



cejfe

Ámbito de Ejecución Penal

Factores de riesgo y protectores de suicidio en una muestra de población penitenciaria

Ayuda a la investigación 2021

Autores

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

Año 2022



Generalitat de Catalunya
Centre d'Estudis Jurídics
i Formació Especialitzada

Factores de riesgo y protectores de suicidio en una muestra de población penitenciaria

Pau Navarro

Ignasi Barril

Glòria Brugués

Beatriz Caparrós

Laura Masferrer

El Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada ha editado esta investigación respetando el texto original de los autores, responsables de la corrección lingüística.

Las ideas y opiniones expresadas en la investigación son de responsabilidad exclusiva de los autores y no se identifican necesariamente con las del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.

Aviso legal



Esta obra está sujeta a una licencia de *Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)* de *Creative Commons*, cuyo texto completo se encuentra disponible en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Así pues, se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública del material, siempre que se cite la autoría y el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia), y no se haga un uso comercial ni se transforme para generar una obra derivada.

Sumario

1. Introducción	5
2. Marco teórico	7
3. Objetivos.....	13
4. Metodología	14
4.1 Selección de la unidad de análisis	14
4.2 Límites territoriales y temporales de la investigación.....	15
4.3 Instrumentos y variables.....	15
4.4 Análisis de datos	17
4.5 Planificación y recursos: cronograma y equipo de investigación	18
5. Resultados.....	20
5.1 Resultados correspondientes a las variables sociodemográficas.....	20
5.1.1 Datos penales	21
5.1.2 Exploración salud mental	25
5.1.3 Estancia en el centro penitenciario.....	26
5.2 Resultados correspondientes a las escalas estandarizadas utilizadas	29
5.3 Resultados correspondientes a la relación entre las diferentes variables.....	31
5.3.1 Diferencias en cuanto a variables de riesgo y protección de suicidio con relación a características sociodemográficas	31
5.3.2 Asociación entre las variables de riesgo y de protección del suicidio y las características sociodemográficas	36
5.3.3 Variables predictoras del riesgo de suicidio.....	41
6. Conclusiones	43
7. Limitaciones.....	47
8. Propuestas de futuro.....	48
9. Referencias bibliográficas	50
10. Anexo	58

1. Introducción

El suicidio es el mayor problema de salud evitable en todo el mundo (Baley et al., 2011). La OMS (2021) lo identifica como un problema mundial grave que tiene un impacto muy importante a nivel personal, familiar, social y económico. La población penitenciaria es una población que presenta una mayor vulnerabilidad con relación al suicidio comparada con la población general (Jenkins et al., 2005; Fazel et al., 2017). Tal y como indica el Consejo de Europa (2004), la tasa de suicidios en este colectivo es siete veces mayor en la población general. En Cataluña, ocho personas internas fallecieron por suicidio, equivalente a una tasa de incidencia de 0,96 por 1000 internos, en comparación con la tasa de población general, que en 2004 se situó [en] 0,66 por cada 1000 habitantes (Generalitat de Cataluña, 2004). La investigación sobre las causas del suicidio en centros penitenciarios apunta a que existe una compleja interacción entre distintos factores ecológicos, personales y sociales (Marzano, et al., 2016; Van Ginneken et al., 2017).

El presente estudio pretende contribuir a la aportación de un mayor conocimiento en relación con los factores de riesgo y protectores de suicidio en una muestra de población penitenciaria, ya sea para poder colaborar en programas específicos de prevención del suicidio efectivos en el ámbito penitenciario o en otras acciones que se consideren oportunas. En esta línea, se estableció el objetivo principal de analizar los factores de riesgo y protectores para el suicidio en el Centro Penitenciario Puig de les Basses.

Se utilizó una metodología cuantitativa, que se llevó a cabo mediante un estudio exploratorio, descriptivo y transversal, en el que se identificaron y analizaron diferentes indicadores de riesgo y protección del suicidio. Las variables estudiadas fueron: variables sociodemográficas y contextuales, el riesgo de suicidio, la desesperanza, las razones para vivir y el afrontamiento resiliente. Se analizaron también las relaciones entre ellas y se identificaron las predictoras de riesgo de suicidio.

En el siguiente apartado, correspondiente al marco teórico, se realiza una revisión de la literatura previa sobre el tema. Se exponen aspectos relativos a la prevalencia del riesgo y tentativas de suicidio, las estrategias de afrontamiento resiliente y las razones para vivir, así como la relación entre variables psicosociales y los factores de riesgo y protección del suicidio.

En el tercer apartado se explicitan los objetivos del estudio, en el cuarto la metodología del trabajo, especificando los participantes, instrumentos y procedimiento seguido.

El quinto apartado contiene los resultados del estudio. El sexto corresponde a las conclusiones generales. En el apartado número 7 se exponen las limitaciones del estudio y las propuestas de futuro quedan incluidas en el capítulo 8. Por último, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

2.Marco teórico

En este apartado se realiza una revisión sobre los factores de riesgo y protección del suicidio en los entornos penitenciarios.

El inicio del capítulo trata la situación del suicidio en los centros penitenciarios. A continuación, se enfoca la prevalencia del riesgo de suicidio, la presencia de ideación suicida y tentativas previas de suicidio en los centros penitenciarios en todo el mundo. Posteriormente se abordan conceptos relacionados con los factores protectores respecto al suicidio, tales como las razones para vivir y las estrategias de afrontamiento.

Suicidio y centro penitenciario

En la población general, el suicidio representa un creciente fenómeno de preocupación en las agendas gubernamentales de salud. A medida que su prevalencia crece, también lo hace la necesidad de desterrar el suicidio de los tabúes que lo han rodeado y afrontarlo socialmente con todas las herramientas disponibles para su prevención. Cualquier política sobre fenómenos complejos necesita un conocimiento científico que oriente las intervenciones para una mayor eficiencia.

Se estima que más de 10 millones de personas en el mundo están encarceladas en centros penitenciarios. Desde el punto de vista epidemiológico y transcultural, los autores apuntan a que las tasas de suicidio en las cárceles no reflejan las tasas generales de suicidio de la población de cada país, lo que sugiere que las variaciones en las tasas de suicidio de las cárceles reflejan diferencias en los sistemas de justicia penal, incluida, posiblemente, la prestación de atención psiquiátrica en los centros penitenciarios (Fazel et al., 2011).

Prevalencia

La población penitenciaria es una de las más vulnerables respecto al suicidio (Bukten y Stavseth, 2021) ya que éste es la causa de muerte más frecuente en prisión (WHO, 2007) y una de las principales causas de muerte después de conseguir la libertad (Bukten et al., 2017). El suicidio en contexto penitenciario

no es sólo un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, sino también porque presenciar este acontecimiento puede convertirse en uno de los hechos más traumáticos durante el proceso de encarcelación (Duburq et al., 2004).

El suicidio en ese contexto es un fenómeno global, pero las tasas varían en función del país. Desgraciadamente no son demasiados los estudios de prevalencia de esta realidad (Ayhan et al., 2017). La prevalencia de muerte por suicidio en contexto penitenciario es de entre tres a nueve veces mayor que en comparación con la población general (Fazel et al., 2017). En este sentido, si se compara el mismo género y la misma franja de edad, las tasas de suicidio en varones son tres veces mayores que en la población general. Respecto a las mujeres, las tasas son unas nueve veces más elevadas (Fazel et al., 2017). Varios estudios internacionales destacan los países nórdicos como los países con mayor prevalencia de muerte por suicidio en prisiones (Fazel et al., 2017). Un estudio británico muestra que la ratio de mortalidad estandarizado por el suicidio es 5,1 (95% CI, 4,8-5,3) en cárceles inglesas y galesas, en comparación con la población general (Fazel, et al., 2005). En este sentido, cabe destacar Francia como el país con una mayor prevalencia de muerte por suicidio en contexto penitenciario de entre los 15 países europeos con una tasa creciente en los últimos 50 años de 4/100000 en 1990 a 19/100000 en 2008. Datos que indican que las personas internas en las cárceles en Francia mueren por suicidio seis veces más en comparación con la población general (Fazel et al., 2011).

Factores de riesgo

Un factor de riesgo reconocido y estudiado es la salud mental ya que la prevalencia de todos los trastornos mentales investigados es mayor en la población penitenciaria que en la población general. Investigaciones previas han puesto de relieve que las mujeres, las personas internas mayores de 55 años y los jóvenes presentan tasas de trastornos mentales más altas que las demás poblaciones penitenciarias (Fazel y Baillargeon, 2011). Por tanto, se concluye que las necesidades de salud mental de las mujeres, los jóvenes y los adultos de mayor edad en prisión son diferentes y reclaman desarrollar políticas nacionales específicas (Fazel, et al., 2016).

Presentar antecedentes de tentativas previas de suicidio se ha demostrado como uno de los factores con elevado riesgo para la muerte por suicidio (Zhong, et al., 2021; Johnson, et al., 2010). Aproximadamente, las prevalencias estimadas de intentos de suicidio en el contexto penitenciario y las prevalencias de intentos de los internos o internas actuales antes de ser encarcelados oscilan entre el 10% y el 31% y entre el 10% y el 54%, respectivamente (Power, et al., 2016; Caravaca-Sánchez et al., 2021).

Por otra parte, entendemos que es importante la diferenciación entre ideación suicida, intento de suicidio, autolesión y suicidio consumado. Los autores que han estudiado cómo se relacionan las variables de autolesión y posterior suicidio, por ejemplo, han encontrado que los factores de riesgo de suicidio después de la autolesión en internos varones eran la vejez y un incidente previo de autolesión de letalidad alta o moderada. Mientras que en mujeres reclusas, un historial de más de cinco incidentes de autolesión en un año se asoció con el suicidio posterior. La carga de la autolesión en la población penitenciaria es sustancial, sobre todo en las mujeres (Hawton, et al., 2014). La autolesión en prisión se asocia con el suicidio posterior. La prevención y tratamiento de la autolesión en personas internas es un componente esencial de la prevención del suicidio en las cárceles.

