

Àmbit social i criminològic

Ajuts a la investigació 2014

Els factors de risc de la conducta violenta autodirigida greu en l'àmbit penitenciari

Autors

María del Mar Rey Lede i Joan Manuel López Capdevila

Any 2015

Els factors de risc de la conducta violenta autodirigida greu en l'àmbit penitenciari

Autors: María del Mar Rey Lede i Joan Manuel López Capdevila*

Coautors: Arantzazu Herrador Carabante i Eulogio Real Deus**

* Administració de Justícia. Centre Penitenciari Brians I.

** Universitat de Santiago de Compostela.

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

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

Avís legal



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.ca) el text complet de la qual es troba disponible a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.ca>

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

Agraïments

Totes les persones implicades en l'elaboració del present estudi expressen el seu total agraïment a tots els organismes i persones que han fet possible aquest treball. En primer lloc, al Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, per la concessió de beques d'investigació que fan possible l'actualització, l'aprofundiment i la millora d'informació en diversos temes d'interès per a la Administració de Justícia. En segon lloc, a la Direcció General de Serveis Penitenciaris per facilitar l'accés a la informació requerida i l'accés als diversos centres penitenciaris. Als centres penitenciaris, per haver fet possible la nostra entrada als mateixos i facilitar, en la mesura del possible, espais de reunió per a la realització de les entrevistes. Als propis interns, que de manera totalment voluntària van accedir a ser entrevistats, i sense els quals aquest estudi no hauria estat possible. I finalment, al professor Antonio Andrés Pueyo (Universitat de Barcelona) per la seva ajuda i disposició en tot moment.

INDEX

1. Introducció.....	5
1.1. La violència auto-dirigida	5
1.1.1. La violència auto-dirigida a l'àmbit penitenciari	6
2. Objectius	9
3. Marc teòric	10
3.1 Terminologia	10
3.2. Epidemiologia.....	14
3.3. L'estudi dels factors de risc	17
Descripció dels factors de risc.....	20
Altres variables incloses a l'estudi.....	31
3.4. Factors protectors	32
3.5. Estratègies de Prevenció	33
4. Metodologia.....	40
4.1. Mostra.....	40
4.2. Instruments	41
4.3. Procediment	41
4.4. Anàlisi de dades.....	43
5. Resultats	45
5.1. Estadístics descriptius.....	45
5.2. Comparacions entre grups	57
5.2.1. Factors demogràfics, relacionats amb el delicte, d'història personal i familiar.....	57
5.2.2. Factors de Personalitat	62
5.2.3. Anàlisi de la Conducta Violenta Auto-dirigida.....	64
6. Discussió.....	72
7. Conclusions.....	87
8. Punts forts i limitacions de l'estudi	89
8.1. Punts Forts	89
8.2. Punts febles i limitacions.....	90
9. Propostes	91
10. Bibliografia	94
11. Annexos	99

1. Introducció

1.1. La violència auto-dirigida

L' Organització Mundial de la Salut (OMS), al seu "*Informe Mundial sobre la Violència y la Salud*", estableix una distinció entre *Violència Interpersonal*, *Violència Auto-infligida* i *Violència Col·lectiva*. La Violència auto-infligida o auto-dirigida és aquell tipus de violència que fa referència als comportaments suïcides i les autolesions. Aquest tipus de comportaments són un greu problema de salut pública, situant-se a l'any 2012 com la quinzena causa de mort a nivell mundial. Les dades per aquest mateix any ens indiquen que aproximadament ha hagut 804.000 morts com a conseqüència del suïcidi, el que fa suposar una taxa de 11,4 per a cada 100.000 habitants (taxes de 15/100.000 habitants per la població masculina i de 8/100.000 habitants per la població femenina).

Per aquest motiu, l'OMS i altres organismes, s'han vist obligats a desenvolupar diverses iniciatives dirigides a la prevenció i a la intervenció dins d'aquest tipus de conductes. D'aquesta manera, a l'any 1999, l'OMS dona a conèixer el seu programa SUPRE, una iniciativa a nivell mundial per la prevenció del suïcidi, on es recopilen una sèrie d'instruments preparats i dirigits a grups professionals específics, i especialment rellevants en la prevenció d'aquesta problemàtica específica. Posteriorment, a l'any 2011, també des de l'OMS, es publica la *Guia para la intervenció en los trastornos mentales, neurológicos i por abuso de sustancias (mhGAP Intervention Guide)*. Es tracta d'una guia per les intervencions que es basen en evidències per identificar i treballar una sèrie de trastorns considerats prioritaris, entre els quals s'inclouen les conductes auto-dirigides d'auto-lesió i suïcidi. A nivell europeu, podríem destacar la *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention*, en la qual la prevenció del suïcidi es considera una de les àrees d'intervenció; el *Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar*, aprovat a l'any 2009, en la qual una de les cinc àrees principals és la de la prevenció del suïcidi i la depressió; i el programa de prevenció *Nuremberg Alliance Against Depression (N.A.A.D.)*, que es duu a terme als anys 2001 i 2002, on s'inclou formació per a metges d'atenció

primària, campanyes de formació en mitjans de comunicació, cooperació amb les figures clau i la intervenció de grups en situació de risc. A nivell nacional, podríem destacar la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*, una guia que es publica des del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, dirigida a tots els professionals que es considera que estan relacionats en major o menor grau, amb persones en les que es pot detectar o es detecta un risc/consumació d'aquest tipus de conductes. A més, existeix també a nivell nacional, l'última versió de la reconeguda *Estrategia de Salud Mental*, que comprèn el període entre 2009 i 2013. Entre els seus objectius, contempla la prevenció del suïcidi i l'avaluació d'accions específiques per la disminució de les taxes de suïcidi d'aquells grups considerats en situació de risc, a més d'algunes iniciatives regionals dutes a terme a les comunitats de Galícia, Catalunya i Astúries. Per últim, la seixanta sisena Assemblea Mundial de la salut, que va donar-se el mes de maig de 2013, és on s'adopta el primer Pla d'Acció en Salut Mental de l'OMS en el qual la prevenció del suïcidi és una de les prioritats, instant a diferents països a que elaborin estratègies d'avaluació i prevenció amb la finalitat de poder reduir la taxa de suïcidi fins a un 10% cap a l'any 2020.

1.2.1. La violència auto-dirigida a l'àmbit penitenciari

Centrant-nos en aquest tipus de problemàtica dins l'àmbit penitenciari, a l'any 1992, Hobhouse i Brockway van publicar un estudi on es mostrava que la població penitenciària al Regne Unit reflectia una major taxa de suïcidi que la població general. A partir de llavors, diversos autors han intentat conèixer la diferència de taxes des de diferents enfocaments (entre els quals podem destacar, els models de deprivació, i els models basats en l'estudi dels factors de risc). A l'any 1997, es va publicar un estudi realitzat al Canadà entre els anys 1971 i 1995, on es conclou que la taxa per la població penitenciària era quatre vegades més alta que la de la població general. Al mateix any, Joukamaa va publicar els resultats d'un estudi molt similar dut a terme a Finlàndia des del 1969 fins al 1992. En aquest cas ens trobem que la taxa és tres vegades més elevada. Posteriorment, a l'any 2005, Fazzel, Benning i Danesh, van realitzar un estudi on s'analitzava la població penitenciària d'Anglaterra i Gales en un període de temps comprès entre l'any 1978 i el

2003. En aquest estudi conclouen que la taxa d'aquesta població específica és cinc vegades més gran que la de la població general. Més endavant, a l'any 2011, Fazel et al. publiquen el seu estudi realitzat en dotze països analitzant la prevalença de la conducta suïcida a la població penitenciària, trobant que aquestes taxes eren set vegades més elevades que les de la població general.

Tot i que en els diferents estudis es troben diferències als resultats (anàlisi de diferents poblacions penitenciàries), tots coincideixen en que aquest tipus de població específica té unes taxes més elevades de conducta violenta auto-dirigida, i per tant, es considera necessari fer un treball orientat a la prevenció i la intervenció dins d'aquest context penitenciari. Per aquest motiu, Espanya (com d'altres països) des de l'any 1988 ha dissenyat diferents programes específics dirigits a la detecció, l'avaluació i la intervenció d'aquesta casuística, tenint en compte que a l'article 3.4 de la Llei Orgànica General Penitenciària es concreta que "correspon a la Institució Penitenciària vetllar per la vida, la integritat i la salut dels interns". La *Guia Pràctica Clínica de Prevenció i Tractament de la conducta suïcida* reflecteix una taxa 7,5 vegades més elevada en relació a la prevalença de la conducta suïcida als centres penitenciaris per a interns que es troben en situació preventiva, i unes 6 vegades més alta en penats. Durant aquest any, com a conseqüència d'un augment de casos en aquesta problemàtica, s'ha posat en marxa un nou Programa Marc de Prevenció de Suïcidis a nivell nacional, on s'intensifica el treball envers la prevenció i la detecció de casos, a més de la intervenció. Al següent gràfic, es reflecteix la diferència de taxes entre la població general i la població penitenciària.

Taxes de suïcidi en població general i població penitenciària a Catalunya i Espanya.

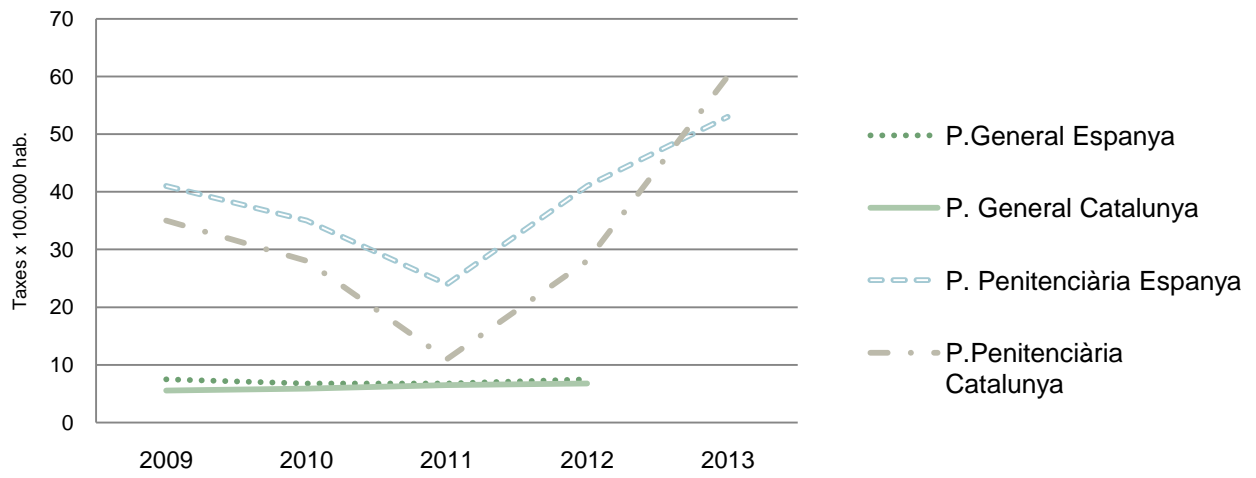


Figura1. Taxes de Suïcidi en Població General i Població Penitenciària a Catalunya i Espanya.

2. Objectius

L'**objectiu general** del present estudi és conèixer quins són els factors de risc associats a la conducta violenta auto-dirigida greu amb una mostra de població penitenciària catalana.

Els **objectius específics** són:

Conèixer si els factors de risc definits a la literatura hi són presents a una mostra de població penitenciària catalana.

Analitzar si existeixen diferències entre el grup Control i el Grup d'estudi respecte els factors de risc estudiats.

Conèixer quins dels factors assumibles com a risc tenen un pes més gran per a la consecució d'aquestes conductes.

Analitzar les característiques més comunes que es donen en aquest tipus de conductes dins l'àmbit penitenciari.

3. Marc teòric

3.1 Terminologia

És complexa la tasca d'escollir una definició de conducta auto-lesiva o conducta suïcida. Són molts els autors que han intentat proposar una definició per a ambdós termes, i encara no s'ha aconseguit arribar a un consens. El motiu principal és l'enfocament utilitzat per determinar què és el que volem dir quan ens referim aquests termes, de manera que alguns autors únicament es centren en la intencionalitat de la conducta, uns altres en la gravetat de les ferides i d'altres en la repetició de la conducta. A més, també hi ha autors que perceben el suïcidi com un procés que s'inicia a la ideació, i d'altres que l'entenen com un esdeveniment. D'aquesta manera, podem dir que existeix un ampli ventall d'opcions per determinar els diferents tipus de conductes auto-drigides: "suïcidi", "parasuïcidi", "auto-mutilació", "auto-lesió", "conducta suïcida no-mortal", etc.

A l'any 1986, l'OMS va definir el suïcidi com "una conducta amb resultat letal, deliberadament iniciada i realitzada pel subjecte, essent coneixedor o esperant el seu resultat letal i a través del qual pretén obtenir els canvis desitjats". Al mateix temps, va fer una distinció afegint el que va anomenar parasuïcidi, terme que es defineix com "un acte sense resultat fatal, en el que sense ajuda de cap altre persona, un individu s'auto-lesiona o ingereix substàncies amb la finalitat d'aconseguir canvis amb motiu de les conseqüències actuals o esperades derivades del seu estat físic". Actualment, han sigut poques les modificacions que l'OMS ha fet, definint el suïcidi com "l'acte deliberat de treure't la vida", l'autolesió com la "conducta deliberada auto-infligida que pot o no tenir intencionalitat d'un resultat letal". A més, l'organització defineix la conducta suïcida com el "conjunt de comportaments referents a l'opció del suïcidi, tenint en compte des de la ideació fins a la consumació de l'acte, passant per la planificació del fet".

Existeixen també diferents definicions per referir-nos al terme d'auto-lesió. Prenent com a referent a Isaccsson i Rich (2001) i a Roca (2009), entenem auto-lesió com "qualsevol ferida o dany físic que una mateixa persona s'infligeix

sense tenir intenció de perdre la vida”. Altres autors defineixen la mateixa conducta com una “conducta desordenada i repetitiva que provoca lesions menors o moderades a nivell físic sense intenció suïcida” (Suyemoto, 1998) o com un “dany físic intencional directe a qualsevol dels teixits del propi cos sense intenció suïcida”. (Klonsky, 2009)

Actualment, una de les propostes més completes és la que planteja Silverman et al. (2007), ja que fa una classificació àmplia de tots els tipus de conducta autodirigida atenent a diferents enfocaments. Aquesta classificació es basa en la proposta de O’carrol et al., que distingia entre *ideació suïcida*, *conducta instrumental*, *intent suïcida* i *suïcidi consumat*. Silverman et al., afegeixen a la mateixa classificació la categoria de comunicació suïcida, i canvien el terme de *conducta instrumental* per *amença suïcida*, tipificant 3 nivells tenint en compte la intencionalitat suïcida (Tipo I. – algun tipus d’intencionalitat), d’aquesta manera:

Ideació suïcida (casual, transitòria, passiva, activa o persistent)

Sense intencionalitat suïcida

Amb un grau indeterminat d’intencionalitat

Amb algun grau d’intencionalitat

Comunicació suïcida

Sense intencionalitat suïcida

Verbal o no verbal, passiva o activa (Amença suïcida, Tipus I)

Proposta d’un mètode amb el qual dur a terme l’autolesió (Pla suïcida, Tipus I)

Amb grau indeterminat d’intencionalitat

Verbal o no verbal, passiva o activa (Amença suïcida, Tipus II)

Proposta d’un mètode amb el qual dur a terme l’autolesió (Pla suïcida, Tipus II)

Amb alguna intencionalitat suïcida

Verbal o no verbal, activa o passiva (Amenaça suïcida, Tipus III)

Proposta d'un mètode per dur a terme l'autolesió (Pla suïcida, Tipus III)

Conducta suïcida

Sense intencionalitat suïcida

Sense lesions (Auto-lesió, Tipus I)

Amb autolesió (Auto-lesió, Tipus II)

Amb resultat fatal (Mort auto-infligida no intencionada)

Amb grau indeterminat d'intencionalitat

Sense lesions (Conducta suïcida no determinada, Tipus I)

Amb lesions (Conducta suïcida no determinada, Tipus II)

Amb resultat fatal (Mort auto-infligida amb intencionalitat indeterminada)

A més d'això, els autors proposen una classificació afegida per les categories de Comunicació suïcida i Conducta suïcida:

Focus intrapersonal: obtenció de canvis a l'estat intern (evasió/alliberació).

Focus interpersonal: obtenció de canvis en l'estat extern (afecte/control).

Focus mixta.

D'aquesta manera, la terminologia utilitzada pels autors es definirà com:

Ideació suïcida. – pensaments sobre el suïcidi (cognicions)

Comunicació suïcida. – fet interpersonal a través del qual es transmeten pensaments, desitjos o intencionalitat d'acabar amb la pròpia vida, per aquells que existeix evidència implícita o explícita de que aquest acte de comunicació no suposa per sí mateix una conducta suïcida. Dins d'aquesta mateixa categoria s'inclouen l'amenaça suïcida (acte interpersonal, verbal o no verbal, que podria preveure una possible conducta suïcida en un futur proper) i el pla suïcida (proposta d'un mètode amb el qual dur a terme una potencial conducta suïcida).

Conducta suïcida. – conducta potencialment lesiva o auto- infligida en la qual existeix evidència implícita o explícita de que o bé una persona desitja fer ús d'una aparent intenció de morir amb alguna finalitat, o la persona presenta qualsevol grau, determinat o no, d'intenció de posar fi a la seva vida. La conducta suïcida pot tenir diferents conseqüències tenint en compte el tipus de dany i la gravetat del mateix, obrint pas així a noves categories: auto-lesió/gest suïcida (conducta potencialment lesiva auto-infligida per la qual existeix evidència, implícita o explícita, de que la persona no té cap intenció de morir), la persona desitja utilitzar l'aparent intencionalitat de morir amb alguna finalitat. Aquest tipus de conducta pot provocar lesions o no, o provocar la mort. Conducta suïcida no determinada (conducta amb un grau indeterminat d'intencionalitat que pot no provocar lesions, provocar-les o finalitzar amb la mort), intent de suïcidi (conducta potencialment lesiva auto-infligida i sense resultat fatal, per la qual existeix evidència implícita o explícita de voler provocar-se la mort) i suïcidi (mort auto-infligida amb evidència implícita o explícita de que la persona volia provocar-se la mort).

3.2. Epidemiologia

A l'última publicació, l'OMS, estableix una prevalença de 804.000 morts a l'any com a conseqüència del suïcidi a nivell mundial. Tot i així, es tracta d'una xifra amb la qual és difícil fer una estimació, ja que cada país assumeix aquesta problemàtica d'una manera diferent, a més de que existeixen molts factors que ens fan entendre aquesta xifra d'una manera orientativa. Per una banda, es tracta d'un tema que normalment es considera tabú, i això provoca que moltes de les xifres publicades siguin susceptibles de ser subestimacions de les xifres reals. Per una altra banda, a alguns països com Xina, moltes de les morts no són declarades, i els procediments per enregistrar-les no es caracteritzen per ser uniformes (Phillips et al. 2002). A aquests factors, s'afegeix que la tipificació per fer el certificat de defunció com a mort inesperada és dut a terme per diferents cossos tècnics depenen del país. Per exemple, a Finlàndia s'encarrega la policia, i en canvi, a Anglaterra ho fan els metges forenses. Per últim, s'ha d'afegir que els criteris per declarar una mort com a suïcidi també tenen variacions segons el país, ja que les diferències culturals i els mètodes influeixen a l'hora de realitzar estimacions al respecte.

Tenint en compte aquestes limitacions respecte a les taxes, que concretament tendeixen a ser valoracions estimades que es situen per sota de les taxes reals, des de l'OMS s'estableix el suïcidi com la quinzena causa de mort a nivell mundial (OMS 2012), i la segona causa de mort per la població entre 15 i 29 anys. Les taxes publicades per l'organització actualment, xifren en 11,4 la taxa per cada 100.000 habitants (15,0 / 100.000 hab. Per a la població masculina, i 8,0 / 100.000 hab. per a la població femenina).

Hawton & Heeringen van publicar a l'any 2009 un article on van reflectir que les taxes més altes de suïcidi es trobaven a Europa i a Àsia. Per fer-ho es basen en les dades entre els anys 1990 i 2004 a nivell mundial, que establien que els països que presenten una major taxa de suïcidi eren Lituània i Rússia amb 51,6 i 43,1 per a cada 100.000 habitants respectivament, i els països amb la taxa més baixa Azerbaidjan, Kuwait i Filipines amb taxes de 1,1; 2,0 i 2,1 per a cada 100.000 habitants respectivament.

Death due to suicide, by sex
Standardised death rate by 100 000 inhabitants - 2010
Total/Total

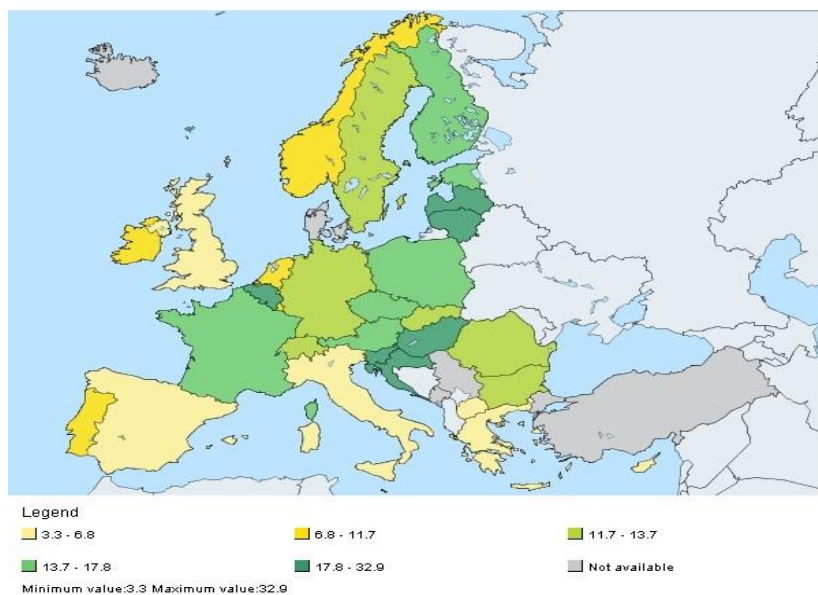


Figura 2. Mapa taxes europees de suïcidis en població general. 2010.

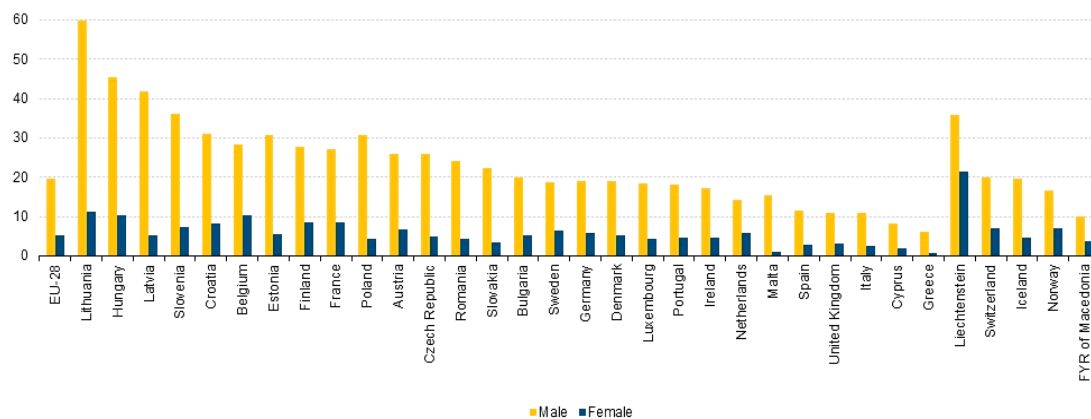


Figura 3. Taxes europees de suïcidis per sexes i per països. Sèrie 2010 (Dinamarca i Islàndia 2009).

Si ens referim a Espanya, trobem que les taxes de mort com a conseqüència del suïcidi se situen per sota de la mitjana europea. La taxa corresponent a l'any 2010 és de 6,8 morts per aquesta causa per a cada 100.000 habitants. La taxa per aquest any a Europa i a Catalunya va ser de 11,8 i 5,86 per a cada

100.000 habitants respectivament. Les dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) situen el suïcidi com la primera causa de mort externa de defunció des de l'any 2008, essent a l'any 2012, 3.539 el número de morts per aquesta causa (dels quals 2.724 eren homes i 815 eren dones). L'augment del número de suïcidis de entre l'any 2011 i el 2012 va ser d'un 11,3%.

Taxes de suïcidi en població general a Catalunya, Espanya i Europa

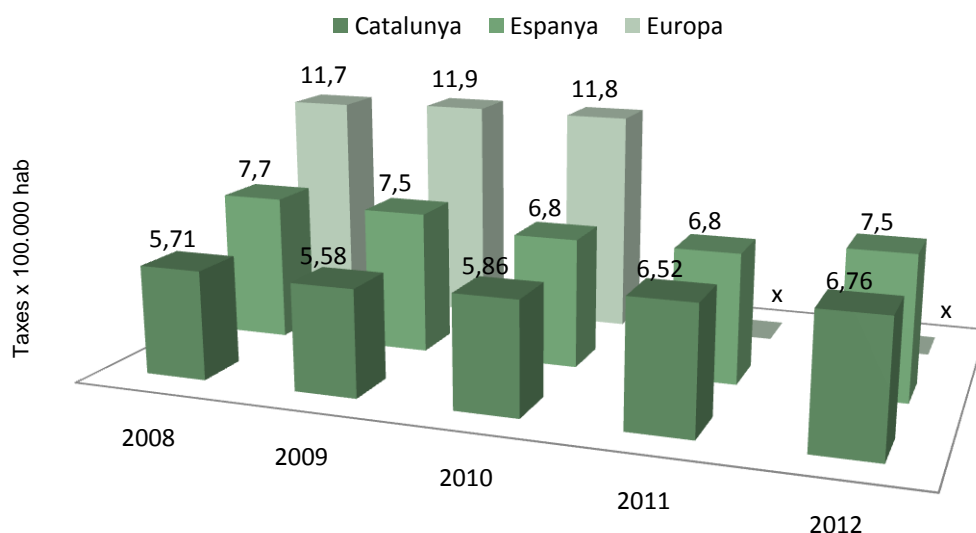


Figura 4. Taxes de suïcidi en població general a Catalunya, Espanya i Europa.

Taxes de Suïcidi en població penitenciària a Catalunya i Espanya.

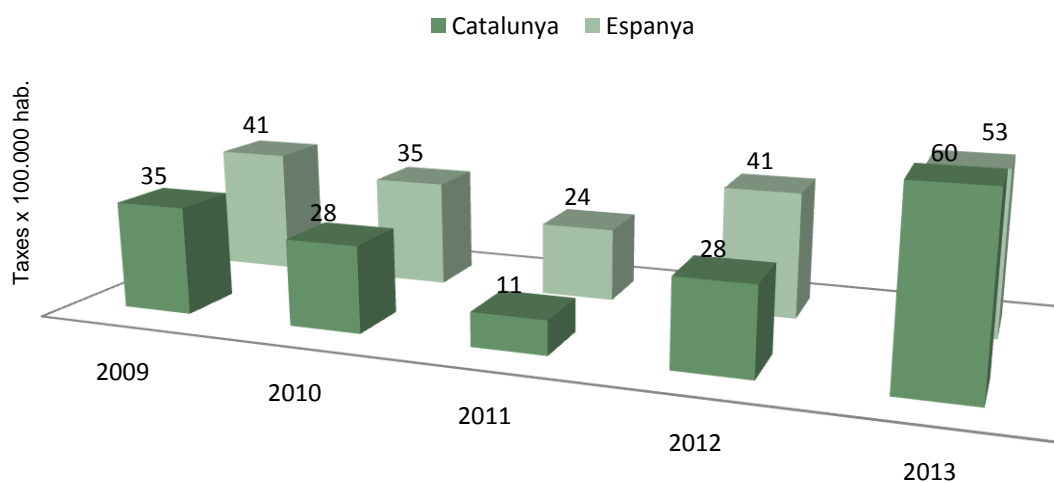


Figura 5. Taxes de Suïcidi en Població Penitenciària a Catalunya i Espanya.

