

Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave

**LAURA NEGREDO LÓPEZ
FRANCESCA MELIS PONT
ÓSCAR HERRERO MEJÍAS**



ISBN: 978-84-8150-296-1



9 788481 502961



*Premio Nacional
Victoria Kent
Año 2010*

Segundo Accésit

**FACTORES DE RIESGO
DE LA CONDUCTA SUICIDA
EN INTERNOS CON TRASTORNO
MENTAL GRAVE**

**Laura Negredo López
Francesca Melis Pont
Óscar Herrero Mejías**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DEL INTERIOR

SECRETARÍA
GENERAL
DE INSTITUCIONES
PENITENCIARIAS

COLECCIÓN: PREMIOS VICTORIA KENT

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Edita: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.

NIPO en línea: 126-11-051-1

NIPO impreso: 126-11-052-7

ISBN: 978-84-8150-296-1

Depósito Legal: M-23102-2011

Imprime: Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo
Taller de Artes Gráficas del Centro Penitenciario de Madrid III (Valdemoro)
Ctra. Pinto-S. Martín de la Vega, km. 5 - 28340 Madrid

ÍNDICE

| | Págs. |
|---|-------|
| ÍNDICE DE TABLAS | 7 |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | 8 |
| CAPÍTULO I. EL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN GENERAL | 9 |
| 1.1. Factores socio-demográficos | 12 |
| 1.2. Factores psico-sociales y somáticos del comportamiento suicida .. | 16 |
| 1.3. Suicidio y consumo de alcohol y drogas | 17 |
| 1.4. Suicidio y trastornos mentales | 18 |
| CAPÍTULO II. EL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN PENITENCIARIA | 23 |
| 2.1. Dificultades metodológicas del estudio de la conducta suicida en el medio penitenciario | 26 |
| 2.2. Factores de riesgo de suicidio en la población penitenciaria | 27 |
| Factores sociodemográficos | 28 |
| Factores forenses y penitenciarios | 29 |
| Factores psicológicos y psiquiátricos | 31 |
| 2.3. Psicopatía y suicidio | 38 |
| 2.4. Valoración del riesgo de la conducta suicida en población penitenciaria | 47 |
| 2.5. Datos sobre el suicidio en la población penitenciaria española | 54 |
| 2.6. Factores de riesgo de suicidio en población penitenciaria psiquiátrica | 60 |
| CAPÍTULO III. EL PRESENTE ESTUDIO | 63 |
| CAPÍTULO IV. ESTUDIO EMPÍRICO | 67 |
| 4.1. Método | 69 |
| Participantes | 72 |
| 4.2. Resultados | 74 |
| CAPÍTULO V. DISCUSIÓN | 85 |
| REFERENCIAS | 95 |
| ANEXO I: CURVAS ROC | 111 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Págs. |
|--|-------|
| Tabla 1. Tipos de conductas suicidas en función del motivo y del resultado | 27 |
| Tabla 2. Factores de riesgo de suicidio en la población penitenciaria | 36 |
| Tabla 3. Dimensiones de personalidad del Multiphasic Personality Questionnaire | 40 |
| Tabla 4. Instrumentos para la evaluación del riesgo de suicidio en población penitenciaria | 54 |
| Tabla 5. Comparación de la tasa de suicidios en los medios penitenciario y extra-penitenciario | 55 |
| Tabla 6. Descriptivos PCL:SV, tamaño del efecto y estadístico F | 74 |
| Tabla 7. Descriptivos MCMI-III y estadístico F | 75 |
| Tabla 8. Descriptivos SOC y estadístico F | 76 |
| Tabla 9. Descriptivos intento de suicidio y autolesión, estadístico F | 76 |
| Tabla 10. Matriz de correlaciones. PCL-SV, MCMI-III, SOC, autolesión y suicidio | 78 |
| Tabla 11. El modelo de cuatro factores de la psicopatía y la conducta suicida | 79 |
| Tabla 12. Correlaciones. Dependencia, características delictivas y conducta suicida | 79 |
| Tabla 13. Correlaciones HCR-20, autolesión y suicidio | 81 |
| Tabla 14. Comportamiento institucional y conducta suicida | 81 |
| Tabla 15. Asociación diagnóstico psiquiátrico, delito actual, consumo de sustancias | 83 |
| Tabla 16. Áreas bajo la curva para intento de suicidio y episodios de autolesión | 84 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Págs. |
|---|-------|
| Gráfico 1. Evolución de la mortalidad por suicidio en el período 2000-2009 | 59-60 |
| Gráfico 2. Diagnóstico psiquiátrico. Muestra de hombres. | 70 |
| Gráfico 3. Diagnóstico psiquiátrico. Muestra de mujeres. | 70 |
| Gráfico 4. Delitos cometidos. Muestra de hombres. | 71 |
| Gráfico 5. Delitos cometidos. Muestra de mujeres. | 72 |
| Gráfico 6. Delitos cometidos. Grupo control..... | 72 |

Capítulo I

El suicidio en la población general

El suicidio es un fenómeno complejo y multidimensional, resultado de una interacción de factores sociales, biológicos, genéticos, psicológicos, ambientales, sociológicos y culturales, y que se puede estudiar desde la perspectiva sociológica y clínica. Datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (1999), revelan que en el mundo cada tres segundos una persona se intenta suicidar y cada cuarenta segundos una persona se suicida. En los últimos 45 años ha habido un incremento del 60% de casos, y se ha dado de manera especialmente notable entre los más jóvenes, siendo una de las tres causas principales de muerte entre las personas de 15 a 35 años. Esto significa que muere más gente por suicidio que por conflictos armados. Según la OMS, en el año 2000 los suicidios representaban el 17% de las muertes de origen traumático, sobrepasando el millón de casos al año en todo el mundo, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. En España las tasas de suicidio son prácticamente la mitad que las registradas en otros países, así en el año 2002 teníamos un 8.3 por 100.000 habitantes, frente al 16 por 100.000 a nivel mundial según la OMS. Estas cifras justifican que reducir las tasas de suicidio se haya convertido en un objetivo de salud prioritario a nivel internacional.

Las causas del suicidio son complejas. Algunas personas parecen especialmente vulnerables al suicidio cuando tienen que enfrentarse a alguna situación vital especialmente difícil o a una combinación de factores o situaciones estresógenas. El reto a nivel de prevención es identificar qué personas son las más vulnerables y ante qué situaciones, para poder intervenir. Los investigadores han detectado una serie de factores de riesgo de la conducta suicida (socioculturales, psiquiátricos, biológicos, genéticos), sin embargo cómo interactúan estos factores y cómo dan lugar a la conducta suicida es complejo y relativamente desconocido. A pesar de estas dificultades estos factores han sido combinados para identificar a los *grupos de mayor riesgo* (OMS, 2000a):

- Hombres jóvenes (15-49 años).
- Ancianos de más de 75 años, sobre todo, hombres.
- Personas indigentes.

- Personas con enfermedad mental.
- Personas que abusan del alcohol y/o de las drogas.
- Personas que se han intentado suicidar anteriormente.
- Personas privadas de libertad.