La ideación y los intentos suicidas son muy frecuentes entre la población penitenciaria en comparación con la comunidad general (Larney et al., 2012). La evaluación del riesgo de suicidio es una labor fundamental para los clínicos de salud mental de las cárceles. Debe prestarse atención a garantizar que las evaluaciones sean sensibles al género y a la cultura. Los indicadores de enfermedades mentales pueden no ser predictores precisos del intento de suicidio. Los indicadores de traumas infantiles parecen ser especialmente relevantes para el riesgo de intento de suicidio entre los presos (Caravaca-Sánchez et al., 2019; Clements-Nolle et al., 2009) y deberían considerarse como parte de las evaluaciones de riesgos.

Por otra parte, diferentes estudios (De Bellis&Zisk, 2014; Schilling et al., 2014; Widom, DuMont&Czaja, 2007) ponen de manifiesto cómo la vivencia de eventos traumáticos durante la infancia correlaciona con el riesgo de suicidio en la edad

adulta y especialmente entre la población presa (Navarro-Atiénzar, Zabala-Baños, & Ricarte-Trives, 2019), lo que indica la relevancia de incluirlo en el proceso de evaluación de las personas en régimen interno de los centros penitenciarios.

La elevada prevalencia de la ideación suicida en la población penitenciaria pone de manifiesto la necesidad de prevención basada en la evidencia en esta población de riesgo (Favril et al., 2017); además de ser un factor de riesgo robusto para el comportamiento suicida en prisión, la ideación suicida es importante por sí misma como marcador de la profunda angustia psicológica que se vive en las cárceles.

En un estudio de Wittouck et al. (2016) sobre la ideación suicida, se encontró que el estilo de afrontamiento, los acontecimientos de la vida y el apoyo social se asociaron más fuertemente con la ideación suicida de los internos. En particular, un estilo de afrontamiento pasivo, sentimientos de soledad y la pérdida de una persona significativa contribuyeron más a la presencia de ideas suicidas, mientras que una relación de pareja significativa constituyó un factor protector de los pensamientos suicidas.

De acuerdo con muchos estudios epidemiológicos en la población general, los datos sugieren que la mayoría de los trastornos mentales se conceptualizan mejor como factores de riesgo para la ideación suicida en lugar de por el intento de suicidio. Una vez que los presos consideran el suicidio, otros factores biopsicosociales más allá de la mera presencia de trastornos mentales pueden explicar la progresión de los pensamientos en los actos de suicidio (Favril, et al., 2020).

Por otra parte y no menos importante, la literatura científica especializada ha centrado su atención en los factores ambientales que afectan al suicidio en prisión. Por ejemplo, algunos estudios han encontrado que el 30% de los suicidios tienen ocurrencia dentro de los 7 primeros días en prisión y colgarse es el método más común (Shaw, et al., 2004). Concluyendo que retirar objetos útiles (cordones y cinturones) reduce la probabilidad de forma crítica. Sin embargo, y existiendo la posibilidad de la sustitución de método, se concluye que en

contextos adecuados, donde es menos probable que se produzca sustitución, y junto con esfuerzos de prevención psicosocial, la limitación del acceso tanto físico como cognitivo al suicidio puede ser una estrategia eficaz de prevención del suicidio (Florentine, et al., 2010; Sarchiapone, et al., 2011). Hasta el día de hoy no se ha podido mostrar una correlación significativa entre sobrepoblación en las cárceles y las tasas de suicidio, de hecho algunos estudios han mostrado cómo el hecho de compartir celda se convierte en un factor protector (Favril, et al., 2019; Fazel, et al., 2008; Fruehwald, et al., 2004).

En contraposición, los presos liberados recientemente tienen un riesgo de suicidio mucho mayor que la población general, especialmente durante las primeras semanas después de la liberación. El riesgo de suicidio en personas internas liberadas recientemente se acerca al de pacientes psiquiátricos dados de alta (Pratt, et al., 2006; Binswanger, et al., 2009).

Así pues, cuando hablamos de las estrategias de prevención que se pueden llevar a cabo, encontramos que existen diversos factores de riesgo modificables, como el diagnóstico psiquiátrico, la ideación suicida o la ocupación individual por celda, que se asocian significativamente con el suicidio en prisión. Las intervenciones preventivas deberían orientarse a estos factores de riesgo e incluir un acceso mejorado a la atención de salud mental basada en la evidencia.

A tales efectos se han demostrado fiables y válidos diversos instrumentos de cribado a fin de mejorar la identificación de los individuos con mayor presencia de factores de riesgo (Gould, et al., 2018; Humber, et al., 2013). En este sentido, el presente estudio selecciona, entre otros, la escala de desesperanza de Beck, que ha recibido el debido estudio sobre validez en la evaluación del riesgo de suicidio (Horon et al., 2013).

A nivel institucional, los centros penitenciarios disponen de herramientas para poder evaluar el riesgo de suicidio como puede ser *Suicide Concerns for Offenders in the Prison Environment* (SCOPE), el instrumento empleado por Perry y Horton en 2020 basado en el cuestionario original de Inglaterra (Perry y Horton, 2020). A nivel de Cataluña, cabe destacar la propuesta “*Programa de intervención grupal psicoeducativa para personas con conducta suicida en el*

medio penitenciario” (N'Viu) (Foguet et al., 2021) para dar respuesta a la elevada prevalencia de ideación y conducta suicida en entorno penitenciario. Este programa, a través de sesiones grupales psicoeducativas, pretende disminuir el número de conductas suicidas en medio penitenciario.

Sin embargo, resulta especialmente interesante la perspectiva de Larney y Farrell (2017), según la cual la clave para la prevención del suicidio en las cárceles es poco probable que se localice en intervenciones y evaluaciones de riesgo a nivel individual. Estos autores consideran que más bien se requiere un enfoque de toda la institución para crear un entorno humano que favorece la seguridad y el bienestar de todas las personas encarceladas. Este enfoque incluiría garantizar una actividad positiva y un tiempo adecuado fuera de las celdas para personas internas; evitar acciones disciplinarias punitivas innecesarias; y un apoyo accesible para los presos que sufren problemas psicológicos, incluidos los programas de acompañamiento realizados por los propios internos.

Dado que los expertos en el aspecto vivencial del fenómeno estudiado son los propios internos, los investigadores en este ámbito han iniciado experiencias de enriquecimiento mutuo para mejorar el estudio de la prevención (Awenat, et al., 2018).

Urge una política que frene la tendencia global y local del suicidio tanto en prisión como fuera. Existen otras variables todavía poco estudiadas como el efecto del COVID y las medidas que lo han acompañado en los últimos meses. Sin embargo, ya existen estudios que apuntan a un preocupante aumento de los intentos de suicidio en las cárceles desde la época pandémica (Gétaz, et al. 2021).

En definitiva, es por ello que el presente estudio quiere recoger las variables psicológicas concurrentes y los factores protectores que pueden ayudar a mejorar las estrategias de una prevención eficaz.

A continuación, se exponen los objetivos del estudio.

3. Objetivos

El objetivo general de la investigación es:

Analizar factores de riesgo y protectores para el suicidio en la población penitenciaria del Centro Penitenciario Puig de les Basses.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- 1- Identificar la prevalencia del riesgo de suicidio.
- 2- Identificar la presencia de ideación suicida y tentativas previas de suicidio.
- 3- Identificar las razones para vivir y las estrategias de afrontamiento resiliente.
- 4- Analizar la relación entre las variables psicosociales estudiadas y factores de riesgo y factores protectores del suicidio.

4. Metodología

En el presente estudio se ha utilizado metodología cuantitativa. Se trata de una investigación descriptiva y transversal.

4.1 Selección de la unidad de análisis

Los participantes de la investigación han sido todas aquellas internas e internos del Centro Penitenciario Puig de les Basses, tanto de régimen ordinario como de aislamiento, que de forma voluntaria han querido colaborar.

Para llevar a cabo el proceso de investigación de participantes, previo a informar a la población penitenciaria, se explicó y compartió el proyecto con los equipos de profesionales. Concretamente, una vez establecido el procedimiento a seguir con el grupo de investigación y construido el protocolo de evaluación, se realizaron reuniones con los profesionales del centro para exponer el proyecto y explicar los objetivos de la investigación. También se comunicó al equipo de Salud Mental de los Servicios Médicos del centro, por las implicaciones que se consideraran podían tener, atendiendo a la importante figura de atención diaria y al valor que su conocimiento clínico de los usuarios puede aportar a la investigación.

Es decir, durante el proceso del presente estudio, se notificó la realización del mismo y se mantuvieron reuniones informativas con todos los representantes de la asistencia directa a los internos e internas del centro: personal de vigilancia, tratamiento, escolar y sanitario.

Posteriormente se anunció a toda la población penitenciaria la investigación que se estaba llevando a cabo mediante una carta personalizada. En la carta personalizada a los internos se incluyeron las fechas de los encuentros por módulo, también se colgó la información en los tabloneros de anuncios, con pósteres informativos. En los encuentros por módulo se explicaban los objetivos, la metodología y se daba la opción a participar. Hay que añadir que, en un primer módulo, la reunión informativa y el proceso de realización de cuestionarios se realizaron en fechas diferenciadas, es decir, en dos días distintos. Si bien, teniendo en cuenta que la participación en ambos días era diferente y también

que en el primer encuentro solicitaban la participación inmediata, en los demás módulos se optó por realizar ambas acciones en la misma sesión. En otras ocasiones, como reiteración de la información de la investigación, se trasladó la acción informativa y de participación a los internos e internas en distintos momentos de los programas.