Fent referència a les dades de la població penitenciària a Catalunya i Espanya podem observar que tot i que les xifres de Catalunya normalment es situen per sota de la resta d'Espanya, segueixen la mateixa tendència de creixement. Les taxes de suïcidi a la població penitenciària per l'any 2013 van ser casi 7 vegades més que la població general d'Espanya (sense tenir en compte la comunitat catalana) i 8 vegades més per a Catalunya.

3.3. L'estudi dels factors de risc

L'OMS defineix com a factor de risc qualsevol tret, característica o exposició d'un individu que augmenti les seves probabilitats de patir una malaltia o lesió. Una de les principals perspectives que s'adopten en els estudis sobre la conducta auto-dirigida ha sigut l'estudi dels factors de risc de la mateixa. D'aquesta manera, podríem parlar de factors de risc de la conducta auto-dirigida de forma general com de factors de risc associats a una situació de privació de llibertat (objecte d'estudi). La literatura que existeix al respecte ens indica que la població penitenciària defineix un grup d'alt risc, ja que en aquesta convergeixen principalment els factors més generals com aquells més associats a la seva situació. Rivlin A., Hawton K., Marzao L & Fazel S., van publicar un estudi al juliol de 2013 que ens indica que els factors de risc són molt similars als de la població general, tot i que posseeixen un major impacte quan els subjectes es troben a la presó. En principi, existeixen quatre factors molt representatius d'aquest tipus de població, es tracta de: els centres penitenciaris ja recullen una població d'alt risc (referint-nos a que molts d'ells ja duen el propi risc de forma inherent), la detenció i l'empresonament són situacions molt estressants i es fan necessàries estratègies fortes d'afrontament, algunes d'aquestes persones que mostren risc poden passar desapercebudes (molta càrrega laboral per part dels professionals i/o poc entrenament en la temàtica de la conducta auto-dirigida), i manca de professionals de la salut mental.

Prenent com a referència la recopilació realitzada pel *Grup d'Estudis Avançats en Violència* (G.E.A.V.) a l'any 2011, a l'estudi sobre la conducta auto-dirigida en el context penitenciari, es pot fer la distinció entre Factors de Risc Personals de la Població Penitenciària i Factors de Risc associats al Context Penitenciari. Els primers inclouen tant factors de risc descrits per la població general (demogràfics, d'història personal, familiars, altres), com els relacionats amb la comissió del delictes. Els segons responen específicament al context penitenciari, referint-se aquests a factors de lloc, de mètode, institucionals i temporals.

La proposta del G.E.A.V seria la següent:

FACTORS PERSONALS DE LA POBLACIÓ PENITENCIÀRIA:

Factors demogràfics

- Edat
- Sexe
- Nacionalitat
- Estat civil

Factors relacionats amb el delictes comès

- Tipus de delictes

Factors Història Personal

- Història de malaltia mental
- Consulta amb professional de la salut mental
- Disfunció neurobiològica
- T. mental sever
- T. de la Personalitat
- Problemes salut física
- Abús de substàncies
- Idees de suïcidi
- Història de auto-lesió
- Història Criminal

Factors Familiars

- Mort d'un ésser estimat
- Història familiar de suïcidi
- Poca relació amb la família
- Abús emocional, sexual i/o físic en la infància

Factors de Personalitat

- Actituds y valors pro-criminals
- Baixa Capacitat Intel.lectual
- Temeritat
- Impulsivitat-Hostilitat
- Irritabilitat

FACTORS DEL CONTEXT PENITENCIARI

Factors de lloc

- Lloc d'acció (mòdul)
- Canvi de localització

Factors de mètode

- Mètode

Factors temporals

- Dia de la setmana
- Moment del dia

3.3.1. Descripció dels factors de risc.

Tenint en compte el recull realitzat pel GEAV així com els diferents estudis publicats recentment al respecte, els factors de risc que es pretenen analitzar en el present estudi són:

Edat. – aquest factor de risc pot variar respecte a la població general. En referència a la població general, els períodes de més risc són la pubertat (immaduresa cognitiva) i les edats avançades (les taxes més elevades es troben a partir dels 75 anys). En canvi, en la població penitenciària el risc més elevat es centra en interns joves i s'accentua si aquests són destinats a centres d'adults. Generalment, els interns joves presenten un desenvolupament maduratiu més lent, factor que contribueix a que en molts casos presentin un grau de dependència del seu cercle personal i familiar. El trencament d'aquests vincles, sumat a l'impacte que genera veure's en un centre penitenciari (que si es tracta d'adults requereix un nivell d'esforç més gran per adaptar-se) podrien explicar aquest factor de risc. En l'estudi *Studying survivors of near-lethal suicide attempts as a proxy completed suicide in prisons* (Rivlin, Fazel, Marzano & Hawton, 2012) els autors troben que existeix diferència entre la població que ho intenta i la que ho aconsegueix. El percentatge per aquells que ho van intentar va ser de 51% per la població masculina d'entre 18-29 anys, en canvi, el percentatge per aquells que ho van aconseguir amb el mateix rang d'edat va ser de 44%. Alguns autors es refereixen a que el fet de realitzar diversos intents (el que representaria els registres amb menor edat) fa que es perfeccioni el mètode, això pot provocar que s'acabi aconseguint anys més endavant. En un altre estudi que van dur a terme els mateixos autors (*Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study*. 2010) es va observar que en la seva mostra de població femenina el 64% de les dones que pertanyien al grup experimental tenien entre 18-29 anys.

Sexe. – respecte al sexe, no existeix un consens total. Degut a les diferències de nombre poblacional entre ambdós sexes, pocs estudis existeixen que hagin realitzat comparacions entre homes i dones, i encara que ho hagin fet s'han agafat mostres molt diferenciades en relació a nombre de participants. A

l'estudi que va dur a terme Marzano et al. (2010) aquests comenten, en terminologies absolutes, que el nombre de suïcidis és més elevat en la població masculina, tot i que és més gran en la població femenina quan es parla de taxes.

Nacionalitat. – diferents estudis ens mostren que les taxes de conducta auto-dirigida en les poblacions immigrants tendeixen a co-variari amb les taxes del seu país d'origen. L'explicació més acceptada és la que ens parla de les influències culturals (Hawton & Heeringen 2009). Fazel, Cartwright, Norman-Nott i Hawton (2008) van elaborar una metaanàlisi de 34 estudis respecte al suïcidi de les presons arreu del món. En relació a l'origen, van observar que el risc més alt és dona en l'ètnia caucàsica. Amb més actualitat, a l'any 2013, Rivlin, Hawton, Marzano & Fazel van realitzar un estudi sobre les característiques psicosocials dels subjectes d'un grup experimental, i van trobar que el 87% eren de raça blanca. A nivell nacional, sembla que existeix un major risc en interns espanyols que en estrangers (G.E.A.V.2009).

Estat civil. – sembla que existeix una relació entre no tenir parella i el risc de la conducta auto-dirigida. En els estudis que es duen a terme tant a la població general com a la població penitenciària, trobem major prevalença entre les persones solteres. Dins de les institucions penitenciàries el recolzament familiar té un paper important, per aquest motiu, aquells interns que no tenen parella poden experimentar amb més facilitat sentiments de soledat i desesperació. A més, si la ruptura de parella es dona durant l'internament d'un dels membres es fa necessari parar especial atenció.

Tipus de delicte. – respecte al tipus de delicte comès sempre s'ha pensat que aquelles persones acusades de delictes violents tenen més risc. Amb aquest tipus de delictes ens referim, principalment, a delictes greus vers les persones, delictes contra la llibertat sexual i delictes de violència familiar. Les causes principals serien l'afectació associada a la comissió del delicte, als conflictes generats amb els seus familiars i altres conflictes generats dins dels establiments penitenciaris (principalment amb altres interns). L'O.M.S, en un estudi de 2002, va proposar la hipòtesi de que aquella persona que no pot deixar anar la seva violència envers altres persones, ho fa contra sí mateix.

Malgrat aquestes dades, entre les tipologies delictives existeix una altra amb una prevalença considerable, es tracta del delicte de caràcter econòmic. A l'estudi "*Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: anàlisis descriptivo y comparado*" (Bedoya et al.), la major prevalença es va trobar en interns condemnats per delictes de tipus socioeconòmic o contra el patrimoni (al voltant del 50%). L'explicació més acceptada suggereix que existeix un abatiment molt important al veure com es redueixen projectes d'estil de vida d'estatus socioeconòmics alts a la vida dins d'un centre penitenciari. Actualment, Rivlin et. al. en el seu estudi *Psychosocial Characteristics and Social Networks of Suicidal Prisoners: Towards a Model of Suicidal Behaviour in Detention* (2013) no es van trobar diferències en referència al tipus de delicte entre el grup de casos i el grup control. Tampoc es van trobar diferències al comparar entre delicte violent i delicte no violent entre ambdós mateixos grups.

Temps de condemna. – un altre dels factors que acostumen a aparèixer als estudis sobre conducta suïcida dins l'àmbit penitenciari és el temps de condemna. Generalment, aquest factor es relaciona amb les expectatives que genera en els interns respecte el seu futur dins la institució. Per aquesta raó, normalment s'accepta que aquells interns amb llargues perspectives de condemna són els més propensos a realitzar aquest tipus de conducta, donada la dificultat per assumir aquest futur. L'estudi de Rivlin et al. (2012) va trobar dins la seva mostra, que el 54% dels interns que s'havien auto-lesionat greument complien una condemna de quatre o més anys (persones amb una pena indeterminada incloses).

Història criminal. – els estudis acostumen a associar el risc de conducta auto-dirigida a tendències violentes en general (no només en el delicte base) més que no pas a una història criminal. No obstant, a l'estudi *Self-harm in Prisoners* (Carli et al. 2011) es va observar que en la població estudiada, un factor freqüent era el d'haver sigut arrestat abans dels 18 anys d'edat (abans del delicte pel qual complien condemna en el moment de l'estudi).

A més, a l'estudi *Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons* (Jenkins et al. 2005), els autors van observar que el fet d'haver passat per centres de menors és un factor comú dins la població penitenciària (entre una

tercera i una quarta part de la població de l'estudi) però es dona el doble de probabilitats de conducta auto-dirigida en cas dels interns que ja han comès intents de suïcidi. Concretament, van observar que el 44% dels subjectes que havien comès un intent de suïcidi, havien estat alguna vegada en alguna institució del tipus "centre de menors" al llarg de la seva vida.

Història de conducta auto-dirigida.- es tracta d'un dels factors de risc més defensats i estudiats a les diverses investigacions existents. Tant en el cas de la població general com en el de la població penitenciària, la història d'autolesió suposa un factor d'alt risc per conductes futures similars (fins i tot el de més pes per alguns estudis). Tant en el camp teòric, com en el d'investigació, com als diversos protocols de prevenció i atenció d'aquest tipus de conductes, el cribat i/o avaluació del risc requereix conèixer si ha hagut història d'autolesió prèvia. Alguns estudis xifren en el 40% la prevalença de població amb suïcidi consumat que havia presentat prèviament conducta d'autolesió (Cavanagh et al.). Sarchiapone et al. (2009) i Rivlin et al. (2013), aposten per la història de conducta autodirigida com el millor predictor de nous episodis. A l'estudi realitzat amb població penitenciària femenina (*Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study*, Marzano et al. 2010), els autors van observar que les internes pertanyents al grup de casos tenien registres més alts d'actes previs sense intencionalitat, tant dins, com fora de presó; així com també van veure que el 50% de les que ho havien intentat ja ho havien intentat amb anterioritat fins a cinc vegades dins de presó, i el 68% almenys dues vegades fora de presó (respecte al 10% de les internes pertanyents al altre grup).

Consulta amb professional de la salut mental. – el recull realitzat pel "Grupo de Estudios Avanzados en Violencia" (G.E.A.V.) sobre conducta auto-dirigida en context penitenciari estima en un 37% la prevalença d'interns amb conducta auto-dirigida que s'havien dirigit prèviament a la consulta d'un professional de la salut mental.

Problemes de salut física. – en relació a la salut física, existeixen alguns estudis que indiquen que una salut física debilitada es correlaciona amb un cert risc de conducta suïcida. Malalties cròniques i/o doloroses, pèrdues de mobilitat

i/o desfiguracions, certes discapacitats o pronòstics negatius de malaltia semblen incrementar el risc d'aquest tipus de conducta. Els percentatges varien també tenint en compte l'edat (incrementant del 25% al 80% quan es tracta d'edat avançada). En relació a la malaltia de càncer el risc sembla associar-se més aviat a la ideació suïcida que a la conducta en sí mateixa. Respecte al VIH, una revisió del 2011 indica que els pacients que pateixen aquesta malaltia presenten alts índex de conducta suïcida (malgrat actualment les taxes han disminuït com a conseqüència del millor pronòstic que donen els anti – retrovirals) (*Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suïcida*).

Abús de substàncies. – entre les malalties mentals, l'abús de l'alcohol i altres substàncies suposa un factor de risc dels més importants en relació a conducta auto-dirigida, fins i tot en alguns manuals es pren més aviat com a factor precipitant que com a factor de risc. El consum de substàncies suposa un risc de salut importantíssim per sí mateix, i si a més va acompanyat d'un trastorn mental i/o una altre situació de risc serà bastant probable que desemboqui en la consecució d'una conducta de tipus autolítica. Dins dels establiments penitenciaris, a més, el consum de substàncies juga un paper important al respecta fet pel qual alguns investigadors inclouen les morts per sobredosi dins les morts a causa de suïcidi. Algunes estimacions xifren en sis vegades més el risc de cometre una conducta de suïcidi en persones que presenten abús d'alcohol i altres substàncies respecte a la població general (*Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suïcida*). A l'estudi de Sarchiapone et al. (2009) els autors van observar que l'abús de substàncies estava present en el 34,6% dels casos estudiats i en el 17,9% quan estava present en un diagnòstic de l'Eix I. No obstant, Marzano et al. (2010), el seu estudi amb població penitenciària femenina no van trobar diferències significatives entre el grup de casos i el grup control, fet que van justificar per l'alta taxa d'abús de substàncies en la població penitenciària en general. Aquest resultat podria indicar que aquest factor de risc té valor quan es comparen grups de casos de població penitenciària i de població general, més que no pas entre grups de casos i grup control, ambdós pertanyents a l'àmbit penitenciar.

Història/presència de trastorn mental sever. – juntament amb la història d'autolesió, aquest factor és un altre dels més estudiats i defensats en els diferents estudis. Existeix una relació important entre el patiment d'alguns trastorns mentals i la consecució de conductes autolítiques. L'enfocament de l'estudi basat en la realització d'autòpsies psicològiques ens mostra que els trastorns mentals es troben presents al voltant d'un 90% dels suïcidis consumats, i suposa entre un 47-74% de la població en risc (Hawton & Heeringen, 2009). Respecte als trastorns més relacionats amb la conducta auto-dirigida, es fa referència a trastorns de l'estat d'ànima (trastorns depressius i trastorns bipolars), trastorns psicòtics (principalment esquizofrènia), abús de substàncies (moltes ocasions es tracta d'un problema comorbid associat al mateix trastorn mental, i en molts casos es defineix com un factor precipitant més que de risc) i trastorns de la conducta alimentària (principalment anorèxia nerviosa). Jenkins et al. (2005) i Sarchiapone et al. (2009) van observar una major prevalença de trastorn mental en aquells individus que havien intentat suïcidar-se. Marzano et al. (2010) van veure que totes les internes pertanyents al grup de casos patien algun tipus de trastorn mental, destacant els trastorns de l'estat d'ànim. També van trobar que a més comorbiditat de trastorns, més alt era el risc de conductes suïcides. Per últim, van referir que existeixen majors proporcions de diagnòstic psiquiàtric en dones que en el gruix d'homes de les mateixes característiques.

Trastorns de la Personalitat. – de la mateixa manera que als trastorns mentals, els trastorns de la personalitat tenen un dels papers més importants respecte a la conducta auto-dirigida. El grup de trastorns de la personalitat que generen un risc més alt són aquells denominats de Clúster B, que són caracteritzats principalment, per la inestabilitat emocional, dins d'aquests el més relacionat és el Trastorn Límit de la Personalitat. És el trastorn que més destaca ja que dins dels criteris pel seu diagnòstic es troben justament el de conductes auto-lesives o suïcides (tant la ideació i l'amenaça, com la consumació).

Abús emocional, físic i/o sexual a la infància. – el fet d'haver sigut víctima de maltractament infantil, abús sexual o altres formes de violència a l'etapa de la infància, suposa un factor de risc en la població general per dur a terme conductes autolítiques. L'estudi *Self-harm in Prisoners* (Carli et al., 2011) es va

trobar a l'anàlisi estadística una major prevalença d'haver sigut abusat emocionalment, físicament i/o sexualment en aquells interns que havien tingut algun episodi de conducta d'autolesió. A més, dins del mateix estudi s'inclou dins de la tipologia d'abús el fet d'haver patit negligència durant la infància (emocional i/o física). Existeixen estudis que van més enllà, i defineixen aquest factor com de doble risc al tractar-se d'un factor de transmissió generacional. El fet d'haver patit qualsevol tipus d'abús sembla estar altament relacionat amb la conducta suïcida, i en el cas de que aquesta es portés a terme, podrem parlar d'un factor de risc per la seva descendència. (Hawton & Heeringen, 2009). Posteriorment, Rivlin et al. (2013) van realitzar un estudi amb població penitenciària anglesa, i entre d'altres proves, van aplicar una versió modificada de la "Child-hood Trauma Questionnaire" (CTQ) amb la finalitat d'obtenir d'una forma més objectiva informació sobre aquest factor de risc. Per una banda, els autors van constatar que les puntuacions del grup de casos eren significativament més altes que les del grup control, destacant en aquest cas les sub-escales "d'abús emocional" i "negligència física". Per altra banda, no es van trobar diferències significatives en referència a la "violència sexual" en contrast amb altres estudis i amb la població femenina. Aquests resultats es relacionarien amb el fet de que podria existir una major prevalença d'abús en població femenina, i/o amb el fet de que pels homes és més difícil reconèixer fets d'aquestes característiques en entrevistes personals. Els mateixos autors van realitzar un estudi al 2011 amb població femenina, i van observar que l'abús sexual sí suposava un factor de risc. De fet, en aquest estudi, la cinquena part de les entrevistades va reconèixer haver realitzat una temptativa de suïcidi com a conseqüència de pensaments recurrents i evocació d'imatges que tenien relació amb el fet d'haver patit violència sexual (el 10% quan eren nenes).

Mort d'un ésser estimat.- alguns estudis mostren que haver patit un fet traumàtic (com un divorci, una separació o la mort d'un ésser estimat) poden suposar un factor de risc, tant en la població general com en la població en situació de risc (Beautrais, 2003; Qin, Abergó & Mortnesen, 2003; Blaauw, 2005). Rivlin et al. també van obtenir els mateixos resultats en el seu estudi *Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards*

a model of suicidal behaviour in detention (2013). Concretament, es refereixen al fet d'haver patit *bullying*, haver passat per una situació de "sense sostre", haver estat en alguna institució de protecció abans dels 16 anys i haver viscut la mort del pare, mare o germà. A l'estudi de Marzano et al. (2011) amb població femenina, un 25% de les internes van reconèixer haver dut a terme alguna conducta suïcida com a conseqüència del patiment per la mort d'un ésser estimat, explicant que buscaven "finalitzar amb el dolor" i/o "reunir-se amb la persona que havien perdut".

Ruptura de la parella. – com s'ha fet referència anteriorment, alguns fets traumàtics, entre els quals es troba la ruptura de parella, poden suposar un factor de risc dins de l'àmbit penitenciari. És usual que els interns trenquin les seves relacions de parella quan entren a presó per diversos factors, com podrien ser el tipus de delictes i/o les perspectives de condemna. En algunes ocasions, la ruptura de la relació de parella pot significar també un trencament amb l'únic recolzament amb l'exterior, i per tant, la causa de sentiments de soledat, desesperació i baixa autoestima. A l'estudi de Rivlin et al. (2011), es va observar que el 33% dels interns entrevistats esmentaven haver dut a terme la conducta com a conseqüència d'un trencament de la relació de parella. Tanmateix, en un altre estudi realitzat pels mateixos autors al 2013, es va observar que tot i que aquest factor es trobava present al 50% dels subjectes que pertanyien al grup de casos, no existien diferències significatives entre aquest grup i el grup control. En un altre estudi publicat a Austràlia i Nova Zelanda (Dear et al. 2001), els resultats mostraven que un 25% dels interns atribuïa la causa de la conducta al fet d'haver discutit amb la parella o a la ruptura de la relació.

Història familiar de suïcidi. – aquest és un altre factor de risc molt estudiat. Diferents autors han observat que existia una història de conducta autodirigida de suïcidi (temptativa o consumació) en els familiars dels subjectes que havien dut a terme la mateixa conducta posteriorment. Sembla ser més rellevant, a més, si el familiar que va dur a terme la conducta és de primer grau (pare, mare, i/o germans) i quan es combina amb més factors (Sarchiapone et al., 2009; Rivlin et al., 2013).

Xarxa de suport extern. – una bona xarxa de recolzament suposa un factor de protecció a nivell general. Si una persona es troba en una situació de pena privativa de llibertat i, a més, això suposa un deteriorament de la seva xarxa familiar, social, etc, (tenint en compte que d'alguna manera ja existeix un distanciament per la pròpia situació), els recursos que es necessita per la confrontació d'aquesta situació es multipliquen, per tant, és fàcil que l'intern es trobi amb més dificultats per adaptar-se al nou entorn. De la mateixa manera (paral·lelament amb la línia de la mort d'un ésser estimat o la ruptura d'una relació de parella), tenir poca relació amb les persones significatives de l'exterior, que es doni un deteriorament de la relació familiar i altres aspectes de la mateixa naturalesa poden suposar un factor de risc important. Es tractaria d'un factor de risc rellevant tant en la població general com en la penitenciària, tot i que sembla tenir més pes en la població penitenciària (Rivlin et al. 2013). Aquest mateix factor de risc també es recull en altres estudis, com el que es realitzar a Austràlia i Nova Zelanda per Dear et al. (2001), en el que es va observar que el 21'4% dels interns s'havia auto-lesionat de manera greu com a conseqüència d'una ruptura o un deteriorament de les seves xarxes de recolzament extern.

Canvis habituals de mòdul. – quan un intern canvia freqüentment de localització dins del centre, es dona una mala adaptació a aquest entorn. Al mateix temps, aquests canvis suposen una dificultat major en l'adaptació, ja que canvien contínuament de professionals tècnics, de companys de mòdul i de vigilància. Es tracta d'una situació que, a més de resultar derivada d'altres possibles factors (trastorns mentals i de la personalitat, característiques de personalitat, relació amb altres interns del centre, parts disciplinàries i sancions), pot provocar altres conseqüències com són: una major ansietat, la carència de vincle amb els equips tècnics i altres interns o altres factors que poden dificultar l'adaptació a la nova situació. És a dir, no es tracta d'un factor independent, i per aquest motiu, s'assumeix que pot representar un factor de risc de conducta autodirigida.

Personalitat. – a més dels estudis sobre el patiment d'una història de trastorns mentals severos, malaltia mental o trastorn de la personalitat, alguns trets de la personalitat poden suposar un factor de risc respecte a la conducta autolítica.

D'aquesta manera, diferents estudis coincideixen en què els trets “d'impulsivitat”, “hostilitat”, “agressivitat”, “irritabilitat” i “neuroticisme” són d'un interès considerable respecte a aquest tipus de conducta (Dear et al. 2001; Sarchiapone et al. 2009; Carli et al. 2011; Rivlin et al. 2013).

Episodis previs. – aquest factor fa referència a la pròpia història de conducta auto-dirigida greu i/o temptativa de suïcidi prèvia dins l'àmbit penitenciari. Es tracta d'un factor important ja que reconeix l'historial d'aquest tipus de conductes, per aquest motiu molts dels estudis l'han reconegut com un dels factors de més risc. Al present estudi s'ha intentat analitzar la freqüència d'aquest tipus de conductes dins l'àmbit penitenciari.

Lloc d'acció. – dins dels centres penitenciaris el règim de vida pot variar segons el mòdul de convivència, suposant que en alguns d'aquests mòduls existeix un règim de vida més restringit en quant a vigilància. En un principi, els que destacarien més respecte a la conducta auto-dirigida serien aquells on el règim de vida és més restringit (Primer Grau o Aïllament), aquells on els interns es troben recollits per l'article 75 del Reglament Penitenciari, Ingressos o Unitats Psiquiàtriques. Tot i això, alguns estudis han observat que és molt habitual que les conductes d'autolesió greu o temptatives de suïcidi generalment es duen a terme a les mateixes cel·les i en situació de règim de vida normal. A més, segons els estudis de Marzano et al. (2011) i Rivlin et al. (2011) aquest fet s'ha donat tant en la població femenina com en la masculina.

Mètode. – els estudis que fan referència al mètode seguit per realitzar la conducta es centren en distingir entre els més utilitzats per la població femenina i els més utilitzats pels homes. En trets generals, els mètodes més recorreguts pels homes són més violents (com el penjament o l'ús d'armes de foc) a diferència dels utilitzats per les dones, que acostumen a ser menys violents (per exemple, la intoxicació). Dins del context penitenciari, els mètodes més utilitzats són el penjament i els talls. La diferència que existeix sobre el nivell letal entre ambdós mètodes ens proporciona pistes respecte a la intencionalitat real de la conducta (intenció de perdre la vida a través de la conducta, o bé buscar un altre tipus de conseqüències en la mateixa persona o d'altres). Els estudis respecte al tema ens corroboren que el mètode més

habitual és el penjament, (generalment escollit per la seva letalitat), seguit dels talls. Es tracta de resultats que es donen tant en la població masculina com en la femenina. (Dear et al. 2001; Rivlin et al. 2011; Marzano et al. 2011; Rivlin et al. 2012). L'accés al mètode és un factor rellevant respecte a la possibilitat de que un individu dirigeixi cap a ell mateix qualsevol tipus de violència. Malgrat que dins l'àmbit penitenciari s'intenta restringir-ne al màxim l'accés, els mètodes de penjament i talls/lesions a la pell són molt accessibles, en la mesura que es tracta de conductes que es poden realitzar sense necessitat de material molt específic i que no és difícil d'aconseguir. Alguns exemples serien el penjament utilitzant llençols, els talls i lesions a la pell mitjançant l'ús de material d'higiene o cigarretes.

Moment del dia. – el fet d'escollir un moment del dia on la vigilància o el risc de ser detectats és menor, ens fa pensar sobre la intencionalitat real de la conducta. En un principi, podem entendre que quan una persona selecciona un moment del dia sense vigilància, assumeix al mateix temps que el risc de la conducta pot resultar finalment fatal. Amb això, podem dir que aquelles conductes que es realitzen a la nit o en pujades voluntàries a la cel·la, podrien definir-se com un major risc que aquelles en les quals la detecció i l'atenció poden ser més directes i ràpides.

Dia de la setmana. – tot i que als centres penitenciaris sempre hi ha la presència de professionals, aquells que formen part de l'equip tècnic treballen dins d'una jornada on no s'inclouen els caps de setmana. En aquest cas, si l'intern necessita una atenció més especialitzada en aquests dies específics, s'hauria d'esperar a l'inici de la setmana. Aquest factor pot suposar un alt risc si l'intern es troba en una situació delicada o crítica, i no pot accedir a l'atenció de l'equip ni en caps de setmana ni en dies festius. D'altra banda, durant els caps de setmana es realitzen les visites dels familiars i/o amics de l'exterior, i el fet de que algunes d'aquestes visites esperades finalment no apareguin o que si ho fan, comuniquin una notícia negativa a l'intern poden ser causes d'un augment del risc.

