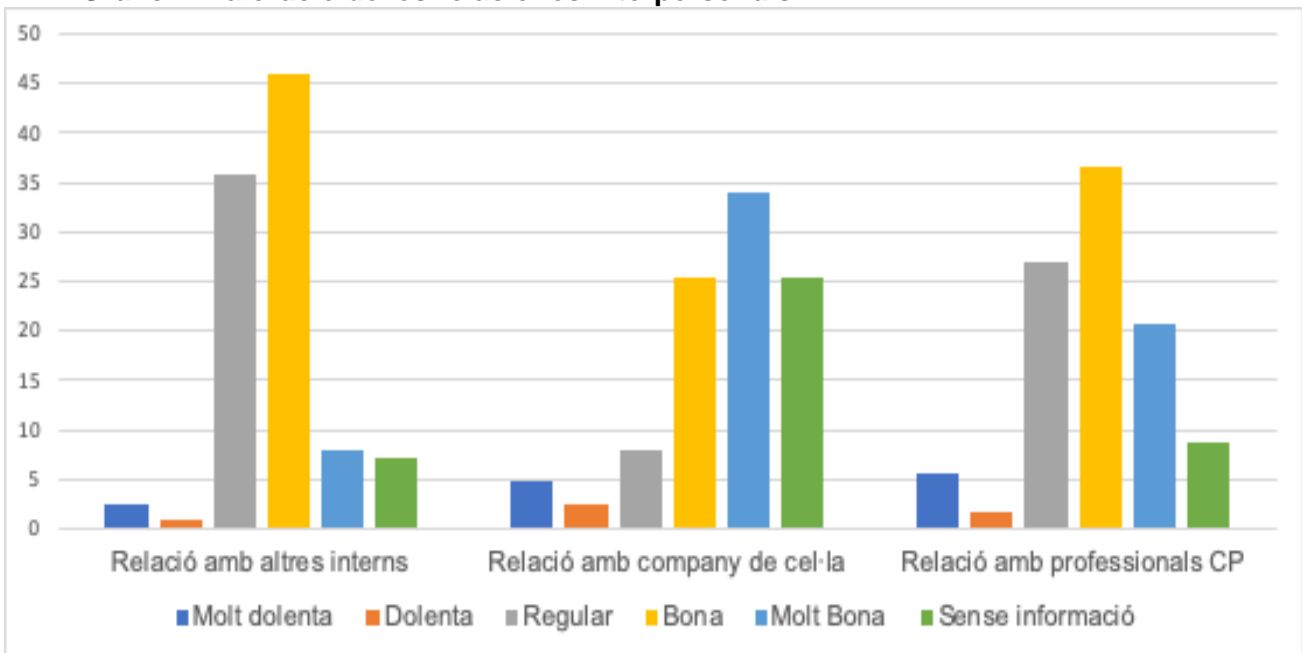
També destacar que, excepte en les variables de l'estància al centre i el menjar, més d'una tercera part dels participants puntuen la valoració dels serveis com a *bona*, essent la quarta màxima puntuació de cinc possibilitats.

Pel que fa a les valoracions de les relacions interpersonals, en la gràfica 2 es visualitza com la part de les respostes del participants més utilitzada o contestada són les valoracions de *bona* o bé de *molt bona*. És a dir, un 46% dels participants considera que té una *bona* relació amb els seus companys, un 34,1% considera que té una *molt bona* relació amb el seu company de cel·la i un 36,5% dels participants han contestat que la seva relació amb els professionals del centre penitenciari és *bona*.

Gràfic 1. Valoració dels serveis i instal·lacions



Gràfic 2. Valoració de les relacions interpersonals



5.2 Resultats corresponents a les escales estandarditzades utilitzades

A continuació s'exposen els resultats en relació als estadístics descriptius de les escales estandarditzades utilitzades.

A la taula 10 es poden observar les mitjanes, desviacions estàndards i les puntuacions mínimes i màximes de cada un dels instruments estandarditzats utilitzats a l'estudi.

Taula 10. Estadístics descriptius de les escales utilitzades

	M (SD)	Mínim	Màxim
RS (escala Risc de Suïcidi)	5.28 (3.62)	0	13
BHS (Escala de Desesperança)	10.65 (2.51)	5	16
BCRS (Escala Afrontament Resilient)	16.54 (3.96)	4	23
RFL (Escala Raons per Viure)			
Creences Superació afrontament	120.05 (19.60)	46	144
Por desaprovació social	9.45 (4.96)	3	18
Responsabilitats familiars	33.44 (7.75)	7	42
Preocupació pels fills	15.11 (3.77)	3	18
Por al suïcidi	19.53 (7.80)	7	41
Objeccions morals	14.61 (5.92)	4	24

L'escala de Risc de Suïcidi i l'escala de Desesperança identifiquen punts de tall o intervals de severitat que a continuació analitzarem.

Com es pot observar a la taula 11 un percentatge de 47,4 té una puntuació igual o superior a 6 en l'escala de risc de suïcidi, el que implica la presència de risc de suïcidi en quasi la meitat de la mostra analitzada.

Taula 11. Freqüències de les puntuacions a l'escala de risc de suïcidi

Puntuació	Freqüència	Percentatge	Percentatge acumulat
0	7	7.4	7.4

1	14	14.7	22.1
2	4	4.2	26.3
3	11	11.6	37.9
4	9	9.5	47.4
5	5	5.3	52.6
6	9	9.5	62.1
7	6	6.3	68.4
8	8	8.4	76.8
9	8	8.4	85.3
10	7	7.4	92.6
11	2	2.1	94.7
12	3	3.2	97.9
13	2	2.1	100.0

Respecte de l'escala de Desesperança tal i com es pot observar, en la taula 12, el 19,9% presenta un rang de desesperança lleu (puntuacions entre 4 i 8), un 54% moderat (puntuacions entre 9 i 14) i un 3,4 sever (puntuacions entre 15 i 20). Aquestes dades ens indiquen que al voltant d'un 45% dels participants presenta risc de suïcidi de moderat a greu.

Taula 12. Freqüències de les puntuacions a l'escala de Desesperança

Puntuació	Freqüència	Percentatge	Percentatge acumulat
5	1	1.1	1.1
6	1	1,1	2,2
7	6	6,7	9,0
8	7	7,9	16,9
9	16	18,0	34,8
10	18	20,2	55,1
11	14	15,7	70,8
12	6	6,7	77,5
13	4	4,5	82,0

14	6	6,7	88,8
15	7	7,9	96,6
16	3	3.4	100

5.3 Resultats corresponents a la relació entre les diferents variables

5.3.1 Diferències quant a variables de risc i protecció de suïcidi en relació a característiques sociodemogràfiques

A continuació s'analitza si existeixen diferències significatives en les puntuacions de les escales utilitzades en relació amb algunes de les variables més rellevants de l'estudi. Les comparacions de mitjanes s'han portat a terme entre:

a) Diferències entre homes i dones

El nombre d'homes (n=113) participants en l'estudi és substancialment major que el de les dones (n=9). Malgrat aquest biaix s'han portat a terme proves no paramètriques que no han trobat diferències significatives entre homes i dones en cap d'aquestes variables.

b) Diferències entre el grup de persones amb creences religioses i/o espirituals i el grup sense creences religioses i/o espirituals

Tal i com mostra la taula 13, els resultats indiquen que les persones amb creences religioses o espirituals (n=80) en comparació amb les que no (n=38) presenten puntuacions més elevades de manera significativa en algunes de les subescales de les raons per viure (afrontament i superació, por al suïcidi i objeccions morals).