En cualquiera de los encuentros se hizo especial énfasis en el carácter voluntario de su participación, y en el anonimato y confidencialidad de los datos obtenidos. Se han seguido los principios éticos de la Declaración de Helsinki que regula la investigación con personas.

4.2 Límites territoriales y temporales de la investigación

La recogida de datos ha sido en el Centro Penitenciario de Puig de les Basses, siendo éste el límite territorial.

En cuanto al límite temporal se fijó según la planificación de la investigación, en la que la recogida de datos estaba comprendida entre los meses de marzo y junio de 2021.

4.3 Instrumentos y variables

El protocolo de evaluación consistió en una batería de preguntas formada por una parte por un cuestionario ad hoc, con datos sociodemográficos, y por otra parte por un conjunto de escalas de evaluación psicológica estandarizadas para el análisis de los diferentes indicadores de riesgo de suicidio y las razones para vivir (Anexo).

A continuación, se identifican tanto los datos demográficos, incluidos en el cuestionario de elaboración propia, como las escalas que se utilizaron en el cuestionario que se hizo llegar a los participantes.

Datos sociodemográficos. Se redactó un cuestionario de elaboración propia con datos sociodemográficos para describir las características de los

participantes del estudio. Se incluyeron variables como la edad, género, estado civil, hijos, nacionalidad, nivel educativo, residencia familiar, apoyo familiar, apoyo económico y creencias religiosas/espirituales. Además, se solicitó información referente a los siguientes apartados:

1. Datos penales: ingresos previos en centros penitenciarios, condena transcurrida y condena restante.
2. Exploración salud mental: antecedentes psicopatológicos, antecedentes de consumo, consumo de sustancias actual, vía de administración de la sustancia, intoxicación o sobredosis previa por consumo de sustancia, ideación de suicidio e intento de suicidio previo.
3. También constaban variables referentes a su estancia en el centro penitenciario, como la participación en actividades lúdicas y creativas, la participación en actividades deportivas y la percepción de la calidad de los servicios y de los espacios comunes e individuales del centro.

Riesgo de suicidio. El riesgo de suicidio se evaluó con la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik, et al., 1989). Validación española de Rubio et al., (1998) y revisión de Sábado y Monforte (2010). Esta escala permite diferenciar entre personas que no presentan riesgo de suicidio y las que están en riesgo de cometer suicidio. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 ítems con respuesta dicotómica (sí o no). La puntuación total es la suma de todos los ítems. Una puntuación igual o superior a 6 indica la presencia de riesgo de suicidio. La adaptación en población española mostró una buena consistencia interna ($\alpha = .81$) y una sensibilidad y especificidad del 88% para discriminar entre las personas con antecedentes de tentativa de suicidio y aquellas sin antecedentes.

Desesperanza. Se ha demostrado que la desesperanza es buena predictora de intentos de suicidio y también de suicidios realizados (Tobar et al., 2016). En esta dirección, para su evaluación se utilizó la Escala de Desesperanza de Beck (BHS, Beck y Steer, 1988). Está formada por 20 ítems con dos opciones [de] respuesta de (verdadero o falso) que evalúan el alcance de las expectativas negativas referidas al futuro inmediato y a largo plazo. Las puntuaciones de 0 a 3 indican un rango normal o asintomático; 4 a 8: leve; 9 a 14: moderado y de 15

a 20: severo. Se ha observado que una puntuación mayor de 9 es buena predictora de una eventual conducta suicida. Esta escala ha sido validada al castellano mostrando una buena consistencia interna que varía de .82 a .93.

Razones para vivir. Se evaluaron con la escala Reasons for Living (RFL; Linehan et al., 1983). Validación española de Echávarri, et al., (2018). Esta escala se enfoca en las particularidades adaptativas que evitan que una persona tome la decisión de suicidarse. Formada por 48 ítems puntuados con una escala Likert de 6 puntos, cada ítem es una afirmación que el evaluado puntúa según la importancia que atribuye al motivo para no suicidarse. Los ítems se agrupan en seis dimensiones: (1) Creencias de supervivencia y afrontamiento, (2) Miedo a la desaprobación social, (3) Responsabilidad con la familia, (4) Preocupación por los hijos, (5) Miedo al suicidio y (6) Objeciones morales. Esta escala ha mostrado una consistencia interna alta para la escala total ($\alpha = .89$) así como para cada dominio en las validaciones en población general (entre .72 y .89) y aún más en poblaciones clínicas (entre .77 y .93).

Enfrentamiento resiliente. Se utilizó la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (Brief Resilient Coping Scale, BRCS; Sinclair y Wallston, 2004). Está formada por 4 ítems que evalúan la capacidad para hacer frente al estrés de forma adaptativa. Los ítems puntúan en una escala Likert que va desde 1 (no me describe en absoluto) a 5 (me describe muy bien). Las puntuaciones oscilan entre 4 y 20 puntos. La versión original de la escala presentó una adecuada consistencia interna ($\alpha = .69$) así como su versión al castellano de Limonero, et al. (2014).

4.4 Análisis de datos

El análisis de datos se realizó mediante el paquete informático SPSS v.27.

Se llevaron a cabo análisis descriptivos, correlacionales, comparaciones de medias (con pruebas paramétricas y no paramétricas) y de regresión lineal múltiple.

4.5 Planificación y recursos: cronograma y equipo de investigación

A continuación, se expone, en primer lugar, el cronograma que se ha seguido a lo largo del estudio (donde 1 corresponde al mes de enero, 2 a febrero y así consecutivamente hasta llegar al mes de noviembre), y después la distribución de las fases entre el equipo de investigación.

Tabla 1. Cronograma del estudio

Fases	Tareas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
FASE 1. INTRODUCCIÓN EN EL CAMPO / PUESTA EN MARCHA INVESTIGACIÓN	1. Revisión literatura.	█										
	2. Diseño de la investigación.	█	█									
	3. Definición de la muestra.	█	█									
	4. Coordinación y información profesionales del CPPB.	█	█									
	5. Información del estudio a los internos e internas del CPPB.	█	█									
FASE 2. TRABAJO DE CAMPO	6. Recogida de datos.			█	█	█	█					
	7. Registro y Análisis de datos.			█	█	█	█	█				
	8. Elaboración y entrega memoria progreso de la investigación.							█	█			
FASE 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	9. Discusión de los resultados.									█	█	█
	10. Redacción informe de resultados.									█	█	█
	11. Devolución de los resultados.										█	█

Tabla 2. Distribución de las fases

Fases	Tareas	Miembros del equipo
FASE 1. INTRODUCCIÓN EN EL CAMPO / PUESTA EN MARCHA INVESTIGACIÓN	1. Revisión literatura.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	2. Diseño de la investigación.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	3. Definición de la muestra.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	4. Coordinación e información profesionales del CPPB.	Barril, I. i Navarro, P.
	5. Información del estudio a los internos e internas del CPPB.	Barril, I. i Navarro, P.
	6. Recogida de datos.	Barril, I. i Navarro, P.
FASE 2. TRABAJO DE CAMPO	7. Introducción en la base de datos.	Brugués, G., Caparrós, B. i Masferrer, L.
	8. Análisis estadístico.	Brugués, G., Caparrós, B. i Masferrer, L.
	9. Análisis y discusión de datos.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	10. Elaboración y entrega memoria progreso de la investigación.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	11. Discusión de los resultados.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
FASE 3. ANÁLISI DE LOS RESULTADOS	12. Redacción informe de resultados.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.
	13. Devolución de los resultados.	Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L. i Navarro, P.

5. Resultados

En el presente apartado se exponen los resultados tanto del análisis descriptivo, correspondiente a los objetivos específicos:

- 1- identificar la prevalencia del riesgo de suicidio,
- 2- identificar la presencia de ideación suicida y tentativas previas de suicidio e
- 3- identificar las razones para vivir y las estrategias de afrontamiento resiliente,

como la relación entre las diferentes variables, en alineación al último objetivo específico:

- 4- analizar la relación entre las variables psicosociales estudiadas y los factores de riesgo y factores protectores del suicidio.

También, previo a los resultados del análisis descriptivo de las distintas escalas, se exponen los resultados de las variables sociodemográficas, necesarias para el análisis de la relación entre variables.

Para ello, se distribuyen los resultados en 3 bloques:

- correspondientes a las variables sociodemográficas, obtenidos mediante un cuestionario de elaboración propia (datos penales, salud mental, estancia en el centro penitenciario), *apartado 5.1*
- correspondientes a las escalas estandarizadas, *apartado 5.2*
- correspondientes a la relación entre las diferentes variables, *apartado 5.3*.

5.1 Resultados correspondientes a las variables sociodemográficas

A lo largo de este apartado se identifican los resultados obtenidos mediante el cuestionario de elaboración propia, como se detalla en el apartado de metodología. Se diferencian tres subapartados, correspondientes a los

resultados de los datos penales, la salud mental y la estancia en el centro penitenciario.

5.1.1 Datos penales

La muestra total válida recogida consta de 126 cuestionarios de internos/as, de los que 113 corresponden a hombres, 9 a mujeres, 1 que se ubica en otras categorías de género y 3 participantes que no completaron la totalidad de la información. Por tanto, el porcentaje de hombres es del 89,7%, coincidiendo con el rango de representatividad de género de la población penitenciaria general. La edad media es de 38,65 años dentro del rango de 19 a 70 años.