En general, los estudios han encontrado que los *factores de riesgo* de suicidio más importantes en la población general son:

- Intentos de suicidio previos en el pasado, tener un plan elaborado de suicidio y disponibilidad de medios para cometerlo. El 23.1% de las personas que han tenido un episodio de autoagresión, lo repiten en un período de un año, especialmente en el caso de las mujeres (Hawton y cols., 2006). Es por ello que la repetición de autolesiones y la existencia de una historia previa de autoagresión, es uno de los mayores predictores del intento de suicidio en el futuro, ya que aquellos pacientes que han tenido más de un episodio de autoagresión (tanto hombres como mujeres), tienen un riesgo significativamente mayor de morir por suicidio que aquellos que han experimentado un solo episodio de este tipo. Pasados 15 años desde el primer episodio de autoagresión, el 1'9% de las personas que han tenido un solo episodio de autoagresión, y el 4'7% de las que han tenido repetidos episodios, han acabado falleciendo por suicidio. Las mujeres jóvenes que han repetido diversos episodios de autoagresión, son las que tienen un riesgo más elevado de suicidio. Esta repetición de comportamientos autoagresivos es mejor predictor del riesgo de futuros suicidios en mujeres que en hombres (Zahl y Hawton, 2004).
- Existencia de diagnósticos psiquiátricos: trastornos afectivos y del estado de ánimo, especialmente la depresión mayor y el trastorno bipolar (Takahashi, 1993), la dependencia de alcohol y drogas (Roy y Linoila, 1986), la esquizofrenia (Heila y Lohqvist, 2003) y el trastorno límite de la personalidad.
- Otros trastornos exteriorizadores (Duberstein y Conwell, 1997).

1.1. Factores socio-demográficos

Los hombres llevan a cabo más suicidios consumados que las mujeres en todos los rangos de edad, pero las mujeres realizan con mayor frecuencia intentos de suicidio. El suicidio consumado se da más en hombres mayores de 75 años, pero en los últimos años ha habido un aumento significativo del número de suicidios entre los jóvenes de 15 a 25 años de edad, especialmente en aquellos casos en los que ha habido tratamiento psiquiátrico previo, que presentan algún trastorno de personalidad, con antecedentes de intento de suicidio y abuso de sustancias. En un estudio realizado por Hawton y cols. (2006) encontraron que, comparando los datos con el año 2005, el número de suicidios en 2006 se había reducido en un 11.1% en hombres, pero por el contrario se había incrementado en un 4.7% en mujeres, representando esta cifra un incremento del 26.6% en mujeres respecto al año 1997.

En el año 2004 los investigadores Gunnell, Bennewith, Peters, House y Hawton llevaron a cabo un estudio epidemiológico sobre autolesiones en Inglaterra, cuyas

principales conclusiones fueron las siguientes: las conductas autolesivas son uno de los principales predictores del futuro riesgo de suicidio, ya que alrededor de un 40% de las personas que fallecen por suicidio, se han autolesionado en los años previos a la consumación del suicidio, siendo este riesgo mayor en hombres que en mujeres; la mayoría de comportamientos autolesivos ocurren fuera del horario de trabajo; en los hombres, el día de la semana que más se suelen atender autolesiones son los lunes, mientras que en mujeres son los domingos; el 54% de estos episodios acabaron en seguimiento por los especialistas de salud mental, pero este seguimiento fue menor en personas de menos de 45 años que en pacientes de mayor edad, y cabe decir que los pacientes que siguen una evaluación psicológica pautada, reducen su riesgo de autolesión en el futuro, aunque hayan sufrido varias repeticiones de dichos actos.

España se sitúa entre los países que tienen las tasas de suicidio más bajas de Europa. Barés y cols. (2006), llevaron a cabo un estudio longitudinal entre los años 1986 y 2002 sobre la evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en España, en el que se constató el descenso de las tasas en edades avanzadas para ambos sexos, y el aumento de suicidio en jóvenes (de 15 a 34 años) de todo el país, situándose como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad; no obstante, las tasas más elevadas se siguen manteniendo para el grupo de más de 75 años de edad. En nuestro país podemos considerar el género como un factor diferencial, ya que las tasas de suicidio en hombres llegan a ser hasta tres veces más altas que en mujeres, en todos los grupos de edad. En este período de estudio en España, el número de muertes por suicidio fue de 48.804 (el 0.89% de la mortalidad general), de las que el 74,64% fueron hombres y el 25,35% mujeres, apreciándose una estabilización y un discreto descenso significativo de la mortalidad por suicidio durante tal período. En los resultados se aprecia una evolución homogénea y un discreto descenso significativo de la mortalidad por suicidio en mujeres en Cataluña, que es contradictorio con la bibliografía consultada, ya que en gran parte de los estudios realizados se describe una tendencia ascendente. La tendencia temporal por edad y sexo no es homogénea, con un incremento de las tasas en varones jóvenes y la reducción de la de mayores de 55 años, fundamentalmente las mujeres, lo que concuerda con otras investigaciones realizadas tanto en diversas comunidades autónomas como en el ámbito nacional, pudiendo ser consecuencia de unas correctas pautas de tratamiento de la depresión, y del seguimiento de los pacientes con problemas crónicos relacionados con el ámbito de la atención primaria.

Hay una asociación entre una edad más temprana de inicio de la ideación suicida, y un mayor riesgo de elaboración de plan y de tentativa de suicidio (Gabilondo y cols., 2007). Estos autores reiteran que, aunque son los hombres los que más frecuentemente llevan a cabo el suicidio consumado, el ser mujer y joven son factores asociados al desarrollo de ideas e intentos de suicidio en la población general de España. Además, también se corrobora que las personas más jóvenes tienen un mayor riesgo de elaborar planes de suicidio y de realizar tentativas autolíticas, mientras que siguen siendo las personas de mayor edad las que más llegan a consumir el suicidio.