Taula 13. Diferències quant al risc de suïcidi, desesperança, estratègies d'afrontament i raons per viure entre el grup amb creences religioses i/o espirituals i el grup sense creences religioses i/o espirituals

	Creences religioses o espirituals (N=80)	Sense creences religioses o espirituals (N=38)		
	M (SD)	M (SD)	t	p
Risc suïcidi	5.48 (3.84)	5.03 (3.27)	-0.56	0.576
Desesperança	10.78 (2.57)	10.19 (2.35)	-1.00	0.318
Estratègies d'afrontament	16.87 (3.95)	15.85 (3.95)	-1.24	0.218
Raons per viure				
Creences supervivència i afront.	122,88 (19.06)	114,11 (21.46)	-2.24	0.027
Por desaprovació social	10,07 (5.14)	8,16 (4.86)	-1.20	0.057
Responsabilitat família	34.04 (7.45)	33.01 (8.14)	-0.68	0.497
Preocupació fills	15.42 (3.67)	14.36 (4.24)	-1.39	0.167
Por al suïcidi	20.63 (7.91)	17.06 (7.88)	-2.29	0.024
Objeccions morals	17.04 (4.83)	9.11 (4.70)	-8.41	0.001

c) Diferències entre el grup de persones amb problemes de consum en el passat i els que no

Quan comparem el grup d'interns que informen que han tingut problemes de consum de drogues en el passat (n=80) amb els que no (n=41) els resultats mostren (taula 14) que existeixen diferències significatives únicament en l'escala de risc de suïcidi, essent aquest risc més elevat en el grup amb problemes de consum. No existeixen diferències significatives en relació amb les altres variables.

Taula 14. Diferències quant al risc de suïcidi, desesperança, estratègies d'afrontament i raons per viure entre el grup amb problemes de consum en el passat i el grup sense problemes de consum en el passat

	Problemes consum passat (N=80)	Sense problemes consum passat (N=41)		
	M (SD)	M (SD)	t	p
Risc suïcidi	5.97 (3.42)	4.15 (3.78)	-2.39	0.019
Desesperança	10.53 (2.47)	10.88 (2.63)	0.631	0.530
Estratègies d'afrontament	16.30 (4.06)	16.93 (3.81)	0.800	0.425
Raons per viure				
Creences supervivència i afront.	120.90 (16.99)	118,24 (24.97)	-0.692	0.490
Por desaprovaçió social	9.38 (4.94)	9.75 (5.20)	0.389	0.698
Responsabilitat família	33.89 (6.75)	32.53 (9.82)	-0.894	0.373
Preocupació fills	15.33 (3.45)	14.65 (4.52)	-0.921	0.359
Por al suïcidi	19.39 (7.92)	20.10 (7.84)	0.472	0.638
Objeccions morals	14.66 (5.89)	14.51 (6.39)	-0.124	0.901

d) Diferències entre el grup de persones amb algun familiar mort per suïcidi i el que no

Tal i com es pot observar a la taula 15, no existeixen diferències significatives entre els participants que han perdut algun familiar per suïcidi (n=15) i els que no (n=98).

Taula 15. Diferències quant al risc de suïcidi, desesperança, estratègies d'afrontament i raons per viure entre el grup amb algun familiar mort per suïcidi i el grup sense familiars morts per suïcidi

	Familiar mort per suïcidi (N=98)	Sense familiar mort per suïcidi (N=15)		
	M (SD)	M (SD)	t	p
Risc suïcidi	6.50 (3.50)	5.16 (3.73)	-1.598	0.126
Desesperança	9.36 (1.91)	10.90 (2.53)	1.935	0.056
Estratègies d'afrontament	16.00 (4.22)	16.78 (3.68)	0.649	0.474
Raons per viure				
Creences supervivència i afront	121.18 (22.67)	119.90 (19.23)	-0.208	0.815
Por desaprovació social	10.01 (4.47)	9.28 (5.26)	-0.511	0.610
Responsabilitat família	35.78 (7.02)	33.13 (7.90)	-1.226	0.223
Preocupació fills	15.74 (4.11)	15.00 (3.74)	-0.703	0.484
Por al suïcidi	19.18 (7.25)	19.45 (8.19)	0.134	0.894
Objeccions morals	14.48 (6.42)	14.89 (5.99)	-0.234	0.806

e) Diferències entre el grup de persones amb algú important (no familiar) mort per suïcidi i el que no

Quan analitzem si existeixen diferències entre les persones que han perdut algú significatiu (no familiar) per suïcidi i els que no, podem observar que puntuen de manera significativament més elevada en l'escala de Risc de suïcidi.

Taula 16. Diferències quant al risc de suïcidi, desesperança, estratègies d'afrontament i raons per viure entre el grup amb alguna persona significativa (no familiar) morta per suïcidi i el grup sense cap persona significativa morta per suïcidi

	Persona significativa morta per suïcidi (N=84)	Sense persona significativa morta per suïcidi (N=33)		
	M (SD)	M (SD)	t	p
Risc suïcidi	4.50 (3.74)	6.51 (3.23)	-2.666	0.009
Desesperança	10.60 (2.52)	10.81 (2.55)	0.377	0.708
Estratègies d'afrontament	16.30 (4.20)	16.84 (3.50)	0.729	0.468
Raons per viure				
Creences supervivència i afront	117.80(21.98)	120.95 (18.32)	0.846	0.399
Por desaprovaçió social	9.17 (5.17)	9.62 (5.08)	0.476	0.635
Responsabilitat família	33.80 (7.96)	32.96 (8.13)	-0.558	0.579
Preocupació fills	15.35 (3.76)	14.71(3.98)	-0.893	0.374
Por al suïcidi	18.73 (7.21)	20.10 (8.66)	0.923	0.358
Objeccions morals	14.22 (6.11)	14.82 (6.05)	-0.534	0.594

f) Diferències entre el grup de persones que es troben en règim d'aïllament i el grup en règim ordinari

Com es pot observar a la taula 17 el grup de persones que es troben en règim d'aïllament en l'actualitat al centre (n=9) han puntuat de manera significativa més alt en l'escala de desesperança.

Taula 17. Diferències quant al risc de suïcidi, desesperança, estratègies d'afrontament i raons per viure entre el grup amb en règim d'aïllament i el grup que no es troba en règim d'aïllament

	Règim d'aïllament (N=106)	Règim ordinari (N=9)	t	p
	M (SD)	M (SD)		
Risc suïcidi	7.33 (4.13)	5.22 (3.58)	-1,223	0.169
Desesperança	13.67 (20.07)	10.41 (2.38)	-3,248	0.002
Estratègies d'afrontament	16.89 (6.66)	16.57 (3.85)	-0,238	0.813
Raons per viure				
Creences supervivència i afront	112.75 (30.09)	120.02 (19.35)	0,712	0.304
Por desaprovació social	12.11 (5.75)	9.38 (5.01)	-1,551	0.124
Responsabilitat família	33.45 (9.29)	33.46 (7.83)	0,003	0.201
Preocupació fills	15.90 (3.51)	15.05 (3.90)	-0,632	0.998
Por al suïcidi	15.23 (6.36)	19.82 (8.05)	1,666	0.529
Objeccions morals	16.47 (4.74)	14.41 (6.23)	-0,968	0.335

5.3.2 Associació entre les variables de risc i de protecció del suïcidi i les característiques sociodemogràfiques

A la taula 18 s'observa la relació entre totes les escales de mesura estandarditzades utilitzades per avaluar les variables de risc i de protecció del suïcidi.

De forma significativa, observem com la puntuació total de l'escala de Risc de Suïcidi (RS) s'associa positivament a la Desesperança (BHS) però negativament

amb l'Afrontament Resilient (BRCS) i amb les subescala de Responsabilitats amb la família (RL-RESFAM) de l'instrument de Raons per Viure (RL). La Desesperança (BHS), s'associa negativament amb l'Afrontament Resilient (BRCS) i amb les escales de Supervivència i Afrontament (RL-SUPAF) i de Responsabilitats amb la família (RL-RESFAM). L'Afrontament Resilient, es relaciona negativament amb el Risc de Suïcidi (RS) i la Desesperança (BHS) però de forma positiva amb les subescales de Supervivència i Afrontament (RL-SUPAF), de Responsabilitat amb la família (RL-RESFAM), Preocupació pels fills (RL-PREOC) i d'Objeccions morals (RL-OBMOR) . Les subescales de l'instrument de Raons per Viure correlacionen totes positivament entre elles i amb l'Afrontament Resilient (BRCS) i en negatiu amb el Risc de Suïcidi (RS) i la Desesperança (BHS).