La ubicación de la muestra comprende todos los módulos del Centro Penitenciario Puig de les Basses. Los porcentajes de representación modular oscilan entre un 7% y un 15% de la población total. En cuanto a la participación de mujeres, el porcentaje de respuestas corresponde al 7,1% de la totalidad. Si bien, debe tenerse en cuenta que el porcentaje de mujeres en el centro penitenciario, en el mes de junio, era del 5,9% de la totalidad de los internos.

La muestra ha indicado que su categoría profesional se ubica en un 16,7 % dentro del ámbito de la hostelería y el turismo, un 57,9 % dentro del ámbito de oficios técnicos, educación o sanidad y un 14,3 % en otros ámbitos. En cuanto a cantidad de muestra que ha trabajado dentro del centro en los últimos 6 meses, se obtiene un 28,6% de personas que no frente a un 67% que sí (Tabla 3).

Del total de muestra válida, un 37,3% respondió que carecía de destino laboral en el momento de la recogida de datos. En cambio, un 60,3% respondió que sí tenía destino laboral (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución laboral

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Trabajado últimos 6 meses	85	67,5
Trabajando actualmente	76	60,3

Un total de 41 participantes no especificaron su destino laboral. A pesar de esta limitación, se observa un porcentaje homogéneo de variedad dentro de los

principales destinos laborales dentro del centro que se encuentra en torno al 20% de la muestra. Un 60,3% de la muestra asegura recibir prestaciones económicas del erario público.

Con relación a los datos recogidos sobre estudios finalizados y, por tanto, sobre el nivel de formación académica de la muestra, encontramos que la mayoría cuentan con la primaria o la ESO finalizada y sólo un 12,7% asegura tener estudios universitarios (Tabla 4).

Tabla 4. Descriptivos de estudios terminados

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	13	10,3
Primaria O ESO	72	57,1
Bachillerato O FP	22	17,5
Estudios universitarios	16	12,7
Datos perdidos	3	
Total	126	100,0

Los datos obtenidos sobre país de nacimiento reflejan un porcentaje similar a los datos generales de la población penitenciaria. En nuestro estudio ha participado un 63,5% de nacionales de España y Marruecos es, con un 12,7%, el siguiente país con mayor representación (Tabla 5).

Tabla 5. Descriptivos de la muestra por país de nacimiento

País	Frecuencia	Porcentaje
España	80	63,5
Marruecos	16	12,7
Honduras	4	3,2
Bolivia	1	,8
Colombia	3	2,4
Rumanía	4	3,2
Ecuador	1	,8

Senegal	3	2,4
Alemania	1	,8
Macedonia del Norte	1	,8
Portugal	1	,8
India	2	1,6
Venezuela	1	,8
Argelia	1	,8
República Dominicana	1	,8
Gambia	1	,8
Francia	1	,8
Total válidos	122	96,8

En cuanto a los años que hace que la totalidad de la muestra vive en España, hemos obtenido una media de 31 años. Si observamos el porcentaje de la muestra que indica encontrarse sin pareja estable obtenemos un 43% del total (Tabla 6). Obtenemos una media de 1,25 hijos/as en un rango de 0 a 7 entre nuestra muestra.

Tabla 6. Descriptivos de la muestra por estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a o en pareja	37	29,4
Soltero/a	55	43,7
Divorciado/da o separado/da	22	17,5
Viudo/a	4	3,2
Total	118	93,7
Datos perdidos	8	6,3
Total	126	100,0

Los internos e internas que han participado han respondido a la percepción del apoyo familiar como *Muy bueno* en su mayoría (Tabla 7). Tratándose de los factores protectores más importantes estudiados, es necesario también valorar

qué variables pueden estar detrás de esta alta valoración de apoyo (p. ej.: la situación de reclusión puede crear un efecto de revalorizar al alza el entorno familiar).

Tabla 7. Descriptivos de la percepción de la muestra sobre su apoyo familiar

	Apoyo familiar		Situación económica	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muy malo	4	3,2	23	18,3
Malo	5	4,0	14	11,1
Regular	17	13,5	56	44,4
Bueno	23	18,3	21	16,7
Muy bueno	67	53,2	6	4,8
Total	116	92,1	120	95,2
Datos perdidos	10	7,9	6	4,8
Total	126	100,0	126	100,0

En cuanto a percepción de su situación económica, observamos una distribución normal con asimetría. El porcentaje más elevado la valora en el promedio de la escala Likert propuesta. Sin embargo, casi el 20% la valora muy mala y sólo un 4,8% la valora como muy buena (Tabla 7).

La mayoría de la muestra, con un 63,5%, indica tener creencias religiosas. Esta variable tiene relevancia en el instrumento de *Razones para vivir* y puede conformar un importante factor protector para reducir el riesgo personal de suicidio. La muestra indica una variabilidad homogénea entre las distintas confesiones religiosas (Tabla 8).

Tabla 8. Descriptivos de creencias religiosas

Creencias	Frecuencia	Porcentaje
Cristianos católicos	25	19,8
Islamismo	25	19,8
Cristianos Evangelistas	10	7,9

Otros	17	13,5
Ninguno	4	3,2
Total	81	64,3
Datos perdidos	45	35,7

Hemos encontrado un porcentaje similar de internos/as que se perciben practicantes (45,2%) o no practicantes (41,3%) de su confesión religiosa.

5.1.2 Exploración salud mental

Casi la mitad de la muestra (46,8%) refiere haber sufrido algún problema psicológico o psiquiátrico en algún momento de su vida, destacando un 15,4% de trastornos del espectro psicótico, un 13,5% algún trastorno adaptativo o problemas en el duelo y un 11,5% en trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En este sentido, el 59,2% de la muestra indica estar tomando psicofármacos prescritos por el especialista.

Más de la mitad de los encuestados (66,1%) exponen haber tenido problemas con el consumo de sustancias en el pasado, destacando la cocaína como la droga con mayor frecuencia (54,9%), seguida del alcohol (46,7%) y el cannabis (40,5%). En cuarta posición, la heroína representó problemas para un 21,3% de los participantes en el estudio. En lo referente a la vía de administración, la combinación de intranasal y oral fue la más frecuente.

Cabe destacar que un tercio de la muestra (34,5%) verbaliza haber tenido intoxicación por el consumo de sustancias y un 25,8% haber sufrido sobredosis.

Respecto al actual patrón de consumo de drogas, sólo un 18,5% indica tener problemas con el consumo, principalmente con el cannabis (15,8%).

Casi la mitad de la muestra (41,8%) verbaliza ideación de suicidio en algún momento de su vida y un 25,8% de los encuestados han realizado alguna tentativa autolítica. De los métodos empleados por la conducta de suicidio, se destacan la sobredosis de sustancias (29,6%) y el estrangulamiento (29,6%).

Con relación a los antecedentes familiares de suicidio, un 13,3% de la muestra verbaliza éxitus por suicidio y, por otra parte, casi la mitad (47%) han sufrido la muerte por suicidio de una persona importante (no familiar).

5.1.3 Estancia en el centro penitenciario

En relación con el motivo del ingreso en el centro penitenciario, por parte de los participantes en la actual estancia, decir que los resultados reflejan delitos muy diversos. Aunque todos ellos se han agrupado en seis categorías generales de tipología de delito, según otros ejemplos presentes en la literatura.

En la tabla 9 se visualizan estas categorías de delitos mencionadas. Cabe destacar que una tercera parte de los participantes ha ingresado en el centro en cumplimiento a la actual condena, por un delito categorizado dentro del grupo de violencia genérica.

Tabla 9. Tipología de delito

	Frecuencia	Porcentaje
Delitos contra la salud pública y estafa	20	15,9
Robos sin violencia	29	23
Delitos contra la seguridad vial	12	9,5
Violencia genérica	42	33,3
Violencia de género	8	6,3
Violencia sexual	2	1,6

Por otro lado, en este caso, en relación con la valoración que los participantes del estudio hacen de su estancia en el centro, se han distribuido las percepciones de los participantes en dos grandes grupos: 1) servicios e instalaciones; 2) relaciones interpersonales.

En el primer grupo se valora la estancia en el centro, la comida, el servicio de lavandería, las actividades en el centro penitenciario, las instalaciones de los

módulos, los servicios médicos, el servicio de polideportivo y la comodidad en la celda.

En cuanto al grupo de las relaciones interpersonales, se han valorado las relaciones con otros internos, con el compañero de celda y con los profesionales del centro penitenciario.

En cualquiera de los casos las opciones de respuesta pueden ser cinco, las cuales van desde *muy mala* hasta *muy buena*, con tres posiciones en el centro de *mala*, *regular* y *buena*. Cabe destacar que en todas las variables expuestas existe un porcentaje de participantes que no ha contestado ninguna de las opciones, posiblemente porque no utiliza ese servicio. Un ejemplo sería quien no utiliza la lavandería porque se limpia su ropa en su celda, por lo que desconoce la valoración del servicio. Similar sería quien no utiliza el polideportivo, por tanto, sin poder valorar el servicio, y así en otros servicios.

En referencia a los resultados de las valoraciones, en la gráfica 1 se observa cómo en la mayoría de variables el mayor volumen de la puntuación recae en *regular* o *buena*. La variable a destacar como con un porcentaje de valoración de *muy buena* mayor es la del polideportivo. En el otro extremo, la variable con mayor porcentaje de valoración de *muy mala* es la comida del centro.

También destacar que, salvo en las variables de la estancia en el centro y la comida, más de una tercera parte de los participantes puntúan la valoración de los servicios como *buena*, siendo la cuarta máxima puntuación de cinco posibilidades.

En cuanto a las valoraciones de las relaciones interpersonales, en la gráfica 2 se visualiza cómo la parte de las respuestas de los participantes más utilizada o contestada son las valoraciones de *buena* o *muy buena*. Es decir, un 46% de los participantes considera que tiene una *buena* relación con sus compañeros, un 34,1% considera que tiene *muy buena* relación con su compañero de celda y un 36,5% de los participantes ha contestado que su relación con los profesionales del centro penitenciario es *buena*.