3.3.2. Altres variables incloses a l'estudi.

A més dels factors descrits amb anterioritat, al present estudi s'han tingut en compte una sèrie de variables per conèixer millor les característiques que normalment engloben les conductes que són objecte d'estudi. Algunes d'aquestes estan relacionades directament amb la conducta i d'altres són opinions als respecte. D'aquesta manera, l'entrevista que es va utilitzar tenia un contingut enfocat a les següents temàtiques específiques:

Motivació. - s'ha intentat buscar quina va ser la última motivació, i amb això, l'objectiu final que els interns buscaven amb la conducta estudiada. Aquesta variable ens podria donar informació respecte a l'existència de conductes d'alt risc (autolesions greus i temptativa de suïcidi) que el que pretenen com a objectiu no és realment el suïcidi.

Desencadenant. – també es fan preguntes al llarg de l'entrevista referents al factor desencadenant que indueix a la conducta final, és a dir, quines són les causes que els mateixos interns identifiquen com a precipitants d'aquest tipus de conductes.

Propostes i millores. – també es va considerar convenient preguntar sobre aquells aspectes que ells considerarien de millora i/o aquells que ells, com a persones que havien patit una situació d'aquest tipus, van trobar a faltar en aquell moment.

Resolució del propi fet. – ens va semblar interessant també conèixer com s'havien solucionat els fets, per poder valorar un contrast entre les respostes i la resta de variables d'opinió.

Causes d'intents fallits. – amb aquesta variable pretenem conèixer que opinen els interns sobre els intents fallits d'aquest tipus de conductes a nivell general, és a dir, sense tenir en compte la seva pròpia situació. L'objectiu és conèixer quin tipus d'atribucions fan al respecte, és a dir, a quin factor atribueixen la responsabilitat de que en molts casos, per sort, el resultat no sigui fatal.

3.4. Factors protectors

De la mateixa manera que són importants els factors de risc (en referència a que ens poden ajudar a nivell predictiu), també s'han de considerar els factors protectors. Precisament la funció d'aquests és esmorteir els efectes que poden tenir els factors de risc, disminuint així la probabilitat de l'aparició de conseqüències negatives que se'n poden generar. Amb una major fortalesa dels factors protectors s'aconsegueix una disminució dels efectes negatius dels factors de risc.

En principi, aquells factors descrits com a risc, plantejant-los de manera inversa, podrien actuar com a factors de protecció per sí mateixos. Tot i això, aquesta característica no té per què donar-se, per tant, serien necessaris estudis específics d'avaluació. Respecte a aquest punt, al seu imperatiu sobre la prevenció de suïcidi publicada aquest mateix any, l'OMS estableix una sèrie de punts que s'identificarien com a factors de protecció, entre els quals es troben versions inverses d'alguns factors de risc:

En primer lloc, parlariem d'un factor protector si el fet de parlar sobre la temàtica del suïcidi no fos, encara, un tema tabú. El fet de que en algunes cultures gairebé ni es contempli o no es tracti com a tal fa que el coneixement sobre el tema quedi estancat, i per tant, també la posada en marxa de propostes de millora i d'estratègies de prevenció.

En segon lloc, un factor que l'OMS també identifica com a protector fa referència a la facilitat d'accedir als serveis de salut mental. Seria convenient que el personal de salut mental, els mitjans dels quals disposen, el tipus d'atenció i la rapidesa d'actuació fossin els adequats per tal de poder detectar les circumstàncies a temps i poder actuar de manera específica a cada cas.

En tercer lloc, el poder comptar amb una àmplia i sana xarxa de recolzament suposa un important factor de protecció. Una bona xarxa afavoreix la resiliència de les persones, per tant, quan hagin d'afrontar situacions adverses disposaran d'una millor capacitat de gestió de les mateixes. A més, aquells referents més propers (familiars, amics, parelles)

poden tenir un paper important en els moments crítics, intentant rebaixar els factors d'estrès externs del moment. Realment, l'OMS estableix aquest factor com un dels principals de protecció davant del risc de suïcidi associat als traumes infantils. Per últim, en el document redactat per l'Organització, es reflecteix que els adolescents i la gent de tercera edat són la població més vulnerable de percebre les conseqüències negatives o positives de les relacions, ja que en termes generals, acostumen a mostrar uns nivells de dependència més alts.

En quart lloc, també es detecten certes característiques personals que actuarien com a factors de protecció per sí mateixes: un estil de vida saludable, una actitud positiva envers la vida, i una autoestima alta afavoreixen el desenvolupament d'estratègies d'afrontament sanes, que al mateix temps podrien actuar com a suport en situacions adverses. A més, també es té en compte la importància de saber demanar ajuda, la qual cosa fa que els problemes no s'agreugin i les intervencions puguin ser més eficaces i ràpides.

3.5. Estratègies de Prevenció

Gràcies a les aportacions de les investigacions realitzades en les últimes dècades, el coneixement que tenim avui dia sobre el suïcidi ha crescut de forma considerable. Estudis epidemiològics, estudis sobre els diferents factors de risc, així com estudis realitzats amb població vulnerable, han facilitat que es puguin desenvolupar més i millors estratègies de prevenció. Com altres problemàtiques, el suïcidi es una problemàtica que es pot preveure, i es competència de les autoritats que es desenvolupin protocols de prevenció adequats per reduir el nombre de morts causades per suïcidi. Des de l'any 2000 fins ara, són 28 països els que tenen ja les seves pròpies estratègies de prevenció de suïcidi, i 13 països els que estan fent propostes per desenvolupar les seves estratègies. Aquestes respostes indiquen que cada cop hi ha més consciència del problema i un compromís més alt per actuar.

Tenint en compte les estratègies per a la prevenció del suïcidi, l'OMS distingeix entre tres tipus:

- 1) Estratègies universals. – es tracta d'aquelles estratègies dirigides a preveure aquestes conductes en la població general, sense que existeixi risc previ necessàriament. Un exemple seria la facilitat d'accés al sistema de salut mental amb professionals formats específicament en aquest àmbit.
- 2) Estratègies selectives. – estan dirigides als grups més vulnerables. Es refereixen a aquells individus que, per alguna característica, poden tenir un major risc que la població general. Un exemple d'aquest grup faria referència a aquelles persones que han sigut víctimes d'abús al llarg de la seva infància.
- 3) Estratègies indicatives. – fa referència a la població específicament vulnerable. S'ha de conèixer el tipus de risc de la persona en qüestió i actuar en conseqüència d'una manera més personalitzada: un exemple podria ser una persona amb un historial previ de conducta suïcida que en aquest moment es trobés en una situació adversa.

Destacant les característiques de cada grup, les estratègies dirigides a la prevenció en població penitenciària es trobarien dins del tipus d'estratègies selectives i indicatives. Fent referència a les primeres, volem dir que partim de la base de que es tracta de població amb característiques especials, i que tenen una major vulnerabilitat per la consecució d'aquestes conductes. Respecte a les indicatives, fem referència a que quan es detecta un risc en un individu, s'actua de manera personalitzada per a cada cas.

Tenint en compte que Catalunya manté les seves competències en matèria penitenciària, podem dir que dins l'Estat Espanyol existeixen dos Programes Marc per a la Prevenció de Suïcidis, ambdós en vigor, i amb la finalitat de millorar tant l'avaluació com la intervenció en els casos existents. Per una banda, el protocol a seguir dins del marc de treball Espanyol, excepte Catalunya, ha estat actualitzat en els darrers mesos, essent aquest any quan han entrat oficialment en vigor (1-5/2014 de la Subdirección General de

Instituciones Penitenciarias). La causa per la qual s'ha actualitzat darrerament és l'augment de casos. Es tracta d'una versió actualitzada que inclou algunes novetats respecte a l'anterior. Aquest protocol es caracteritza principalment pels següents punts:

- 1) S'ha de tenir una especial atenció a la situació d'ingrés a la presó. Hi haurà sempre interns que acompanyin i recolzin les noves incorporacions dins de les institucions penitenciàries.
- 2) Sempre s'ha de deixar constància de la seva inclusió en PPS en l'expedient de l'intern, sobretot si es tracta de trasllats a altres centres, de manera que sempre es conegui la situació malgrat l'intern canviï de dependència.
- 3) S'ha de parar més atenció als següents factors: períodes de menor presència de professionals, limitacions regimentals (per exemple estar atès per l'article 75.2 del Reglament Penitenciari), repercussió mediàtica de la seva entrada a presó, modificació de la situació de compliment de condemna, propera excarceració, malaltia mental, tipologia delictiva, moment de descens d'activitat, previs intents de suïcidi i conductes auto-lesives prèvies.
- 4) La inclusió dins del programa es derivarà per la proposta conjunta del psicòleg i el metge de referència. Ambdós professionals es reuniran havent recollit, prèviament, informació amb materials estandarditzats i entrevistes, per tal de fer una proposta d'inclusió dins del programa. Aquesta informació es passarà als Subdirectors (Metges, de Tractament i Seguretat), que seran els encarregats de proposar la petició al Director del centre, que serà l'últim responsable de la decisió que se prengui. Tot i que els Subdirectors deneguessin una inclusió al programa, el Director també n'hauria de tenir constància.
- 5) Existeixen 3 tipus de mesures per a la prevenció del suïcidi: mesures preventives, mesures provisionals urgents, i mesures programades.
- 6) El protocol romandrà actiu al llarg de dos setmanes, com a mínim, fins que es consideri necessari. Un cop es decideixi que es pot efectuar una baixa del programa, aquesta s'haurà de fer de forma progressiva, tenint

una especial precaució a l'hora d'escollir un nou destí per l'intern dins del mateix centre.

7) Es considera una obligació dels treballadors del mòdul d'ingressos valorar les característiques que podrien suposar situacions risc, tenint en compte la història d'intents previs. Si fos així, haurien d'avisar als serveis competents.

8) A tots els centres hauran d'existir interns de Recolzament. Aquests ocuparan entre un 2% i un 3% de la població total de cada centre. Hauran d'estar formats (20 hores de formació) per a l'atenció específica dels casos. Seran els propis interns els que es proposin com a interns de Recolzament, hauran de ser avaluats per tal de decidir quin d'ells reuneix el perfil per ser inclòs. En cas de ser acceptats com a Interns de Recolzament, disposaran de certs beneficis penitenciaris.

9) La informació que s'extregui en tot moment haurà de ser dirigida a l'Àrea de Programes de la Subdirecció General de Tractament i Gestió, al Centre d'Estudis Penitenciaris i, actualment també a la Comissió de Seguiment i Avaluació de la Instrucció sobre el Programa Marc de Prevenció de Suïcidis, aquesta última creada a l'any 2013.

El protocol publicat dins del marc de Catalunya, parteix d'unes premisses generals, que posteriorment cada centre valorarà i posarà en pràctica, per gestionar la problemàtica de la manera que més encaixi amb les característiques del propi centre i els seus recursos.

Aquest protocol proposa l'existència de 2 fases generals en la prevenció del suïcidi:

1) Fase de detecció dels casos i contenció immediata. – davant l'existència d'un possible cas, es comunicarà a la persona responsable del programa, es proporcionarà una major vigilància a l'intern, s'ubicarà a la persona en risc en dependències i amb l'acompanyament preventiu, i a més, es facilitarà la comunicació amb familiars i amics. Si fos necessari es sol·licitaria intervenció mèdica urgent. Finalment, un cop s'hagi recollit tota la informació i s'hagi fet el traspàs al responsable del programa, aquest

assignarà un tutor a l'intern, que s'encarregarà de fer el seguiment del cas.

2) Fase d'intervenció. – el tutor assignat prendrà la responsabilitat de realitzar l'assessorament i l'acompanyament a l'intern, organitzant la planificació d'activitats, acordant pactes conductuals i fent el corresponent seguiment.

Un dels centres participants al present estudi, accedeix a aportar informació sobre el seu propi protocol de prevenció. Aquest protocol estableix que per al seu centre, qualsevol treballador de l'equip multidisciplinari que detecti un risc de conducta autolítica en un intern haurà d'emetre un informe estandarditzat al cap de serveis de detecció del risc. En el cas de que l'informe no sigui emès pel psicòleg, aquest serà informat d'immediat. El següent pas serà passar la informació recollida pels serveis mèdics i el psicòleg de referència a la direcció del centre, on es decidirà la inclusió o no dins del programa. Si la direcció considera oportú l'activació del protocol, s'haurà d'informar tant a l'equip multidisciplinari assignat, com al cap de serveis indicat i als serveis mèdics. Cada professional haurà de realitzar el seu informe de seguiment que s'inclourà a l'arxiu d'històrics de l'intern.

Les mesures que es proposaran es basaran en el risc que es consideri, segons el cas. Existeixen 3 nivells de risc, cada un dels quals es compon per unes intervencions específiques:

1) Risc baix. – en aquests casos els serveis mèdics no intervenen. És el psicòleg el que visitarà a l'intern de manera periòdica. Generalment, quan un intern presenta un risc baix, no és necessari mantenir el protocol activat durant un període llarg de temps, ja que podria augmentar el risc, i per tant, les mesures d'atenció.

2) Risc moderat. – com a norma general l'intern seguirà al seu mòdul de residència habitual, però amb algunes pautes a tenir en compte. Serà visitat, com a mínim, 2 vegades a la setmana, tant pel seu psicòleg, com pel seu psiquiatra, que podrien realitzar una derivació de l'intern al departament de salut mental. A més, s'informarà al cap d'unitat del seguiment que s'estigui realitzant a través d'un informe estandarditzat.

3) Risc alt. – en aquest cas l'intern serà visitat diàriament pel seu psicòleg o psiquiatra, i per norma general es farà un trasllat al departament del salut mental. Disposarà de vigilància en tot moment (inclús amb càmeres de seguretat), es farà una retirada de tot el material que pugui ser susceptible de ser utilitzat per dur a terme una possible conducta autolítica. Es recomanarà un acompanyament en els moments fora de la cel·la.

Dins d'aquest protocol existeixen també una sèrie de mesures provisionals proposades paral·lelament a l'inici del procediment d'avaluació per la incorporació o no dins del programa. Aquestes mesures fan referència a la ubicació de l'intern, a l'accés a materials que puguin ser utilitzats com a mètodes auto-lítics, a les visites al psicòleg i al seguiment de les activitats. És important destacar també, fent referència a aquest centre, la difusió que es fa del protocol a seguir entre el personal corresponent, a través d'un dossier explicatiu dels indicadors de risc amb la finalitat de facilitar la detecció de casos.

Cal esmentar també el Protocol d'avaluació i gestió del Risc posat en pràctica a l'any 2008 dins del marc de Catalunya. Es tracta d'una eina anomenada RiscCanvi, que proporciona informació de risc a partir de 4 variables, a partir de les quals es pot diferenciar entre risc baix, mig o alt. Les variables que avalua són: Risc de violència intra-Institucional, Violència autodirigida, Reincidència Violenta i Trencament de Condemna. Per obtenir els resultats, cadascun dels professionals de l'equip multidisciplinari va aportant la informació que fa referència a la seva àrea informant-se prèviament amb entrevistes amb el propi intern. Existeixen 2 versions: una Screening i una Completa. La primera consta de 10 ítems referits a dades procedents dels expedients penals i penitenciaris, entrevistes i informació complimentaria. En cas de que el resultat obtingut en alguna de les escales mostrés un risc alt, s'hauria de passar la versió completa. Aquesta segona part es compon de 43 ítems i fa una avaluació dels factors biogràfics i personals, dades sociofamiliars, informació criminològica, avaluació de factors clínics i de personalitat.

Al mateix moment que es posa en funcionament, es comença a motivar l'ús de la mateixa eina com a mètode d'avaluació inicial per als interns, mitjançant la seva versió Screening. A més, el protocol s'ha d'actualitzar cada cert temps, o quan les circumstàncies de l'intern canviïn o ho requereixin (com per exemple, la consecució d'una alternativa de suïcidi). Per últim, és important dir que els professionals de cada centre han de ser formats per al correcte compliment del protocol. Per aquest motiu, la mateixa administració ja ha posat en marxa la implantació de formacions específiques per a tots els professionals implicats i mantenen una formació online disponible per tots aquells que ho estiguin interessats o s'incorporin com a nou personal a l'administració penitenciària.

4. Metodologia

4.1. Mostra

La mostra del present estudi està composta per 2 grups. Per una banda, el grup d'estudi format per 50 interns homes, adults, que pertanyen al sistema penitenciari català i que tenen com a mínim un registre de conducta auto-dirigida greu o temptativa de suïcidi al seu historial de vida penitenciària. Per una altra banda, el grup control està format també per 50 interns homes, adults, que pertanyen al sistema penitenciari català, i que no tenen cap registre de conducta autodirigida greu ni temptativa de suïcidi al llarg de la seva vida penitenciària. La mostra total es compon de 100 interns que pertanyen al sistema penitenciari català.

Un total de 4 institucions penitenciàries de la província de Barcelona van ser les participants en aquesta investigació (C.P.Lledoners, C.P. Quatre Camins, C.P. Brians I, C.P. Brians II). Van ser descartats 2 centres penitenciaris, C.P. Homes de Barcelona, C.P. Joves a causa de les seves condicions penals i les edats dels interns. També es va decidir no entrevistar a interns que conviuen als mòduls de psiquiatria, ja que es tracta d'un grup d'interns molt diferenciat de la resta, afegint que no compleixen una pena privativa de llibertat, sinó una mesura de seguretat, amb l'afegit de que accedir als seus historials és més complicat per qüestions de confidencialitat mèdica.

El grup control està compost pel mateix nombre d'interns que el grup de casos (n=50). Aquest es va elaborar tenint en compte les característiques de sexe dels interns (homes), nacionalitat (espanyols), sistema penitenciari (Comunitat Autònoma de Catalunya) i edat (interns adults de més de 21 anys). Els requisits per a la selecció d'interns pertanyents al grup de casos eren que havien d'haver dut a terme almenys una conducta autolesiva greu o temptativa de suïcidi, com a mínim en una ocasió al llarg d'un període de temps que es trobava entre l'01/01/1990 i el 01/03/2014, i que havien d'estar disponibles actualment en algun dels centres participants. Els subjectes van ser seleccionats mitjançant la tècnica del mostreig sistemàtic aleatori per ambdós grups.

4.2. Instruments

Els instruments utilitzats per dur a terme la present investigació per avaluar els diferents factors van ser:

- 1) NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Una versió reduïda del Revided Neo Personality Inventory (NEO-PI-R) de Costa & McCrae, que avalua els cinc factors principals de la personalitat: Neuroticisme, Extraversió, Apertura a l'experiència, Amabilitat i Responsabilitat. Aquesta prova està traduïda i adaptada a la població espanyola. [ANEXO 1].
- 2) Entrevista semi-estructurada elaborada explícitament per a l'estudi, la qual recull informació sobre els factors de risc que es pretenen estudiar. Aquesta entrevista és igual per a tots dos grups, encara que més àmplia en el grup de casos, on es pretenen avaluar també característiques de les conductes dutes a terme. [ANNEX 2].
- 3) Consulta del SIPC (Sistema Informàtic Penitenciari Català) i el RisCanvi (Eina de Valoració del Risc del sistema penitenciari català).

Es va descartar l'ús d'instruments d'avaluació específics sobre la temàtica del suïcidi (com la "Scale for Suicide Ideation" de Beck), ja que la finalitat de l'estudi era conèixer els factors de risc i les característiques d'aquest tipus de conducta, amb evidències de fets passats. Tanmateix, la utilitat d'aquests instruments específics es centra en el model clínic, ja que avalua a pacients en els que es detecta algun risc associat a conductes de tipus suïcida.

4.3. Procediment

El primer pas abans d'iniciar la investigació com a tal, va ser demanar els permisos corresponents a la Direcció General de Serveis Penitenciaris per poder accedir a l'interior dels centres participants. A més, paral·lelament a això es va firmar l'acord de confidencialitat on es reflecteix el compromís dels

investigadors a no donar a conèixer qualsevol dada personal consultada al SIPC i altres registres. La informació que es recollís estaria únicament reservada a la finalitat de la investigació i atenent la Llei Orgànica 15/1999 del 13 de desembre sobre la protecció de dades de caràcter personal (LOPD) i pel Real Decret 1720/2007 del 21 de desembre de la LOPD.

Havent estat concedits els permisos, la següent tasca va ser organitzar la selecció de la mostra. Per aquesta part de l'estudi, i tenint en compte el nombre de participants plantejats per treballar (n=50 per a cada grup) es va establir un nombre proporcional d'interns per ambdós grups en cada centre penitenciari que participava (atenent a la població de cada centre). Al mateix temps, es va identificar el nombre de partida pels grups i a cada centre. I per últim, mitjançant la tècnica de mostreig sistemàtic aleatori es va establir el que, en principi, hauria de ser la mostra de l'estudi.

El següent pas, va ser consultar als interns seleccionats centre per centre, per tal de conèixer si estaven interessats en participar en l'estudi. Se'ls va explicar l'objectiu de la investigació i que aquesta es realitzaria a través d'una entrevista personal i de les proves necessàries. Es va afegir a l'explicació que es tractava d'una participació totalment voluntària i que no tenia cap benefici penitenciari, a més de que tota la informació recollida estaria protegida sota la LOPD, amb l'únic objectiu d'investigar. Aquells interns que van acceptar participar al projecte van ser entrevistats directament, previ consentiment informat signat. La duració de l'entrevista era aproximadament de 40 minuts pel grup control, i 1 hora pels interns del grup d'estudi.

Els entrevistadors van arribar a un acord previ de la informació que s'hauria de recollir (entrevista semi-estructurada i no estructurada), la informació necessària a transmetre per demanar als interns la seva participació i l'ordre de recollida de la informació.

Les entrevistes es van dur a terme individualment. En la major part dels casos es va poder disposar d'un despatx per a la realització de les entrevistes. En altres ocasions va ser necessària la utilització d'altres espais, com el menjador, com a conseqüència de les pròpies limitacions d'espai dels centres. L'objectiu

de totes les entrevistes era crear un ambient íntim i relaxat, obviant possibles interrupcions per part dels propis interns.

4.4. Anàlisi de dades

L'anàlisi de la informació obtinguda per ambdós grups d'interns (d'estudi i control) es va fer en diferents fases:

1. En primer lloc, es va fer un estudi de les variables per ambdós grups, amb la finalitat d'avaluar la seva capacitat per discriminar entre els dos tipus d'interns. Aquestes anàlisis es van realitzar per separat: per una banda per les puntuacions del NEO- FFI, i per l'altra, per la resta de variables comuns.
2. En segon lloc, es van estudiar les variables específiques del grup d'estudi, amb la finalitat d'observar la possible existència de diferents tipus de conductes auto-dirigides en funció de la freqüència amb la qual van ser realitzades.

Inicialment, en la primera fase es va procedir a l'anàlisi mitjançant procediments estadístics bivariats per identificar aquelles variables significativament associades amb una variable d'agrupació. En el cas de les variables quantitatives, es va utilitzar la prova T de Student per comprovar l'existència de diferències significatives entre les mitjanes obtingudes en les variables quantitatives pels subjectes d'ambdós grups. En el cas de les variables categòriques, s'utilitza la prova chi-quadrat per una banda, per les taules de contingència, amb la finalitat de detectar l'existència d'associacions entre les categories de la variable, i per altra banda, per la pertinença al grup de casos o control. Per realitzar la quantificació del grau d'associació entre ambdues variables, es va utilitzar l'estadístic Phi (per taules 2x2) i la V de Cramer (per taules que no fossin 2x2). En segon pas, aquelles variables que van demostrar una relació significativa amb les variables d'agrupament van ser incloses com a predictors en una anàlisi de regressió logística binària, agafant la variable d'agrupament com la variable dependent. La finalitat d'aquesta última anàlisi va

ser trobar un model que ens permetés predir amb precisió la pertinença a un grup o a un altre en funció d'un conjunt de petites variables.

Respecte a la prova NEO-FFI, es va realitzar una anàlisi de variança multivariat, prenent les puntuacions dels cinc factors de personalitat com a variables dependents i la variable d'agrupament com a factor fixe, amb la finalitat de comprovar l'existència de diferències significatives en les puntuacions de la prova entre el grup d'estudi i el control. Posteriorment, les puntuacions dels 5 factors de personalitat de la prova van ser utilitzats com a predictors en una nova anàlisi de regressió logística, agafant com a variable dependent la variable d'agrupament.

En la segona fase es va procedir d'una manera semblant amb els subjectes del grup d'estudi, però prenent com a variable dependent el nombre conductes autodirigides.

5. Resultats

5.1. Estadístics descriptius

Els percentatges per ambdós grups (grup d'estudi i grup control) per les variables *edat*, *estat civil* i *tipus de delicte* queden reflectides en les figures que apareixen a continuació. S'hauria d'afegir, com ja hem comentat anteriorment, que per la variable *nacionalitat* els percentatges corresponen al 100% en els dos grups de *nacionalitat espanyola*.

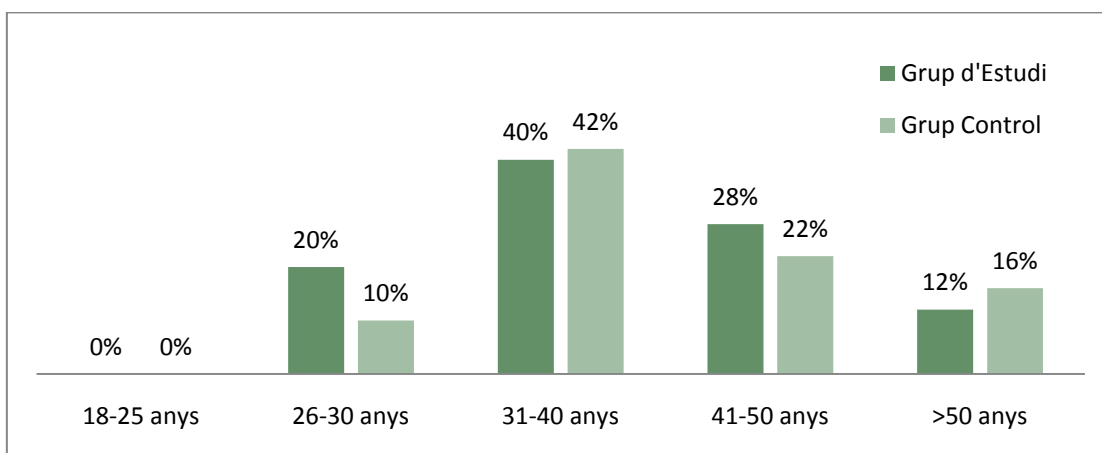


Figura 6. Edat actual dels interns participants de l'estudi.

Com es pot observar a les gràfiques les edats dels interns participants van ser bastant equitatives en ambdós grups. Encara que es tracta d'un mostreig sistemàtic aleatori, la distribució per edats per ambdós grups va ser bastant similar. Aquesta característica podria actuar d'una manera similar a les variables de "Nacionalitat" i "Sexe" escollides per formar el grup control, ja que els grups d'edats van estar representades per ambdós grups d'una manera força equitativa.