Taula 18. Relació entre les escales de mesura estandarditzades de variables de risc i protecció del suïcidi

	RS	BHS	BRCS	RL-SUPAF	RL-MDESS	RL-RESFAM	RL-PREOC	RL-MSUIC
BHS	.407**							
BRCS	-.342**	-.031						
RL-SUPAF	-.457**	-.226*	.598**					
RL-MDESS	-.109	.107	.154	.222*				
RL-RESFAM	-.235*	-.210*	.385**	.590**	.273**			
RL-PREOC	-.160	-.132	.371**	.555**	.141	.636**		
RL-MSUIC	-.037	-.008	.084	.188*	.341**	.195*	.110	
RL-OBMOR	-.085	.200	.254**	.418**	.275**	.272**	.383*	.436**

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

A la Taula 19 s'analitza la relació entre les variables sociodemogràfiques i les variables de risc i protecció de suïcidi. En primer lloc, observem que l'edat dels/les participants s'associa de forma negativa amb el risc de suïcidi, és a dir, a menys edat, més risc de suïcidi. Els anys que el/la participant porta vivint a Espanya correlaciona de forma negativa amb la Desesperança i amb la subescala d'Objeccions Morals (RL-OBMOR) de l'escala de Raons per viure. El temps restant per finalitzar la condemna actual es relaciona de forma positiva amb la subescala de Por i Desaprovació Social (RL-MDESS). El número previ d'intents de suïcidi correlaciona de forma positiva amb el Risc de Suïcidi i de forma negativa amb l'Afrontament Resilient i la subescala de Supervivència i Afrontament (RL-SUPAF) de l'escala de Raons per Viure. Per últim, el nombre de vegades que el/la participant ha estat en aïllament durant els últims sis mesos correlaciona de forma positiva amb el Risc de Suïcidi.

No s'han trobat diferències en la ideació suïcida respecte al gènere dels participants (homes, $M=5,23$, $SD= 3,566$; dones, $M= 5,14$, $SD= 4,259$); $t(92)=0,061$, $p=0,448$.

S'ha realitzat correlació de Pearson per tal de comparar les puntuacions de risc de suïcidi amb les puntuacions de l'escala de desesperança i els resultats són positius mostrant una associació moderada entre una major desesperança amb una major ideació autolítica ($r=0,407$).

D'altra banda, la correlació ha estat inversa respecte la variable Supervivència i Afrontament (SUPAF) indicant menys ideació de suïcidi a major SUPAF ($r=-0,457$).

Taula 19. Relació entre variables sociodemogràfiques i variables de risc i protecció del suïcidi

	RS	BHS	BRCS	RL-SUPA F	RL-MDE SS	RL-RESF AM	RL-PREO C	RL-MSUI C	RL-OBM OR
Variable s sociode mogràfi ques									
Edat	-.222*	-.088	.138	.008	-.100	-.129	-.161	-.167	-.175
Anys vivint a Espanya	-.098	-.237*	-.026	-.100	-.185	-.089	-.136	-.071	-.343**
Temps condemna actual	.033	-.040	.141	.169	.187	.140	.127	.104	.134
Temps restant per finalitzar la condemna actual	-.125	-.014	.084	.162	.265**	.170	.104	.118	.186
Número intents suïcidi	.463**	.127	-.323**	-.343**	.071	-.075	-.066	-.042	-.178
Número vegades a aïllament en últims 6 mesos	.223*	.112	.060	-.013	.065	.058	.125	-.003	.085

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

A la taula 20 s'examina la relació entre la valoració subjectiva dels/les participants en relació als serveis, instal·lacions i relacions interpersonals amb les variables de risc i protecció del suïcidi. El Risc de Suïcidi s'associa de forma negativa amb la valoració personal dels serveis i instal·lacions del Centre Penitenciari Puig de les Basses. Tanmateix i de forma molt significativa, el Risc de Suïcidi s'associa amb una pitjor valoració de la relació amb els altres interns de C.P. i amb el company de cel·la. També la Desesperança es relaciona de forma negativa amb la valoració personal dels serveis i instal·lacions i amb la valoració de les relacions interpersonals. Pel contrari, l'Afrontament Resilient s'associa de forma positiva amb la valoració dels serveis i instal·lacions i també de les relacions interpersonals, de manera molt significativa amb una major valoració de la relació amb els altres interns del centre. Per últim, en quant a les subescales de la mesura de Raons per viure, en general totes s'associen de forma positiva amb una millor valoració subjectiva tant de les instal·lacions i serveis del C.P. com amb una millor valoració de les relacions interpersonals els companys i dels professionals del centre.

Taula 20. Relació entre la valoració dels participants en relació a serveis, instal·lacions i relacions interpersonals i les variables de risc i protecció del suïcidi

	RS	BHS	BRC S	RL- SUPA F	RL- MDE SS	RL- RESFA M	RL- PREO C	RL- MSUI C	RL- OBM OR
Valoració dels serveis i instal·lacions									
Menjar	-.302**	-.268*	.212*	.213*	.030	.153	.058	.012	.093
Bugaderia	.129	-.052	.000	-.015	.025	.142	-.036	-.020	.003
Activitats	.032	-.105	.125	.170	.020	.232*	.225*	.026	.132
Instal·lacions mòduls	-.152	-.128	.260*	.189*	.034	.193*	.084	-.020	-.017
Serveis mèdics	-.194	-.125	.047	.074	-.026	.042	-.111	.047	-.051
Poliesportiu	-.017	-.152	- .013	.045	-.134	.178	.102	-.023	.103
Comoditat cel·la	-.248*	-.031	.036	.183*	.138	.198*	.039	-.131	.024
Valoració de les relacions interpersonals									

Relació amb altres interns	-.296**	-.156	.203*	.219*	.086	.198*	.088	.068	.013
Relació amb el company de cel·la	-.349**	-.196	.217*	.141	-.014	.250*	.006	-.099	-.061
Relació amb profession als C.P.	-.067	-.157	- .059	-.008	-.049	.087	.063	.019	.022

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

5.3.3 Variables predictores del risc de suïcidi

A la taula 21 es presenta l'anàlisi de regressió lineal múltiple realitzada per avaluar les variables associades al risc de suïcidi on les puntuacions de risc de suïcidi són la variable dependent. Com a variables independents s'han utilitzat aquelles variables sociodemogràfiques i de risc i protecció de suïcidi que en les anàlisis correlacionals s'han mostrat com a significatives. Així, com a variables independents s'han introduït: l'escala de Desesperança (BHS), l'Afrontament Resilient (BRCS), les subescales de l'instrument de Raons per Viure (RL), així com l'edat, la valoració personal de la comoditat de la cel·la i de la relació amb el company amb qui la comparteix, els antecedents de consum problemàtic de substàncies, el número d'intent de suïcidis previs, els antecedents de suïcidi en persones properes i, finalment, el número de vegades en aïllament durant els últims 6 mesos. Les anàlisis s'han realitzat respectant la no violació dels supòsits de normalitat, linealitat, multicolinealitat i homoscedasticitat. En el model final (al cinquè pas) de la regressió, la variància total explicada és de 73%. Els resultats mostren que el model final inclou cinc variables predictores. Per ordre de significació, es mostren com a predictores del Risc de Suïcidi: la Supervivència i Afrontament (RL-SUPAF) i l'edat en negatiu i la Desesperança, el número d'intents de suïcidi previs i els antecedents de problemàtica amb el consum de substàncies en positiu. En altres paraules, els resultats mostren que hi ha un major risc de suïcidi a menor edat i en persones amb un escàs recurs de supervivència i afrontament i, a major sentiment de desesperança, a quants més

intents de temptatives de suïcidi previs i a major presència d'antecedents de consum de substàncies en el passat.