Gráfico 1. Valoración de los servicios e instalaciones

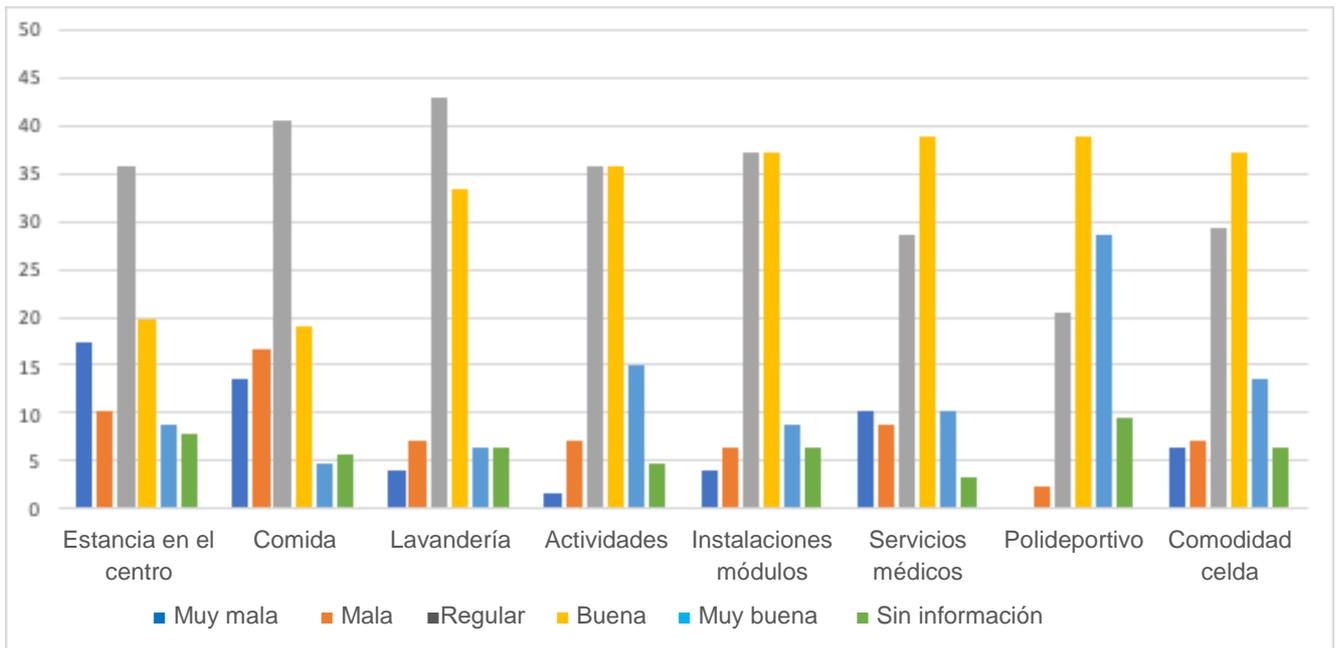
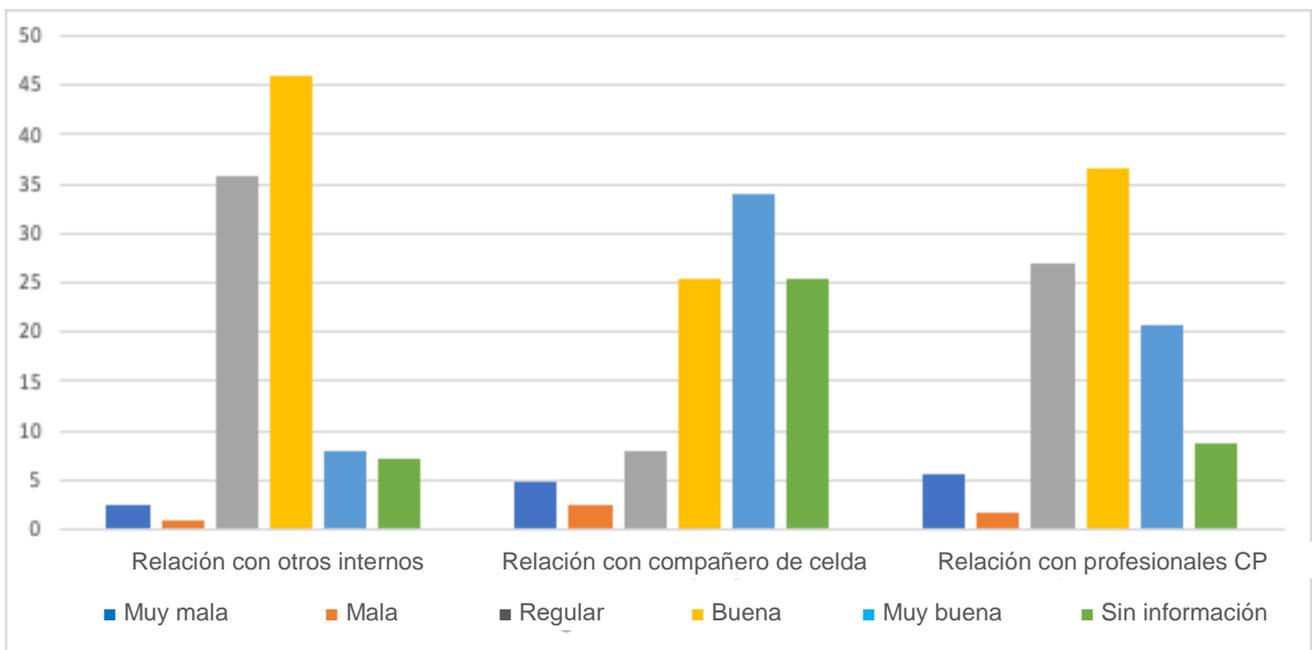


Gráfico 2. Valoración de las relaciones interpersonales



5.2 Resultados correspondientes a las escalas estandarizadas utilizadas

A continuación se exponen los resultados en relación con los estadísticos descriptivos de las escalas estandarizadas utilizadas.

En la tabla 10 se pueden observar las medias, desviaciones estándar y las puntuaciones mínimas y máximas de cada uno de los instrumentos estandarizados utilizados en el estudio.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de las escalas utilizadas

	M (SD)	Mínimo	Máximo
RS (escala Riesgo de Suicidio)	5.28 (3.62)	0	13
BHS (Escala de Desesperanza)	10.65 (2.51)	5	16
BCRS (Escala Afrontamiento Resiliente)	16.54 (3.96)	4	23
RFL (Escala Razones para Vivir)			
Creencias Superación afrontamiento	120.05 (19.60)	46	144
Miedo desaprobación social	9.45 (4.96)	3	18
Responsabilidades familiares	33.44 (7.75)	7	42
Preocupación por los hijos	15.11 (3.77)	3	18
Miedo al suicidio	19.53 (7.80)	7	41
Objeciones morales	14.61 (5.92)	4	24

La escala de Riesgo de Suicidio y la escala de Desesperanza identifican puntos de corte o intervalos de severidad que analizaremos a continuación.

Como puede observarse en la tabla 11, un porcentaje de 47,4 tiene una puntuación igual o superior a 6 en la escala de riesgo de suicidio, lo que implica la presencia de riesgo de suicidio en casi la mitad de la muestra analizada.

Tabla 11. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de riesgo de suicidio

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
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

Respecto a la escala de Desesperanza, tal y como puede observarse en la tabla 12, el 19,9% presenta un rango de desesperanza leve (puntuaciones entre 4 y 8), un 54% moderado (puntuaciones entre 9 y 14) y un 3,4 severo (puntuaciones entre 15 y 20). Estos datos nos indican que en torno a un 45% de los participantes presenta riesgo de suicidio de moderado a grave.

Tabla 12. Frecuencias de las puntuaciones en la escala de Desesperanza

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
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 Resultados correspondientes a la relación entre las diferentes variables

5.3.1 Diferencias en cuanto a variables de riesgo y protección de suicidio con relación a características sociodemográficas

A continuación se analiza si existen diferencias significativas en las puntuaciones de las escalas utilizadas con relación a algunas de las variables más relevantes del estudio. Las comparaciones de medias se han llevado a cabo entre:

a) Diferencias entre hombres y mujeres

El número de hombres (n=113) participantes en el estudio es substancialmente mayor que el de las mujeres (n=9). A pesar de este sesgo, se han llevado a cabo pruebas no paramétricas que no han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguna de estas variables.

b) Diferencias entre el grupo de personas con creencias religiosas y/o espirituales y el grupo sin creencias religiosas y/o espirituales

Tal y como muestra la tabla 13, los resultados indican que las personas con creencias religiosas o espirituales (n=80) en comparación con las que no (n=38) presentan puntuaciones más elevadas de forma significativa en algunas de las subescalas de las razones para vivir (afrentamiento y superación, miedo al suicidio y reparos Morales).