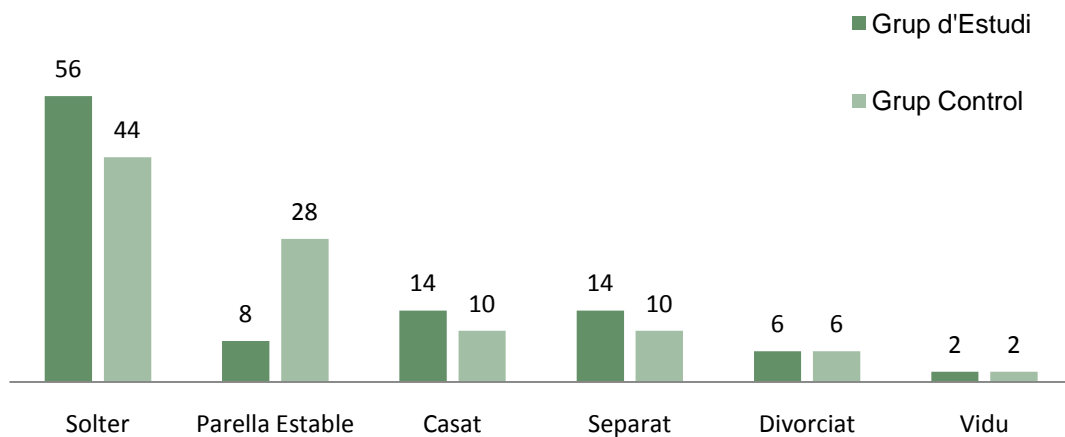


Figura 7. Estat civil dels interns participants a l'estudi.

Respecte a l'estat civil podem observar com els percentatges per a "parella estable" i "casats" són més altes per al grup control (53% vers el 22%); tot i això, els percentatges per les variables de "solter", "separat" i "divorciat" suposen l'estat civil de més el 70% per al a mostra del grup d'estudi.

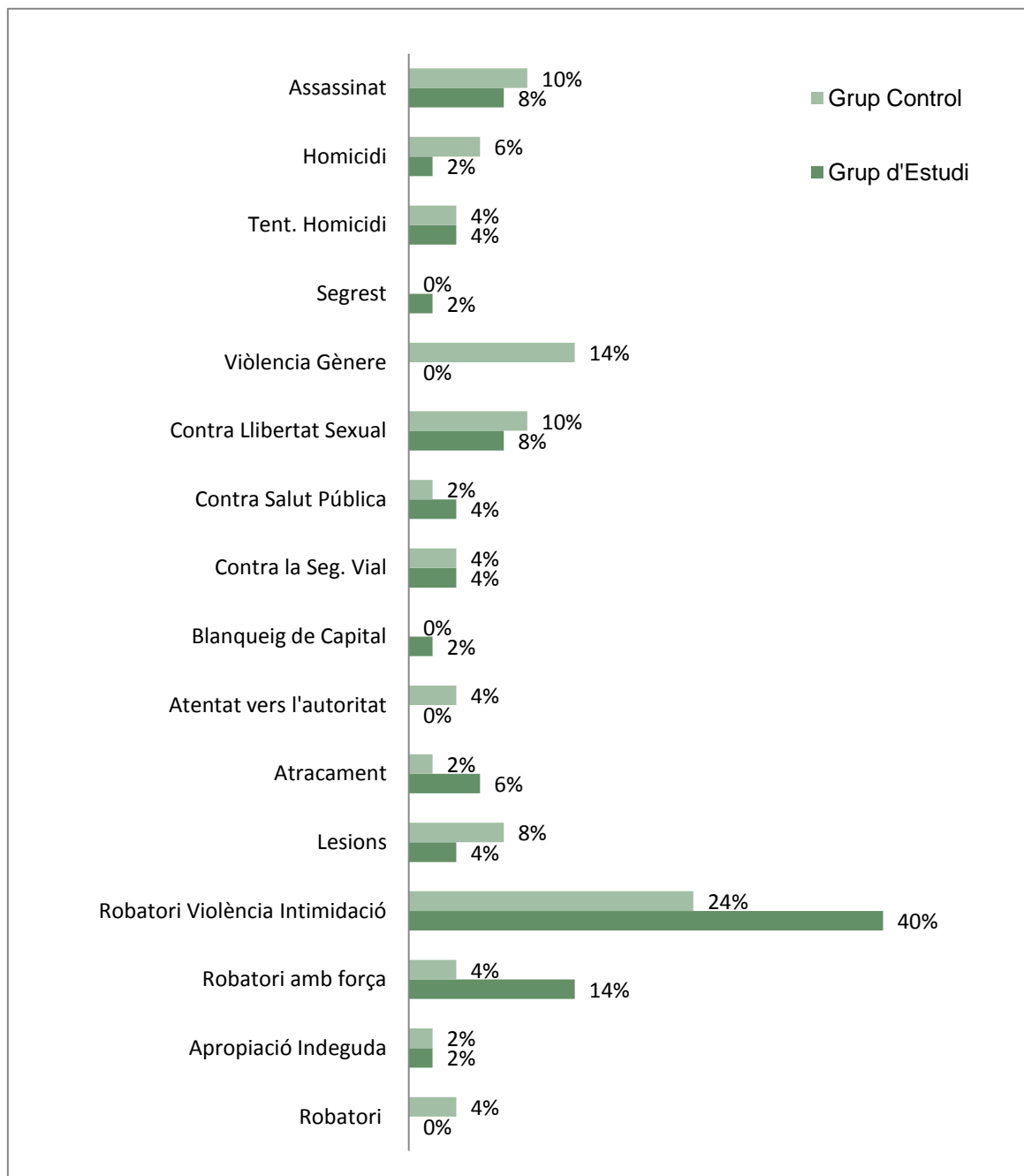


Figura 8. Tipus de delictes comès

Els delictes més comuns al grup d'estudi van ser "robatori amb violència i intimidació", seguits dels "robatoris amb força" (40% i 14% respectivament). Al grup control els delictes més comesos van ser "robatori amb violència i intimidació", "delictes de violència de gènere" i "delictes contra la llibertat sexual (24%,14% i 10% respectivament).

Les gràfiques que es mostren a continuació, fan referència exclusivament al grup d'estudi. Indiquen els resultats de les característiques de la conducta auto-dirigida avaluada en cada subjecte del grup. Les dades es mostren en percentatges.

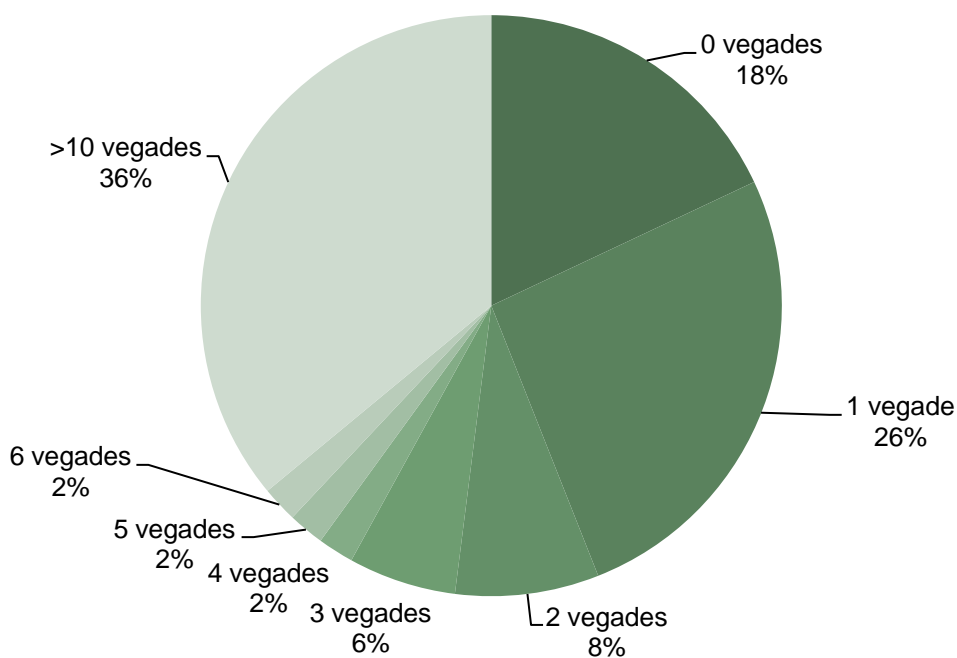


Figura 7. Nombre d'episodis previs de conductes violentes auto-dirigides

És important destacar que un 44% dels interns mai s'havia auto-lesionat dins de la presó o només ho havia fet una vegada. D'altra banda, un 36% diu haver-se auto-lesionat prèviament a la presó més de 10 vegades. Aquests percentatges podrien discriminar a 2 grups. Per una banda, aquells interns que duen a terme una conducta auto-dirigida, i que ho fan d'una manera greu, assumint el possible resultat fatal, i per altra banda, aquells que duen a terme moltes conductes prèvies, siguin d'alt o baix risc. Aquesta variable ens podria donar informació significativa sobre la detecció de casos i prevenció. Pel que fa a fases més avançades de l'anàlisi de dades s'intenta conèixer el comportament respecte altres variables.

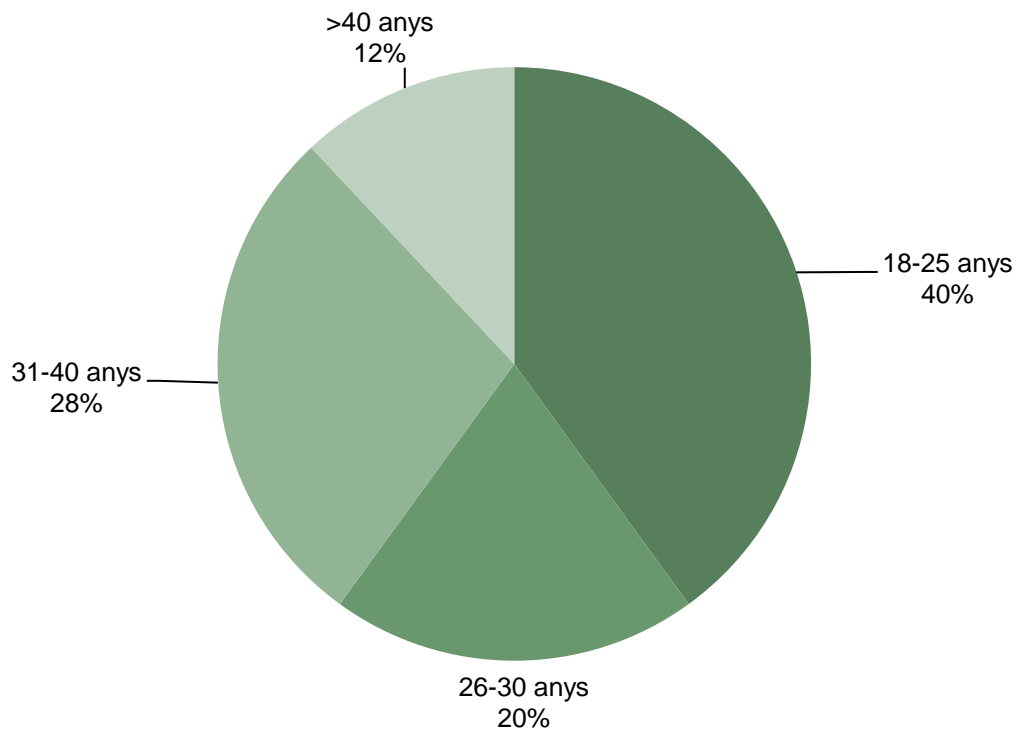


Figura 8. Edat de la consecució de la conducta Violenta auto-dirigida analitzada

Si observem l'edat dels subjectes, s'ha de destacar que més del 50% (60%) tenien menys de 30 anys quan van realitzar la conducta. És a dir, en un principi es podria assumir que tenir menys de 30 anys comporta un major risc de consecució de conductes violentes auto-dirigides. A continuació, veurem com aquesta variable es relaciona amb la resta per que pugui aportar una major informació respecte a la detecció de casos i la seva prevenció.

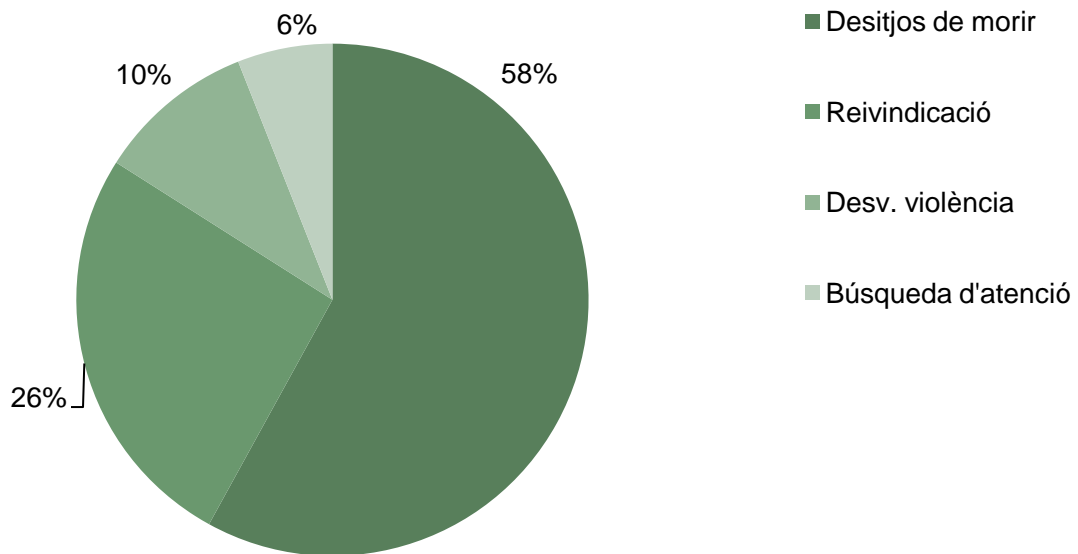


Figura 9. Motivació de la Conducta

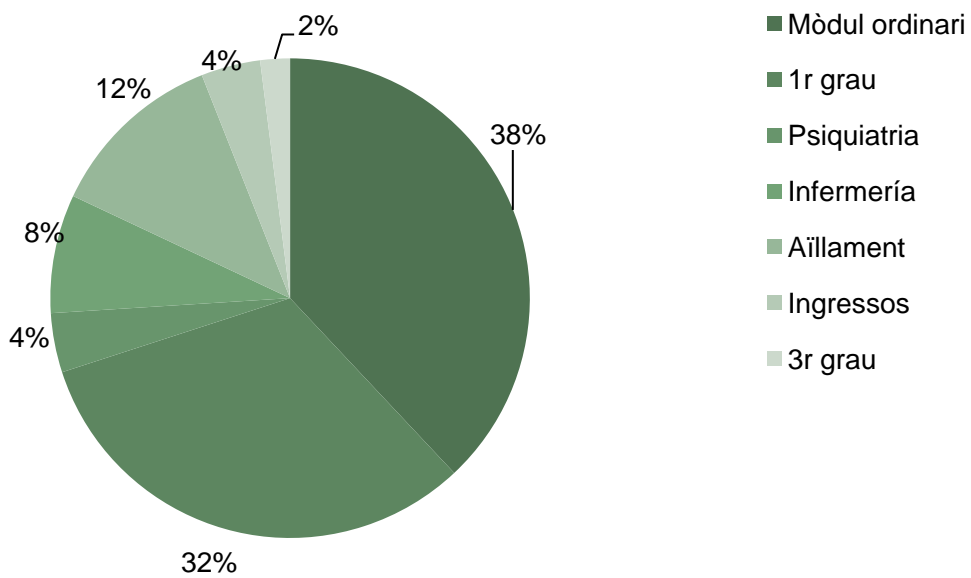


Figura 10. Lloc de la conducta

Més del 50% (58%) va referir com a motivació principal “desitjos de morir” a través de la conducta violenta auto-dirigida consumada. És a dir, el resultat que es buscava a través de la conducta era el de acabar amb les seves vides. Un 26% de la mostra va respondre dur a terme la conducta com una manera de reivindicació, el 10% va utilitzar la conducta violenta auto-dirigida com una forma de desviar la violència i un 6% va reconèixer que la única intenció era cridar l’atenció d’algú (per exemple d’algun familiar).

El lloc on es va portar a terme la conducta en la majoria dels casos va ser als mòduls de règim ordinari, amb un percentatge d’un 38%, seguits per un 32% dels casos que ho van fer als mòduls de règim en primer grau. Es tractaria d’una dada que podria sorprendre, ja que en principi es podria esperar majors percentatges als mòduls de règim especial (1ºgrau, aïllament o ingressos per exemple).

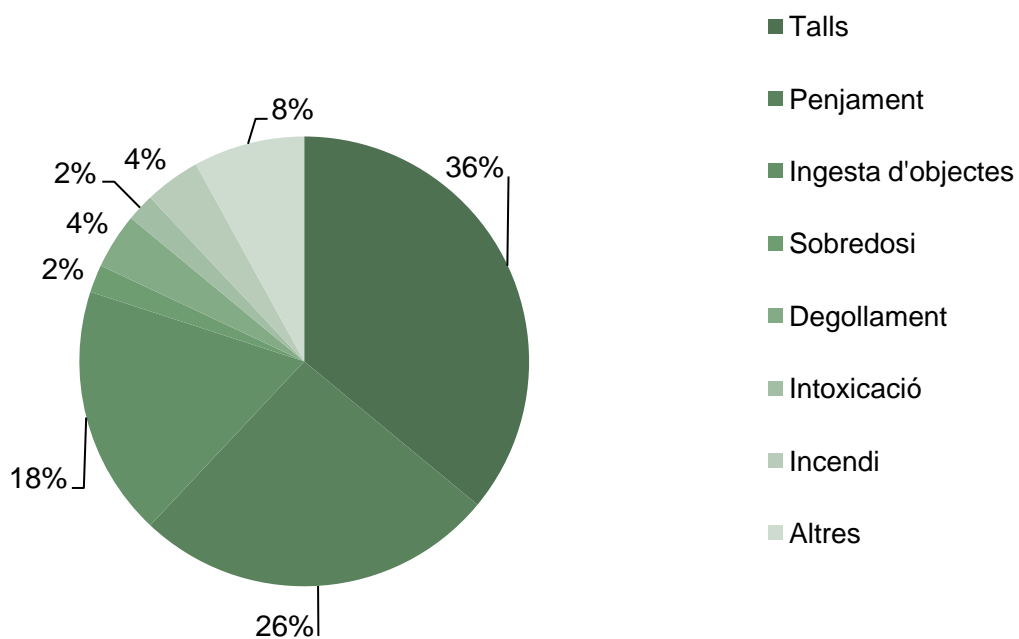


Figura 11. Mètode escollit pels interns.

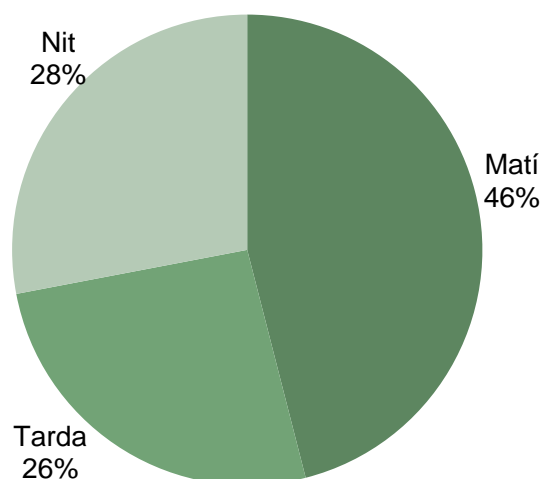


Figura 12. Moment del dia.

Els “talls” va ser el mètode més utilitzat en les conductes analitzades (36%), i seguidament, amb un percentatge del 26% dels casos, el “penjament”. Ambdós mètodes són els més freqüents, emprats per més d'un 50% de la mostra. Ambdós mètodes són relativament fàcils de dur a terme i on el resultat fatal pot aconseguir-se en un període de temps més curt.

Un 46% dels interns del grup d'estudi va comunicar que havia dut a terme la conducta pel matí, es decir, en un horari donde en principio existe un nivel de vigilancia adecuado. S'ha de tenir en compte que en alguns casos, la conducta violenta auto-dirigida es va dur a terme justament abans del recompte, on les possibilitats de ser vistos són més elevades. Això, ens podria orientar respecte a la intencionalitat de la conducta.

El 96% dels interns del grup d'estudi va admetre haver realitzat la conducta en un “dia laborable”, en què no hi van haver canvis significatius de les rutines diàries.

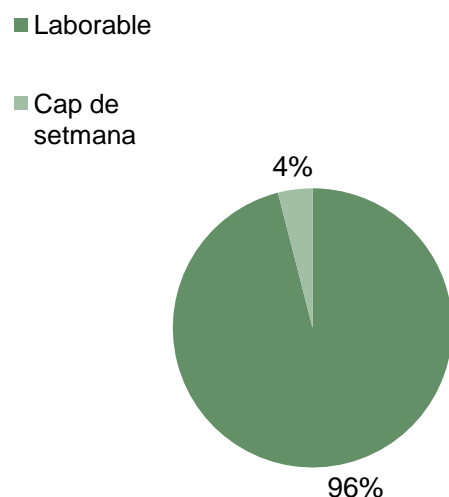


Figura 13. Dia de la setmana

Respecte al desencadenant de la conducta, les problemàtiques més comuns van ser “problemes amb la institució ” en un 38% dels casos. Tot i això, tampoc hi ha una diferència molt gran respecte del percentatge dels “problemes personals i problemes familiars” que obtenen un 28% i un 26 % respectivament.

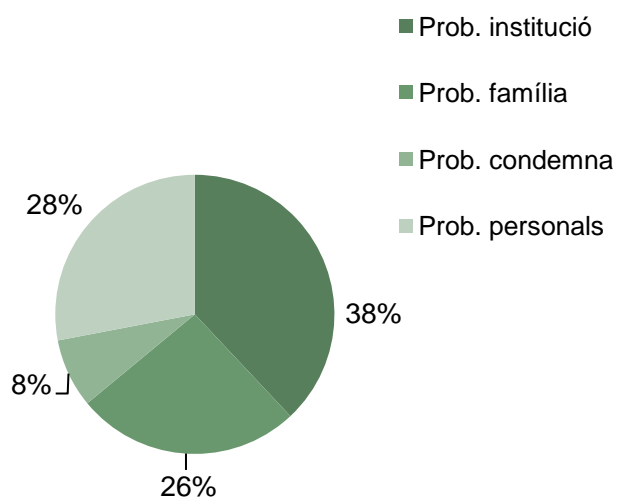


Figura 14. Desencadenant de la conducta

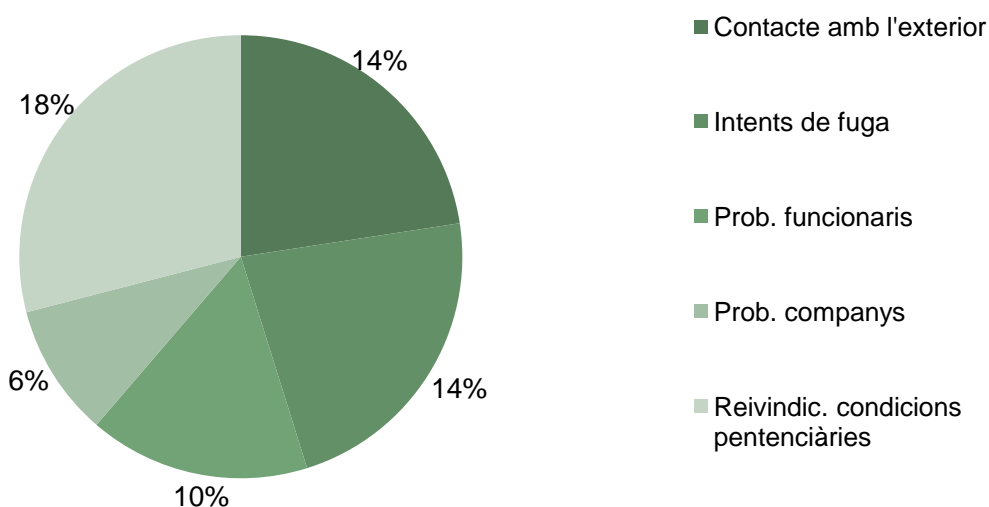


Figura 15. Desencadenant I. Problemes amb la Institució

Dins dels problemes amb la institució, la reivindicació per diferents situacions penitenciàries va ocupar el primer lloc. Seguidament, ens trobem els intents d'aconseguir el "contacte amb l'exterior" i els "intents de fuga". Un 10% dels interns van explicar que havien dut a terme la conducta com a conseqüència de problemes amb el funcionariat, i un 6% van indicar que els problemes desencadenants de la conducta eren amb els propis companys.

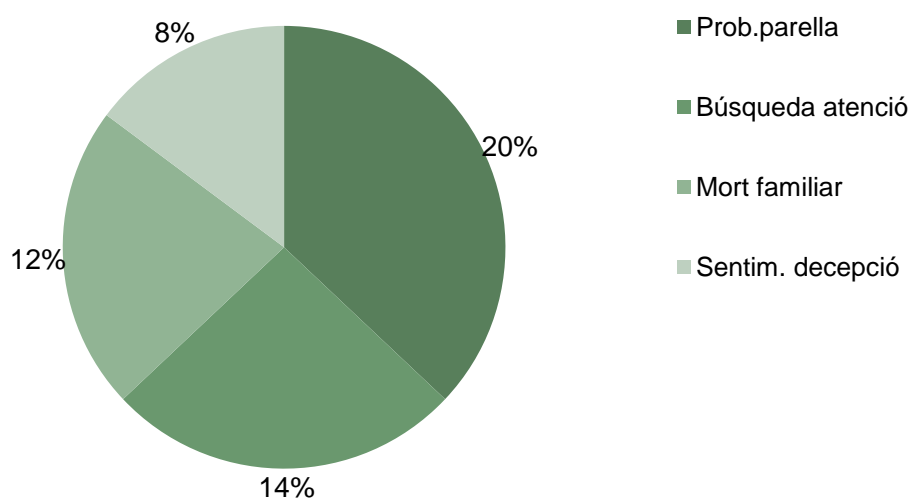


Figura 16. Desencadenant II. Problemes amb la família.

Els “problemes amb la parella” va ser la causa més comuna dins dels problemes familiars, amb un 20% dels casos; seguida per la “demanda d’atenció” amb el 14%; el 12% per la “mort d’un familiar”; i finalment, per forts sentiments de “decepció a la família” amb un 8% dels casos.

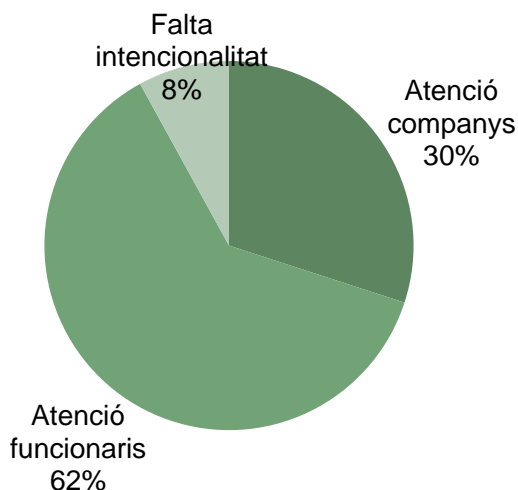


Figura 17. Com es va resoldre el fet.

Respecte a la resolució del fet, més de la meitat dels interns (62%) va respondre que “l’atenció dels funcionaris” va ser la primera atenció rebuda. Un 30% de la mostra ens va indicar que havien estat els seus companys els primers en atendre’ls, i un 8% assenyalava que no van necessitar assistència perquè el propi fet no tenia intencionalitat real.