Taula 21. Anàlisi de regressió múltiple del risc de suïcidi

	Coef.no Estand.		Coef. Estand.	t	p	95% IC per B	
	B	Error Estàndard	Beta			Límit inferior	Límit superior
Constant	18,173	4,201		4,326	0	9,668	26,677
RL-SUPAF	-0,123	0,022	-0,539	-5,492	0	-0,169	-0,078
E-dat	-0,102	0,037	-0,271	-2,759	0,009	-0,176	-0,027
BHS	0,473	0,134	0,311	3,518	0,001	0,201	0,745
Nº intents suïcidi	0,475	0,191	0,229	2,489	0,017	0,089	0,862
Antec.pr obl. consum	1,685	0,736	0,206	2,289	0,028	0,195	3,175

6. Conclusions

En el present estudi han participat un total de 123 persones, que correspon a un 17,59% dels interns i internes del Centre Penitenciari del Puig de les Basses, segons les dades del mes de juny de 2021.

A continuació s'exposen les conclusions seguint l'esquema exposat en els resultats, és a dir, segmentat en tres blocs els quals corresponen a variables sociodemogràfiques (dades penals, salut mental i estada al centre penitenciari), a escales estandarditzades (risc de suïcidi, la desesperança, raons per viure i afrontament resilient) i la relació entre les diferents variables.

En relació a les dades sociodemogràfiques, concretament a les que tenen relació amb la salut mental, els resultats del present estudi indiquen que gairebé la meitat de la mostra (46,8%) verbalitza haver patit algun problema psicològic o psiquiàtric en algun moment de la seva vida, destacant un 15,4% de trastorns de l'espectre psicòtic, un 13,5% algun trastorn adaptatiu o problemes en el dol i un 11,5% TDAH. En aquest sentit, els resultats de la població estudiada es troben en la mateixa línia que altres estudis on es mostra que gairebé la meitat dels homes presos i aproximadament tres quartes parts de les dones preses verbalitzen símptomes de trastorns mentals (Eaton et al., 2008; James & Glaze, 2006; Glaze & Herberman, 2013). De fet, segons estudis existents, la presència de trastorns mentals entre la població penitenciària és notablement molt més elevada en comparació amb la població general (Arlington, 2012; Torrey et al., 2009, Wilper et al., 2009). Cal destacar però que la prevalença de psicopatologia de la mostra del Centre Penitenciari Puig de les Basses és menor en comparació amb altres estudis de l'estat espanyol (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2007; Vicens et al., 2011), on es destaca un 82,6% dels interns manifesten haver patit algun tipus de trastorn mental al llarg de la seva vida (López et al., 2016).

Seguint amb la salut mental, la bibliografia ens aporta que la presència de trastorn per ús de substàncies és especialment més elevada entre les persones internes que en població general (Yuodelis-Flores i Ries, 2015). Els resultats del present estudi ens indiquen que més de la meitat de la mostra, concretament un

66,1%, exposen haver tingut problemes amb el consum de substàncies en el passat (sent la cocaïna la substància més consumida, seguida de l'alcohol amb un 54,9%. Respecte el consum actual, gairebé dos de cada deu persones (18,5%) indiquen problemes de consum (principalment cànnabis).

Per finalitzar amb les dades sociodemogràfiques, en el tercer bloc es varen analitzar variables en relació a la valoració amb l'estada, tant d'instal·lacions i serveis com amb relacions interpersonals. Entre els resultats obtinguts observem que el 35,7% valora com a *Bona* les activitats que es realitzen a mòdul i un 38,9% valoren com a *Bona* el servei del poliesportiu. Pel que fa a les relacions interpersonals, destacar resultats com que el 57,1% valora com a *Bona o Molt Bona* la relació amb els professionals, el 53,9% dels participants valoren com a *Bona o Molt Bona* la relació que tenen amb altres interns i el 53,9% dels participants valoren com a *Bona o Molt Bona* la relació que tenen amb altres interns. De fet, en relació a aquesta darrera dada, fer notar que, segons s'exposava també en el marc teòric en referència a les taxes de suïcidi, alguns estudis mostren que el fet de compartir cel·la esdevé un factor protector (Favril, et al., 2019; Fazel, et al., 2008; Fruehwald, et al., 2004).

En relació als resultats de les escales estandaritzades, la bibliografia alerta que la població penitenciària és una de les més vulnerables respecte el suïcidi (Bukten i Stavseth, 2021), fet que s'alinea amb els resultats obtinguts entre els quals destacar que un 48,4% dels participants presenten risc de suïcidi i un 25,8% de la mostra ha realitzat alguna temptativa de suïcidi. Per altra part, en relació a la desesperança, un 57,4% de la mostra presenta una desesperança entre moderada i severa.

En el tercer apartat dels resultats es presenta la relació entre diferents variables estudiades. La bibliografia ens aporta que un factor de risc reconegut i estudiat és la salut mental. Altres investigacions han destacat que dones, les persones internes de més de 55 anys i els joves presenten taxes de trastorns mentals més altres que altres poblacions penitenciàries (Fazel i Baillargeon, 2011) En el present estudi s'observen resultats com que les persones que han tingut problemes amb el consum de substàncies en el passat tenen més risc de suïcidi que les que no, també que a menor edat, major és el risc de suïcidi.

Seguint amb els factors de risc, presentar antecedents de temptatives prèvies de suïcidi s'ha demostrat com un dels factors amb elevat risc per la mort per suïcidi (Zhong, et al., 2021). Entre els resultats del present estudi trobem que un major número d'intents de suïcidi augmenta el risc de suïcidi.

També, en quant al risc de suïcidi, senyalar que entre els resultats observem que les persones que han perdut una persona significativa (no familiar) a causa del suïcidi, tenen un major risc de suïcidi; el fet d'haver estat en aïllament durant els últims sis mesos incrementa el risc de suïcidi, dades que també indiquen altres estudis (Felthous, 1997; Pompili et al., 2009). En aquest sentit, la variable edat té un pes important respecte la ideació donat que a menor edat, major és el risc de suïcidi.

En les valoracions dels serveis i de les relacions interpersonal, s'observa un major risc de suïcidi en aquells i aquelles participants que valoren negativament la seva relació amb la resta d'interns del centre i amb el company/a de cel·la i finalment que una valoració negativa dels serveis i instal·lacions del centre penitenciari es relacionen tant amb un major risc de suïcidi com a majors sentiments de desesperança.

Pel que fa a la desesperança, com s'ha exposat anteriorment, més de la meitat de la mostra (57,4%) verbalitza desesperança entre moderada i severa. En aquest sentit, s'exposen variables associades a presentar major nivell de desesperança com són la condició de règim d'aïllament i el fet de portar menor temps de residència al país.

Segons s'ha exposat en la introducció del present estudi, es valora la importància dels factors protectors vers el suïcidi. En l'estudi s'observen resultats com que les creences religioses i/o espirituals estan relacionades amb l'afrontament i la superació; les persones amb més afrontament resilient tenen un menor risc de suïcidi; les raons per viure que més s'associen a un menor risc de suïcidi són la supervivència i l'afrontament i les responsabilitats familiars. En aquest sentit familiar, l'estudi de Wittouck et al. (2016) mostra que una relació de parella significativa va constituir un factor protector dels pensaments suïcides.

També trobem resultats que indiquen que a més capacitat d'afrontament resiliènt i supervivència, menys intents previs d'intents de suïcidi; que a més anys vivint al país, els i les participants mostren més objeccions morals en relació al suïcidi i a menor temps restant per finalitzar la condemna, els i les participants refereixen menys por a la desaprovació social.

En relació a les valoracions de les instal·lacions les persones que mostren més afrontament resiliènt, realitzen una valoració més positiva dels serveis i instal·lacions del centre, concretament del menjar, de les instal·lacions del mòdul i de la comoditat de la cel·la. Pel que a les relacions interpersonals, els i les participants amb major supervivència i afrontament resiliènt, mostren de manera significativa, una major valoració de la relació tant amb la resta d'interns com amb el company/a de cel·la.

En relació al gènere, explicar que en l'estudi no existeixen diferències entre gènere quant al risc de suïcidi, la desesperança, l'afrontament resiliènt i les raons per viure. Encara que hem de tenir en compte que el nombre de dones participants és molt petit.

Finalment, exposar que, com a variables predictorres del suïcidi, els resultats mostren que el risc de suïcidi s'associa a un menor recurs de supervivència i afrontament, a menor edat i a major sentiments de desesperança, a un major número d'intents previs de suïcidi i a la presència de problemàtica de consum de substàncies en el passat.