En cuanto a la conducta suicida entre los jóvenes, decir que la existencia de autolesiones en las personas hasta 25 años de edad, nos indica un riesgo considerable de comisión de futuros suicidios. En la investigación realizada por Barés y cols. (2006) se destaca la comorbilidad entre suicidio y abuso de sustancias, presencia de enfermedades mentales o una combinación de ellos. Plantean que las diferencias en la evolución e incidencia de los suicidios entre chicos y chicas adolescentes, podría venir determinada por la vulnerabilidad ante diversos factores de riesgo, como son la depresión o las dificultades para el afrontamiento de problemas. Por lo que respecta a los trastornos alimentarios en jóvenes, cabe decir que la ideación suicida es común entre las adolescentes femeninas con anorexia o bulimia nerviosa: mientras que los intentos suicidas se dan en un 22% de las pacientes anoréxicas, en el caso de las adolescentes con bulimia es del 11%, diferencias que se pueden relacionar con el hecho que en la anorexia nerviosa concurren síntomas depresivos con el uso de sustancias, y en la bulimia nerviosa existe una historia de abuso de fármacos y laxantes (Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto y Tatarelli, 2004; Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen y Koivisto, 2005). Hawton y Harriss (2007) realizaron un estudio longitudinal a lo largo de 20 años (del año 1978 al año 1997), en adolescentes desde los 15 a los 24 años de edad, y que habían presentado intentos de suicidio, especialmente a través de episodios de autolesión y de intoxicación por tóxicos. El 20% de estos pacientes había recibido atención psiquiátrica previa, y aunque el consumo de alcohol era mayor en el caso de los adolescentes de sexo masculino, tan sólo el 3'1% del total de la muestra presentaba dependencia al alcohol; no obstante, el 36'1% de los casos había ingerido alcohol en las 6 horas previas al episodio de autolesión, y el 18% lo había utilizado como parte del acto autolítico (en ambos casos los porcentajes son significativamente superiores en hombres que en mujeres). Los problemas más comunes relacionados directamente con la comisión de las autolesiones en los jóvenes, son los problemas familiares, de pareja y de amistades, dificultades con el trabajo o los estudios, aislamiento social, problemas económicos, de vivienda y de consumo de alcohol. A lo largo del seguimiento de estos 20 años, el 1'7% de los adolescentes fallecieron por suicidio (tres veces más hombres que mujeres), y el 18'5% de estos suicidio se consumó en los 12 meses siguientes al primer episodio autolítico. La repetición y frecuencia de conductas de autolisis aumenta de manera considerable el riesgo posterior de suicidio, sobre el cual también influyen a medida que van discurriendo los años, factores tales como abuso de drogas y/o alcohol y la existencia de trastornos psiquiátricos.

Un estudio llevado a cabo por Romero, Gamero y Martínez (2007), analizó la incidencia del suicidio consumado en la provincia de Cádiz entre los años 1999 y 2003, llegando a las siguientes conclusiones de carácter socio-demográfico:

- La proporción de hombres respecto a mujeres en cuanto al suicidio consumado, era de 4.37 hombres por cada mujer, corroborando la menor incidencia en el sexo femenino.
- El suicidio en hombres tiene cifras similares para solteros (35.98%) y casados (35.05%), seguido de viudos (12.62%). En cambio en las mujeres, el suicidio se produce predominantemente en casadas (44.9%), seguido de las viudas (24.49%) y de las solteras (14.29%).

- La edad media global fue de 51.36 años para los hombres, y de 56.22 años para las mujeres.
- En relación con el día de la semana y la época del año, la mayor incidencia del suicidio fue para el sábado (19.52%), y para los meses de invierno (diciembre, enero y febrero, con un 28.5%) y de verano (junio, julio y agosto, con el 28.1%).
- En cuanto a los mecanismos de suicidio, el más empleado fue el ahorcamiento (46.38%), seguido por la precipitación (25.09%) y el uso de tóxicos (11.78%), pero mientras que en los hombres el método más empleado fue el ahorcamiento (52.8%) seguido de la precipitación (19.15%), en el caso de las mujeres el más comúnmente empleado fue la precipitación (51.02%) seguida de la ingesta de tóxicos (20.40%). En el caso de la ingesta de tóxicos, las sustancias más comúnmente utilizadas al efecto son el paracetamol, los antidepresivos (incluyendo estabilizadores del estado de ánimo), los tranquilizantes, los sedantes y los analgésicos no opiáceos (Hawton y cols., 2006).

Según la OMS (2000c), la pérdida reciente de un empleo se asocia a un mayor riesgo de comportamiento suicida, más que el hecho de estar desempleado desde hace más tiempo. Este factor se solapa de manera negativa con la presencia de trastorno mental, ya que es más probable que las personas con este tipo de trastorno tengan mayor probabilidad de carecer de empleo, que no las personas sin ningún tipo de trastorno mental. La proporción de personas desempleadas que han cometido autoagresiones se ha incrementado en los últimos años, hasta llegar a un 21.5% en el año 2006, especialmente entre los hombres (Hawton y cols., 2006), pero no obstante, la mayor tasa de suicidios se da en personas que están trabajando (con una tasa del 41'9%).

Como ya se ha constatado anteriormente, para entender lo que supone a nivel bio-psico-social la tentativa de suicidio en las personas a lo largo de su vida, son muy interesantes los estudios longitudinales, ya que al comprender períodos dilatados en el tiempo, se puede hacer un mejor seguimiento de las características personales y sociales que envuelven dichos comportamientos. Hawton, Zahl y Weatherall (2003) llevaron a cabo un estudio longitudinal de 20 años en el Hospital General de Oxford, desde el año 1978 hasta el 1997, con seguimiento hasta finales del 2000, y con un total de 11583 casos que presentaban episodios de autoagresión. De toda la muestra estudiada, en el año 2000 había fallecido el 10'2% de los pacientes, y de ellos el 2'6% fue por suicidio. El riesgo de suicidio fue significativamente mayor en hombres que en mujeres, desde al principio hasta el fin del período estudiado, y los porcentajes de riesgo de suicidio en función de los diferentes años de seguimiento (teniendo en cuenta ambos sexos y todos los grupos de edad) fueron: 0'7% al año de la primera conducta autolesiva, 1'7% a los 5 años, 2'4% a los 10 años y 3'0% a los 15 años. Es la franja de edad de las personas (tanto hombres como mujeres) mayores de 55 años, la que mayor porcentaje presenta de riesgo de suicidio, excepto en el estudio del seguimiento de los 15 años, que fueron las edades comprendidas entre los 35 y los 54 años. Así pues, del estudio se puede concluir que los comportamientos autoagresivos seguidos de un riesgo considerable de suicidio, son persistentes a largo plazo.

Se puede constatar que el hecho de tener o no problemas de vivienda, puede condicionar la precipitación de conductas suicidas. En este sentido Haw, Hawton y Casey (2006) llevaron a cabo un estudio sobre la relación entre el comportamiento autolésivo y las personas sin hogar o que no tienen un domicilio fijo. En el período que comprendía desde el año 1988 hasta el 2002, el 3'5% de los pacientes que habían tenido comportamientos autolésivos eran personas indigentes (el doble que las personas que sí optaban a un domicilio fijo), y la mayoría de ellos con una historia previa de intentos de suicidio, siendo estos, por tanto, un grupo de personas vulnerable y con un elevado riesgo de suicidio. El 80'7% de los casos de personas sin hogar eran hombres, y mientras el 56'1% de las mujeres eran menores de 25 años, en hombres un 70'2% eran mayores de los 25 años. Algunas características de este tipo de personas son que la mayoría no tienen pareja o no están casados, desempleados, con antecedentes penales, han sido víctimas recientes de comportamientos violentos, presentan un mayor aislamiento social, dificultades legales y económicas, tratamiento psiquiátrico previo por trastornos de personalidad, esquizofrenia y otros trastornos mentales graves, y una ratio elevada de problemas de dependencia al alcohol o las drogas. Así pues, en las personas que tienden a manifestar conductas suicidas, el disponer de un hogar propio o de un domicilio fijo, es un factor de protección frente a posibles comportamientos autolésivos de cara al futuro.