Tabla 13. Diferencias en cuanto al riesgo de suicidio, desesperanza, estrategias de afrontamiento y razones para vivir entre el grupo con creencias religiosas y/o espirituales y el grupo sin creencias religiosas y/o espirituales

	Creencias religiosas o espirituales (N=80)	Sin creencias religiosas o espirituales (N=38)		
	M (SD)	M (SD)	t	p
Riesgo suicidio	5.48 (3.84)	5.03 (3.27)	-0.56	0.576
Desesperanza	10.78 (2.57)	10.19 (2.35)	-1.00	0.318
Estrategias de afrontamiento	16.87 (3.95)	15.85 (3.95)	-1.24	0.218
Razones para vivir				
Creencias supervivencia y afront.	122,88 19.06)	114,11 (21.46)	-2.24	0.027
Miedo desaprobación social	10,07 (5.14)	8,16 (4.86)	-1.20	0.057
Responsabilidad familia	34.04 (7.45)	33.01 (8.14)	-0.68	0.497
Preocupación hijos	15.42 (3.67)	14.36 (4.24)	-1.39	0.167
Miedo al suicidio	20.63 (7.91)	17.06 (7.88)	-2.29	0.024
Objeciones morales	17.04 (4.83)	9.11 (4.70)	-8.41	0.001

c) Diferencias entre el grupo de personas con problemas de consumo en el pasado y los que no

Cuando comparamos el grupo de internos que informan que han tenido problemas de consumo de drogas en el pasado (n=80) con los que no (n=41) los resultados muestran (tabla 14) que existen diferencias significativas únicamente en la escala de riesgo de suicidio, siendo este riesgo mayor en el grupo con problemas de consumo. No existen diferencias significativas en relación con las demás variables.

Tabla 14. Diferencias en cuanto al riesgo de suicidio, desesperanza, estrategias de afrontamiento y razones para vivir entre el grupo con problemas de consumo en el pasado y el grupo sin problemas de consumo en el pasado

	Problemas consumo pasado (N=80)	Sin problemas consumo pasado (N=41)		
	M (SD)	M (SD)	t	p
Riesgo suicidio	5.97 (3.42)	4.15 (3.78)	-2.39	0.019
Desesperanza	10.53 (2.47)	10.88 (2.63)	0.631	0.530
Estrategias de afrontamiento	16.30 (4.06)	16.93 (3.81)	0.800	0.425
Razones para vivir				
Creencias supervivencia y afront.	120.90 (16.99)	118,24 (24.97)	-0.692	0.490
Miedo desaprobación social	9.38 (4.94)	9.75 (5.20)	0.389	0.698
Responsabilidad familia	33.89 (6.75)	32.53 (9.82)	-0.894	0.373
Preocupación hijos	15.33 (3.45)	14.65 (4.52)	-0.921	0.359
Miedo al suicidio	19.39 (7.92)	20.10 (7.84)	0.472	0.638
Objeciones morales	14.66 (5.89)	14.51 (6.39)	-0.124	0.901

d) Diferencias entre el grupo de personas con algún familiar fallecido por suicidio y el que no

Tal y como se puede observar en la tabla 15, no existen diferencias significativas entre los participantes que han perdido a algún familiar por suicidio (n=15) y los que no (n=98).

Tabla 15. Diferencias en cuanto al riesgo de suicidio, desesperanza, estrategias de afrontamiento y razones para vivir entre el grupo con algún familiar fallecido por suicidio y el grupo sin familiares fallecidos por suicidio

	Familiar fallecido por suicidio (N=98)	Sin familiar fallecido por suicidio (N=15)	t	p
	M (SD)	M (SD)		
Riesgo suicidio	6.50 (3.50)	5.16 (3.73)	-1.598	0.126
Desesperanza	9.36 (1.91)	10.90 (2.53)	1.935	0.056
Estrategias de afrontamiento	16.00 (4.22)	16.78 (3.68)	0.649	0.474
Razones para vivir				
Creencias supervivencia y afront.	121.18 (22.67)	119.90 (19.23)	-0.208	0.815
Miedo desaprobación social	10.01 (4.47)	9.28 (5.26)	-0.511	0.610
Responsabilidad familia	35.78 (7.02)	33.13 (7.90)	-1.226	0.223
Preocupación hijos	15.74 (4.11)	15.00 (3.74)	-0.703	0.484
Miedo al suicidio	19.18 (7.25)	19.45 (8.19)	0.134	0.894
Objeciones morales	14.48 (6.42)	14.89 (5.99)	-0.234	0.806

e) Diferencias entre el grupo de personas con alguien importante (no familiar) fallecido por suicidio y el que no

Cuando analizamos si existen diferencias entre las personas que han perdido a alguien significativo (no familiar) por suicidio y los que no, podemos observar que puntúan de forma significativamente más elevada en la escala de Riesgo de suicidio.

Tabla 16. Diferencias en cuanto al riesgo de suicidio, desesperanza, estrategias de afrontamiento y razones para vivir entre el grupo con alguna persona significativa (no familiar) fallecida por suicidio y el grupo sin ninguna persona significativa fallecida por suicidio

	Persona significativa fallecida por suicidio (N=84)	Sin persona significativa fallecida por suicidio (N=33)		
	M (SD)	M (SD)	t	p
Riesgo suicidio	4.50 (3.74)	6.51 (3.23)	-2.666	0.009
Desesperanza	10.60 (2.52)	10.81 (2.55)	0.377	0.708
Estrategias de afrontamiento	16.30 (4.20)	16.84 (3.50)	0.729	0.468
Razones para vivir				
Creencias supervivencia y afront	117.80(21.98)	120.95 (18.32)	0.846	0.399
Miedo desaprobación social	9.17 (5.17)	9.62 (5.08)	0.476	0.635
Responsabilidad familia	33.80 (7.96)	32.96 (8.13)	-0.558	0.579
Preocupación hijos	15.35 (3.76)	14.71(3.98)	-0.893	0.374
Miedo al suicidio	18.73 (7.21)	20.10 (8.66)	0.923	0.358
Objeciones morales	14.22 (6.11)	14.82 (6.05)	-0.534	0.594

f) Diferencias entre el grupo de personas que se encuentran en régimen de aislamiento y el grupo en régimen ordinario

Como puede observarse en la tabla 17 el grupo de personas que se encuentran en régimen de aislamiento en la actualidad en el centro (n=9) ha puntuado de forma significativa más alto en la escala de desesperanza.

Tabla 17. Diferencias en cuanto al riesgo de suicidio, desesperanza, estrategias de afrontamiento y razones para vivir entre el grupo con régimen de aislamiento y el grupo que no se encuentra en régimen de aislamiento

	Régimen de aislamiento (N=106)	Régimen ordinario (N=9)	t	p
	M (SD)	M (SD)		
Riesgo suicidio	7.33 (4.13)	5.22 (3.58)	-1,223	0.169
Desesperanza	13.67 (20.07)	10.41 (2.38)	-3,248	0.002
Estrategias de afrontamiento	16.89 (6.66)	16.57 (3.85)	-0,238	0.813
Razones para vivir				
Creencias supervivencia y afront	112.75 (30.09)	120.02 (19.35)	0,712	0.304
Miedo desaprobación social	12.11 (5.75)	9.38 (5.01)	-1,551	0.124
Responsabilidad familia	33.45 (9.29)	33.46 (7.83)	0,003	0.201
Preocupación hijos	15.90 (3.51)	15.05 (3.90)	-0,632	0.998
Miedo al suicidio	15.23 (6.36)	19.82 (8.05)	1,666	0.529
Objeciones morales	16.47 (4.74)	14.41 (6.23)	-0,968	0.335

5.3.2 Asociación entre las variables de riesgo y de protección del suicidio y las características sociodemográficas

En la tabla 18 se observa la relación entre todas las escalas de medida estandarizadas utilizadas para evaluar las variables de riesgo y de protección del suicidio.

De forma significativa, observamos cómo la puntuación total de la escala de Riesgo de Suicidio (RS) se asocia positivamente a la Desesperanza (BHS) pero negativamente con el Afrontamiento Resiliente (BRCS) y con la subescala de Responsabilidades con la familia (RL-RESFAM) del instrumento de Razones para Vivir (RL). La Desesperanza (BHS) se asocia negativamente con el Afrontamiento Resiliente (BRCS) y con las escalas de Supervivencia y Afrontamiento (RL-SUPAF) y de Responsabilidades con la familia (RL-RESFAM). El Afrontamiento Resiliente se relaciona negativamente con el Riesgo de Suicidio (RS) y la Desesperanza (BHS) pero de forma positiva con las subescalas de Supervivencia y Afrontamiento (RL-SUPAF), de Responsabilidad con la familia (RL-RESFAM), Preocupación por los hijos (RL-PREOC) y de Objeciones morales (RL-OBMOR). Las subescalas del instrumento de Razones para Vivir se correlacionan todas positivamente entre ellas y con el Afrontamiento Resiliente (BRCS) y en negativo con el Riesgo de Suicidio (RS) y la Desesperanza (BHS).

Tabla 18. Relación entre las escalas de medida estandarizadas de variables de riesgo y protección del suicidio

	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**

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

En la Tabla 19 se analiza la relación entre las variables sociodemográficas y las variables de riesgo y protección de suicidio. En primer lugar, observamos que la edad de los/las participantes se asocia de forma negativa con el riesgo de suicidio, es decir, a menor edad, mayor riesgo de suicidio. Los años que el/la participante lleva viviendo en España correlaciona de forma negativa con la Desesperanza y con la subescala de Objeciones Morales (RL-OBMOR) de la escala de Razones para vivir. El tiempo restante para finalizar la condena actual se relaciona de forma positiva con la subescala de Miedo y Desaprobación Social (RL-MDESS). El número previo de intentos de suicidio correlaciona de forma positiva con el Riesgo de Suicidio y de forma negativa con el Afrontamiento Resiliente y la subescala de Supervivencia y Afrontamiento (RL-SUPAF) de la escala de Razones para Vivir. Por último, el número de veces que el/la participante ha estado en aislamiento durante los últimos seis meses correlaciona de forma positiva con el Riesgo de Suicidio.

No se han encontrado diferencias en la ideación suicida respecto al género de los participantes (hombres, $M=5,23$, $SD=3,566$; mujeres, $M=5,14$, $SD=4,259$); $t(92)=0,061$, $p=0,448$.