7. Limitacions

El present estudi presenta algunes limitacions, que exposarem a continuació.

En primer lloc, es tracta d'un disseny transversal, per tant com a conseqüència no es poden realitzar inferències causals.

Una altra limitació són les mesures subjectives, ja que s'han emprat qüestionaris auto informats.

En quant a la metodologia, també s'hagués pogut optar per una metodologia mixta (quantitativa-qualitativa), combinant elements quantificables amb altres aspectes més característics de la comprensió i la significació. Ara bé, en aquest cas hagués estat necessari un període de temps que excedia els límits temporals d'aquest estudi, pel que es va prioritzar utilitzar la metodologia quantitativa en aquest estudi. En futures investigacions, seria recomanable utilitzar una metodologia mixta, combinant mètodes quantitativus i qualitativus.

La participació és del 17,9%. Per tant, una altra limitació és la mida mostral del present estudi que no permet generalitzar el resultat. En relació amb aquesta punt cal tenir present les limitacions i dificultats implícites de la investigació població penitenciària tal com d'altres estudis ja han assenyalat (Reingle Gonzalez & Connell, 2014; Wormith i Olver, 2002). En properes investigacions s'haurien de plantejar noves estratègies de motivació per incrementar la participació dels interns.

Malgrat aquestes consideracions, la recerca actual aporta dades clínicament rellevants així com s'han identificat variables importants a tenir en compte per estudis futurs.

8. Propostes de futur

Els resultats presentats mostren la importància i la necessitat de continuar estudiant en aquesta població tant concreta per tal de poder millorar les intervencions i reduir la ideació suïcida entre les persones internades en el centre penitenciari.

Tenint present les limitacions, ens plantejem poder augmentar la mida mostral. En aquest sentit, seria interessant poder incloure metodologia qualitativa a través d'entrevistes per tal d'obtenir dades sobre les vivències del interns/es on es podria analitzar amb més profunditat les diferències en relació a la perspectiva de gènere i poder obtenir una visió més àmplia de la subjectivitat. L'anàlisi qualitatiu permet poder copsar i explicitar la "cultura" del centre penitenciari, fet rellevant per tal d'aprofundir en la prevenció del suïcida, doncs tal com indiquen Liebling i Maruna (2005), les dinàmiques i cultures inherent en l'àmbit penitenciari tenen un impacte rellevant en la gestió i significació de la mort per suïcida.

Al mateix temps, ens plantejem poder investigar i avaluar en relació a aplicacions pràctiques d'intervencions psicoeducatives sobre la conducta suïcida, amb la intenció de continuar en la tasca de la prevenció del suïcida.

Tenint present els resultats del consum de substàncies actual així com l'associació entre el consum problemàtic i la ideació suïcida, s'orienta la importància de poder plantejar intervencions en l'àmbit de la reducció de danys per tal d'acompanyar als interns consumidors i reduir al màxim les conseqüències negatives de les drogues seguint les indicacions proposades per Ohringer, Ezer i Serota (2020).

Per altra part, i tenint en compte la valoració positiva de les relacions interpersonals, es considera de rellevant interès promoure grups de treball entre interns/es, amb la possibilitat de col·laboració dels professionals, per dur a terme accions vers la prevenció del suïcida, així com també d'ajuda de reparació en cas de presenciar qualsevol situació traumatitzant o d'exigència emocional elevada. En aquest sentit i des de mitjans de 2021, la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat ha incorporat a l'agenda dels professionals dels centres

penitenciaris, realitzar dues sessions informatives per trimestre amb interns de cada mòdul sobre els mites del suïcidi a fi de desmuntar el tabú i l'estigma històricament associat i poder així, fomentar un espai de comunicació oberta i informada amb els interns.

També, segons els valors positius dels diferents serveis del centre penitenciar, es valora la importància de continuar treballant, i en la mesura del possible ampliant, per mantenir serveis lúdic-esportius i recreatius, ja sigui l'espai del poliesportiu, activitats a mòduls, centre educatiu o altres. En aquest sentit, l'impacte restrictiu de la pandèmia ha afectat negativament al normal desenvolupament d'aquestes activitats. Presumiblement, la finalització de les mesures de restricció generarà un efecte positiu en la valoració dels interns.

Finalment, com a proposta de treball, es considera de màxima importància potenciar i incloure, en els programes d'intervenció factors protectors, com la resiliència, estratègies d'afrontament, tècniques de gestió emocional a través de grups psicoeducatius o a través de programes de prevenció del suïcidi com és el cas de la teràpia cognitiu-conductual de prevenció del suïcidi (CBSP) (Pratt et al., 2016) que han demostrat eficàcia i millora significativa entre la població penitenciària.

En aquest sentit, el programa N'VIU es un Programa d'intervenció grupal psicoeducativa que es basa en un model d'afrontament i adquisició d'habilitats. Actualment, s'ha realitzat l'estudi d'avaluació inicial i el projecte es troba en fase d'implementació generalitzada en els centres penitenciaris (Foguet, et al., 2021). Així mateix, els autors, en les seves conclusions, indiquen la necessitat de millorar l'avaluació i assolir un cribratge que discrimini entre conductes autolesives (intenció d'afrontar l'ansietat, però sense intenció suïcida) i autolítiques (amb intenció suïcida). En aquest sentit, entenem que el present estudi pot servir per la confecció d'aquest instrument ja que, tot amb les seves limitacions, recull indicadors actuals i ecològics importants sobre la conducta autolítica en el context penitenciar català.

9. Referències bibliogràfiques

Awenat, Y. F., Moore, C., Gooding, P. A., Ulph, F., Mirza, A., i Pratt, D. (2018). Improving the quality of prison research: A qualitative study of ex-offender service user involvement in prison suicide prevention research. *Health Expectations*, 21(1), 100–109. <https://doi.org/10.1111/hex.12590>

Ayhan G., Arnal, R., Basurko, C., About, V., Pastre, A., Pinganaud, E., Sins, D., Jehel, L., Falissard, B., i Nacher, M. (2017). Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. *BMC Psychiatry*, 17, 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1320-4>

Baley, R. K., Patel, T. C., Avenido, J., Patel, M., Jaleel, M., Barker, N. C., Ali Khan J., All, S., i Jabeen, S. (2011). Suicide: Current Trends. *Association*, 103(7), 614-617. [https://doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)30388-6](https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30388-6)

Beck, A. T., Steer, R. A., & Pompili, M. (1988). *BHS, Beck hopelessness scale: manual*. San Antonio, TX: Psychological corporation.

Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G., i Koepsell, T. D. (2009). Release from Prison — A High Risk of Death for Former Inmates. *England Journal of Medicine*, 356(2), 157–165. <https://doi.org/10.1056/NEJMSA064115>

Bukten, A., Stavseth, M. R., Skurtveit, S., Tverdal, A., Strang, J., i Clausen, T. (2017). High risk of overdose death following release from prison: variations in mortality during a 15-year observation period. *Addiction*, 112(8), 1432-1439.

Bukten, A. i Stavseth, M. R. (2021). Suicide in Prison and After Release: A 17-Year National Cohort Study. *European Journal of Epidemiology*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-236644/v1>

Caravaca Sánchez, F., Ignatyev, Y., i Mundt, A. P. (2019). Associations between childhood abuse, mental Health problems, and suicide risk among male prison populations in Spain. *Criminal behavior and mental health*, 29(1), 18-30. <https://doi.org/10.1002/cbm.2099>

Caravaca-Sánchez, F., Aizpurua, E., Ricarte, J. J., & Barry, T. J. (2021). Personal, criminal and social predictors of suicide attempts in prison. *Archives of suicide research*, 25(3), 582-595.

DeBellis M.D., i Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23,185-222.

Duburq, A., Coulomb, S., Bonte, J., Marchand, C., Fagnani, F., i Falissard, P. B. (2004). Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Étude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire): Bourg La Reine.