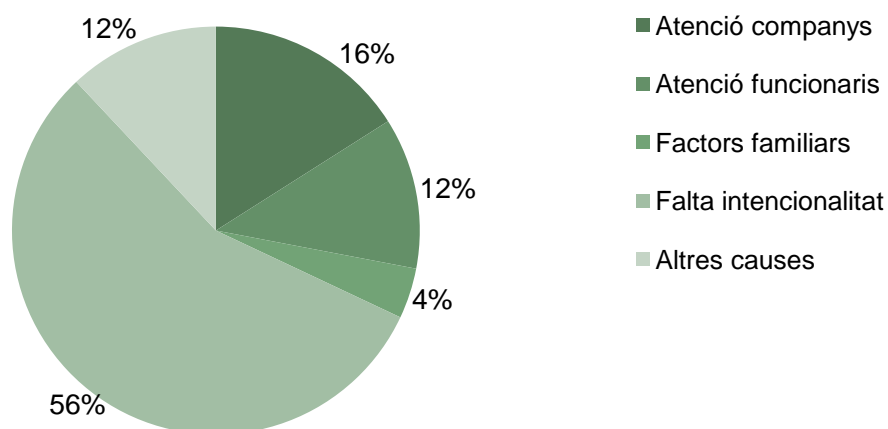


Figura 18. Opinió sobre causes d’intents fallits d’altres interns

Les respostes que ens van donar respecte als intents fallits d'altres companys, veiem que un 56% va opinar que els propis fets mancaven d'una intencionalitat real, i per tant, no es van dur a terme fins al final. Un 16% va respondre que van ser fallits com a conseqüència de la ràpida atenció que reben dels propis companys, i un 12% ho associen a l'atenció rebuda pels funcionaris. Només un 4% va esmentar els factors familiars (per exemple: "segur que pensaran en els seus fills i per això, finalment demanen ajuda"), i un 12% dels interns de la mostra van proposar altres causes (per exemple: "crec que es qüestió de sort" o "Déu fa l'elecció del moment de cadascú").

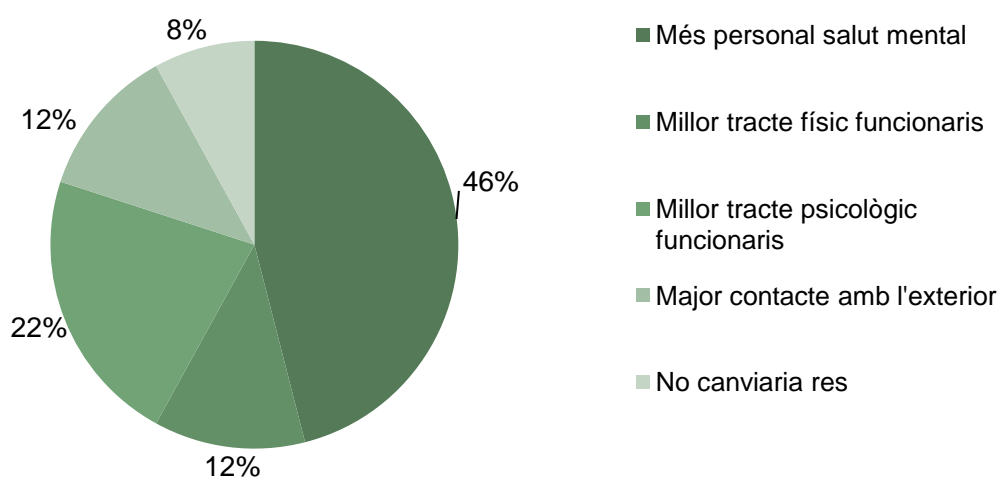


Figura 19. Propostes de millora dels propis interns.

Respecte a les propostes de millora, gairebé la meitat dels interns que pertanyien al grup d'estudi (46%) van fer referència a la necessitat d'una millora en els serveis de Salut Mental. Un 34% va proposar canvis en el tractament que els interns reben dels funcionaris. Un 12% va indicar que les possibilitats d'augmentar el contacte amb l'exterior provocaria una reducció dels casos de conductes auto-dirigides greus i/o temptatives de suïcidi. Malgrat que se'ls va donar l'oportunitat de fer propostes de millora, un 8% de la mostra no va proposar cap canvi del sistema, fent reflexions com : "ningú té a les seves mans impedir que una persona es tregui la vida" o "si realment ho vol fer, ho aconseguirà".

5.2. Comparacions entre grups

5.2.1. Factors demogràfics, relacionats amb el delicte, d'història personal i familiar.

En un principi, la variable d'agrupament va ser sotmesa al contrast de forma individual amb cada una de la resta de les variables, amb la finalitat d'esbrinar quines d'aquestes últimes estaven relacionades de manera significativa amb la presència/absència de conductes auto-dirigides.

Respecte a les variables quantitatives (edat, temps total de condemna, anys d'història criminal i història de la conducta auto-dirigida), es van realitzar les proves T de Student. No es van trobar diferències significatives entre grups respecte a l'edat dels subjectes, però sí respecte a les altres tres variables ($t=5.26$; g.l.=98; $p<.001$, i $t=5.94$; g.l. = 56.16; $p<.001$, respectivament). Als altres tres resultats, els subjectes del grup d'estudi van rebre una puntuació mitja significativament més alta que el grup control (una mitja de 16.9 anys de condemna vers un 9.26 per al grup control, una mitja de 3.84 anys d'història criminal enfront al 1.48 per al grup control i mitja de 1.28 vegades prèvies vers el 0.16 vegades per al grup control)

En el cas de les variables categòriques trobem que aquestes fan referència a una gran varietat de característiques (estat civil, tipus de delicte, consulta amb professionals de la salut mental, problemes físics, consum de substàncies, trastorn mental sever, trastorn de la personalitat, historial d'abús en la infància, mort d'un ésser estimat, trencament de la relació de parella durant l'estància a presó, historial familiar de suïcidi, xarxa de recolzament extern, i canvis habituals de mòdul) i, excepte l'estat civil i els canvis habituals de mòdul. La resta queden codificades a través d'un format binari (presència/absència). Es van trobar diferències significatives en el cas de les següents variables:

- Presència/absència de problemes físics: Hepatitis C ($\chi^2=10.19$; g.l.=1; $p<.01$; $\Phi=.319$; $p<.01$). Els subjectes del grup d'estudi pateixen aquesta malaltia més habitualment del que es preveia, a diferència del grup control en el qual s'observa un patró oposat.

- Presència/absència en consulta amb un professional de la Salut Mental (chi quadrat=4.84; g.l. 1; $p<.05$; Phi=.220; $p<.05$). Els interns del grup d'estudi queden associats a l'existència d'aquest tipus de consulta, en major part que el grup control.
- Presència/absència de trastorn mental sever: esquizofrènia (chi quadrat=5.03; g.l.=1; $p<.05$; Phi=.225; $p<.05$). Els subjectes del grup d'estudi van admetre patir aquest trastorn mental amb més freqüència que els del grup control, que va respondre de manera inversa.
- Presència/absència de trastorn de la personalitat: trastorn de la personalitat Clúster B (chi-quadrat= 10,61; g.l.=1; $p<.01$; Phi=.327; $p<.01$). Els subjectes del grup d'estudi puntuaven significativament més alt en el diagnòstic d'aquest trastorn, respecte al grup control.
- Presència/absència del consum-abús de substàncies: haxís (chi quadrat= 12.15; g.l.=1; $p<.001$; Phi=.349; $p<.001$). El consum de haxís en el grup d'estudi era significativament més alt del que s'esperava, a diferència del grup control que va puntuar més baix del que es preveia.
- Presència/absència de consum-abús de substàncies: marihuana (chi quadrat= .16; g.l.=1; $p<.001$; Phi=.502; $p<.001$). En aquest cas és el grup d'estudi el que puntua significativament més alt respecte del grup control.
- Presència/absència de consum-abús de substàncies: heroïna (chi quadrat= 11.60; g.l.=1; $p<.01$; Phi=.341; $p<.01$). De la mateixa manera que en les dues variables anteriors, el consum d'heroïna era significativament més alt del que s'esperava en el grup d'estudi, a diferència del grup control que va puntuar més baix. És important destacar que les puntuacions sobre consum que han resultat més altes es corresponen amb substàncies amb efectes depressors.
- Mort d'un ésser estimat al llarg de l'estància a presó (chi-quadrat=32.18; g.l.=1; $p<.001$; Phi=.567; $p<.001$). La mort d'un ésser estimat va resultar

més freqüent en el grup d'estudi, al contrari que en el grup control que va puntuar més baix del que s'esperava.

- Trencament de la relació de parella residint a presó (chi-quadrat= 16.42; g.l.=1; p<.001; Phi=.405; p<.001). El trencament amb la parella també va ser significativament més alt en el grup d'estudi. Aquest resultat i l'anterior podrien relacionar-se amb el temps promig de condemna, que en cas del grup d'estudi és de llarga durada, a diferència del grup control que tenen condemnes més curtes.
- Historial familiar de suïcidi (chi-quadrat=8.39; g.l.=1; p<.01; Phi=.290; p<.01). Respecte a la història familiar de suïcidi observem també que és el grup d'estudi el que puntua significativament més alt, i en menor grau el grup control.
- Canvis freqüents de mòdul (chi-quadrat=50.61; g.l.=2; p<.001; V de Cramer=.711; p<.001). Els canvis freqüents van ser més habituals del que s'esperava entre els subjectes del grup d'estudi. D'altra banda, l'absència de canvis va ser més freqüent en el grup dels subjectes control.

Fent un repàs als paràgrafs anteriors, els resultats de l'anàlisi bivariada reflecteixen clares diferències entre ambdós grups en gran part de les característiques, les que inclouen factors de salut física (hepatitis C), de salut mental (esquizofrènia, trastorn de personalitat clúster B, història familiar de suïcidi, i consulta amb un professional de la salut mental), en l'abús de substàncies (haxís, marihuana i heroïna), i en característiques personals (mort d'un ésser estimat i ruptura de parella). S'ha d'afegir que els interns dels grup d'estudi tenen condemnes d'una durada més llarga, és més freqüent que canviïn de mòdul i el seu historial delictiu té més pes que el dels subjectes del grup control.

Un cop realitzada la detecció de les variables associades amb la variable d'agrupament, aquestes va ser incloses com a predictores en un anàlisi de regressió logística binària. La regressió logística s'ajusta perfectament a la tipologia de dades de les quals en tenim disposició, com una variable

dependent dicotòmica (grup), i un grup de variables independents com la barreja de variables dicotòmiques i quantitatives. L'única variable que no s'ajustava a aquest esquema va ser la que feia referència als canvis de mòdul penitenciari, amb tres categories. A més, la mesura d'aquesta variable va resultar excessivament vaga (cap-pocs-molts). Aquests factors van fer que no afegíssim aquesta variable entre els predictors assignats inicialment al model de regressió logística binària. Per a la selecció del model més parsimoniós, es va optar per escollir un procediment de selecció cap enrere, utilitzant com a criteri d'ajust la raó de similituds (RV). Finalment, el model va convergir en 6 passes, retenint només 6 dels 11 predictors originals, i amb un bon ajust amb les dades (-2LL=45.86; R2 de Cox i Snell=.603; R2 de Nagelkerke= .804). La prova de Hosmer i Lemeshow també ens va indicar que existeix un ajust adequat del model de dades, amb un valor de chi-quadrat no significatiu (chi-quadrat=2.873; g.l.=8; p=.942).

Com es pot observar a la taula 51, els sis predictors que es van afegir al model final van ser significatius, segons l'estadístic de Wald. La inspecció dels coeficients de regressió (B) i la raó d'avantatges (Exp(B)) ens mostra que el principal predictor de risc en el cas de les conductes violentes autodirigides és el consum de marihuana (B=5.35; RV=210.53), seguit de la mort d'un ésser estimat (B=3.15; RV=23.27), de l'història familiar de suïcidi (B=2.07; RV=7,96), del trastorn de la personalitat clúster B (B=2.02; RV=7,51), del temps total de la condemna (B=.78; RV=1.20), i finalment trobem el trencament de la relació de parella (B=-1.97; RV=0.14). La gran quantitat de consum de marihuana que s'ha observat fa que la variable hagi adquirit un gran pes, donat que pràcticament la meitat dels subjectes del grup d'estudi van fer explícit el consum d'aquesta substància (n=24), a diferència de dos únics individus que ho van assumir del grup control. Pel que es refereix al següent predictor, la mort d'un ésser estimat va ser assenyalada per la gran majoria d'interns del grup d'estudi (n=43), en canvi, al grup control va ser per menys d'un terç dels subjectes (n=15).

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Temps total de condemna	,179	,056	10,134	1	,001	1,196
Consum de marihuana	5,350	1,679	10,151	1	,001	210,531
Trastorn Personalitat Clúster B	2,016	,921	4,791	1	,029	7,508
Mort d'un ésser estimat	3,147	,947	11,034	1	,001	23,271
Ruptura de la relació de parella	-1,966	,847	5,387	1	,020	,140
Historial familiar de suïcidi	2,074	,944	4,825	1	,028	7,958
Constant	-3,360	1,549	4,706	1	,030	,035

Taula 1. Coeficients pels 6 predictors del model de regressió logística.

Tenint en compte els bons resultats obtinguts en els índex d'ajust, no ens sorprèn que els pronòstics proporcionats pels model fossin bastant precisos. Efectivament, el model va ser capaç de predir correctament el grup de pertinença per a 90 dels 99 subjectes (90.9% d'èxit). De les 9 errades comeses, 5 van ser falsos negatius (subjectes del grup d'estudi als quals se'ls va pronosticar com a grup control), i 4 van ser falses alarmes (subjectes del grup control als quals se'ls va posicionar com a grup d'estudi). [ANNEX 4. Taula 2].

Així doncs, podem dir que el model proporcionat per l'anàlisi de la regressió logística binària s'ajusta bastant bé a les dades, amb una capacitat predictiva més que acceptable.

5.2.2. Factors de Personalitat

En el següent pas, es va avaluar la relació entre la variable d'agrupament i els cinc factors de personalitat mesurats amb la prova NEO-FFI. D'una banda, a nivell psicomètric els valors de consistència interna, mesurats amb la utilització de l'estadístic alfa de Cronbach, van ser adequats, en general. Els factors de "neuroticisme" i "extraversió" van ser els que van mostrar una major consistència interna, amb valors d'alfa de .802 i .791 respectivament. , el factor amb la pitjor consistència interna va ser "apertura", amb un alfa=.647. Els valors per a la resta de factors van ser: "amabilitat" alfa=.708, i "responsabilitat" alfa=.789.

A continuació, es va dur a terme una anàlisi de varianza multivariat (MANOVA), prenent les puntuacions dels cinc factors del NEO-FFI com a variables dependents, i la variable d'agrupament com a factor fixa. Els resultats ens mostren uns efectes molt significatius ($p < .001$) del factor grup a nivell multivariat. [ANNEX 4. Taula 3].

A nivell univariat, l'anàlisi ens deixa veure l'existència de diferències significatives entre ambdós grups d'interns en tots els factor de personalitat, excepte en el d'"apertura" ($F=1.55$; $g.l.=1$; $p=.216$). [ANNEX 4. Taula 4]

L'anàlisi de les mesures per ambdós grups ens indica que els subjectes del grup d'estudi van puntuar significativament més alt que els del grup control en quant a "neuroticisme" (28.94 vers 20.74), i significativament més baix a "extraversió" (24.36 vers 30.54), "amabilitat" (25.84 vers 28.74), i "responsabilitat" (28.72 vers 32.68). [ANNEX 4. Taula 5].

Les diferències per ambdós grups en els diferents factors de personalitat els podem observar visualment en la Figura 19. Les diferències més significatives es donen al factor de "neuroticisme", seguit del factor d'"extraversió" i el factor de "responsabilitat".

Així doncs, tal com els mateixos resultats suggerien en l'anterior pas, també es troben diferències significatives entre ambdós grups en quant a factors de personalitat, amb un perfil més negatiu pel que fa als subjectes del grup

d'estudi vers el perfil dels individus del grup control. Els interns del grup d'estudi van mostrar, per una banda, una major labilitat emocional i introversió, i per l'altra, menor amabilitat i responsabilitat que els subjectes del grup control.

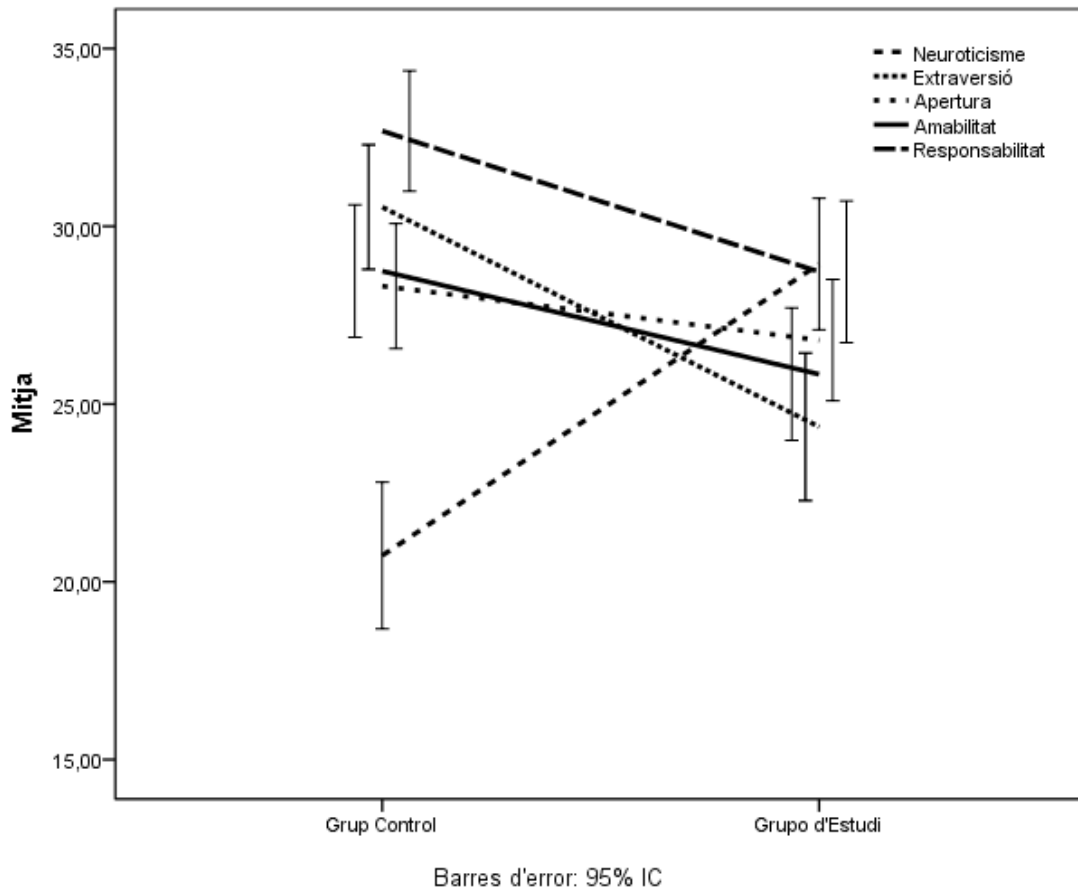


Figura 20. Mitges i intervals de confiança per ambdós grups en els 5 factors de personalitat de la prova NEO-FFI.

Un cop reconegudes aquestes diferències entre grups, la següent pregunta que ens vam plantejar va ser si era possible conèixer si existia la possibilitat de predir el grup de pertinença dels interns a partir de les seves puntuacions a la prova NEO-FFI. Per realitzar la capacitat predictiva de la prova es va realitzar un nou anàlisi de regressió logística binària, amb la variable d'agrupament com a variable dependent, i les puntuacions totals en el factor del NEO-FFI, com a variables independents. De la mateixa manera que al cas anterior, es va optar per realitzar el procediment de selecció cap enrere del model definitiu, utilitzant com a criteri d'ajust la raó d'avantatges.

El model final es va sintetitzar en 4 passes, retenint només 2 dels 5 factors del NEO-FFI utilitzats com a predictors, i obtenint un ajust baix a les dades ($-2LL=101.99$; R^2 de Cox y Snell=.307; R^2 de Nagelkerke=.409). Tot i així, la prova de Hosmer i Lemeshow ens indica un ajust adequat al model de dades ($\chi^2=5.099$; g.l.=8; $p=.747$). La inspecció dels coeficients dels predictors inclosos finalment en el model va mostrar que el factor de “neuroticisme” té un major pes ($B=.158$; $RV= 1.17$) que el factor d’“extraversió” ($B=-.087$; $RV=.92$). [ANNEX 4. Taula 6].

Tal i com esperàvem a partir dels resultats obtinguts als índexs d’ajust, la capacitat predictiva del model de regressió logística va ser modesta, amb només un 73% d’èxit. Es van cometre errors en 27 casos, dels quals 14 van ser falsos negatius (subjectes del grup d’estudi que es van atribuir al grup control), i 13 van resultar falses alarmes (subjectes del grup control als quals se’ls va pronosticar com a grup d’estudi). [ANNEX 4. Taula 7].

5.2.3. Anàlisi de la Conducta Violenta Auto-dirigida

Un dels objectius específics del present estudi era avaluar si existien tipologies comuns en la consecució d’aquest tipus de conducta. En aquesta part de l’anàlisi, tenint en compte que tots els subjectes han realitzat la conducta objectiu, el nombre de conductes va ser la variable clau.

En agafar com a variable principal el nombre de conductes (variable quantitativa), ens trobem amb una problemàtica metodològica. Un nombre important de subjectes ($n=18$) van realitzar la conducta més de 10 vegades al llarg de la seva condemna, fins al punt de que els resultava complicat determinar una xifra exacta. Per aquest motiu la mateixa variable tenia retallat el seu límit superior. Per tant, es fa necessari discretitzar la variable original, transformant-la així en una variable ordinal amb tres categories: un únic intent ($n=9$), varis intents (menys de 10 intents; $n=23$), i múltiples intents (més de 10 intents; $n=18$). Seguidament, i de la mateixa manera que en la fase anterior, aquesta variable va ser sotmesa a contrast bivariat amb totes les variables del grup d’estudi, que es referien a diferents motius com: l’edat de la conducta

autodirigida, la motivació de la mateixa, el lloc, el mètode, el moment del dia, el dia de la setmana, desencadenant, existència de problemes amb la institució, la família, la condemna, els funcionaris o els companys, la resolució dels fets, i possibles propostes i millores. Tot i que moltes de les variables eren dicotòmiques, també existien variables quantitatives i polítòmiques. Per a les variables quantitatives es va utilitzar una anàlisi de variances univariats (ANOVA), a diferència de la resta de variables amb les quals es va treballar a partir de la prova chi-quadrat.

En el cas de la única variable quantitativa, l'edat de la conducta autodirigida avaluada, l'anàlisi de variances ens va mostrar un efecte significatiu del factor "nombre d'intents" ($F= 4,451$; g.l.=2; $p<.05$). Les proves realitzades *post-hoc* (DHS de Tukey, Scheffé i Bonferroni) van determinar que els dos grups amb una diferència significativa van ser el de subjectes que havien dut a terme múltiples intents (edat mitja= 25,94 anys) vers el grup de subjectes que va dur a terme varis intents (edat mitja=32,7 anys), a diferència del grup de subjectes que respon haver dut a terme la conducta un únic cop (edat mitja= 27,67 anys) en el qual no s'observen diferències significatives respecte els dos grups anteriors. Sembla ser, segons els resultats obtinguts, que el grup que va dur a terme la conducta més de 10 vegades va ser el més precoç, mentre que el que va realitzar amb un nombre inferior a 10 intents va ser el que va tardar més en el temps, situant-se d'aquesta manera en una posició intermèdia els interns que només van dur a terme la conducta una vegada.

En cas de la resta de variables (dicotòmiques i polítòmiques), la prova chi-quadrat no va trobar associació significativa amb cap d'elles amb la variable de "nombre d'intents". Donada l'absència de resultats concloents, es van realitzar nous contrast bivariats amb les variables comuns a ambdós grups (d'estudi i control), utilitzades a la primera fase, amb la finalitat de comprovar si aquestes variables mostraven relació amb el nombre de conductes auto-dirigides. Només dues d'aquestes variables van mostrar estar associades amb el nombre d'intents: el temps total de la condemna (quantitativa) i el consum d'heroïna (dicotòmica).

Tenint en compte el temps total de la condemna, l'anàlisi de variances va trobar un efecte significatiu del nombre d'intents ($F=5,766$; g.l.=2; $p<.01$). Concretament, les proves realitzades *post-hoc* van trobar mitjanes significativament més baixes pel grup que va realitzar només un intent (temps mig de condemna= 10,89 anys), vers el grup que respon haver realitzat varis intents (temps mig de condemna= 17anys) o múltiples intents (temps mig de condemna= 19,78 anys), resultats que ens suggereixen que el nombre d'intents és proporcional al temps de condemna. Fent referència al consum d'heroïna (chi-quadrat= 7,545; g.l.=1; $p<.05$; $\Phi=.388$; $p<.05$) va ser major del que esperàvem en el grup que va realitzar varis intents, sent menor del que s'esperava en el grup que només va realitzar un intent. Dins del grup que va realitzar múltiples intents no hi va haver diferències entre el que es va observar i el que s'esperava.

D'aquesta manera, els resultats obtinguts utilitzant exclusivament el grup d'estudi no són concloents, i no ens indica que existeixi un conjunt de variables que puguin permetre'ns establir diferents tipologies d'interns en funció del nombre de conductes auto-dirigides, tot i que s'han trobat certes diferències entre els que van dur terme la conducta d'estudi només una vegada, els que ho van intentar més d'un cop, i els que ho van admetre haver realitzat més de 10 intents.

Donada l'absència de relacions bivariades clarificadores entre les nostres variables d'agrupament i la resta de variables analitzades, partint de la finalitat de maximitzar les possibles diferències entre els tres grups d'interns (amb una sola conducta autodirigida, amb varies conductes autodirigides i amb múltiples conductes autodirigides) es va realitzar una anàlisi de correspondències múltiples. L'anàlisi de correspondències múltiples és una tècnica descriptiva que permet maximitzar la relació entre les categories de les diferents variables incloses en el model, i la separació entre els subgrups de subjectes creats per les mateixes categories. Per aquest motiu s'assigna, mitjançant un procediment iteratiu, quantificacions d'ambdós entitats (variables i subjectes) en un espai comú de dimensions ortogonals (és a dir, independents entre les mateixes), de tal manera que les quantificacions esmentades representen amb una gran aproximació les possibles relacions originals entre els subjectes i les categories

de les variables. D'aquesta manera, cada dimensió de la solució proporcionada funcionarà com una escala que representi les relacions entre els subjectes i les categories de les variables, d'una manera amb la que cada subjecte es situarà pròxim dins l'espai a aquelles categories que li puguin ser afins, allunyant-se així d'aquelles categories que no li corresponguin. Com es tracta d'un procediment iteratiu, no es fa cap menció sobre les relacions que podrien existir entre variables i subjectes, el que és adequat per les nostres dades, on els procediments estadístics tradicionals no han trobat associacions significatives entre les variables d'interès.

Es va proposar una solució, incloent en el model inicial totes les variables exclusives del grup d'estudi, i eliminant del mateix aquelles variables que contribuïssin d'una manera poc rellevant important a les dimensions dels model. Finalment, el model va retenir 6 variables amb un ajust acceptable, complint d'aquesta manera amb els criteris de parsimònia i d'ajust adequat a les dades. La primera dimensió indicava que el 39,98% de la inèrcia original que contenen les dades, amb una alfa de Cronbach de .700, i la segona dimensió reflectia el 35,69% de la inèrcia, amb una alfa de Cronbach de .640.

La relació de les variables del model amb cada una de les dimensions de la solució es quantifica mitjançant les mesures de discriminació, la interpretació de les quals seria semblant a la de les saturacions al quadrat d'un model d'anàlisi factorial. Les mesures de discriminació corresponents al nostre model (veure Taula 5.8) ens indica que les variables relacionades amb la dimensió 1 són les corresponents al mètode de conducta auto infligida (.626) i a les propostes i millores plantejades pels interns del grup experimental (.625). D'altre manera, les variables més relacionades amb la dimensió 2 són aquelles que corresponen al dia de la setmana que es va dur a terme la conducta auto infligida (.583) i la motivació de la mateixa conducta (.454).