Se ha realizado correlación de Pearson a fin de comparar las puntuaciones de riesgo de suicidio con las puntuaciones de la escala de desesperanza y los resultados son positivos mostrando una asociación moderada entre una mayor desesperanza con una mayor ideación autolítica ($r=0,407$).

Por otra parte, la correlación ha sido inversa respecto a la variable Supervivencia y Afrontamiento (SUPAF) indicando menos ideación de suicidio a mayor SUPAF ($r=-0,457$).

Taula 19. Relación entre variables sociodemográficas y variables de riesgo y protección del suicidio

	RS	BHS	BRCS	RL-SUPA F	RL-MDES S	RL-RESF AM	RL-PREOC C	RL-MSUIC C	RL-OBMOR R
Variables sociodemográficas									
Edad	-.222*	-.088	.138	.008	-.100	-.129	-.161	-.167	-.175
Años viviendo en España	-.098	-.237*	-.026	-.100	-.185	-.089	-.136	-.071	-.343**
Tiempo condena actual	.033	-.040	.141	.169	.187	.140	.127	.104	.134
Tiempo restante para finalizar la condena actual	-.125	-.014	.084	.162	.265**	.170	.104	.118	.186
Número intentos suicidio	.463**	.127	-.323**	-.343**	.071	-.075	-.066	-.042	-.178
Número veces en aislamiento o en últimos 6 meses	.223*	.112	.060	-.013	.065	.058	.125	-.003	.085

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

En la tabla 20 se examina la relación entre la valoración subjetiva de los/las participantes en relación con los servicios, instalaciones y relaciones interpersonales con las variables de riesgo y protección del suicidio. El Riesgo de Suicidio se asocia de forma negativa con la valoración personal de los servicios e instalaciones del Centro Penitenciario Puig de les Basses. Sin embargo y de forma muy significativa, el Riesgo de Suicidio se asocia con una peor valoración de la relación con los demás internos del CP y con el compañero de celda. También la Desesperanza se relaciona negativamente con la valoración personal de los servicios e instalaciones y con la valoración de las relaciones interpersonales. Por el contrario, el Afrontamiento Resiliente se asocia de forma positiva con la valoración de los servicios e instalaciones y también de las relaciones interpersonales, de forma muy significativa con una mayor valoración de la relación con los demás internos del centro. Por último, en cuanto a las subescalas de la medida de Razones para vivir, en general todas se asocian de forma positiva con una mejor valoración subjetiva tanto de las instalaciones y servicios del CP como con una mejor valoración de las relaciones interpersonales con los compañeros y los profesionales del centro.

Tabla 20. Relación entre la valoración de los participantes con relación a servicios, instalaciones y relaciones interpersonales y las variables de riesgo y protección del suicidio

	RS	BHS	BRC S	RL- SUPA F	RL- MDES S	RL- RESFA M	RL- PREO C	RL- MSUI C	RL- OBMO R
Valoración de los servicios e instalaciones									
Comida	-.302**	-.268*	.212*	.213*	.030	.153	.058	.012	.093
Lavandería	.129	-.052	.000	-.015	.025	.142	-.036	-.020	.003
Actividades	.032	-.105	.125	.170	.020	.232*	.225*	.026	.132
Instalaciones módulos	-.152	-.128	.260**	.189*	.034	.193*	.084	-.020	-.017
Servicios médicos	-.194	-.125	.047	.074	-.026	.042	-.111	.047	-.051
Polideportivo	-.017	-.152	-.013	.045	-.134	.178	.102	-.023	.103
Comodidad celda	-.248*	-.031	.036	.183*	.138	.198*	.039	-.131	.024

Valoración de las relaciones interpersonales									
Relación con otros internos	-	-.156	.203*	.219*	.086	.198*	.088	.068	.013
	.296**								
Relación con el compañero de celda	-	-.196	.217*	.141	-.014	.250*	.006	-.099	-.061
	.349**								
Relación con profesionales C.P.	-.067	-.157	-.059	-.008	-.049	.087	.063	.019	.022

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

5.3.3 Variables predictoras del riesgo de suicidio

En la tabla 21 se presenta el análisis de regresión lineal múltiple realizado para evaluar las variables asociadas al riesgo de suicidio en las que las puntuaciones de riesgo de suicidio son la variable dependiente. Como variables independientes se han utilizado aquellas variables sociodemográficas y de riesgo y protección de suicidio que en los análisis correlacionales se han mostrado como significativas. Así, como variables independientes se han introducido: la escala de Desesperanza (BHS), el Afrontamiento Resiliente (BRCS), las subescalas del instrumento de Razones para Vivir (RL), así como la edad, la valoración personal de la comodidad de la celda y de la relación con el compañero con quien la comparte, los antecedentes de consumo problemático de sustancias, el número de intento de suicidios previos, los antecedentes de suicidio en personas cercanas y, finalmente, número de veces en aislamiento durante los últimos 6 meses. Los análisis se han realizado respetando la no violación de los supuestos de normalidad, linealidad, multicolinealidad y homoscedasticidad. En el modelo final (en el quinto paso) de la regresión, la varianza total explicada es de 73%. Los resultados muestran que el modelo final incluye cinco variables predictoras. Por orden de significación, se muestran como predictoras del Riesgo de Suicidio: la Supervivencia y Afrontamiento (RL-SUPAF) y la edad en negativo y la Desesperanza, el número de intentos de suicidio previos y los antecedentes de problemática con el consumo de sustancias en positivo. En otras palabras, los resultados muestran que existe un mayor riesgo de suicidio a menor edad y en personas con un escaso recurso de supervivencia y afrontamiento y a mayor sentimiento de desesperanza, a

cuantos más intentos de tentativas de suicidio previos y a mayor presencia de antecedentes de consumo de sustancias en el pasado.

Tabla 21. Análisis de regresión múltiple del riesgo de suicidio

	Coef. no Estand.		Coef. Estand.	t	p	95% IC por B	
	B	Error Estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior
Constante	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
Edad	-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
N.º intentos suicidio	0,475	0,191	0,229	2,489	0,017	0,089	0,862
Antec. probl. consumo	1,685	0,736	0,206	2,289	0,028	0,195	3,175

6. Conclusiones

En el presente estudio han participado un total de 123 personas, que corresponde a un 17,59 % de los internos e internas del Centro Penitenciario de Puig de les Basses, según los datos del mes de junio de 2021.

A continuación se exponen las conclusiones siguiendo el esquema expuesto en los resultados, es decir, segmentado en tres bloques que corresponden a variables sociodemográficas (datos penales, salud mental y estancia en el centro penitenciario), a escalas estandarizadas (riesgo de suicidio, la desesperanza, razones para vivir y afrontamiento resiliente) y la relación entre las distintas variables.

Con relación a los datos sociodemográficos, concretamente a los que tienen relación con la salud mental, los resultados del presente estudio indican que casi la mitad de la muestra (46,8%) verbaliza haber sufrido algún problema psicológico o psiquiátrico en algún momento de su vida, destacando un 15,4% de trastornos del espectro psicótico, un 13,5% algún trastorno adaptativo o problemas en el duelo y un 11,5% TDAH. En este sentido, los resultados de la población estudiada se encuentran en la misma línea que otros estudios en los que se muestra que casi la mitad de los varones encarcelados y aproximadamente tres cuartas partes de las mujeres encarceladas verbalizan síntomas de trastornos mentales (Eaton et al., 2008; James & Glaze, 2006; Glaze & Herberman, 2013). De hecho, según estudios existentes, la presencia de trastornos mentales entre la población penitenciaria es notablemente mucho mayor en comparación con la población general (Arlington, 2012; Torrey et al., 2009, Wilper et al., 2009). Cabe destacar que la prevalencia de psicopatología de la muestra del Centro Penitenciario Puig de les Basses es menor en comparación con otros estudios del estado español (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2007; Vicens et al., 2011), donde se destaca un 82,6% de los internos manifiestan haber sufrido algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida (López et al., 2016).

Siguiendo con la salud mental, la bibliografía nos aporta que la presencia de trastorno por uso de sustancias es especialmente mayor entre las personas

internas que en la población general (Yuodelis-Flores y Ries, 2015). Los resultados del presente estudio nos indican que más de la mitad de la muestra, concretamente un 66,1%, exponen haber tenido problemas con el consumo de sustancias en el pasado (siendo la cocaína la sustancia más consumida, seguida del alcohol con un 54,9%). Respecto al consumo actual, casi dos de cada diez personas (18,5%) indican problemas de consumo (principalmente cannabis).

Para finalizar con los datos sociodemográficos, en el tercer bloque se analizaron variables con relación a la valoración con la estancia, tanto de instalaciones y servicios como con relaciones interpersonales. Entre los resultados obtenidos observamos que el 35,7% valora como *Buena* las actividades que se realizan en módulo y un 38,9% valoran como *Buena* el servicio del polideportivo. En cuanto a las relaciones interpersonales, destacar resultados como que el 57,1% valora como *Buena o Muy Buena* la relación con los profesionales, el 53,9% de los participantes valoran como *Buena o Muy Buena* la relación que tienen con otros internos y el 53,9% de los participantes valoran como *Buena o Muy Buena* su relación con otros internos. De hecho, con relación a este último dato, hacer notar que, según se exponía también en el marco teórico en referencia a las tasas de suicidio, algunos estudios muestran que el compartir celda se convierte en un factor protector (Favril, et al., 2019; Fazel, et al., 2008; Fruehwald, et al., 2004).

Con relación a los resultados de las escalas estandarizadas, la bibliografía alerta de que la población penitenciaria es una de las más vulnerables respecto al suicidio (Bukten y Stavseth, 2021), lo que se alinea con los resultados obtenidos entre los que cabe destacar que un 48,4% de los participantes presenta riesgo de suicidio y un 25,8% de la muestra ha realizado alguna tentativa de suicidio. Por otra parte, en relación con la desesperanza, un 57,4% de la muestra presenta una desesperanza entre moderada y severa.