Clements-Nolle, K., Wolden, M., i Bargmann-Losche, J. (2009). Childhood trauma and risk for past and future suicide attempts among women in prison. *Women's health issues*, 19(3), 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.02.002>

Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Estudio sobre Salud Mental en el medio penitenciario. Madrid: DGIP; 2007

Eaton, W., Martins, S., Nestadt, G., Bienvenu, J., Clarke, D., i Alexandre, P. (2008). The burden of mental disorders. *Epidemiologic Reviews* 30(1):1–14

Echávarri, O., Morales, S., Barros, J., Armijo, I., Larraza, D., Longo, A., i Tomicic, A. (2018). Validación de la Escala Razones Para Vivir en Consultantes a Salud Mental de la Región Metropolitana de Chile. *Psykhé (Santiago)*, 27(2), 1-17. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.27.1.1153>

Favril, L. (2019). Non-suicidal self-injury and co-occurring suicide attempt in male prisoners. *Psychiatry research*, 276, 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.017>

Favril, L., Indig, D., Gear, C., i Wilhelm, K. (2020). Mental disorders and risk of suicide attempt in prisoners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(9), 1145–1155. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01851-7>

Favril, L., VanderLaenen, F., Vandeviver, C., i Audenaert, K. (2017). Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.005>

Fazel, S., Benning, R., i Danesh, J. (2005). Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978-2003. *The Lancet*, 366(9493), 1301-1302. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67325-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67325-4)

Fazel, S., i Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956–965. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)

Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., i Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(11), 20444.

Fazel, S., Grann, M., Kling, B., i Hawton, K. (2011). Prison suicide in 12 countries: An ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3), 191–195. <https://doi.org/10.1007/S00127-010-0184-4>

Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., i Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, (3), 871–881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)

Fazel, S., Ramesh, T., i 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)

Felthous, A. (1997). Does “isolation” cause jail suicides? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 25(3):285-94.

Flensburg-Madsen, T., Knop, J., Mortensen, E.L., Becker, U., Sher, L. i; Grønbaek, M. (2009). Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide—Irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *PsychiatryResearch*, 167, 123–130.

Florentine, J. B., i Crane, C. (2010). Suicide prevention by limitin access to methods: A review of theory and practice. *Social Science and Medicine*, 70(10), 1626–1632. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.029>

Foguet-Boreu, Q., Capdevila Capdevila, M., Pons Baños, J., Framis Ferrer, B., Vilà Valls, E., Alberch Ylla, M., Romero Seseña, P., i Sanjuan Torres, A. (2021). Avaluació d'una intervenció psicoeducativa per a persones amb conducta suïcida en el medi penitenciari. Projecte N'VIU. *RECERCAT (Dipòsit de La Recerca de Catalunya)*. <https://recercat.cat/handle/2072/449867>

Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F., Bauer, P., i Frottier, P. (2004). Suicide in custody: case–control study. *The British Journal of Psychiatry*, 185(6), 494–498. <https://doi.org/doi:10.1192/bjp.185.6.494>

Gates, M., Turney, A., Ferguson, E., Walker, V., Staples-Horne, M. (2017). Associations among substance use, mental Health disorders, and self-harm in a prison population: examinin group risk for suicide attempt. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 317. doi:[10.3390/ijerph14030317](https://doi.org/10.3390/ijerph14030317)

Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. <https://www.idescat.cat>

Gétaz, L., Wolff, H., Golay, D., Heller, P., i Baggio, S. (2021). Suicide attempts and Covid-19 in prison: Empirical findings from 2016 to 2020 in a Swiss prison. *Psychiatry Research*, 303. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2021.114107>

Glaze, L. E., i Herberman, E.J. (2013) *Correctional Populations in the United States, 2012*. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.

Gould, C., McGeorge, T., i Slade, K. (2018). Suicide Screening Tools for use in Incarcerated Offenders: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 22, 345–364. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334611>

Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., i Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequënt suicide. *The Lancet*, 383(9923), 1147–1154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62118-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2)

Horon, R., McManus, T., Schmollinger, J., Barr, T., Jimenez, M. (2013). A study of the use and interpretation of standardized suicide risk assessment: Measures within a psychiatrically hospitalized correctional population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 17–38.<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00124.x>

Humber, N., Webb, R., Piper, M., Appleby, L., i Shaw, J. (2013). A national case-control study of risk factors among prisoners in England and Wales. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1177–1185.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0632-4>

James, D., i Glaze, L.E. (2006). *Bureau of Justice Statistics Special Report*. Washington, DC: US Department of Justice; Mental health problems of prison and jail inmates.

Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Farrel, M., Lewis, G., i Paton, J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 35(2), 257-269.
<https://doi.org/10.1017/S0033291704002958>

Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Taylor, P. J., Pratt, D., i Tarrier, N. (2010). Resilience to suicidal ideation in psychosis: Positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour research and therapy*, 48(9), 883-889.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.013>

Larney, S., i Farrell, M. (2017). Prisoner suicide: a multilevel problem. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 894–895.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30435-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30435-2)

Larney, S., Topp, L., Indig, D., O'Driscoll, C., i Greenberg, D. (2012). A cross-sectional survey of prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among prisoners in New South Wales, Australia. *BMC Public Health*, 12.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-14>

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., i Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of consultin and clinical psychology*, 51(2), 276.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.2.276>

Latham, A. i Prigerson, H. (2004). Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greater risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 34, 350-362.

Liebling, A., i Maruna, S. (2005). *The effects of imprisonment*. Portland, OR: Willan Publishing.

López, M., Saavedra, F., López, A., Laviana, M. (2016). Prevalence of Mental Health problems in sentenced men in prisons from Andalucía (Spain). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18: 76-84 9

Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M., i Fazel, S. (2016). Prevention of suicidal behavior in prisons: An overview of initiatives based on a systematic review of research on near-lethal suicide attempts. *Crisis*, 37(5), 323–334. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000394>

Masferrer, L., Garre-Olmo, J. i Caparrós, B. (2015). Risk of suicide: its occurrence and related variables among bereaved substance users. *Journal of Substance Use*, 21, 191-197. doi: 10.3109/14659891.2014.998733

Mitchell, A., Kim, Y., Prigerson, H., i Mortimer, M. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 35, 498-506

Navarro-Atienzar, F., Zabala-Baños, C., & Ricarte-Trives, J. J. (2019). Childhood Trauma as a risk factor for suicidal behaviour in prisons. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 21(1), 42–51.

Ohringer, A., Ezer, T. i Serota, D. (2020). Prison-based harm reduction servies are needed to address the dual substance use disorder and infectious disease epidemics in US prisons. *EClinical Medicine*, 22,100367. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100367.

Perry, A. E. i Horton, M. (2020). Assessing vulnerability to risk of suicide and self-harm in prisoners: a Rasch analysis of the suicide concerns for offenders in the prison environment (SCOPE-2). *BMC Psychiatry*, 20(1), 164.

Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., Del Casale, A., Girardi, P., Ferracuti, S., Tatarelli, R. (2009). Preventing suicide in jails and prisons: suggestions from experience with psychiatric inpatients. *Journal of Forensic Science*, *54*(5), 1155-62. doi: 10.1111/j.1556-4029.2009.01122.x.

Power, J., Gobeil, R., Beaudette, J. N., Ritchie, M. B., Brown, S. L., & Smith, H. P. (2016). Childhood abuse, non-suicidal self-injury, and suicide attempts: An exploration of gender differences in incarcerated adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(6), 745-751. <https://doi.org/10.1111/sltb.12263>

Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R., & Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, *368*(9530), 119–123. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69002-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69002-8)

Pratt, D., Tarrier, N., Dunn, G., Awenat, Y., Shaw, J., Ulph, F., & Gooding, P. (2016). Europe PMC Funders Group Cognitive Behavioural Suicide Prevention for Male Prisoners : A pilot randomised controlled trial. *45*(16), 3441–3451. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001348>.