	Dimensió		Mitja
	1	2	
Motivació de la Conducta Auto Dirigida	,472	,454	,463
Mètode Conducta Auto-Dirigida	,626	,265	,445
Dia de la Setmana	,460	,583	,521
Propostes y millores	,625	,328	,477
Freqüència de Conductes Auto-Dirigidas	,213	,425	,319
Total actiu	2,399	2,141	2,270
% de la variança	39,982	35,688	37,835

Taula 2. Contribucions de les variables transformades a les dimensions de la solució del anàlisi factorial, inèrcia total per dimensió i percentatge de variança explicada per a cada dimensió.

La inspecció de la solució en dos dimensions per les categories de les 6 variables incloses en el model ens permet apreciar d'una manera més clara la relació de les diferents variables transformades amb les dimensions de les solucions. En la Figura 5.2 es pot observar la posició d'un espai bidimensional de les diferents categories de les 6 variables incloses en el model. La dimensió 1 (horitzontal) està principalment relacionada amb el mètode de conducta autodirigida i amb les propostes i millores plantejades pels interns, tot i que totes les variables (menys la freqüència de conductes auto dirigides) resulten estar bastant relacionades amb la mateixa. Respecte al mètode utilitzat, es pot observar que la dimensió 1 distingeix entre el degollament i la intoxicació (situats a l'esquerra) i a la resta de propostes. Finalment, en referència a la motivació de la conducta, la dimensió 1 distingeix entre el crit d'atenció (situada a l'esquerra) i la resta. Pel que fa a la freqüència de conductes auto-dirigides, el grup que només va realitzar un intent va ser el més pròxim a aquestes

categories, per tant, aquest grup aquest està associat als mètodes de degollament i intoxicació, a la crida d'atenció com a motivació, i a la necessitat d'un major contacte amb l'exterior.

La dimensió 2 és la que està més relacionada amb la freqüència de conductes auto-dirigides, amb el grup que va dur a terme diversos intents a la part superior, el que respon haver realitzat múltiples intents situat al centre, i el grup que només ho va intentar una vegada situat a la part inferior. Una altre variable important dins d'aquesta dimensió és la que es refereix al dia de la setmana, amb el cap de setmana situat a la part superior, i els dies laborables situats a la part mitja. Finalment, la motivació de la conducta auto-dirigida també està bastant relacionada amb aquesta dimensió, distingint entre els desitjos de morir (situats a la part superior) i la resta de motivacions. Tenint en compte la posició dels grups, podem observar que l'existència de diversos intents de conducta auto-dirigida s'associa al cap de setmana i als desitjos de morir, i igualment als problemes familiars i amb la condemna. De la mateixa manera, està també relacionat amb l'ús de la sobredosi com a mètode, el que sembla indicar que aquest grup és el que més perill suposa en quant a conductes auto-dirigides, ja que normalment està motivat pels desitjos de morir, els mètodes que utilitza són més perillosos, i a més, ho intenta el cap de setmana, quant existeix una major probabilitat de que la conducta tingui l'èxit esperat.

Tanmateix, el grup que va respondre haver realitzat múltiples intents de conducta auto-dirigida presenta diferències considerables respecte a l'anterior, ja que s'associa amb intents en dies laborables (quan és més difícil que els intents tinguin èxit), els seus mètodes inclouen els incendis a la cel·la o la ingesta d'objectes, i les seves motivacions normalment estan dirigides a les reivindicar o a desviar la violència.

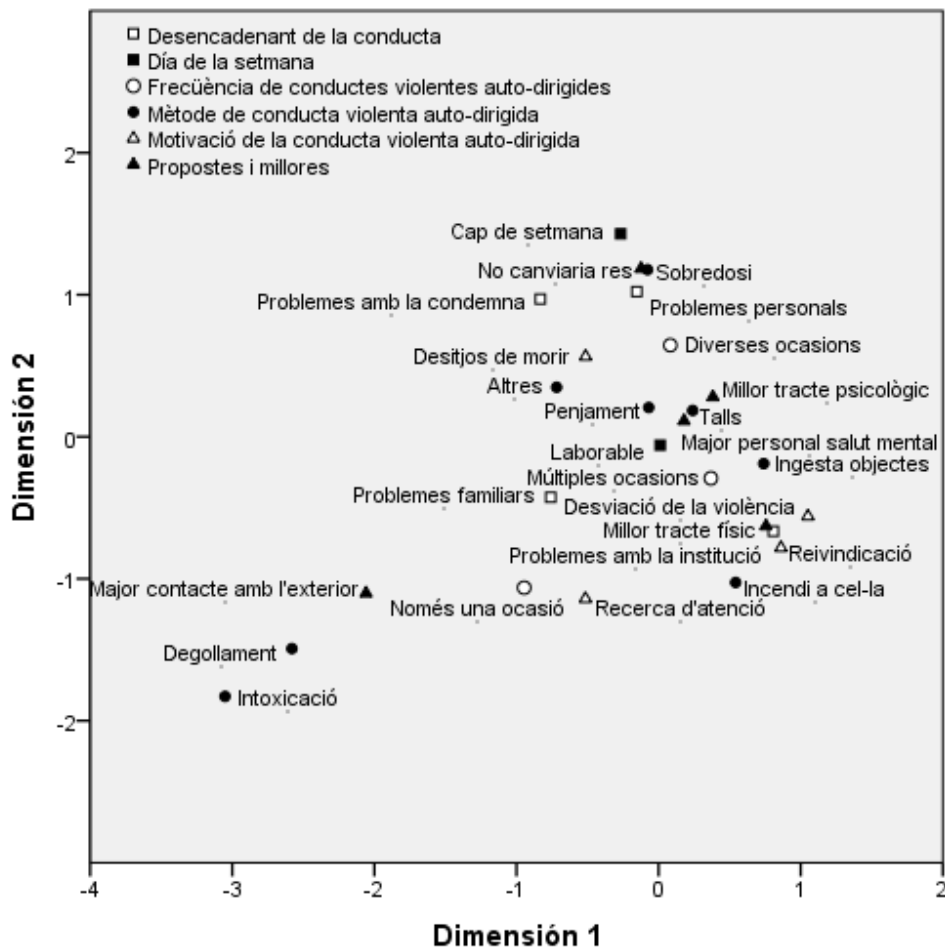


Figura 21. Representació de les categories de les 6 variables seleccionades pel model d'anàlisi de Correspondències en l'espai bidimensional de la solució.

Així doncs, cadascun dels grups ens mostra característiques diferents respecte a la motivació de la seva conducta, al mètode de lesió utilitzat, al moment escollit per realitzar la conducta, i a les reivindicacions que plantegen. La Figura 5.3 mostra la posició en el mateix espai bidimensional dels 50 subjectes del grup experimental, diferenciats en relació a la freqüència de conductes auto-dirigides. Es pot observar que hi ha bastant solapament entre els 3 grups, el que ens indica que el model no aconsegueix discriminar totalment en quant a aquestes 3 tipologies de conducta auto-dirigida en funció de les variables utilitzades. No obstant, els subjectes amb diversos intents tendeixen a situar-se a la zona superior, els de múltiples intents a la zona intermèdia, i els d'un únic intent a la zona inferior.

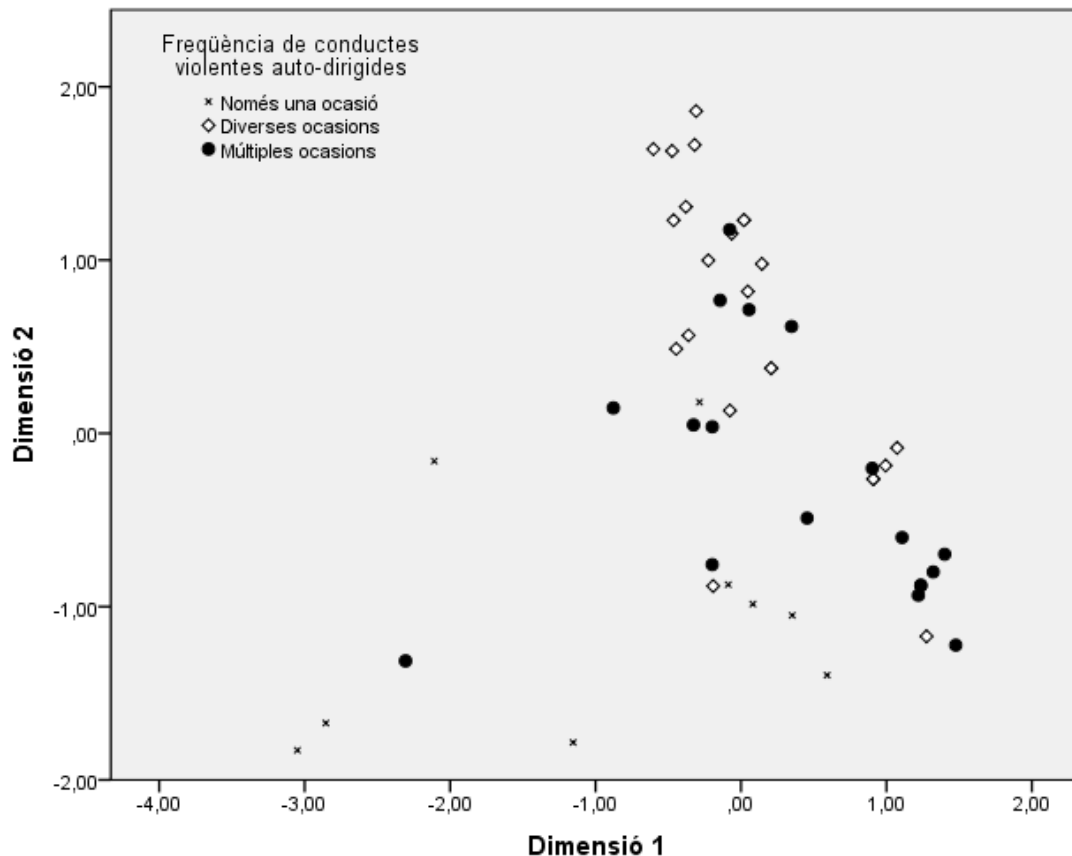


Figura 22. Representació dels tres grups de subjectes amb conductes autodirigides en l'espai bidimensional de la solució de l'anàlisi de correspondències.

Com a resum, en aquesta segona fase de l'estudi hem intentat caracteritzar al grup d'estudi en funció de la freqüència de conductes auto-dirigides. No obstant, a diferència del que succeeix en la primera fase, no s'ha trobat una relació de pes entre nostra variable d'agrupament i la resta de variables recollides pels subjectes d'aquest grup. Una de les possibles raons per aquest resultat es que tenim una mostra més petita ($n=50$) subdividida en 3 grups, així, es configura com una mostra molt reduïda i, com a conseqüència, és fa més difícil trobar uns efectes estadístics clars. Tampoc podríem descartar que no hi hagin grans diferències dins del grup d'estudi, i que el nombre d'intents estigui més relacionat amb el temps d'estància a la presó (i per tant, amb el temps de condemna), la qual cosa ja es va posar de manifest en l'ANOVA, on es van observar diferències significatives entre els 3 grups en relació a la duració de la seva condemna.

6. Discussió

S'han trobat clares diferències en algunes variables en relació als resultats estadístics respecte el grup d'estudi i el grup control. L'existència de diferents perfils entre els grups avaluats ja es va assumir des d'un principi tenint en compte la literatura existent respecte la temàtica. Tot i això, no totes les variables ens reflecteixen diferències estadísticament significatives:

Pel que fa a l'edat en què es va realitzar la conducta, les dades obtingudes ens mostren diferències entre ambdós grups. Tanmateix, i en la mateixa línia que altres investigacions, dins del propi grup d'estudi s'observen diferències si tenim en compte el nombre de conductes violentes auto-dirigides realitzades. Els interns més joves destaquen per un nombre de conductes més elevat, al contrari que aquells que ho han intentat menys vegades, que tenen una edat més elevada. Cal tenir en compte que el nombre de fets no van tenir sempre la mateixa gravetat, per aquest motiu el risc associat a l'edat podria estar relacionat a que les persones més joves poden ser més impulsives i tenen menys estratègies de confrontament (ja sigui per la mateixa edat com perquè no han tingut temps suficient per adaptar-se a l'entorn penitenciari). Això provoca que realitzin més conductes auto-dirigides, augmentant així les probabilitats dels resultats greus o fatals. És a dir, el risc associat a edats joves podria estar més relacionat amb l'oportunitat del resultat que amb la pròpia intencionalitat suïcida. Aquests resultats ja els manifesta Rivlin et al. (2012) en el seu estudi, en el qual els autors van trobar diferències entre aquells interns que ho van intentar i aquells que ho van aconseguir, essent més joves els del primer grup.

Respecte a l'estat civil, el present estudi no va trobar diferències significatives entre ambdós grups, tot i que a nivell descriptiu sí es van observar diferències respecte els percentatges. Els interns que pertanyien al grup d'estudi van mostrar en una mesura més petita que tenien una relació de parella (tant en situació de matrimoni com de parella estable). Estadísticament, el que va despuntar en relació a aquesta variable va ser la "Ruptura de parella", sent molt més freqüent en el grup d'estudi que en el grup control. És a dir, que els interns que pertanyen al grup de casos tenen més dificultats per tenir o mantenir una

relació de parella estable. Aquests mateixos resultats es posen de manifest també en investigacions prèvies, on s'estableix aquest element com un factor de risc pels sentiments de soledat o desesperació que pot generar una situació privativa de llibertat.

Respecte al tipus de delicte, aquest estudi no va trobar diferències significatives en aquesta línia. De fet, els delictes que normalment s'assumeixen amb un major risc han estat presents amb percentatges més elevats en el grup control ("contra la llibertat sexual", "violència de gènere" i també, tot i que, amb diferències molt petites "l'homicidi" i "l'assassinat"). Pel grup d'estudi el percentatge més elevat es va donar en "robatori amb violència i intimidació", i tot i que a primera vista no sorprèn pel volum poblacional que representa aquest delicte respecte d'altres més greus, és igualment destacable ja que aquesta circumstància és comuna en ambdós grups. Aquest resultat es contradictori respecte els resultats d'investigacions prèvies, però segueix la mateixa línia d'estudis com els de Rivlin et al. (2013), en els que els autors a més de no trobar diferències respecte el tipus de delicte tampoc les van trobar analitzant únicament si existia violència o no als delictes. Això podria estar relacionat amb el fet de que per les pròpies característiques "d'interns més comuns", aquests passen més desapercebuts en quant a la problemàtica. D'aquesta manera, es produeix una subestimació del risc, i per tant, possibles errors en la detecció de casos. És importat destacar que s'han tingut en compte una gran quantitat de delictes, i per això també és possible que no s'hagin trobat diferències significatives com a conseqüència del volum de la mostra.

Fent referència al temps total de la condemna dels interns, s'han trobat diferències significatives entre ambdós grups. Aquest resultat coincideix amb els observats en altres investigacions, on s'estableix que llargues perspectives de condemna suposen un important factor de risc pels sentiments i cognicions que poden desencadenar. Per altre banda, també és lògic que quant més llarg és el temps d'estància a la presó, majors probabilitats existeixen de portar a terme una conducta autodirigida. Les llargues estàncies a la presó a més de desencadenar sentiments i/o cognicions negatives sobre el futur, poden també generar el que es coneix com "fenomen d'institucionalització", fet que consisteix en interioritzar (en menor o major mesura) l'estil de vida dins de la presó com

quelcom propi. Quan un intern interioritza aquest estil de vida només així se sent còmode, i quan es troba davant d'una situació de llibertat pot experimentar forts sentiments de por i sensació d'incapacitat d'afrontar la nova situació. En el pitjor dels casos podria desencadenar una conducta auto-lesiva greu i/o temptativa de suïcidi.

Respecte a la història criminal, igualment que pel temps de condemna, les diferències obtingudes entre ambdós grups coincideixen amb la literatura existent. Aquelles persones que han tingut més contacte amb l'àmbit judicial (afegint edats per sota dels 18 anys) són persones que tenen un major risc de manera inherent i que tenen clares dificultats per adaptar-se al medi social. Aquests estils de vida, que generalment estan relacionats o són conseqüència d'altres problemàtiques, poden generar al mateix temps, sentiments de frustració, soledat, baixa autoestima i falta de recursos d'afrontament quan la persona es troba dins de presó. De la mateixa manera que es defineix a l'OMS, el suïcidi és conseqüència d'una combinació de factors. Una història de vida marcada per problemes d'adaptació social i amb diverses entrades a l'àmbit judicial fa que es pugui intuir una combinació de factors de pes que acompanyen a la persona. Aquests resultats coincideixen amb els obtinguts pels estudis de Jenkins et al. (2005) i Carli et al. (2011), en els que les detencions a edats anteriors als 18 anys estaven presents de manera significativa en el grup de casos. Al nostre estudi, és important destacar també, que donada la dificultat de trobar informació contrastable respecte el tema, només es va afegir un valor "1" per aquells casos que havien estat detinguts abans dels 18 anys, amb la qual cosa podem dir que s'ha realitzat una subestimació en alguns casos on es coneixia que hi havia més ingressos a justícia de menors.

Els resultats obtinguts respecte a la variable d'Història de la conducta auto-dirigida coincideixen amb la literatura existent tot i que no en la seva totalitat. Per una banda, s'han trobat diferències significatives entre ambdós grups, és a dir, aquelles persones que ha realitzat la conducta auto-dirigida dins de presó tenen més probabilitats de tenir historial previ fora de presó que aquells que no tenen registre d'aquest tipus de conducta dins l'àmbit penitenciari. Per altra banda, tot i que la majoria d'estudis apunten aquest factors com un dels més

importants, i amb més capacitat predictiva, el present estudi descarta aquesta variable com una de les predictores a través de l'anàlisi de regressió logística.

Respecte a les dades obtingudes en relació a la variable "Consulta amb un professional de la salut mental", observem que concorden amb la literatura ja existent. Alguns dels factors de risc més defensats per diversos estudis són els relacionats amb la salut mental. Partint d'aquesta dada, podria semblar obvi que hi hagin diferències significatives entre ambdós grups respecte al fet d'haver consultat a un professional de la salut mental, o haver estat sota tractament mental, almenys un cop. Dins de les variables referents a la salut mental, l'avaluació de la presència de Trastorn Mental Sever posa de manifest que patir Esquizofrènia augmenta el risc de dur a terme una conducta auto-dirigida greu i/o conducta suïcida. Als resultats obtinguts no s'observen diferències per altres trastorns com sí indica la literatura existent (Trastorns Depressius, Trastorns Bipolars, i Trastorns per Abús de Substàncies) (Hawton & Heeringen, 2009; Jekniks et al., 2005; i Sarchiapone et al., 2009). Això es podria explicar tenint en compte que, per una banda, els trastorns depressius estan més presents en la població femenina que en la població masculina, i per una altra banda, que en molts casos els diagnòstics informats pels interns no es van poder confirmar de la mateixa manera per a tots, com a conseqüència de la confidencialitat i l'accés a aquest tipus de dades. És possible que això sigui una limitació a l'hora d'interpretar aquests resultats. Aquesta mateixa limitació es va trobar a l'anàlisi de la variable "Trastorn de la Personalitat". Aquest tipus de trastorns, en moltes ocasions són diagnosticats de manera difusa, i només fent referència al Clúster B, on generalment s'inclouen aquells interns amb Trastorn de la Personalitat. Aquesta informació segueix la mateixa línia que la d'altres investigacions, tant per la població general com per la població penitenciària, ja que conformen el grup de Trastorns de Personalitat amb una inestabilitat emocional més gran. A més, té sentit si observem que una part important de la població penitenciària es defineix amb un Trastorn de Personalitat Antisocial o es caracteritza per trets del mateix. Malgrat això, com hem comentat, aquest resultat s'ha d'assumir amb cautela, ja que hem de tenir en compte les dificultats dels propis interns per explicar i especificar el propi trastorn. Per obtenir dades més fiables respecte al tema, seria necessari poder

comptar amb la col·laboració dels serveis mèdics i poder accedir a la informació diagnòstica fiable. S'ha d'afegir, que el present estudi no inclou a aquells interns que compleixen una mesura de seguretat i conviuen als mòduls de psiquiatria, per aquesta raó es poden haver fet subestimacions respecte alguns trastorns.

Respecte als problemes de salut física, la infecció més relacionada és, segons els nostres resultats, la Hepatitis C. Ens sorprèn el fet de que el virus de VIH, en un principi destacat com un dels més comuns a la literatura, i amb una representació moderada dins l'àmbit penitenciari, no destaquí de manera significativa en el grup d'estudi respecte del grup control. Només 10 dels 100 interns entrevistats van explicitar estar diagnosticats de VIH, sent 5 del grup de casos i 5 del grup control. Les proporcions per Hepatitis C van ser 20 per al grup de casos vers 6 pel grup control. A més, els 5 interns del grup d'estudi que van indicar ser positiu en VIH estaven també diagnosticats d'Hepatitis C, a diferència del grup control en el que només 2 dels 5 tenien també Hepatitis C. És comú trobar persones diagnosticades de VIH que també ho estan d'Hepatitis C, ja que les vies de risc de contagi per ambdues patologies són: la sang, el consum de drogues, traspàs de material d'injecció sense esterilitzar, relacions sexuals de risc i/o tatuatges sense material específic i controlat. Tot i que per la Hepatitis C existeixen probabilitats de cura, el més habitual és que la infecció es cronifiqui. Pot presentar diferents genotipus, uns més fàcils de curar que d'altres. Patir el genotip 1, dificulta les probabilitats d'èxit en el tractament. Respecte a les dades relacionades amb el diagnòstic de VIH, es podria pensar que l'estigma associat a la malaltia podria haver influït a l'hora de reconèixer el diagnòstic per part dels interns, tanmateix, aquesta explicació no acaba de convèncer si tenim en compte que sí ens han informat del diagnòstic d'Hepatitis C. És important destacar que el tractament amb retrovirals ha influenciat en els millors pronòstics de la malaltia, fent que les taxes de suïcidi per a aquests pacients hagin disminuït segons ens especifica la *Guía pràctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*.

Els resultats per a la variable “Abús de substàncies” ens defineix que el consum d’algunes substàncies poden suposar un factor de risc en la realització de conductes auto-lítiques importants. Concretament, quan analitzem el consum de cada substància per separat, podem veure la relació significativa entre el consum de marihuana, haxís i heroïna, i l’augment del risc en les conductes auto-dirigides greus i/o temptatives de suïcidi. Generalment, de les tres substàncies esmentades, la que podria generar una major preocupació és la heroïna, degut a les conseqüències físiques (més visibles en menys temps) i la freqüent correlació que presenta amb malalties infeccioses greus (VIH i Hepatitis C principalment). Tot i això, en les nostres anàlisis podem observar una important relació entre el consum de marihuana i la realització de la conducta auto-dirigida greu, més que en els casos de consum de haxís o d’heroïna. Cal destacar que les 3 substàncies es caracteritzen per atacar al Sistema Nerviós Central d’una manera molt similar, atès que totes produeixen una sensació de relaxació, de benestar, somnolència i aïllament social, és a dir, efectes depressors. Aquests efectes són buscats generalment com a estratègia d’enfrontament a diverses situacions adverses, aconseguint així rebaixar la sensació d’ansietat i nerviosisme. La diferència entre subjectes que consumien i subjectes que no ho feien entre ambdós grups va ser de 22 per la marihuana, i 17 per al haxís i la heroïna. Una explicació de la importància del consum de marihuana per sobre de la heroïna és que en la mostra no s’hagi comptat amb els interns que tenien registres de sobredosis greu. Molts estudis inclouen les morts per sobredosi dins de les morts per suïcidi. En el present estudi es va descartar fer-ho d’aquesta manera ja que preferíem centrar-nos principalment en els registres de conducta auto-dirigida greu i temptativa de suïcidi, descartant així aquells casos en què es desconeix la intencionalitat clara de la conducta de fer-se mal o acabar amb la pròpia vida. Entenem que una part de les sobredosis poden no haver sigut motivades per una intencionalitat suïcida i poden estar relacionades amb l’estat físic del subjecte en el moment del consum, amb un mal ús de la pròpia substància, o la desconeixença de l’adulteració de la substància entre d’altres, més que a la pròpia intenció clara de fer-se mal.

Un resultat que també ens crida l'atenció, respecte als nostres resultats, és l'absència de relació entre tenir història d'abús a la infància i la realització de conductes auto-dirigides greus i/o suïcides. Els estudis redactats per Rivlin et al. (2013) fent ús de la "Child-hood Trauma Questionnaire" van deixar constància de que aquesta variable sí augmenta els risc en les conductes auto-dirigides. Un dels possibles arguments que podria explicar els resultats obtinguts podria ser que els episodis de violència sexual són més usuals en la població femenina. Cal afegir que és un tema més difícil de reconèixer pels homes, per l'estigma associat al mateix fet. De fet, en aquest estudi, realitzat en població masculina, també es va observar que no existien diferències referents a la violència sexual, tot i que sí es van trobar diferències respecte a la negligència, i la violència física i psicològica. Per una altra banda, l'avaluació d'haver patit abusos a la infància, en el nostre cas no es va fer d'una manera tant estandaritzada, ja que només es va tenir en compte la informació aportada pels propis interns. En alguns casos, el fet d'entrar a presó va suposar un major vincle relacional amb la família, segons explicaven els mateixos participants, deixant de banda els episodis familiars negatius i parant atenció al moment actual. Entenem que reconèixer certs episodis passats, tant si la relació amb la família ha millorat com si no, és difícil, i encara més si l'entrevista és realitzada per una persona desconeguda, com era el cas. Per últim, en moltes ocasions era un tema difícil de tractar a les entrevistes, ja que per a molts interns els abusos durant la infància estaven directament relacionats amb episodis de violència sexual o violència física, però els costava identificar la violència psicològica i la negligència. D'aquesta manera, entenem que s'han pogut produir subestimacions al respecte.

La mort d'un ésser estimat al llarg de la condemna sí va resultar estar relacionada amb l'augment del risc de la conducta auto-dirigida greu. 43 interns que pertanyien al grup d'estudi vers els 15 del grup control van afirmar haver patit la mort d'un familiar estant dins de la presó. Viure un fet traumàtic pot suposar un factor de risc tant en la població general, com en la població penitenciària (Beautrais, 2003; Quin, Agerbo & Mortnesen, 2003; Wolfersdorf, 2008; Blaauw, 2005). Tot i això, es pot entendre que en una situació de privació de llibertat i amb els sentiments de dol, puguin sorgir d'altres relacionats amb

la pròpia persona (com és el cas de la culpa o la decepció) fet que augmenta encara més el risc. Per alguns interns el fet de que una persona estimada mori durant la seva estància a la presó, i en conseqüència, no poder recolzar a la família com ells voldrien, o fins i tot no haver pogut acomiadar-se del familiar en qüestió, fa necessàries unes estratègies de confrontació de les quals no disposen, fent que augmenti així el risc. Entre els desencadenants avaluats en el grup de casos, només un 12 % va indicar la mort d'un ésser estimat com la causa de la conducta. Aquest fet ens fa plantejar que viure una situació d'aquestes característiques marca d'una manera molt significativa la història d'una persona, situació, que si s'afegeix a altres situacions adverses pot desencadenar desitjos de morir.

En la mateixa direcció que la mort d'un ésser estimat apunta la variable de "trencament de la relació de parella", la qual també ha resultat significativa a l'hora de dur a terme les conductes auto-dirigides greus. En moltes ocasions, trencar una relació de parella pot suposar la percepció de la pèrdua total de recolzament per part de l'exterior, el que fa usual l'augment dels sentiments de soledat, desesperança i pèrdua d'autoestima. A més d'haver trobat diferències entre el grup d'estudi i el grup control, entre les causes precipitants relacionades amb la família, els problemes de parella van situar-se en primer lloc. Moltes vegades no es fa necessari que es trenqui la relació, sinó que la falta de contacte, sentiments de decepció, de gelosia, de desconfiança, i la baixa tolerància al fet de no saber què passa fora poden desencadenar forts sentiments de desesperança. En alguns casos, a més, es fa difícil assumir les llargues estàncies a presó i determinats delictes per part de les parelles, i el que podria entendre's com una forta relació de parella, pot veure's afectada per la mateixa situació. El fet de no poder gestionar la situació des de dins, produeix una impotència que es fa difícil de controlar. Si més no, alguns dels interns entrevistats, van reconèixer que havien utilitzat la conducta auto-dirigida (en els casos de les conductes menys greus) com a mètode instrumental cap a la seves parelles.