1.2. Factores psico-sociales y somáticos del comportamiento suicida

Uno de los factores de riesgo de comportamiento suicida a largo plazo es la desesperanza: al no ser específica de la depresión, está también presente en trastornos tales como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad y trastornos médicos crónicos. Otro factor importante indicativo de riesgo de suicidio es la desesperación, ya que implica no solo un sentimiento de desesperanza por un cambio, sino la convicción de que la vida es imposible sin dicho cambio (Ghosh y Victor, 1996).

Además, suelen estar subyacentes en el pensamiento y conducta suicida el sentimiento de culpabilidad, la vergüenza y la humillación, en ocasiones relacionados con estresores comunes como separaciones, rechazos, conflictos, problemas económicos, e incluso cambios en el estatus ocupacional o financiero.

Hay que tener en cuenta la existencia de historial familiar de trastornos psiquiátricos (trastornos depresivos o bipolares, esquizofrenia, trastornos de ansiedad y/o alcoholismo), ya que juega un papel importante como factor de riesgo del comportamiento suicida.

Podemos considerar el aislamiento social, la baja autoestima, una actitud pesimista hacia la vida, los sentimientos de rechazo familiar y social y la incapacidad para afrontar y resolver problemas, como factores de riesgo en el comportamiento suicida. La vivencia de determinadas experiencias traumáticas o de una crisis psico-social, pérdidas recientes o inestabilidad familiar, pueden convertirse también en factores estresantes que desencadenen el intento o acto suicida (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006).

En el año 2005 se publicó un estudio muy interesante realizado por McAuliffe y cols., en el que participaron investigadores de 12 países europeos, acerca de la relación

que existe entre la conducta autolesiva de las personas y su capacidad que tienen de resolución de problemas. Se parte de la idea de que si las personas tienen un adecuado autocontrol y auto-eficacia, junto con una buena capacidad para la solución de problemas, se reduce la probabilidad de repetición de autolesiones. Las dimensiones que se estudiaron en relación con los comportamientos autolesivos fueron cinco: manejo activo, evitación pasiva, reacciones paliativas, distribución de problemas y expresión negativa. De estas cinco dimensiones es la evitación pasiva, considerada junto con el género y el grupo de edad, la que se asocia con más fuerza a la repetición de autolesiones, especialmente si ésta se complementa con un bajo nivel de autoestima. Así pues, la autoestima actúa como protección a largo plazo frente a la repetición de conductas autolesivas, moderando la relación entre eventos vitales y comportamiento suicida. Por otra parte, cuando las puntuaciones en manejo activo son elevadas, hay una reducción significativa del riesgo de repetición de autolesiones. La actitud pasiva y evitativa en relación a la solución de problemas, es probable que se mantenga si las personas que llevan a cabo autolesiones de manera repetida, se sienten sin esperanza cuando se enfrentan a tales problemas (Milnes, Owens y Blenkinsop, 2002).

Un grupo de factores importante a tener en cuenta en los intentos y/o consumaciones de suicidio es la presencia de enfermedades médicas que sean discapacitantes, dolorosas y/o terminales: una quinta parte de las personas que sufren alguna patología orgánica crónica desarrollan trastornos depresivos, y esta proporción se eleva considerablemente en pacientes hospitalizados graves, por las limitaciones físicas y psicosociales asociadas (Roca y Bernardo, 1996). La OMS (2000b) destaca que aumenta la probabilidad de desarrollar algún comportamiento suicida cuando existen afecciones dolorosas, crónicas, con pronóstico negativo y que provocan inhabilidad, enumerando las siguientes enfermedades como factores de riesgo a la hora de cometer actos suicidas: epilepsia, lesiones en la médula espinal o en el cerebro, accidentes cerebro-vasculares, cáncer, VIH-Sida y afecciones crónicas como diabetes, esclerosis múltiple, enfermedades renales y hepáticas crónicas, trastornos óseos y articulares con dolor crónico, enfermedades cardiovasculares y neurovasculares, incluso en trastornos sexuales.

Cuando se trata de conductas autolesivas o autoagresiones deliberadas, los problemas más comunes que las precipitan son las dificultades en las relaciones personales (en un 69% de los casos), especialmente con la pareja, pero en mujeres también es más común que estas relaciones se hagan extensivas a otros miembros de la familia. Estos episodios en los hombres suelen ser debidos, en mayor medida que las mujeres, a problemas con el alcohol, el trabajo o los estudios, la economía, el consumo de drogas o las dificultades derivadas de la vivienda. Los trastornos alimentarios están presentes en el 5'4% de las mujeres, y las consecuencias derivadas de abuso sexual en la infancia se reflejan en el 8'5% de las mujeres y en el 5'1% de los hombres (Hawton y cols., 2006).

1.3. Suicidio y consumo de alcohol y drogas

La dependencia a drogas y, sobre todo, al alcohol, aumenta el riesgo de suicidio hasta cinco veces, más cuando coexiste con un trastorno depresivo. Según Ghosh y Victor (1996), los síntomas depresivos pueden ser el resultado de un trastorno afectivo subyacente, pero también pueden ser el resultado de los efectos tóxicos directos

del alcohol (alteración hepática, malnutrición o síndromes cerebrales orgánicos secundarios a traumatismos craneales). También defienden que, además del riesgo subyacente de suicidio que existe en la propia dependencia del alcohol, la intoxicación alcohólica aguda aumenta dicho riesgo, ya que la escasa capacidad de discernimiento y la desinhibición asociadas a la intoxicación, pueden desencadenar conductas de alto riesgo como sobredosis o autolesiones. El trastorno por dependencia al alcohol está presente en el 26'7% de las personas que han llevado a cabo comportamientos autolesivos, y el abuso de drogas lo está en un 8'7% (significativamente mayor la ratio de hombres que no de mujeres), siendo los hombres los que presentan más problemas de abuso de alcohol, cuando éste se relaciona con conductas suicidas (Haw, Hawton, Houston y Townsend, 2001).

Los estudios realizados por la OMS (2000b, 2000c) demuestran que el alcoholismo se encuentra en aproximadamente un tercio de los casos de suicidio y que, en el momento del acto suicida, muchos de los pacientes están bajo la influencia del alcohol. Entre el 5 y el 15% de las personas que presentan problemas de dependencia al alcohol, acaban por suicidarse. Además, la comorbilidad entre alcoholismo y depresión es un factor de riesgo muy elevado de suicidio. En esta misma línea, la OMS advierte que los problemas de toxicomanía son cada vez más frecuentes en los adolescentes que presentan comportamientos suicidas. La OMS enumera una serie de factores específicos de las personas con problemas de alcoholismo, que se asocian a un aumento en el riesgo de suicidio: iniciación temprana y largo historial de consumo de alcohol, alto nivel de dependencia, humor depresivo, salud física deficiente, desempeño laboral pobre, antecedentes familiares de alcoholismo y ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante.