En el tercer apartado de los resultados se presenta la relación entre distintas variables estudiadas. La bibliografía nos aporta que un factor de riesgo reconocido y estudiado es la salud mental. Otras investigaciones destacaron que las mujeres, las personas internas de más de 55 años y los jóvenes presentan tasas de trastornos mentales más altas que otras poblaciones penitenciarias (Fazel y Baillargeon, 2011). En el presente estudio se observan resultados como

que las personas que han tenido problemas con el consumo de sustancias en el pasado tienen mayor riesgo de suicidio que las que no, también que a menor edad, mayor es el riesgo de suicidio.

Siguiendo con los factores de riesgo, presentar antecedentes de tentativas previas de suicidio se ha demostrado como uno de los factores con elevado riesgo para la muerte por suicidio (Zhong, et al., 2021). Entre los resultados del presente estudio encontramos que un mayor número de intentos de suicidio aumenta el riesgo de suicidio.

También, en cuanto al riesgo de suicidio, señalar que entre los resultados observamos que las personas que han perdido a una persona significativa (no familiar) a causa del suicidio tienen un mayor riesgo de suicidio; el hecho de haber estado en aislamiento durante los últimos seis meses incrementa el riesgo de suicidio, datos que también indican otros estudios (Felthous, 1997; Pompili et al., 2009). En este sentido, la variable edad tiene un peso importante respecto a la ideación dado que a menor edad, mayor es el riesgo de suicidio.

En las valoraciones de los servicios y de las relaciones interpersonales, se observa un mayor riesgo de suicidio en aquellos y aquellas participantes que valoran negativamente su relación con el resto de internos del centro y con el/la compañero/a de celda y finalmente que una valoración negativa de los servicios e instalaciones del centro penitenciario se relaciona tanto con un mayor riesgo de suicidio como con mayores sentimientos de desesperanza.

Por lo que respecta a la desesperanza, como se ha expuesto anteriormente, más de la mitad de la muestra (57,4%) verbaliza desesperanza entre moderada y severa. En este sentido, se exponen variables asociadas a presentar mayor nivel de desesperanza como son la condición de régimen de aislamiento y el hecho de llevar menor tiempo de residencia en el país.

Según se ha expuesto en la introducción del presente estudio, se valora la importancia de los factores protectores frente al suicidio. En el estudio se observan resultados como que las creencias religiosas y/o espirituales están relacionadas con el afrontamiento y la superación; las personas con mayor afrontamiento resiliente tienen un menor riesgo de suicidio; las razones para vivir

que más se asocian a un menor riesgo de suicidio son la supervivencia y el afrontamiento y las responsabilidades familiares. En este sentido familiar, el estudio de Wittouck et al. (2016) muestra que una relación de pareja significativa constituyó un factor protector de los pensamientos suicidas.

También encontramos resultados que indican que a mayor capacidad de afrontamiento resiliente y supervivencia, menos intentos previos de intentos de suicidio; que a más años viviendo en el país, los y las participantes muestran más reparos morales con relación al suicidio y a menor tiempo restante para finalizar la condena, los y las participantes refieren menos miedo a la desaprobación social.

Con relación a las valoraciones de las instalaciones, las personas que muestran mayor afrontamiento resiliente realizan una valoración más positiva de los servicios e instalaciones del centro, concretamente de la comida, de las instalaciones del módulo y de la comodidad de la celda. En cuanto a las relaciones interpersonales, los y las participantes con mayor supervivencia y afrontamiento resiliente muestran de manera significativa una mayor valoración de la relación tanto con el resto de internos como con el/la compañero/a de celda.

En relación con el género, explicar que en el estudio no existen diferencias entre género en cuanto al riesgo de suicidio, la desesperanza, el afrontamiento resiliente y las razones para vivir. Aunque debemos tener en cuenta que el número de mujeres participantes es muy pequeño.

Por último, exponer que, como variables predictoras del suicidio, los resultados muestran que el riesgo de suicidio se asocia a un menor recurso de supervivencia y afrontamiento, a menor edad y a mayor sentimiento de desesperanza, a un mayor número de intentos previos de suicidio y a la presencia de problemática de consumo de sustancias en el pasado.

7. Limitaciones

El presente estudio presenta algunas limitaciones, que expondremos a continuación.

En primer lugar, se trata de un diseño transversal, por tanto, como consecuencia no se pueden realizar inferencias causales.

Otra limitación son las medidas subjetivas, puesto que se han empleado cuestionarios autoinformados.

En cuanto a la metodología, también se hubiera podido optar por una metodología mixta (cuantitativa-cualitativa), combinando elementos cuantificables con otros aspectos más característicos de la comprensión y significación. Ahora bien, en este caso hubiera sido necesario un período de tiempo que excedía los límites temporales de este estudio, por lo que se priorizó utilizar la metodología cuantitativa en este estudio. En futuras investigaciones, sería recomendable utilizar una metodología mixta, combinando métodos cuantitativos y cualitativos.

La participación es del 17,9%. Por tanto, otra limitación es el tamaño muestral del presente estudio que no permite generalizar los resultados. En relación con este punto es necesario tener presente las limitaciones y dificultades implícitas de la investigación población penitenciaria [sic] tal y como otros estudios ya han señalado (Reingle Gonzalez & Connell, 2014; Wormith y Olver, 2002). En próximas investigaciones deberían plantearse nuevas estrategias de motivación para incrementar la participación de los internos.

A pesar de estas consideraciones, la investigación actual aporta datos clínicamente relevantes, así como se han identificado variables importantes a tener en cuenta en estudios futuros.

8. Propuestas de futuro

Los resultados presentados muestran la importancia y la necesidad de continuar estudiando en esta población tan concreta para poder mejorar las intervenciones y reducir la ideación suicida entre las personas internadas en el centro penitenciario.

Teniendo en cuenta las limitaciones, nos planteamos poder aumentar el tamaño muestral. En este sentido, sería interesante poder incluir metodología cualitativa a través de entrevistas para obtener datos sobre las vivencias de los/las internos/as donde se podría analizar con mayor profundidad las diferencias con relación a la perspectiva de género y poder obtener una visión más amplia de la subjetividad. El análisis cualitativo permite poder captar y explicitar la "cultura" del centro penitenciario, hecho relevante para profundizar en la prevención del suicidio, pues tal y como indican Liebling y Maruna (2005), las dinámicas y culturas inherentes en el ámbito penitenciario tienen un impacto relevante en la gestión y significación de la muerte por suicidio.

Al mismo tiempo, nos planteamos poder investigar y evaluar en relación con aplicaciones prácticas de intervenciones psicoeducativas sobre la conducta suicida, con la intención de continuar en la labor de la prevención del suicidio.

Teniendo en cuenta los resultados del consumo de sustancias actual así como la asociación entre el consumo problemático y la ideación de suicidio, se orienta la importancia de poder plantear intervenciones en el ámbito de la reducción de daños para acompañar a los internos consumidores y reducir al máximo las consecuencias negativas de las drogas siguiendo las indicaciones propuestas por Ohringer, Ezer y Serota (2020).

Por otra parte, y teniendo en cuenta la valoración positiva de las relaciones interpersonales, se considera de interés relevante promover grupos de trabajo entre internos/as, con la posibilidad de colaboración de los profesionales, para llevar a cabo acciones hacia la prevención del suicidio, así como también de ayuda de reparación en caso de presenciar cualquier situación traumatizante o de exigencia emocional elevada. En este sentido y desde mediados de 2021, la

Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad ha incorporado a la agenda de los profesionales de los centros penitenciarios realizar dos sesiones informativas por trimestre con internos de cada módulo sobre los mitos del suicidio a fin de desmontar el tabú y el estigma históricamente asociado y así poder fomentar un espacio de comunicación abierta e informada con los internos.

También, según los valores positivos de los diferentes servicios del centro penitenciario, se valora la importancia de continuar trabajando, y en la medida de lo posible ampliando, para mantener servicios lúdico-deportivos y recreativos, ya sea el espacio del polideportivo, actividades en módulos, centro educativo u otros. En este sentido, el impacto restrictivo de la pandemia ha afectado negativamente al normal desarrollo de estas actividades. Presumiblemente, la finalización de las medidas de restricción va a generar un efecto positivo en la valoración de los internos.

Por último, como propuesta de trabajo, se considera de máxima importancia potenciar e incluir en los programas de intervención factores protectores, como la resiliencia, estrategias de afrontamiento, técnicas de gestión emocional a través de grupos psicoeducativos o a través de programas de prevención del suicidio como es el caso de la terapia cognitivo-conductual de prevención del suicidio (CBSP) (Pratt et al., 2016) que han demostrado eficacia y mejora significativa entre la población penitenciaria.

En este sentido, el programa N'VIU es un Programa de intervención grupal psicoeducativa que se basa en un modelo de afrontamiento y adquisición de habilidades. Actualmente, se ha realizado el estudio de evaluación inicial y el proyecto se encuentra en fase de implementación generalizada en los centros penitenciarios (Foguet, et al., 2021). Asimismo, los autores, en sus conclusiones, indican la necesidad de mejorar la evaluación y lograr un cribado que discrimine entre conductas autolesivas (intención de afrontar la ansiedad, pero sin intención suicida) y autolíticas (con intención suicida). En este sentido, entendemos que el presente estudio puede servir para la confección de este instrumento, ya que, con sus limitaciones, recoge indicadores actuales y ecológicos importantes sobre la conducta autolítica en el contexto penitenciario catalán.

9. Referencias bibliográficas

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. Anexo

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.