Un 34% dels interns del grup de casos van indicar que tenien antecedents de suïcidi (temptativa o consumat) en familiars de primer grau. Va ser un percentatge estadísticament més alt que el que esperàvem, fet que reflecteix que existeix una relació entre aquesta variable i el risc de dur a terme la conducta suïcida. Un resultat semblant va trobar Rivlin et al. (2013) al seu estudi, on s'observava que un 45% dels interns del grup d'estudi havia passat per una situació d'aquest tipus. A l'estudi de Sarchiapone et al. (2009) els autors van indicar que un 17,6% dels interns que ho havien intentat i un 10,4% dels interns que havien valorat seriosament l'opció del suïcidi, tenien antecedents familiars de suïcidi. Si la transmissió generacional d'aquest tipus de conductes s'accepta, entenem que els fills d'aquells interns que pertanyin al grup de casos tindran un risc més alt que els fills dels interns del grup control.

Un 70% dels interns que pertanyien al grup d'estudi van ametre tenir una bona xarxa de recolzament externa (familiars, parella, amics o altres referents importants), vers el 30% que van indicar no tenir cap recolzament extern. Aquest resultat no coincideix amb el d'altres estudis realitzats prèviament, com és el de Rivlin et al. (2013) i Dear et al. (2001), on es va trobar que, per norma general, aquells subjectes que havien dut a terme una conducta suïcida tenien xarxes de recolzament més empobrides. Una explicació que pot acompanyar a aquest resultat estaria en la mateixa línia que els resultats relacionats amb l'abús durant la infància. Resulta difícil acceptar el poc contacte amb l'exterior i la manca de recolzament familiar, per aquest motiu els interns intenten donar una visió idealitzada respecte a la relació amb l'exterior. En les entrevistes realitzades, quan els subjectes responien de manera afirmativa al fet de tenir recolzament extern, se'ls preguntava també pel tipus de contacte i l'assiduitat del mateix, a més de la seva percepció sobre el recolzament. Molts interns reconeixien tenir poques visites o poc contacte, tot i que mantenien la idea de sentir-se recolzats igualment. Tenint en compte la informació principal amb la que treballem (informació dels propis interns) es van assumir aquests últims casos com a afirmatius en relació a la xarxa social externa. Les investigacions que han tingut en compte aquesta variable, generalment han estandarditzat d'alguna manera aquest recolzament, examinant el nombre de trucades, visites i bis a bis realitzats pels interns.

L'adaptació al medi suposa un important factor protector a nivell general. Quan un intern canvia nombroses vegades de localització mostra una clara dificultat d'adaptació al medi, la qual cosa fa més difícil el compliment de la condemna. Per aquest motiu no ens crida l'atenció el fet que, com mostren els resultats, aquells interns que formen el grup d'estudi hagin canviat més habitualment de mòdul que el grup d'interns control. Concretament el 62% dels interns del grup d'estudi van afirmar haver canviat freqüentment de mòdul a diferència del grup control en el qual cap subjecte havia canviat. Si fem memòria, es consideraven canvis freqüents més de 2 canvis per any i compliment de diferents primers graus. Contràriament, la alternativa "cap canvi" (que només incloïa canvis relacionats amb l'evolució del tractament) va ser escollida pel 80% dels interns del grup control vers el 18% del grup d'estudi.

En referència als factors de personalitat, els resultats del present estudi ens mostren com aquells perfils "més negatius" són més susceptibles de dur a terme la conducta violenta auto-dirigida. Concretament, el risc per aquest tipus de conductes es relaciona amb elevades puntuacions a Neuroticisme i baixes puntuacions a Extraversió. També observem menys puntuacions en Amabilitat i Responsabilitat, tot i que amb diferències més petites entre grups. No es van observar diferències respecte al tret d'Apertura. Això ens indica que aquells subjectes que han dut a terme la conducta auto-dirigida són generalment més inestables emocionalment, més susceptibles de patir ansietat i una preocupació excessiva. Tenen una major facilitat per experimentar emocions negatives, més impulsivitat, més hostilitat i irritabilitat, a més de poca tolerància a la frustració. Contràriament, les puntuacions referents a l'Extraversió ens mostren subjectes que gaudeixen més de la soledat, que no demanen ajuda fàcilment i que tendeixen més al pensament que a l'acció. Aquests dos trets, a més de concordar amb la literatura prèvia (Dear et al. 2001; Sarchiapone et al. 2009; Carli et al., 2011; Rivlin et al. 2013) ens ofereixen un perfil bastant esperat per aquest tipus de conductes. A més, les puntuacions per Responsabilitat (factor relacionat amb l'autocontrol) i per l'Amabilitat (factor relacionat amb les relacions interpersonals) perfilen encara més el grup d'estudi. Aquests resultats són molt significatius si tenim en compte que ens hem trobat amb limitacions

metodològiques en referència a l'avaluació mitjançant l'instrument NEO-FFI, on la comprensió en alguns casos es feia més difícil.

Respecte als episodis previs dins l'àmbit penitenciari, ens trobem amb dos perfils molt diferenciats. Per una part, un 44% dels interns van respondre que mai havien realitzat una conducta d'aquest tipus, o només un cop, i un 36% ho havien intentat més de 10 vegades. Aquesta variable va ser clau en l'anàlisi específic del grup d'estudi, intentant conèixer si existien diferents perfils dins del mateix grup tenint com a referència el nombre de conductes prèvies. Es va observar com aquells interns més joves destacaven per un nombre més elevat d'intents, així com els casos dels interns amb condemnes més llargues de la mitja. Malgrat això, els resultats no van reflectir informació referent a perfils concrets del grup d'estudi.

Fent referència a la motivació de la conducta, un 58% responien que en aquell moment buscaven un resultat fatal, és a dir, tenien desitjos clars de mort. Alguns d'ells van comentar explícitament "Quería desaparecer, no estaba en mis manos arreglar nada", "Quería dejar de sufrir", "Me sentía un lastre y necesitaba quitarme de en medio", "No me quedaban fuerzas para luchar", "Necesitaba aliviarme", "Ya no me quedaba nada ni nadie", "Quería dejar de hacer sufrir a la familia". Aquestes afirmacions juntament amb d'altres recollides a les diferents entrevistes, van mostrar com sentiments de desesperança estan presents en aquells casos en els quals la motivació final és el suïcidi. També s'ha de destacar que el 26% van respondre haver dut a terme la conducta com a forma de reivindicació, és a dir, el seu objectiu final no era tant dirigir la violència vers ells mateixos, sinó protestar o intentar aconseguir alguna cosa a través de la conducta. Aquest tipus de conductes estarien dins de les anomenades "Conductes Instrumentals", on la conducta és només una manera d'arribar a un objectiu.

Respecte al lloc de realització de la conducta, les dades ens indiquen que el més habitual es que es realitzin als mòduls ordinaris de residència. Seguidament, destacarien els primers graus i en tercer lloc (tot i que amb unes diferències importants, 38%, 32% i 12% respectivament) es trobarien aquells establiments destinats als compliments de sancions (aïllament). Tot i que

alguns estudis han observat que els espais amb un major risc eren aquells més restrictius, estudis més recents com els de Marzano et al. (2011) i Rivlin et al. (2011) van trobar també que el més habitual és que les conductes es donin en les cel·les i sota un règim de vida ordinari. En la mateixa línia que es segueix pel tipus de delictes, ens plantejarem que els interns en aquest règim de vida passen més desapercebuts. Per una banda, perquè s'assumeix més risc en mòduls més restrictius, i per una altra banda, perquè es tracta de dependències on viuen més interns i on la ràtio de professionals- interns és més petita que a altres dependències. Cal afegir que en dependències com l'aïllament o el 1r grau el material del que poden disposar és més limitat i tenen una major vigilància a través de càmeres. Tot i així, a prop d'un altre terç de la mostra va indicar haver dut a terme la conducta residint a 1r grau. A més, en aquests mòduls es restringeix encara més el contacte amb l'exterior i amb els companys, així com el nombre d'hores fora de la cela.

Respecte al mètode utilitzat, el més comú va ser els "Talls auto-infligits" (36%) seguidament un 26% amb el "Penjament", i tot i que la relació entre el mètode i el nombre de conductes no va arribar a tenir significació estadística, es va apropar ($p=.066$). En aquest cas, podríem veure com persones que ho intenten menys vegades utilitzen mètodes més letals (penjament) a diferència dels que ho han intentat múltiples cops que ho fan a través dels talls. Malgrat això no es van trobar valors necessaris per poder-ho afirmar. Generalment, aquests resultats poden variar dels aportats per investigacions prèvies, on ambdós mètodes encapçalen sempre les llistes de mètodes més comuns (Dear et al. 2001; Rivlin et al. (2011); Marzano et al. 2011; Rivlin et al. 2012). Entenem que aquests mètodes juguen un paper important en referència a la letalitat i accessibilitat, i per això sempre estan presents. S'ha d'afegir que atès que l'accés al mètode és una estratègia de prevenció principal en aquests casos, aquests 2 mètodes es caracteritzen per ser fàcilment accessibles (mitjançant l'ús de llençols pel penjament i /o material d'higiene personal i fins i tot cigarretes pels talls, per exemple).

A prop de la meitat dels interns va afirmar haver realitzat la conducta pel matí , exactament un 46%, vers un 28%, que va afirmar haver-la dut a terme durant la nit. Aquest resultat és interessant si tenim en compte que les probabilitats d'un

desenllaç fatal durant la nit, és més elevat que durant el dia. Generalment, pel matí es donen les visites de l'equip tècnic, les visites del metge, programes de tractament, etc, fet pel qual, tant les oportunitats com els resultats queden bastant restringits. Una part dels interns va reconèixer haver dut a terme la conducta dins la cel·la prèviament al recompte, situació en la que poden haver resultat fortuïts, degut a possibles alteracions en el recompte (com per exemple un retard en el procediment per una causa aliena).

En relació al dia de la setmana escollit, els interns van respondre, en un alt percentatge, que va ser un dia laborable sense alteracions en quant al personal de vigilància i/o de tractament (96%). Alguns professionals de l'àmbit, durant les visites als centres, ens van avançar que és molt habitual que aquests actes es donin en dies laborables , concretament a inicis de setmana. Les visites als centres, acostumen a donar-se als caps de setmana, i és quan, en ocasions es comuniquen males notícies o fallen les visites sense conèixer els motius, etc. Aquesta situació pot generar situacions de risc després del cap de setmana.

Atenent als desencadenants de la conducta descrits pels propis interns, un 38% va indicar que el motiu desencadenant va ser un problema amb la institució, en un 26% dels casos va ser un problema amb la família, en un 8% per problemes relacionats amb la condemna i en un 28% degut a problemes personals. Es tracta d'una dada interessant, ja que tenint en compte quins són els problemes més habituals generats en la institució es poden establir millors vies de prevenció dins dels centres penitenciaris.

Dins dels problemes amb la institució, un 18% va indicar que la seva conducta tenia una clara intenció de reivindicació de certes condicions penitenciàries, com per exemple, "¡Cómo nos tienen aquí! Llevo tres días enfermo y todavía no ha venido el médico a visitarme". Un 14% va realitzar la conducta amb la finalitat d'aconseguir més contacte amb l'exterior, per exemple: "necesitaba llamar a mi madre y hablar con ella porque mi padre estaba enfermo, y no me dejaban". Un 14% va admetre que la seva motivació era fugar-se durant el seu trasllat a l'hospital o un cop hospitalitzat. Un 10% va informar que la seva conducta es derivava d'un problema amb un funcionari de vigilància, per exemple: "con este funcionario ya tuve problemas en otro módulo, ahora está

en este y va a por mí”. Finalment, un 6% va indicar que la conducta es va desencadenar per un problema amb els companys, per exemple: “ me están extorsionando a mí y a mi familia para que les de dinero porque saben que cobro una buena paga”.

Dins dels problemes familiars, se n’han distingit diversos tipus. Per una banda, un 20% dels interns va indicar que la seva conducta es va desencadenar per un problema amb la seva parella, per exemple: “me llamó y me pidió el divorcio”. Un 14% va reconèixer que buscava major atenció per part de la seva família, per exemple: “quería que vieran que yo también sufro, y necesito que vengan a verme más, que lo necesito”. Un 12% va respondre que va ser la mort d’un familiar proper la causa que li va fer enfonsar-se i plantejar-se la seva vida, per exemple: “se murió mi madre y yo no estuve allí con ella, no pude soportarlo”. Finalment, un 8% va indicar que el sentiment de decepció amb la família va ser la causa de la conducta auto-dirigida i/o plantejar-se la seva vida, com per exemple: “provengo de una familia normal, soy el único que está aquí dentro. Mi madre está enferma y la estoy haciendo venir aquí cada domingo”.

Els problemes amb la condemna van estar relacionats majoritàriament amb el nombre d’anys a complir , per exemple: si apareixien més causes o no, si es podia aplicar “ la triple de la mayor” per reduir d’alguna manera els anys de compliment, si estant en preventiu tenia oportunitats de sortir en llibertat o ser condemnat.

En relació als problemes personals, aquests fan referència en gran part als sentiments de cansament d’un estil de vida delinqüencial, a sentiments de soledat generats per les circumstàncies penitenciàries, a la pròpia decepció i a no veure possibilitats de canvi. Per exemple: “soy mayor, he entrado más de seis veces aquí. Llevo más años dentro que fuera de prisión. No tengo familia, ni casa, ni nada fuera, ¿Para qué quiero vivir así? Estoy cansado ya...”

Atenent a la resolució del fet propi, un 62% dels interns va indicar que les primeres persones en atendre’ls van ser els funcionaris de vigilància, un 30% van dir que els companys van ser els primers en reaccionar i un 8% que va aclarir que no van necessitar a ningú ja que no hi havia una intencionalitat real i

van poder resoldre el fet ells mateixos. Pel contrari, quan se'ls va preguntar per què existeix un gran nombre d'intents fallits, les seves respostes van anar encaminades cap una altra direcció: un 56% va indicar que realment no existia una intencionalitat suïcida real, i per aquest motiu no va tenir èxit; un 16% va opinar que era degut a l'atenció dels companys; i un 12% a l'atenció dels funcionaris; un 4% va argumentar causes familiars; i un 12% per altres causes. Les diferències per "atenció de funcionaris" i "falta d'intencionalitat real" van ser molt grans, del que es desprèn una falta de confiança en l'equip de vigilància, una infravaloració del seu treball i/o unes relacions poc fluïdes entre ambdós "grups". A més, veient els resultats, sembla ser que els interns tendeixen a desconfiar de les intencions quan es tracta de persones alienes.

Per últim, en preguntar sobre la seva opinió respecte a què canviarien del sistema i quines propostes i millores donarien, un 46% dels interns va explicitar que era necessari l'augment del personal de la salut mental (o almenys més accessible), un 22% va respondre que es devia millorar el tracte psicològic per part dels funcionaris de vigilància, un 12% va fer referència al tracte físic dels funcionaris de vigilància, un 12% va indicar que és necessari un major contacte amb l'exterior, i un 8% va dir que no canviaria res. Com podem observar, i en relació amb el punt anterior, un 34% va decantar-se per canvis en el personal de vigilància com a possible factor protector davant aquest tipus de conducta. Destaquem també que només un 12% va fer referència a un major contacte amb l'exterior. Com a factor clau, gairebé la meitat dels interns va escollir una millora en l'atenció en quant a la salut mental.

7. Conclusions

Les persones privades de llibertat que han dut a terme una conducta violenta auto-dirigida greu (incloent temptativa de suïcidi), tenen característiques específiques que les diferencien de la resta d'interns.

Acostumen a ser interns més joves, sense relacions de parella estables o matrimoni, marcats per una vida delinqüencial i que en moltes ocasions ja tenen un historial previ de conducta auto-dirigida. És probable que estiguin diagnosticats d'algun Trastorn Mental (especialment Esquizofrènia) o Trastorns de la Personalitat (especialment aquells que pertanyen al Clúster B). S'afegeix també podem patir les conseqüències dels abusos a substàncies, i més si es tracta de marihuana o heroïna. És molt probable que estiguin marcats per situacions significatives crítiques vitals (com és el cas de la mort d'algun familiar proper per suïcidi o que qualsevol ésser estimat hagi mort quan la persona estava dintre de presó), poden, a més, mostrar dificultats d'adaptació al centre penitenciari (dificultats que es fan evidents amb els canvis de mòdul habitual)

El present estudi va trobar que les variables que millor prediuen les conductes violentes auto-dirigides greus i les temptatives de suïcidi dins l'àmbit penitenciari són: "el temps de condemna" (a més temps de compliment de condemna, major risc), "consum de marihuana" (aquells interns que consumien substàncies de tipus depressor, presenten major risc), "Trastorn de la Personalitat Clúster B" (el diagnòstic d'un Trastorn de la Personalitat de tipus Clúster B, que es caracteritza per la inestabilitat emocional, augmenta el risc de realitzar conductes d'aquest tipus), "trencament de la relació de parella" (trencar una relació estant dins de presó augmenta també el risc d'autolesió) i "història familiar de suïcidi" (aquelles persones que tenen un familiar de primer grau que s'ha suïcidat, tenen un major risc de repetir la mateixa conducta). Fent referència als factors de personalitat, aquells interns que puntuen alt a Neuroticisme i baix al tret d'Extraversió mostren, generalment, un major risc de d'efectuar conductes auto-dirigides greus.

Finalment, aquells subjectes que es fan mal a sí mateixos de manera greu, o decideixen acabar amb la seva vida, poden haver-ho intentat prèviament moltes vegades o no. Per norma general, es tracta d'una conducta més impulsiva, i les dependències o normalment es donen són aquelles que tenen un règim de vida ordinari, en un dies laborables, i amb llum del dia. És probable, que els mètodes que utilitzin siguin els talls i el penjament, com a conseqüència de la facilitat per optar a material d'aquest tipus. Els problemes que desencadenen més habitualment aquestes conductes són aquells que estan relacionats amb la Institució i amb conflictes familiars, fent referència dins d'ambdós a les reivindicacions i els problemes de parella.

8. Punts forts i limitacions de l'estudi

8.1. Punts Forts

Un dels punts forts de la present investigació és el de poder comptar amb interns que han dut a terme la pròpia conducta d'estudi (conductes auto-dirigides greus). Aquest enfocament és el que s'utilitza en nombrosos estudis, que és com s'estableix que es pot aportar informació més fidedigna respecte a la problemàtica.

Existeix un acord respecte a que la conducta suïcida és el resultat de la combinació i acumulació de diversos factors. Per aquest motiu el present estudi fa un recull de variables de diverses tipologies, que inclouen: factors socio-demogràfics, factors d'història personal, factors relacionats amb el delicte, factors de personalitat i factors dels context penitenciari.

Es té en compte, en tot moment, la voluntarietat dels interns que participen a l'estudi, per aquest motiu se'ls avisa prèviament del contingut de l'entrevista que es realitzarà, a més de aclarir que participar en aquest projecte no té cap benefici penitenciari. D'aquesta manera, intentem apropar-nos a respostes més sinceres per part dels interns que accedeixen a participar.

Les entrevistes realitzades no van contar amb la figura de cap professional del centre. Amb lo qual la informació que es recollia d'això no es derivava de cap manera al centre. Entenem que aquestes característiques poden haver ajudat també a l'aportació de respostes més sinceres.

Ambdós grups participants a l'estudi, van ser seleccionats de manera aleatòria, amb les mateixes condicions.

8.2. Punts febles i limitacions

Una de les principals crítiques respecte de l'enfocament escollit per realitzar el present estudi és la de possibles distorsions que es poden produir de la mateixa (de manera directa o indirecta) al treballar amb informació que es basa en el record del participant. Per una banda, es pot tractar d'una limitació evident, ja que en alguns casos havien realitzat la conducta d'estudi molts anys enrere. Però, per altra banda, entenem que és un factor limitant que també s'ha tingut present amb la informació recollida en el grup control.

Altre limitació important, és l'accés a determinada informació. Recollir informació sobre la temàtica amb la qual treballem és difícil a nivell general. Tant si parlem de dades, com si ens referim als professionals que podien ser informadors clau, l'accés és difícil. Aquesta limitació està molt lligada a la proposta que fa l'OMS de tractar la temàtica amb transparència i naturalitat, per tal d'intentar que deixi de tractar-se com si fos un tema tabú. El secret que encara es manté per aquesta temàtica provoca que la recollida d'informació per crear noves vies de prevenció sigui molt complexa.

La utilització de la prova de personalitat NEO-FFI va suposar en alguns casos una dificultat pels interns. Per aquest motiu es va fer necessari administrar la prova per part dels entrevistadors, que llegien els ítems per transmetre als interns el que aquests demanaven per completar la prova.

9. Propostes

Tenint en compte els resultats obtinguts, i després d'ahver recollit informació sobre la temàtica estudiada, entenem que existeix la necessitat d'actualitzar lleugerament les estratègies de prevenció existents. Per una banda, perquè les morts per suïcidi (a més de les conductes violentas auto-dirigides i temptatives de suïcidi) conformen un problema de salut greu, i no oblidem que la població penitenciària és més vulnerable. Per altra banda, perquè en els dos últims anys s'ha produït un augment de les morts per aquesta causa al nostre país. Aquest increment també s'ha produït en la població general i en altres països, fet que ha provocat que la OMS hagi alertat amb un imperatiu global sobre la necessitat de la prevenció del suïcidi.

Tenint en compte les circumstàncies penitenciàries, la bibliografia existent i els resultats obtinguts, creiem que algunes de les estratègies que podrien col·laborar amb la reducció dels casos serien:

- 1) Que la prevenció del suïcidi no només comenci amb la detecció del cas, sinó que sigui un tema que s'incorpori a la rutina dels centres.
- 2) Existeixen alguns factors de risc importants per aquells interns que entren al centre. Per aquest motiu veiem necessari que l'entrevista que es realitza al mòdul d'ingressos tingui present, d'una manera estandarditzada, la recollida d'informació important respecte el tema, i que aquesta informació fos derivada al mòdul de destí.
- 3) Seria important també, a més d'avaluar l'existència de factors de risc d'història personal, també analitzar els factors de la personalitat. Existeixen proves screening de personalitat que ens podrien aportar llum respecte els perfils dels interns. Aquesta informació lligada amb l'anterior ens ajudaria un cop l'intern s'instal·la al seu mòdul, ja que el seu equip tècnic restaria informat sobre qualsevol ingrés de risc.

- 4) Entenem la necessitat de que tots els treballadors dels centres penitenciaris estiguin sensibilitzats amb la problemàtica i tinguin nocions respecte aquesta. D'aquesta manera qualsevol treballador podria detectar un cas de risc, i per tant, preveure'l. Es tractaria de que tothom pogués detectar un risc, i que en tant que arriba l'ajuda professional, pogués existir un acompanyament cap a la persona. Això, podria ser de gran ajuda en aquells moments en els que l'equip tècnic no hi és al centre, com és el cas dels cap de setmana.
- 5) Respecte als serveis mèdics, creiem que hauria d'haver una major coordinació amb els respectius equips de tractament. Hem pogut evidenciar com en moltes ocasions ambdós equips (tècnic i salut mental) treballen en un mateix cas, però no ho fan conjuntament. Entenem que la informació que es dona als equips de salut per part dels interns és confidencial, però en una situació crítica, com és un risc de suïcidi, es podria valorar la necessitat de trencar amb aquesta confidencialitat i poder informar al equip tècnic corresponen, que al cap i a la fi, serà el que haurà de realitzar el seguiment dins del centre. Igualment aplicable inversament, en el cas de que sigui l'equip tècnic el que detecti el cas primerament. En qualsevol cas la intenció es que la informació d'aquest tipus pugui ser treballada de manera coordinada, per tal de millorar l'atenció del interns en aquests casos.
- 6) També constatem la necessitat d'avaluar la problemàtica en població penitenciària femenina, donat que no existeix molta literatura específica respecte al tema. Un objectiu que vam afegir al present estudi va ser poder comptar amb una petita mostra de dones que estiguessin en centre privatiu de llibertat, però no va ser possible realitzar aquesta part per motius de temps. Igualment, els estudis apunten a que el risc (a nivell proporcional) és realment major en dones que en homes, i que per tant, es fa necessari contrastar aquesta informació amb nous estudis, i valorar si les característiques i els factors de risc coincideixen amb la població masculina o no.
- 7) Com a proposta al sistema penitenciar català, tenint en compte el sistema penitenciar a l'Estat Espanyol, creiem en la figura de "l'intern ombra", és a

dir, interns que han esta formats per acompanyar a aquells altres que presenten un risc elevat de dur a terme una conducta suïcida. Es tracta d'interns que es presenten de forma voluntària, i que es valora que tinguin estabilitat emocional i una bona adaptació al centre, no tenen canvis de centres, ni de mòduls, i que se'ls forma per acompanyar de manera sana a aquells interns de risc suïcida.

10. Bibliografía

Barrios Flores, LF. (2001). El suicidio en Instituciones Penitenciarias I. Responsabilidad institucional. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 3, 118-127.

Barrios Flores LF. (2002). El suicidio en Instituciones Penitenciarias II. Responsabilidad profesional. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 4, 31-38.

Beautrais, A. (2003), Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37: 128–129. DOI: 10.1046/j.1440-1614.2003.t01-6-01119h.x

Bedoya A., Martínez-Carpio PA., Humet V., Leal MJ. i Lleopart N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 11, 37-41.

Bird SM. (2008). Changes in male suicides in Scottish prisons: 10-year study. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 446-449.

Blaauw, E., Kerkhof, A.J., & Hayes, L.M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 63-75.

Carli V., Mandelli L., Postuvan V., Roy A., Bevilacqua L., Cesaro C., Baralla F., Marchetti M., Serretti A. i Sarchiapone M. (2011). Self-harm in prisoners. *CNS Spectrums*, 16 (3), 75-81.

Cavanagh JTO., Carson AJ., Sharpe M. i Lawrie SM. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 3, 395-405.

Dear, G.E., Thomson, D.M. i Hills, A.M. (2000). Self-harm in prison. Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 27(2), 160-175.

Dear, G.E., Thomson, D.M., Hall, G.J. i Howells, K. (2001). Non-fatal self-harm in western Australian prisons: who, where, when and why. *The Australian and new Zealand Journal of Criminology*, 34 (1), 47-66.

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

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.

Hawton, K., van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373 (9672), 1372-1381.

Hobhouse i Brockway. Citado por Rabe, K. (2012). Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *International Journal of Law ad Psychiatry*, 35, 222-230.

Isacsson, G. i Rich, C. (2001). Management of patients who deliberately harm themselves. *British Journal of Psychiatry*. 322 , 213-215.

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 behavior in prisons. *Psychological Medicine*, 35, 257-269.

Joukamaa, M. (1997). *Prison Suicide in Finland 1969-1992*. Forensic Science International, 89 (3), 167-174.

Klonsky, E.D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260-268.

Marzano, L., Fazel, S., Rivlin, A. i Hawton, K. (2010). Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 219-226.

Marzano, L., Fazel, S., Rivlin, A. i Hawton, K. (2011) Near-lethal self-harm in women prisoners: contributing factors and psychological processes. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. DOI:10.1080/14789949.2011.617465.

Naud, H. i Daigle, M.S. (2013). How to improve testing when trying to predict inmate suicidal behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 390-398.

Negredo, L., Melis, F. i Herrero, O. (2010). Factores de Riesgo de la Conducta Suicida en Internos con Trastorno Mental Grave. España: Ministerio del Interior.

Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*, 360(9347), 1728-1736.

Qin, P., Agerbo, E., Mortensen, P.B. (2003) Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric and familiar factors: a national register based study of all suicides in Denmark 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160 (4), 765-772.

Rabe, K. (2012). Prison structure, inmate mortality and suicide risk in Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 222-230.

Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Rivlin, A., Fazel, S., Marzano, L. i Hawton, K. (2011) The suicidal process in male prisoners making near-lethal suicide attempts. *Psychology, Crime & Law*. DOI: 10.1080/1068316X.2011.631540.

Rivlin, A., Fazel, S., Marzano, L. i Hawton, K. (2012). Studying survivors of near-lethal suicide attempts as a proxy for completed suicide in prisons. *Forensic Science International*, 220, 19-26.

Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L. i Fazel, S. (2013) Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: Towards a model of suicidal behavior in detention. PLoS ONE 8(7): e68944. DOI:10.1371/journal.pone.0068944

Roca, X. (2009). Estudi de les conductes auto-lesivas en una mostra de subjectes drogoaddictes a les presons. Tesi Doctotal. Universitat de Barcelona.

Ruca, X., Guàrdia, J., Jarne, A. (2012). La Conducta Autolesiva en el Àmbito Penitenciario. Una revisió del estado del arte. *Papeles del Psicólogo*, 33 (2), 116-128.

Sarchiapone, M., Carli, V., Di Giannantonio, M. i Roy, A. (2009). Risk factors for attempting suicide in prisoners. *The American Association of Suicidology. Suicide and life-Threatening Behavior*, 39 (3), 343-350.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.

Suyemoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*. 18 (5), 531-554.

Programa Marco de Prevención de Suicidios. (I-5/2014). Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria. Extraído de: www.institucionpenitenciaria.es

Model de rehabilitació a les presons catalanes. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Direcció General de Serveis Penitenciaris. Extret de: www.justicia.gencat.cat

World Health Organization. (2014). Preventing Suicide: a Global Imperative. Extraído de: www.who.int

Descriptors Estadístics serveis Penitenciaris Catalunya. Extret de: www.gencat.cat

Información Sanitaria y vigilancia epidemiológica. Secretaría General de II.PP. Extret de: www.institucionpenitenciaria.es

Taxes de Suïcidis població general Catalunya. Extret de: <http://observatorisalut.gencat.cat>

Taxes de Suïcídios població general Espanya. Extret de: www.ine.es

Taxes de Suïcidis població General Europa. Extret de: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database

11. Anexos

ANNEX 1

Edad: _____ / Sexo: () Hombre () Mujer

Nivel educativo: _____

Cuestionario NEO-FFI (Autores: Costa & McRae)

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar para marcar bien sus respuestas. Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada frase con atención y marque la alternativa (A a E) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella. Señale según sea su grado de acuerdo:

- A. Totalmente en desacuerdo
- B. En desacuerdo
- C. Neutral
- D. De acuerdo
- E. Totalmente de acuerdo

1 A menudo me siento inferior a los demás. A B C D E

2 Soy una persona alegre y animosa. A B C D E

- 3 A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación. A B C D E
- 4 Tiendo a pensar lo mejor de la gente. A B C D E
- 5 Parece que nunca soy capaz de organizarme. A B C D E
- 6 Rara vez me siento con miedo o ansioso. A B C D E
- 7 Disfruto mucho hablando con la gente. A B C D E
- 8 La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí. A B C D E
- 9 A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero. A B C D E
- 10 Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada. A B C D E
- 11 A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores. A B C D E
- 12 Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente. A B C D E
- 13 Tengo una gran variedad de intereses intelectuales. A B C D E
- 14 A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero. A B C D E
- 15 Trabajo mucho para conseguir mis metas. A B C D E

- 16 A veces me parece que no valgo absolutamente nada. A B C D E
- 17 No me considero especialmente alegre. A B C D E
- 18 Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza. A B C D E
- 19 Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear. A B C D E
- 20 Tengo mucha auto-disciplina. A B C D E
- 21 A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza. A B C D E
- 22 Me gusta tener mucha gente alrededor. A B C D E
- 23 Encuentro aburridas las discusiones filosóficas. A B C D E
- 24 Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar. A B C D E
- 25 Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias. A B C D E
- 26 Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar. A B C D E

- 27 No soy tan vivo ni tan animado como otras personas. A B C D E
- 28 Tengo mucha fantasía. A B C D E
- 29 Mi primera reacción es confiar en la gente. A B C D E
- 30 Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez. A B C D E
- 31 A menudo me siento tenso e inquieto. A B C D E
- 32 Soy una persona muy activa. A B C D E
- 33 Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades. A B C D E
- 34 Algunas personas piensan de mi que soy frío y calculador. A B C D E
- 35 Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago. A B C D E
- 36 A veces me he sentido amargado y resentido. A B C D E
- 37 En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros. A B C D E
- 38 Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana. A B C D E

- 39 Tengo mucha fe en la naturaleza humana. A B C D E
- 40 Soy eficiente y eficaz en mi trabajo. A B C D E
- 41 Soy bastante estable emocionalmente. A B C D E
- 42 Huyo de las multitudes. A B C D E
- 43 A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas. A B C D E
- 44 Trato de ser humilde. A B C D E
- 45 Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo. A B C D E
- 46 Rara vez estoy triste o deprimido. A B C D E
- 47 A veces rebose felicidad. A B C D E
- 48 Experimento gran variedad de emociones o sentimientos. A B C D E
- 49 Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna. A B C D E
- 50 En ocasiones primero actúo y luego pienso. A B C D E
- 51 A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento. A B C D E

- 52 Me gusta estar donde está la acción. A B C D E
- 53 Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países. A B C D E
- 54 Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario. A B C D E
- 55 Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna. A B C D E
- 56 Es difícil que yo pierda los estribos. A B C D E
- 57 No me gusta mucho charlar con la gente. A B C D E
- 58 Rara vez experimento emociones fuertes. A B C D E
- 59 Los mendigos no me inspiran simpatía. A B C D E
- 60 Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer. A B C D E

FIN DE LA PRUEBA

ANNEX 2

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA GRUPO CONTROL

¿Cuántos años tienes?

¿Nacionalidad?

¿Estado Civil? (Casado/Viudo/Separado/En pareja ESTABLE/Soltero)

¿Es la primera vez que entras en prisión?

→NO ¿Cuántas veces has entrado? ¿Por qué tipo de delitos te han condenado anteriormente?

¿Alguna vez habías tenido contacto con la ley? (Importante preguntar adolescencia también)

¿Por qué tipo de delito estás cumpliendo condena actualmente

¿Cuál ha sido el delito más grave por el que te han condenado?

¿Alguna vez a lo largo de tu vida has acudido a un profesional de la salud mental?

SI→ ¿Qué tipo de profesional era? ¿Por qué acudiste?

¿Alguna vez has sido diagnosticado de algún tipo de trastorno mental u enfermedad mental?

SI→ ¿Sabrías decirme cuál?

¿Padeces algún tipo de enfermedad o has padecido algún tipo de enfermedad grave? y/o ¿Alguna secuela?

En toda tu vida, ¿has estado ligado alguna vez al consumo de alguna sustancia?

SI→ ¿Cuál?

Y durante tu vida penitenciaria, ¿has estado ligado al consumo de alguna sustancia?

SI → ¿Cuál?

Durante tu vida penitenciaria, ¿Alguna vez recibiste la noticia de la muerte de algún familiar y/o ser querido?

Durante tu vida penitenciaria, ¿alguna vez has visto rota una relación de pareja o de amistad muy fuerte que tuvieses con alguien?

Actualmente, ¿Cómo definirías la relación que tienes con tu familia desde que entraste en prisión? ¿Mantienes contacto habitualmente? ¿Dirías que te sientes apoyado por ellos?

Respecto a tu niñez y adolescencia, ¿alguna vez has recibido algún tipo de maltrato por parte de algún adulto de tu entorno? (Físico/Psicológico)

Respecto a tu niñez y adolescencia, ¿alguna vez te has visto obligado a realizar algún tipo de conducta sexual que no querías o alguna persona ha intentado forzarte a mantenerlas?

¿Alguna vez a lo largo de tu vida, te has hecho daño intencionadamente? (incluir vida penitenciaria)

¿Alguna vez a lo largo de tu vida pensaste en quitarte la vida ? (incluir vida penitenciaria)

¿Alguna vez a lo largo de tu vida intentaste quitarte la vida? (incluir vida penitenciaria)

¿Alguna vez, algún familiar tuyo ha intentado quitarse la vida o lo ha llevado a cabo?

Durante tu vida penitenciaria, ¿has cambiado de módulo de manera habitual? Por ejemplo, durante el último año, ¿en cuántos módulos has estado?

Si tuvieras que definirte.....

¿Dirías que eres una persona que reflexiona antes de actuar?

¿Dirías que eres una persona accesible, cercana y amigable?

¿Sueles llevar a cabo y terminar aquellas cosas en las que te comprometes?

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA GRUPO EXPERIMENTAL

→ Se explicaría antes de por qué le hemos elegido, de qué trata el estudio, y de la importancia de que gente que ha llevado a cabo conductas así participe de estudios de este tipo, para que se pueda hacer un mayor trabajo de prevención y atención, teniendo información de primera mano, y que sólo ellos nos pueden dar.

¿Cuántos años tienes?

¿Nacionalidad?

¿Estado Civil? (Casado/Viudo/Separado/En pareja ESTABLE/Soltero)

¿Es la primera vez que entras en prisión?

→NO ¿Cuántas veces has entrado? ¿Por qué tipo de delitos te han condenado anteriormente?

¿Alguna vez habías tenido contacto con la ley? (Importante preguntar adolescencia también)

¿Por qué tipo de delito estás cumpliendo condena actualmente?

¿Cuál ha sido el delito más grave por el que te han condenado?

¿Alguna vez a lo largo de tu vida has acudido a un profesional de la salud mental?

SI→ ¿Qué tipo de profesional era? ¿Por qué acudiste?

¿Alguna vez has sido diagnosticado de algún tipo de trastorno mental u enfermedad mental?

SI→ ¿Sabrías decirme cuál?

¿Padeces algún tipo de enfermedad o has padecido algún tipo de enfermedad grave? y/o ¿Alguna secuela?

En toda tu vida, ¿has estado ligado alguna vez al consumo de alguna sustancia?

SI → ¿Cuál?

Y durante tu vida penitenciaria, ¿has estado ligado al consumo de alguna sustancia?

SI → ¿Cuál?

Durante tu vida penitenciaria, ¿Alguna vez recibiste la noticia de la muerte de algún familiar y/o ser querido?

Durante tu vida penitenciaria, ¿alguna vez has visto rota una relación de pareja o de amistad muy fuerte que tuvieses con alguien?

Actualmente, ¿Cómo definirías la relación que tienes con tu familia desde que entraste en prisión? ¿Mantienes contacto habitualmente? ¿Dirías que te sientes apoyado por ellos?

Respecto a tu niñez y adolescencia, ¿alguna vez has recibido algún tipo de maltrato por parte de algún adulto de tu entorno? (Físico/Psicológico)

Respecto a tu niñez y adolescencia, ¿alguna vez te has visto obligado a realizar algún tipo de conducta sexual que no querías o alguna persona ha intentado forzarte a mantenerlas?

¿Alguna vez, algún familiar tuyo ha intentado quitarse la vida o lo ha llevado a cabo

Durante tu vida penitenciaria, ¿has cambiado de módulo habitualmente? Por ejemplo, durante el último año, ¿en cuántos módulos has estado?

→ En esta segunda parte de la entrevista, se harán preguntas más específicas relacionadas con el objetivo del estudio. Para ello, es importante que te centres en el momento en el que llevaste a cabo esa conducta, o si hay varios episodios, en aquel que consideres más grave.

¿Alguna vez a lo largo de tu vida te has hecho daño intencionadamente?

SI→ ¿Cuántas veces?

¿Alguna vez te planteaste quitarte la vida?

SI→ ¿Cuántas veces?

¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?

SI→ ¿Cuántas veces?

¿Alguna vez antes de estar en prisión te habías hecho daño intencionadamente? (Edad)

¿Alguna vez antes de entrar en prisión pensaste en quitarte la vida o lo intentaste? (Edad)

Centrándonos en la conducta dentro de prisión, en el episodio (más grave si hay más de uno).....

¿Cuántos años tenías entonces?

¿Estado civil en ese momento? (preguntar por pareja estable también)

¿Habías estado consumiendo antes de llevar a cabo la conducta de auto-lesión o suicidio? O ¿Estabas bajo los efectos de alguna sustancia?

¿Cómo definirías la relación con tu familia en ese momento? ¿Hubo algún tipo de relación entre tu situación familiar y la conducta? (Conflicto-Apoyo)

¿Cómo definirías la relación con tu pareja en ese momento? ¿Hubo algún tipo de relación entre tu situación sentimental y la conducta? (Conflicto-Apoyo)

Intenta trasladarte a ese momento.....

¿Por qué crees que escogiste esa opción y no otra?

¿Tuviste en cuenta otras alternativas antes de llevar a cabo la conducta?

¿Qué recuerdas pensar en ese momento? (Causas, consecuencias, objetivo.....)

SÓLO SI HA HABIDO MÁS EPISODIOS.- Cuando alguien repite una conducta, se entiende que de alguna manera lo hace porque antes ha conseguido con ella lo que buscaba o se proponía, ¿qué dirías que es aquello que de alguna manera buscabas realizando tal conducta?

¿Cuál dirías que era el objetivo que buscabas tú en ese momento?
¿Recuerdas si lo conseguiste?

¿Planificaste de alguna manera el momento y/o el lugar de la conducta?

Hay gente que opina que si alguien quiere realmente suicidarse, lo consigue. Si esto fuese cierto, ¿Qué dirías que es lo que impide que muchas personas que lo intentan aquí no lo consigan?

¿Recuerdas en qué módulo estabas ese día? ¿Habías cambiado recientemente de módulo?

¿Cuánto tiempo llevabas en ese módulo?

¿De qué manera te autolesionaste/intentaste quitarte la vida?

¿Recuerdas qué día era? (laborable, fin de semana, día señalado para él)

¿Recuerdas qué momento del día fue?

¿Qué ocurrió después de haber llevado a cabo la conducta?

¿Qué consideras que podría ayudar a evitar este tipo de conductas?
¿Echaste tú algo en falta?

¿Qué crees que se podría mejorar ante estas situaciones?

¿Quieres o necesitas comentar algo más acerca de esto?

Finalmente.....

Si tuvieras que definirte.....

¿Dirías que eres una persona que reflexiona antes de actuar?

¿Dirías que eres una persona accesible, cercana y amigable?

¿Sueles llevar a cabo y terminar aquellas cosas en las que te comprometes?

ANNEX 3

DEFINICIÓ DE LES VARIABLES

Prèviament a les entrevistes, els investigadors van arribar a un acord respecte a la informació que s'havia de recollir. Algunes respostes van quedar lliures de codificació, ja que formaven part de les opinions dels propis interns, i la seva codificació es va fer posteriorment, basant-se en les respostes obtingudes. D'aquesta manera, les variables de l'estudi s'han definit de la següent manera:

- 1) Edat. – aquesta variable s'ha tingut en compte pel grup experimental amb l'objectiu de conèixer la distribució d'aquesta en les conductes violentes auto-dirigides.
- 2) Sexe.- en el procediment de selecció de la mostra, només s'han escollit interns de sexe masculí. Es tracta d'una de les variables a tenir present per formar el grup control.
- 3) Nacionalitat. – en el procediment de selecció de la mostra, només es van tenir en compte subjectes de nacionalitat espanyola. Es tracta d'una de les variables que també s'ha de tenir present per la formació del grup control.
- 4) Estat civil. – s'ha realitzat una classificació dels interns basant-se en si són solters, tenen parella estable, estan casats, separats, divorciats o vidus.
- 5) Tipus de delicte. – s'ha tingut en compte totes les tipologies presentades pels interns. D'aquesta manera, i basant-nos en el delicte principal pel qual compleixen condemna actualment, els nivells de la variable van ser: “Furt”, “Robatori”, “Apropiació indeguda”, “Robatori amb força”, “Robatori amb violència i intimidació”, “Lesions”, “Atracament” , “Atemptat contra l'autoritat”, “Falsedat documental”, “Blanqueig de capital”, “Falsificació de monedes”, “Delictes contra la seguretat vial”, “Delictes contra la salut pública”, “Delictes contra la llibertat sexual”, “Segrest”, “Violència de gènere”, “Temptativa d'homicidi”, “Homicidi”, “Assassinat”.
- 6) Temps de condemna. – aquesta variable va dividir-se en dos. Per una banda, es va quantificar el temps de condemna quan l'intern va portar a terme la conducta d'estudi (aquesta variable només pel grup de casos). I per una altra banda, es va quantificar el temps total de condemna, tant el que ja s'havia complert com el que restava per complir, en ambdós grups.

- 7) Història criminal. – per a aquesta variable, es van quantificar el nombre d'entrades dins l'àmbit penitenciari i prèvies a la condemna actual. També es va tenir present si havien passat per centres de menors. Tenint en compte la dificultat per conèixer d'una manera fiable per a tothom el nombre d'entrades quan els subjectes eren menors, es va sumar un valor de "1" a tots aquells que havien passat per una institució d'aquestes característiques.
- 8) Història de Conducta Auto-dirigida. – en aquesta variable es va quantificar el nombre de conductes auto-dirigides que es van dur a terme pels subjectes fora de l'àmbit penitenciari. Es va tenir en compte per ambdós grups. Es van quantificar de "1 a 10" i es va establir un valor fixa "11" per aquells, que o bé no s'havien dit el nombre exacte de vegades tot i que tenien clar que superaven les 10, o bé els que sí ho sabien, i també eren més de 10 vegades.
- 9) Consulta a un professional de la salut mental. – aquesta variable va ser definida amb una resposta de "presència" o "absència". Es va descartar només el fet d'haver sigut assistit per un centre de drogues (CAS).
- 10) Problemes de salut física. – es van tenir present en aquesta variable tant els problemes de salut que ja es preveuen, com els considerats com a "severs", i que els mateixos interns ja informaven al llarg de l'entrevista. D'aquesta manera es va avaluar la presència de VIH, hepatitis B, hepatitis C, càncer, seqüeles físiques visibles, diabetis greu, epilèpsia, malaltia de Crohn, alopècia nerviosa, cirrosi i malaltia de Jakob.
- 11) Abús de substàncies. – per aquesta variable es va tenir present la presència o no d'abús per a cada una de les substàncies (haxís, marihuana, alcohol, cocaïna, éxtasi, cola, drogues de disseny, ketamina, heroïna, metanfetamina, LSD). Es va considerar abús en el cas d'haver necessitat ajuda per a la seva desintoxicació (per exemple, haver estat atès per un CAS o Programa de Metadona), i també en el cas de que es mantingués el consum al llarg d'anys i desencadenés problemes en la seva vida diària.
- 12) Trastorn Mental Sever. – partint de la literatura i de la pròpia casuística trobada, els trastorns que es van tenir en compte per l'estudi van ser el

Trastorn Depressiu Major (dins dels trastorns de l'estat d'ànim) i l'Esquizofrènia (dins dels trastorns psicòtics).

- 13) Trastorns de la personalitat. – es va treballar tenint en compte la seva presència o absència en cada grup dels T.P. (Clúster A, Clúster B, Clúster C). Es va descartar la diferenciació en trastorns perquè gran part dels interns feien referència al clúster i no al trastorn específic.
- 14) Abusos a l' infància.- es va avaluar tant la presència com l'absència d'abús psicològic, d'abús físic i d'abús sexual. La informació es recollia directament dels propis interns a través de l'entrevista semi-estructurada.
- 15) Mort d'un ésser estimat.- aquesta variable fa referència a donar constància de si els interns havien passat per aquesta situació un cop havien ingressat a presó. El difunt podia ser un familiar, una parella, i/o una persona molt propera i de referència per l'entrevistat.
- 16) Trencament d'una relació de parella.- les respostes que es van puntuar com a presència d'aquesta variable són aquelles que es referien a matrimonis, parelles de fet o relacions sentimentals estables; sempre ens referim a la franja temporal en la qual es trobaven a la presó.
- 17) Història familiar de suïcidi. – s'inclouen tant els suïcidis consumats com les temptatives, encara que només amb familiars de primer grau (pares i germans).
- 18) Xarxa de recolzament extern. – es va avaluar partint de la percepció que en tenien el propis interns. Es contempla com a presència tots aquells casos en els quals l'intern es referia a tenir un xarxa de recolzament on dirigir-se, amb la qual mantenia contacte estable i amb la que se sentia recolzat i acompanyat malgrat estar a la presó.
- 19) Canvis habituals de mòdul. – els valors per aquesta variable van ser: cap (cap canvi o canvis propis de l'evolució dins del centre), escàs (fins a 2 canvis), freqüent (més de 2 canvis per any i/o compliments en 1º grau). Per aclarir millor l'elecció de resposta, es va tenir en compte un període de temps des d'un any enrere fins la data de l'entrevista.
- 20) Factors de personalitat. – es van avaluar partint del qüestionari NEO-FFI aplicat a tots els participants, que aporta informació sobre els següents factors de la personalitat: Neuroticisme, Extraversió, Apertura a l'Experiència, Amabilitat i Responsabilitat.

- 21) Episodis previs. – aquesta variable va funcionar igual que els que definien la variable d’ “Història de conducta autodirigida”, amb la diferència de que es referia només a la temporalitat dins l’àmbit penitenciari. Es va quantificar de la mateixa manera (1-10 i un valor fixe per a aquells que verbalitzaven haver-ho fet més vegades).
- 22) Motivació. – partint de la literatura i les respostes efectuades pels subjectes, es van evidenciar 3 tipus de motivació: clars desitjos de morir, com a motiu de reivindicació i desviació de la violència.
- 23) Lloc. – fa referència al lloc on es va dur a terme la conducta, es va tenir present tot tipus de mòduls i condicions regimentals i/o de tractament.
- 24) Mètode. – es van tenir en compte tots els mètodes utilitzats pels interns. En aquells casos en els que es donessin combinacions de mètodes, es va escollir el més greu o el que comportava un major risc de resultats fatals. Així mateix, van aparèixer els mètodes següents: talls, penjaments, ingestes d’objectes, sobredosis, degollaments, altres.
- 25) Moment del dia. – es van diferenciar tres moments tenint en compte els horaris de vida marcats pels centres. D’aquesta manera, es van determinar tres opcions: matí (des del recompte fins l’hora de dinar), tarda (des de l’hora de dinar fins la tornada a la cel·la) i nit (des de la tornada a la cel·la fins al recompte del matí).
- 26) Dia de la setmana. – es va diferenciar si la conducta es va dur a terme en un dia laborable, en cap de setmana o en dia festiu.
- 27) Desencadenant de la conducta. – aquest factor es va dividir en 5 nivells, que al mateix temps es van subdividir en més possibilitats. Les opcions a les que feien referència van ser, inclosos en les següents opcions: problemes amb la institució, problemes familiars, problemes amb la condemna, problemes personals (cansament provocat per l’estil de vida) i data significativa per l’intern.
- Les problemàtiques relacionades amb la institució van ser: el fet d’aconseguir contacte amb l’exterior, intents de fuga, conflictes amb personal de vigilància, conflictes amb altre intern, i reivindicació de les condicions penitenciàries .

Els problemes familiars als que fan referència són: conflictes amb la parella, sentiments de soledat, necessitat d'atenció familiar, i pensaments i sentiments de decepció envers la família.

Els problemes relacionats amb la condemna van ser: llargues perspectives de condemna, estàncies llargues a 1er grau i pensaments recurrents sobre el delicte.

- 28) Propostes i millores. – els nivells d'aquesta variable es van elaborar un cop obtingudes totes les respostes. Aquestes van centrar-se en l'opinió sobre la seva pròpia experiència o d'altres fets coneguts. Les respostes van ser: un major nombre de professionals en la salut mental, un millor tracte físic per part dels professionals de vigilància, millor tracte psicològic per part dels professionals de vigilància i més contacte amb l'exterior.
- 29) Resolució del fet. – feia referència a com es va resoldre el propi fet, és a dir, qui va avisar o qui va actuar en aquell precís moment. Les respostes es van dividir en: atenció dels companys de cel·la, atenció dels funcionaris i manca d'una intencionalitat real.
- 30) Causes d'intents fallits. – es tracta novament d'una variable basada en l'opinió dels interns, i després de llegir les seves respostes es van diferenciar els següents nivells: atenció dels companys, atenció dels funcionaris, factors familiars i manca d'intencionalitat real.

ANNEX 4.

RESULTATS ESTADÍSTICS.

Observat		Pronosticat		
		Grup		Percentatge correcte
		Control	Experimental	
Grup	Control	46	4	92,0
	Experimental	5	44	89,8
Percentatge global				90,9

Taula 2. Taula de classificació i percentatge d'èxit obtingut pel model de regressió logística.

Efecte	Valor	F	GI hipòtesis	GI error	Sig.	Eta quadrat parcial
Traça de Pillai	,312	8,509 ^b	5,000	94,000	,000	,312
Lambda de Wilks	,688	8,509 ^b	5,000	94,000	,000	,312
grupo Traça de Hotelling	,453	8,509 ^b	5,000	94,000	,000	,312
Raíz mayor de Roy	,453	8,509 ^b	5,000	94,000	,000	,312

Taula 3. Contrast multivariat pel factor grup.

Orígen Variable dependent	Suma de quadrats III	de tipus	gl	Mitja quadràtica	F	Sig.	Eta al quadrat parcial
Neuroticism	1681,000		1	1681,000	35,318	,000	,265
Extraversió	954,810		1	954,810	20,933	,000	,176
Grup Apertura	57,760		1	57,760	1,554	,216	,016
Amabilitat	210,250		1	210,250	4,894	,029	,048
Responsabilitat	392,040		1	392,040	9,256	,003	,086

Tabla 4. Contrasts univariats pel factor grup

Variable dependent	Grup	Mitja	Error típ.	Intèrval de confiança 95%	
				Límit inferior	Límit superior
Neuroticisme	Grup Control	20,740	,976	18,804	22,676
	Grup Experimental	28,940	,976	27,004	30,876
Extraversió	Grup Control	30,540	,955	28,645	32,435
	Grup Experimental	24,360	,955	22,465	26,255
Apertura	Grup Control	28,320	,862	26,609	30,031
	Grup Experimental	26,800	,862	25,089	28,511
Amabilitat	Grup Control	28,740	,927	26,900	30,580
	Grup Experimental	25,840	,927	24,000	27,680
Responsabilitat	Grup Control	32,680	,920	30,853	34,507
	Grup Experimental	28,720	,920	26,893	30,547

Taula 5. Mitjas, errors típics i intervals de confiança pels dos grups en els 5 factors de personalitat de la prova NEO-FFI.

	B	E.T.	Wald	GI	Sig.	Exp(B)
NEO_N	,158	,043	13,364	1	,000	1,172
NEO_E	-,087	,040	4,792	1	,029	,916
Constant	-1,562	1,689	,855	1	,355	,210

Taula 6. Coeficients pels 2 factors de personalitat seleccionats com a predictors del model de regressió logística.

Observat	Pronosticat			Percentatge correcte
	Grup			
	Control	Experimental		
Grup Control	37	13	74,0	
Experimental	14	36	72,0	
Percentatge global			73,0	

Taula 7. Taula de classificació i percentatge d'èxits obtinguts pel model de regressió logística.

“EN ESOS MOMENTOS NO LLEGAS NI A PENSAR. NO TE VES NI A TI MISMO. TODO SE NUBLA Y SE CONVIERTE EN NEGRO. ESTÁS EN VIDA, Y YA TE SIENTES MUERTO, PIDES LA MUERTE EN VIDA. ERES COMO UN ASTRONAUTA EN EL ESPACIO CAYENDO AL VACÍO”

A.P.V.