La relación que existe entre las autolesiones o autoagresiones deliberadas y los trastornos mentales y/o consumo de drogas (Hawton y cols., 2006), nos indica que el 40'8% de las personas que han realizado este tipo de conductas, presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico: el 47'1% de los hombres y el 33'5 de las mujeres tienen problemas de consumo de alcohol, y a lo que consumo de drogas se refiere, éste aparece en el 27'1% de los hombres y en el 11'9% de las mujeres.

Según Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006), el abuso o dependencia de alcohol está presente en el 20-25% de las personas que se suicidan. Otros estudios manejan incluso cifras mayores, como el de Hawton y cols. (2006). Según estos autores en el 52.1% de los casos de autoagresión, ha habido ingesta de alcohol durante las 6 horas previas al hecho, y en el 31,3% de los episodios, cuando se trata de consumo de alcohol de manera habitual en la personas que se han autolesionado. El abuso regular de alcohol en estos casos, es considerablemente mayor en hombres que en mujeres.

1.4. Suicidio y trastornos mentales

La presencia de un trastorno psiquiátrico está fuertemente ligada al suicidio, y son los trastornos del estado de ánimo los que constituyen la categoría diagnóstica más frecuente entre las personas que se suicidan, estimándose que en torno al 15% de los pacientes con trastornos afectivos realizan intentos de suicidio (Ghosh y Victor,

1996), llegando incluso a una tasa del 20% cuando se consuma el suicidio y éste está asociado al trastorno bipolar no tratado (Goodwin y Jamison, 1990), especialmente en el episodio de depresión que acompaña el estado bipolar mixto.

Ghosh y Victor (1996) destacan la importancia de los síntomas de ansiedad como marcadores del riesgo de suicidio a corto plazo, especialmente cuando las personas presentan trastorno de pánico, riesgo que aumenta hasta un 25 % en aquellos pacientes en los que hay una comorbilidad entre trastorno de pánico y trastorno límite de personalidad (Friedman, Jones, Chernen y Barlow, 1992), lo que sugiere que es el trastorno de personalidad, más que el de pánico, el que correlaciona con el riesgo de suicidio.

Cuando una persona padece esquizofrenia paranoide, el riesgo de suicidio no es máximo durante la fase alucinatoria activa, sino cuando el trastorno está controlado y se encuentra en la fase de recuperación depresiva (Ghosh y Victor, 1996), que es el momento en que las personas pueden presentar una mayor conciencia de su problema, reconociendo con mayor claridad la realidad de su situación. La desesperanza es un factor clave en la población esquizofrénica y, además, suele ser un factor de riesgo de suicidio en todos los trastornos psiquiátricos.

El trastorno límite de personalidad es otro factor de riesgo de comportamiento suicida, debido a la dinámica y a los rasgos de personalidad propios de este trastorno, como son la impulsividad, la desesperanza, el comportamiento antisocial, la desesperación y la frialdad interpersonal. Su coexistencia con otros trastornos psiquiátricos hace que las personas tengan un riesgo elevado, ya que también influye la propia perspectiva que tienen del suicidio, es decir, la identificación de los factores psicológicos del suicidio y la objetivización del intento y comportamiento suicidas (Jacobs, 1992).

Los resultados de la investigación realizada en Oxford por Haw y cols. (2001), demuestran que la presencia de trastornos psiquiátricos y de personalidad, y la existencia de comorbilidad entre ambos, es un factor muy común en las personas que han cometido intentos de suicidio. En el momento de cometer el primer intento de autolesión, el 45'3% de los pacientes presentaban un trastorno psiquiátrico, el 36'7% dos y el 10% tres o más trastornos. Los trastornos afectivos se daban en el 70'7% de los casos (en el 38'7% de ellos había historial de frecuente episodios depresivos, y de ellos casi la mitad de tipo severo o psicótico); los trastornos de ansiedad en el 14% (siendo los más comunes la fobia social y la agorafobia); los trastornos alimentarios en un 10'7% (predominantemente en mujeres); la esquizofrenia y los trastornos psicóticos en un 9'3% y los trastornos de personalidad se daban en un 45'9% de las personas que desarrollaron por lo menos un intento autolítico, siendo los más frecuentes el tipo ansioso, anancástico y paranoide. La comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y de personalidad en este tipo de pacientes llega hasta el 44'1% de los casos estudiados, sin que haya diferencias significativas entre hombres y mujeres, y aumentando más de seis veces el riesgo de suicidio.

La existencia de comorbilidad entre Trastornos Mentales del Eje I y Trastornos de Personalidad aumenta considerablemente el riesgo de suicidio, ya que este tipo de pacientes tienden a presentar sintomatología depresiva persistente, sentimientos de desesperanza, más episodios de agresión e impulsividad, una baja autoestima y défi-

cits en su capacidad de resolución de conflictos (Hawton y cols., 2003). En su investigación, el 44'1% de los casos estudiados con estas características de personalidad tenían un historial previo de intentos de suicidio (el 48'7% en hombres y el 41'7% en mujeres), incluyendo los intentos múltiples. La combinación más frecuente entre Trastornos del Eje I y del Eje II a la hora de predecir la conducta suicida, es la que se da entre los Trastornos de Personalidad y los Trastornos depresivos, de ansiedad y/o de dependencia al alcohol. La mayoría de los intentos de suicidio en este tipo de pacientes, están precipitados por la dificultad para hacer amigos, por el deseo de proyectar a los demás un sentimiento de culpabilidad, sintiendo que están viviendo una situación insoportable, y todo en conjunto por la necesidad manifiesta de buscar ser ayudados (Hawton y cols., 2003).

Las investigaciones realizadas por la OMS (2000b), revelan que la mayoría de las personas que cometen suicidio presentan un trastorno mental diagnosticable, y que el suicidio y las conductas suicidas son más frecuentes en pacientes psiquiátricos. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes relacionados directamente con la conducta suicida son:

- Depresión: es el diagnóstico más común en personas que llevan a cabo conductas suicidas, y en estos casos si las personas realizan un tratamiento y un seguimiento psico-farmacológico adecuado, la depresión se puede tratar y, en consecuencia, el suicidio se puede prevenir, ya que el suicidio es un riesgo significativo en la depresión no reconocida y no tratada. Las características clínicas específicas asociadas a un riesgo elevado de suicidio en la depresión, son el insomnio persistente, deterioro en la memoria, sintomatología psicótica asociada a la depresión, agitación y ataques de pánico. Además, hay unos factores que aumentan considerablemente el riesgo de suicidio en estos pacientes: ser varón menor de 25 años, estar en fase depresiva de un trastorno bipolar, presentar síntomas maniaco-depresivos y manía psicótica.
- Esquizofrenia: aproximadamente un 10% de las personas diagnosticadas de este trastorno, acaban por cometer suicidio. Los momentos más proclives de cometer suicidio en pacientes esquizofrénicos, son poco después de haber sido dados de alta en el hospital; en etapas de sintomatología tempranas, cuando están confusos y/o perplejos; en etapas tempranas de la recuperación, cuando exteriormente sus síntomas están controlados pero interiormente se sienten vulnerables; y en etapas tempranas de una recaída, al sentirse que han superado el problema, pero en cambio los síntomas se repiten. En este tipo de pacientes, hay una serie de factores que aumentan el riesgo de suicidio: ser varón joven desempleado, cuando existen recaídas recurrentes y/o temor al deterioro (especialmente en aquellos con alta capacidad intelectual), presencia de síntomas positivos de suspicacia e ilusiones falsas, y padecer síntomas depresivos.
- Trastornos de personalidad: los que con más frecuencia están asociados al suicidio son el trastorno de personalidad límite y el antisocial. No obstante, los trastornos de personalidad histriónico y narcisista también están directamente relacionados con el suicidio, especialmente cuando existe tendencia a manifestar conductas impulsivas y agresivas. Los trastornos de personalidad los pre-