Reingle Gonzalez, J. & Connell, N. (2014), Mental Health of prisoners: identifying barriers to mental Health treatment and medication continuity, *American Journal of Public Health*, *104*(12): 2328-2333. doi: [10.2105/AJPH.2014.302043](https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302043)

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *8*(12), 4550–4562. <https://doi.org/10.3390/IJERPH8124550>

Shaw, J., Baker, D., Hunt, I. M., Moloney, A., & Appleby, L. (2004). Suicide by prisoners: National clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, *184*(MAR.), 263–267. <https://doi.org/10.1192/BJP.184.3.263>

Schilling, C., Weidner, K., Schellong, J., Joraschky, P., & Pöhlmann, K. (2014). Patterns of childhood abuse and neglect as predictors of treatment outcome in inpatient psychotherapy: a typological approach. *Psychopathology*, *48*, 91-100.

Tobar, R. T., Giraldo, F. L. G., i López, J. S. (2016). Riesgo suïcida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486.<https://doi.org/10.5294/5002>

Van Ginneken, E. J., Sutherland, A., i Molleman, T. (2017). An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000-2014. *International Journal of Law and Psychiatry*, 50, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.05.005>

Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R.M., Muro, A., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J.M., et al. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behavior and Mental Health*, 21(5):321-32

Widom, C.S., DuMont, K., i Czaja, S.J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*; 64, 49-56.

Wittouck, C., Favril, L., Portzky, G., VanderLaenen, F., Declercq, F., i Audenaert, K. (2016). Correlates of suicidal ideation in incarcerated offenders: a pilot study in three Belgian prisons. *Journal of Criminal Psychology*, 6(4), 187–201.<https://doi.org/10.1108/JCP-03-2016-0009>

World Health Organization (17 de Juny de 2021). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Wormith, J., i Olver, M.E. (2002). Offender treatment attrition and its relationship with risk, responsivity, and recidivism. *Criminal Justice and Behaviour*. 29:447–471

Yuodelis-Flores, C. i Ries, R.K. (2015). Addiction and suicide: A review. *American Journal of Addiction*, 24, 98–104.

Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J., i Fazel, S. (2021). Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 6(3), e164–e174.[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30233-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30233-4)

10. Annex

CUESTIONARIO SOBRE DATOS PERSONALES

Agradecemos mucho tu colaboración en este estudio. A continuación, te haremos algunas preguntas sobre tí antes de los diferentes cuestionarios sobre el riesgo de suicidio, las razones para vivir, la desesperanza y el estilo de afrontamiento.

Te recordamos que las respuestas son totalmente confidenciales. Estos datos se tratarán de forma anónima y única y exclusivamente con fines de investigación. Pedimos la máxima sinceridad en tus respuestas.

1. Edad: _____ 2. Género: hombre mujer otros

3. Profesión: _____

4. ¿Has trabajado en los últimos 6 meses en el centro penitenciario o estás trabajando actualmente?

Si 4.1 ¿En qué destino? _____

No

5. ¿Dispones de ayudas económicas? Sí No

5.1 En caso afirmativo, especifica el tipo de ayuda (ej: ingreso familiar periódico, destino laboral, indigencia, etc.)

6. Nivel de estudios acabados:

Ninguno

Estudios primarios o enseñanza obligatoria (ESO, EGB, otros...)

Bachillerato o Formación Profesional

Estudios Universitarios

7. País de nacimiento: _____

7.1 ¿Cuántos años llevas en España? _____

8. Estado civil:

Casado/a o en pareja Soltero/a Divorciado/a o separado/a Viudo/a

9. ¿Tienes hijos? ¿Cuántos? _____

10. ¿Cómo consideras el apoyo de tu familia?

Muy malo

Malo

Regular

Bueno

Muy bueno

11. Consideras que tu situación económica es:

Muy mala

Mala

Regular

Buena

Muy buena

12. ¿Tienes alguna creencia religiosa o espiritual? Sí No

12.1 ¿Cuál? _____

12.2 ¿Eres practicante? Sí No

13. ¿Por qué delito/s estás aquí actualmente?

13.1 Actualmente estás: Condenado/a Preventivo/a

13.2 ¿Has sido condenado en alguna otra ocasión anteriormente? Sí No

13.3 ¿Por qué delito/s?

13.4 ¿De cuánto tiempo es tu condena actual?

13.5 ¿Cuánto tiempo has cumplido de tu condena actual hasta la fecha?

13.6 ¿Cuánto tiempo te queda para finalizar la condena actual? _____

14. ¿Alguna vez has tenido algún problema psicológico o psiquiátrico? Sí No

14.1 Si es así, ¿cuál/es?

15. ¿Tomas alguna medicación actualmente? Sí No

15.1 Si es así, ¿cuál/es? _____

16. En el pasado ¿Has tenido problemas con el consumo de sustancias? Sí No

16.1 ¿De qué tipo? (puedes marcar más de una opción)

Alcohol Cánnabis Cocaína Heroína LSD

MDMA Fármacos Otros _____

16.2 ¿Por qué vía o vías has tomado la sustancia?

16.3 ¿Alguna vez te has intoxicado por consumir alguna sustancia?

Sí No

16.4 ¿Alguna vez has sufrido una sobredosis por abusar de alguna sustancia?

Sí No

16.5 Actualmente ¿Tienes problemas con el consumo de algún tipo de sustancia? Sí No

16.6 ¿De qué tipo? (puedes marcar más de una opción)

Alcohol Cánnabis Cocaína Heroína LSD

MDMA Fármacos Otros _____

17. ¿Has pensado alguna vez en suicidarte? Sí No

17.1 ¿Has intentado alguna vez suicidarte? Sí No

17.2 ¿Cuántas veces lo has hecho? _____

17.3 ¿Qué métodos has utilizado en estos intentos?

17.4 ¿Alguna persona de tu familia se ha suicidado? Sí No

17.5 ¿Alguna persona importante para ti, que no sea de tu familia, se ha suicidado? Sí No

18. ¿Cómo valorarías tu estancia en el centro penitenciario?

Muy mala

Mala

Regular

Buena

Muy buena

19. ¿Participas en alguna actividad lúdica o creativa del centro? Sí No

19.1 ¿En cuál? _____

20. ¿Participas en alguna actividad deportiva del centro? Sí No

20.1 ¿En cuál? _____

21. Valora la calidad de los servicios que ofrece el centro:

21.1 Comida

Muy malo

Malo

Regular

Bueno

Muy bueno

21.2 Lavandería

- Muy malo
- Malo
- Regular
- Bueno
- Muy bueno

21.3 Actividades

- Muy malo
- Malo
- Regular
- Bueno
- Muy bueno

21.4 Instalaciones del módulo

- Muy malo
- Malo
- Regular
- Bueno
- Muy bueno

21.5 Servicios médicos

- Muy malo
- Malo
- Regular
- Bueno
- Muy bueno

21.6 Polideportivo

- Muy malo
- Malo
- Regular
- Bueno
- Muy bueno

21.7 Comodidad de celda

- Muy malo
Malo
Regular
Bueno
Muy bueno

22. ¿Cómo valoras la relación con los otros internos/as?

- Muy mala
Mala
Regular
Buena
Muy buena

23. ¿Compartes celda? Sí No

23.1 Si compartes celda, ¿cómo valoras la relación con tu compañero/a de celda?

- Muy mala
Mala
Regular
Buena
Muy buena

24. ¿Estás actualmente en régimen de aislamiento? Sí No

24.1 En los últimos 6 meses ¿cuántas veces has estado en aislamiento? ¿Especifica el motivo (confinamiento COVID, Aislamiento Provisional, Sanción, Primer grado)?

25. ¿Cómo valoras la relación con los profesionales del centro penitenciario?

- Muy mala
Mala
Regular
Buena
Muy buena

**A CONTINUACIÓN TE PRESENTAMOS UNA SERIE DE PREGUNTAS ESPECÍFICAS
SOBRE EL SUICIDIO Y ASPECTOS RELACIONADOS.**

(Gira la hoja)

ESCALA RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK (Risk of Suicide, RS)

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

26. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
27. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
28. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
29. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
30. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
31. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
32. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
33. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
34. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
35. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
36. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
37. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
38. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
39. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
40. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS)

Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuesta son verdadero o falso.

41. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.	V	F
42. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.	V	F
43. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.	V	F
44. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.	V	F
45. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.	V	F
46. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.	V	F
47. Mi futuro me parece oscuro.	V	F
48. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.	V	F
49. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.	V	F
50. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.	V	F
51. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.	V	F
52. No espero conseguir lo que realmente deseo.	V	F
53. Cuando miro hacia el futuro, espero ser más feliz de lo que soy ahora.	V	F
54. Las cosas no marchan como yo quisiera.	V	F
55. Tengo una gran confianza en el futuro.	V	F
56. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.	V	F
57. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.	V	F
58. El futuro me parece vago e incierto.	V	F
59. Espero más bien épocas buenas que malas.	V	F
60. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.	V	F

RAZONES PARA VIVIR (RFL)

Muchas personas han pensado en el suicidio alguna vez. Otras nunca lo han considerado. Independientemente de si lo ha considerado o no, nos interesan las razones que usted tendría para no suicidarse si alguna vez se le ocurriera hacerlo, o si alguien se lo sugiriera.

En las siguientes páginas hay razones que las personas a veces dan para no suicidarse. Queremos saber cuán importantes son cada una de estas posibles razones para usted, en este momento de su vida, como una razón para no suicidarse. Por favor clasifíquelas en el espacio a la derecha de cada pregunta.

En cada espacio ponga un número para indicar la importancia que tiene para Ud. cada razón para no suicidarse.

1. Para nada importante (como una razón para no suicidarse, o, no se aplica para mí, no creo para nada en esto).
2. Muy poco importante.
3. Poco importante.
4. Algo importante.
5. Bastante importante.
6. Extremadamente importante (como una razón para no suicidarme, creo mucho en esto y es muy importante).

Por favor, utilice el rango completo de opciones para no calificar solamente en el medio (2, 3, 4, 5) o solamente en los extremos (1, 6).

Incluso si nunca lo ha considerado, o cree firmemente que nunca consideraría el suicidio de forma seria, aun así, es importante que califique cada razón. En este caso, califique basándose en por qué suicidarse no es o nunca sería una alternativa para usted.

65. Tengo una responsabilidad y estoy comprometido/a con mi familia.	1	2	3	4	5	6
66. Creo que puedo aprender a ajustarme a sobrellevar los problemas.	1	2	3	4	5	6
67. Creo que tengo control sobre mi vida y mi destino.	1	2	3	4	5	6
68. Tengo deseos de vivir.	1	2	3	4	5	6
69. Creo que solo Dios tiene derecho a terminar con una vida.	1	2	3	4	5	6
70. Tengo miedo a la muerte.	1	2	3	4	5	6
71. Mi familia podría creer que no los quise.	1	2	3	4	5	6
72. No creo que las cosas se pongan tan mal o desesperanzadoras como para preferir estar muerto/a.	1	2	3	4	5	6
73. Mi familia depende de mí y me necesita.	1	2	3	4	5	6
74. No quiero morir.	1	2	3	4	5	6

(RECORDATORIO DE PUNTUACION)

1. Para nada importante (como una razón para no suicidarse, o, no se aplica para mí, no creo para nada en esto).
2. Muy poco importante.
3. Poco importante.
4. Algo importante.
5. Bastante importante.
6. Extremadamente importante (como una razón para no suicidarme, creo mucho en esto y es muy importante).

75. Quiero ver crecer a mis hijos/as.	1	2	3	4	5	6
76. La vida es todo lo que tenemos y es mejor que nada.	1	2	3	4	5	6
77. Tengo planes futuros que deseo llevar a cabo.	1	2	3	4	5	6
78. No importa cuán mal me sienta, sé que no durará para siempre.	1	2	3	4	5	6
79. Tengo miedo a lo desconocido.	1	2	3	4	5	6
80. Quiero y disfruto mucho a mi familia, no quisiera dejarlos.	1	2	3	4	5	6
81. Quiero vivir toda la experiencia que la vida me ofrezca y hay muchas experiencias que no he tenido aún.	1	2	3	4	5	6
82. Tengo miedo que el método que elija para suicidarme, falle.	1	2	3	4	5	6
83. Me quiero lo suficiente como para vivir.	1	2	3	4	5	6
84. La vida es demasiado bonita y valiosa como para terminarla.	1	2	3	4	5	6
85. No sería justo dejar a mis niños/as para que otros/as los/las cuiden.	1	2	3	4	5	6
86. Creo que puedo encontrar otra solución a mis problemas.	1	2	3	4	5	6
87. Tengo miedo a ir al infierno.	1	2	3	4	5	6
88. Siento amor por la vida.	1	2	3	4	5	6
89. Soy demasiado estable para matarme.	1	2	3	4	5	6
90. Soy cobarde y no tengo las agallas para hacerlo.	1	2	3	4	5	6
91. Mis creencias religiosas lo prohíben.	1	2	3	4	5	6
92. El efecto en mis hijos podría ser dañino.	1	2	3	4	5	6
93. Siento curiosidad acerca de lo que ocurrirá en el futuro.	1	2	3	4	5	6

(RECORDATORIO DE PUNTUACION)

1. Para nada importante (como una razón para no suicidarse, o, no se aplica para mí, no creo para nada en esto).
2. Muy poco importante.
3. Poco importante.
4. Algo importante.
5. Bastante importante.
6. Extremadamente importante (como una razón para no suicidarme, creo mucho en esto y es muy importante).

94. Le dolería demasiado a mi familia y no quiero que sufran.	1	2	3	4	5	6
95. Me preocupa lo que los demás pensarían de mí.	1	2	3	4	5	6
96. Creo que todo puede resolverse para mejor.	1	2	3	4	5	6
97. No podría decidir dónde, cuándo y cómo hacerlo.	1	2	3	4	5	6
98. Lo considero moralmente malo.	1	2	3	4	5	6
99. Todavía tengo muchas cosas por hacer.	1	2	3	4	5	6
100. Tengo la valentía de enfrentar la vida.	1	2	3	4	5	6
101. Estoy feliz y contento/a con mi vida.	1	2	3	4	5	6
102. Me da miedo el acto mismo de suicidarme (el dolor, la sangre y la violencia).	1	2	3	4	5	6
103. Creo que suicidarme no lograría ni solucionaría nada.	1	2	3	4	5	6
104. Tengo la esperanza de que las cosas mejorarán y que el futuro será más feliz.	1	2	3	4	5	6
105. Otras personas pensarían que soy débil y egoísta.	1	2	3	4	5	6
106. Tengo la motivación interior para sobrevivir.	1	2	3	4	5	6
107. No quisiera que otros pensarán que no tuve control sobre mi vida.	1	2	3	4	5	6
108. Creo que puedo encontrar un propósito en mi vida, una razón para vivir.	1	2	3	4	5	6
109. No veo razón para apurar la muerte.	1	2	3	4	5	6
110. Soy tan inepto/a que mi método no funcionaría.	1	2	3	4	5	6
111. No quisiera que mi familia se sintiera culpable después.	1	2	3	4	5	6
112. No quisiera que mi familia piense que soy egoísta ni cobarde.	1	2	3	4	5	6

ESCALA BREVE DE AFRONTAMIENTO RESILIENTE (BRCS)

¿Hasta qué punto las siguientes afirmaciones describen su manera de reaccionar ante las dificultades?
Conteste, en una escala de 1 a 5, marcando 1 si la afirmación no refleja en absoluto una reacción típica de usted y 5 cuando la afirmación refleja su forma habitual de responder. Gradúe igualmente las respuestas intermedias (2, 3 o 4) según reflejen sus reacciones habituales.

Seleccione un valor en el intervalo del 1 (no refleja en absoluto mi reacción) al 5 (refleja mi forma habitual de responder).

61. Busco formas creativas de enfrentarme a las situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
62. No importa lo que me ocurra, confío en que puedo controlar mi reacción.	1	2	3	4	5
63. Creo que puedo aprender cosas positivas cuando afronto situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
64. Busco de forma activa la forma de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida.	1	2	3	4	5

65. ¿Qué ideas propondrías para prevenir el suicidio en el centro Puig de les Basses?

¡Gracias por tu tiempo! Tus respuestas son importantes para el estudio y las personas a las que podamos ayudar.