sentan un 16'8% de los hombres y un 15'2% de las mujeres, cuando ha habido comportamiento autolesivos y de autoagresión deliberada (Hawton y cols., 2006).

- Trastornos de ansiedad: por orden de mayor a menor nivel de asociación al comportamiento suicida, son el trastorno de pánico, el obsesivo-compulsivo, los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) y los somatomorfos.

En todos los estudios realizados al efecto, existe una comorbilidad entre los suicidios consumados y las tentativas de suicidio, y las personas que padecen trastornos mentales. Un estudio realizado en Dinamarca en el que se tuvieron en cuenta las personas fallecidas entre los años 1973 y 1993, concluía que las personas alcohólicas consumidoras de drogas, con psicosis afectivas o trastornos de personalidad presentaban mayor riesgo de suicidio, especialmente en pacientes psiquiátricos que han estado alguna vez ingresados, mientras que éste era menor en los casos de trastornos de aprendizaje o demencia (Hiroeh, Appleby, Mortensen y Dunn, 2001).

La comorbilidad entre trastorno límite de la personalidad y depresión mayor, y la que existe entre trastorno de angustia y depresión, se valora como factor de elevado riesgo de intento y consumación de suicidio (Cheng, Mann y Chan, 1997; Lecrubier y Ustum, 1998). Una investigación realizada en Suecia por Niméus, Alsén y Träskman-Bendz (2001), arroja a la luz que en una población de individuos con trastornos del estado de ánimo que habían tratado de quitarse la vida, el 12% se suicidó en el plazo de un año: los diagnósticos más destacados en la población suicida fueron el trastorno depresivo mayor y la distimia. En dicho estudio, los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS) muestran que: los pacientes con trastornos del estado de ánimo puntuaron significativamente más alto que los pacientes con otros trastornos del Eje I; en el Eje II no hubo diferencias significativas entre los pacientes con un diagnóstico del grupo B y los pacientes con otros diagnósticos del Eje II o sin diagnóstico en este eje. El trastorno bipolar se asocia en un 29% al comportamiento suicida, ya que con frecuencia estos pacientes desarrollan ansiedad, abuso de drogas y alcohol y trastornos alimentarios, y es en la fase depresiva cuando existe un mayor riesgo de suicidio (Post, 2005).

Se han realizado incluso meta-análisis basados en la investigación a partir de la búsqueda bibliográfica de artículos, en los que se ha estudiado la relación entre esquizofrenia y suicidio. Uno de los más importantes es el llevado a cabo por Hawton, Sutton, Haw, Sinclair y Deeks (2005), en el que se evaluaron 1329 artículos relacionados con el tema, llegando a la conclusión que los factores con mayor incidencia en el riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos fueron la presencia de trastornos depresivos previos, el consumo de drogas, existencia de agitación o inquietud motora, ideación paranoide, baja autoestima y desesperanza, miedo a la desintegración mental e impulsividad. En cambio, la presencia de alucinaciones y delirios se asoció a un bajo riesgo de suicidio. Los pacientes con baja adherencia al tratamiento, los que vivían solos o sin sus familias, al igual que aquellos que habían pasado por situaciones de pérdidas recientes, también presentaban un mayor riesgo de suicidio. Curiosamente, según los autores, al contrario de lo que ocurre en la población general, en el caso de la esquizofrenia el consumo de alcohol no sería un factor de riesgo a la hora de llevar a cabo conductas suicidas.

En España se han realizado diferentes estudios al respecto. En el de Gabilondo y cols. (2007), los resultados mostraron que la presencia de un trastorno mental se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar ideas, planes o intentos de suicidio, especialmente en aquellas personas que presentan un trastorno afectivo. De los datos de este estudio se desprende que los trastornos que mayor comorbilidad tienen con la realización de intentos de suicidio, son el episodio depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, trastornos del control de impulsos, trastorno por estrés post-traumático y abuso de alcohol. Además, en este estudio los autores observan que la presencia de comorbilidad psiquiátrica parece incrementar el riesgo de intento de suicidio en una relación creciente con el número de trastornos (cuantos más trastornos presente un individuo, mayor probabilidad existe de presentar ideación suicida), resultados que van en la misma línea que los obtenidos por Niméus y cols. (2001), en cuya investigación se corroboró que los pacientes con una comorbilidad de más de un diagnóstico del Eje I tenían puntuaciones significativamente más altas en la Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS).

Otro estudio longitudinal llevado a cabo en España por Romero y cols. (2007), resaltó que de todos los casos estudiados, el 55.89% tenían antecedentes psiquiátricos (el 76.87% eran hombres y el 23.12% eran mujeres). Los trastornos psiquiátricos diagnosticados en las personas que cometieron suicidio fueron: depresión (63.94%), esquizofrenia (8.84%), adicción a opiáceos (8.84%), alcoholismo (7.48%), trastornos de personalidad (4.76%), demencias (2.72%), epilepsia (2.04%) y trastorno bipolar (1.36%). Además, dichos autores constataron que el 14.82% del total de los casos estudiados, habían realizado intentos de suicidio previos, de los cuales un 71.79% presentaban diagnóstico de depresión.

Capítulo II

El suicidio en la población penitenciaria

Las personas privadas de libertad presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general (Snow, Paton, Oram y Teers, 2002). La Organización Mundial de la Salud en el año 2000 afirmó que el suicidio es, como causa única de muerte, la más frecuente en las instituciones penitenciarias, y McKee (1998) afirma que las personas privadas de libertad tienen unas tasas de suicidio entre 11 y 14 veces mayores que la población general.

Algunos autores establecen una diferenciación entre la población penitenciaria preventiva y la penada. De esta forma, se ha estimado que los internos preventivos presentan unas tasas de suicidio 7.5 veces mayores que la población general y los penados, casi 6 veces más que la población general (Jenkins y cols., 2005). Por otra parte, las personas que han estado encarceladas en algún momento de su vida presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general (Pratt, Piper, Appleby, Webb y Shaw, 2006).

El medio penitenciario presenta unas peculiaridades que lo hacen especialmente vulnerable a la conducta suicida (OMS, 2000a):

- Los centros penitenciarios son lugares donde viven personas que tradicionalmente han estado entre los grupos de mayor riesgo de suicidio: hombres jóvenes, con enfermedad mental, aislados socialmente, que abusan de las drogas y que han intentado suicidarse en el pasado.
- El impacto psicológico del encarcelamiento o el estrés diario asociado a la vida en prisión puede sobrepasar las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables.
- A veces no existen procedimientos formales para identificar y atender a internos con riesgo de suicidio.
- Aunque existan dichos procedimientos formales, el exceso de trabajo o el personal no especializado que trabaja en estos Centros puede provocar que no se detecten adecuadamente las situaciones de riesgo de suicidio.

- Algunos centros penitenciarios no tienen programas de tratamiento psiquiátrico ni tienen acceso a profesionales de la salud mental como los que existen en la comunidad.

El encarcelamiento puede representar una pérdida de libertad, una pérdida de apoyo social y familiar, miedo a lo desconocido, miedo a la violencia física o sexual, miedo e incertidumbre respecto al futuro, culpabilidad por el delito cometido, y miedo o estrés derivado de las pobres condiciones ambientales. Según va pasando el tiempo, el encarcelamiento genera más estrés por conflictos con la institución, victimización, frustración por las resoluciones legales, y finalmente un deterioro físico y emocional (OMS, 2000a; Douglas y cols., 2008).

2.1. Dificultades metodológicas del estudio de la conducta suicida en el medio penitenciario

Dada la situación descrita uno de los principales objetivos de las instituciones penitenciarias es prevenir la conducta suicida entre los internos. Para ello es necesario llevar a cabo estudios que permitan conocer qué factores de riesgo se asocian con este tipo de conducta para, posteriormente, poder diseñar programas de prevención.

Un paso importante para prevenir la conducta suicida es establecer **perfiles de riesgo** de suicidio entre la población penitenciaria ya que se ha comprobado que, por ejemplo, los factores de riesgo son diferentes si el interno es preventivo o penado (OMS, 2007). Sin embargo, la mayoría de las investigaciones llevadas a cabo en este ámbito no tienen en cuenta este aspecto en las muestras estudiadas (Hayes, 1995). Way, Miraglia, Sawyer, Beer y Eddy (2005) explican que esta diferenciación es más habitual en las investigaciones americanas porque en Estados Unidos existen prisiones para penados a condenas de larga duración y prisiones específicas para preventivos o condenados a penas cortas, por lo que es más fácil realizar estudios que diferencien ambas muestras. Sin embargo, en otros países donde los internos preventivos y penados conviven juntos en los mismos centros penitenciarios, normalmente se incluyen ambos tipos de internos en las muestras estudiadas, sin llevar a cabo dicha diferenciación.

Algunos estudios comparan las tasas de suicidio de las personas privadas de libertad con las tasas de las personas no privadas de libertad en general, lo cual, según Metzner (2002) es metodológicamente incorrecto, ya que deberían tenerse en cuenta las **variables específicas** que suele presentar la población penitenciaria para buscar muestras similares en la comunidad (por ejemplo, en cuanto al consumo de drogas). Algunos autores van más allá y establecen que es incorrecto comparar muestras de población penitenciaria en relación al suicidio ya que existen diferentes tipos de centros penitenciarios, diferentes tipos de internos, etc., y que todas estas variables son importantes y es imposible controlarlas para establecer muestras similares. Hayes (1995) considera que las investigaciones deben centrarse en los factores de riesgo más que en realizar comparaciones entre muestras.

A la hora de revisar los estudios que se han realizado sobre la conducta suicida el primer problema lo encontramos en la **definición** de la propia conducta a estudiar. Las definiciones utilizadas incluyen desde ideación suicida hasta conductas autolesi-

vas con diferentes niveles de gravedad y diferentes intencionalidades y motivos. Los términos autolesión, intento de suicidio y parasuicidio se han utilizado muchas veces de forma indistinta, ignorando que la autolesión y el intento de suicidio son diferentes fenómenos (Lohner y Konrad, 2007).

En la teoría por tanto, es recomendable diferenciar entre ambos comportamientos ya que su etiología es diferente. Sin embargo, en la práctica se ha demostrado la dificultad de separar ambas conductas, para lo cual se han utilizado diferentes criterios.

El *criterio médico* diferencia entre autolesión e intento de suicidio en función de la gravedad de las heridas resultantes. La ventaja de este criterio es su objetividad y la facilidad para su evaluación. Sin embargo, no siempre la intencionalidad de la conducta está directamente relacionada con la gravedad de las consecuencias.

Otros estudios utilizan como criterio para diferenciar ambas conductas la *intencionalidad* a la hora de llevarlas a cabo. Esta postura presenta también dificultades, entre ellas, la posibilidad de que los internos falseen la información y el hecho de que las interpretaciones se realizan a posteriori, con la subjetividad que esto implica.

Un tercer enfoque trata de *combinar los dos anteriores*, tanto la gravedad de las consecuencias de la conducta como la intencionalidad de la misma. Lohner y Konrad (2007), basándose en este último enfoque, presentan la siguiente tabla, identificando cada conducta en función del motivo por el que se llevó a cabo y el resultado obtenido:

Tabla 1. Tipos de conductas suicidas en función del motivo y del resultado

| | | RESULTADO | |
|--------|---------------|---------------------|-----------|
| | | Vida | Muerte |
| MOTIVO | Otros motivos | Autolesión | Accidente |
| | Muerte | Intento de suicidio | Suicidio |

Por otra parte, la postura de los expertos sobre este tema también es diversa. Hay autores que consideran que la autolesión y el intento de suicidio son fenómenos diferentes ya que difieren en cuanto a la letalidad, la motivación y las características clínicas (Maden, Chamberlain y Gunn, 2000). Otros autores, sin embargo, consideran que ambos fenómenos forman parte del mismo continuo, y la diferencia o bien es irrelevante o, en el peor de los casos, confusa y peligrosa (Verona, Sachs-Ericsson y Joiner, 2004).

2.2. Factores de riesgo de suicidio en la población penitenciaria

Lohner y Konrad (2007) han llevado a cabo una revisión de las investigaciones sobre suicidio en el medio penitenciario de las dos últimas décadas, identificando los factores de riesgo y realizando un análisis de cada uno de ellos.

Asimismo, Fazel, Cartwright, Norman-Nott y Hawton (2008) han realizado un meta-análisis sobre los factores de riesgo de la conducta suicida en el medio penitenciario.

Las conclusiones a las que han llegado estos dos importantes estudios han sido analizadas, clasificando los factores encontrados en tres grupos.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Los factores sociodemográficos detectados son muy frecuentes entre la mayoría de la población penitenciaria, por lo que sólo tienen valor predictivo en combinación con otros factores.

Joven. Los internos más jóvenes presentan un mayor riesgo de suicidio (Sherman y Morschauer, 1989). La experiencia de estar encarcelado puede ser especialmente difícil para los delincuentes más jóvenes al estar separados de su familia y amigos (OMS, 2000a).

De hecho, aunque algunos estudios encuentran un menor nivel de suicidios consumados en delincuentes jóvenes institucionalizados, los intentos de suicidio y la ideación suicida son mayores en este grupo que en la población juvenil general (Battle, Battle y Tolley, 1993). La asociación entre juventud, delincuencia e intento de suicidio parece ser incluso independiente del encarcelamiento. Wasserman y McReynolds (2006) estudiaron una muestra de 990 delincuentes juveniles sometidos a una medida alternativa al encarcelamiento. Un 13,2% de la muestra había realizado en algún momento de su vida un intento de suicidio. Las variables psicopatológicas que se asociaron de forma más significativa a este comportamiento fueron los niveles de depresión y la dependencia.

El valor predictivo de este factor por sí solo no es muy elevado ya que la distribución de la variable edad en la población penitenciaria es menor a nivel estadístico comparado con la población general.

Hombre/Mujer. A pesar de que la mayoría de los suicidios en las instituciones penitenciarias son llevados a cabo por hombres (porque la mayoría de los internos son hombres), las mujeres también presentan un elevado riesgo de suicidio sobre todo cuando están en prisión preventiva, tienen una enfermedad mental severa, poco apoyo familiar y social y un historial previo de conducta suicida (OMS, 2000a). Las mujeres privadas de libertad intentan suicidarse 5 veces más que las mujeres en la comunidad (Holley, Arboleda-Flórez y Love, 1995) y dos veces más que los hombres privados de libertad.

En general, se considera que las mujeres privadas de libertad presentan un mayor riesgo de intento de suicidio y los hombres privados de libertad, un mayor riesgo de suicidio consumado (Nicholls, Lee, Corrado y Ogloff, 2004).

Al igual que ocurría con la variable anterior no es muy útil, desde el punto de vista predictivo, decir que las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres, pero sí es necesario para llamar la atención sobre la necesidad de realizar estudios por separado de la conducta suicida entre hombres y mujeres encarcelados.

Estado civil. Según Lohner y Konrad (2007), en el medio penitenciario las personas solteras presentan un riesgo de suicidio mayor que las personas casadas. Sin embargo, Fazel y cols. (2008) han encontrado que, por el contrario, estar casado es

un factor de riesgo de la conducta suicida en la población penitenciaria. Estos últimos autores explican sus datos por el efecto que puede tener sobre los internos el hecho de perder a sus referentes sociales más importantes durante el encarcelamiento.

A nivel metodológico hay que destacar que algunos estudios no explican si incluyen a las personas divorciadas y a las personas que conviven con su pareja aunque no estén casados, lo cual limita la capacidad predictiva de este factor.

Personas sin hogar. Debido a la elevada frecuencia de esta condición entre las personas privadas de libertad, su valor predictivo también es bajo.

Nivel de estudios bajo. En la misma medida que el factor anterior, ésta es una característica muy frecuente en la población penitenciaria por lo que su valor predictivo es limitado.

Caucásico. Una gran parte de los estudios analizados son realizados con población penitenciaria americana. A pesar de que en los centros penitenciarios americanos la mayoría de los internos son de raza no caucásica, se ha encontrado que el riesgo de suicidio es mayor entre los internos caucásicos. Una de las explicaciones que se ha indicado es la menor protección y apoyo que, por parte de otros internos, tienen los penados caucásicos, sintiéndose en minoría.

Cumplir condena en el país de origen. Por un lado, las dificultades en la comunicación y la falta de contacto con sus familiares pueden contribuir al aislamiento de los inmigrantes en los centros penitenciarios. También el miedo a ser extraditados puede ser un factor estresante añadido en esta población. Sin embargo, los resultados indican un mayor riesgo de suicidio entre la población penitenciaria nacional, no inmigrante. Existen varias explicaciones para este resultado. Por un lado, es posible que se informe más frecuentemente de las conductas de los internos nacionales, o incluso que ellos mismos den más información al respecto. Debido a las dificultades con el idioma es también posible que los inmigrantes sean sistemáticamente excluidos de las investigaciones. Otra explicación que se plantea es que los internos nacionales puedan conseguir más refuerzos a su comportamiento autolesivo del personal de la prisión, por lo que tienden a repetirlo.

Falta de apoyo social. Sherman y Morschauser (1989) encontraron que el apoyo social es un factor de protección del suicidio en la población penitenciaria.

FACTORES FORENSES Y PENITENCIARIOS

Estar en prisión preventiva o en una fase temprana de la condena. Algunos de los factores que aumentan el riesgo de suicidio durante el período de prisión preventiva son el estrés derivado del encarcelamiento, la posibilidad de sufrir síndrome de abstinencia y un alto grado de inseguridad respecto al futuro. Asimismo, la fase más temprana de la condena también presenta un alto riesgo debido al elevado sufrimiento que padecen los internos durante este período.

Delito violento/grave. Se ha encontrado una elevada correlación entre internos que han cometido delitos violentos y conductas suicidas. Se han desarrollado varias explicaciones para esta asociación. En el caso de los psicópatas, por ejemplo, se ha

explicado que la conducta autolesiva puede ser un acto de agresividad contra el encarcelamiento y la prisión, utilizando su propio cuerpo como el último instrumento posible para demostrar esa agresividad. En el caso de los internos que han cometido delitos violentos, especialmente agresiones sexuales, los motivos que les llevan a este comportamiento pueden ser las expectativas de una larga condena y también la victimización que pueden sufrir por parte de otros internos, incluso también por el sentimiento de culpa y vergüenza por sus delitos. A nivel metodológico existen dificultades en cuanto al término “delito violento”, no especificando los autores a veces qué delitos concretamente incluyen en esta categoría. Por otra parte, las diferencias en cuanto a la nomenclatura legal utilizada en cada país a la hora de categorizar los delitos también pueden inducir a error. Por estos motivos los resultados que defienden esta relación entre “delito violento” y conducta autolesiva deben ser interpretados con precaución.

Condena larga (igual o mayor a 18 meses) incluida la cadena perpetua.

Encarcelamiento previo. Existen diferencias de opinión entre los autores respecto a este factor. Por un lado, hay autores que lo consideran un factor de riesgo, aunque por diferentes motivos. Beigel y Russell (1972) consideran que la experiencia de haber estado ingresado en prisión con anterioridad puede ser considerada un factor de riesgo debido a que el interno puede tener la sensación de haber fallado de nuevo y querer evitar pasar un nuevo período en prisión. Sin embargo, Griffiths (1990) considera que los internos que ya han pasado por prisión e intentan suicidarse presentan más trastornos psiquiátricos, falta de apoyo social y trastornos adictivos. Por otra parte, hay autores que consideran el encarcelamiento previo como un factor de protección (Dahle y Steller, 1990).

Danto (1973) encuentra una distribución bimodal en las cotas más altas de suicidio, de tal forma que tendrían un riesgo alto de suicidio tanto los internos primarios como los internos que han sido encarcelados cuatro o más veces. El primer grupo tendría un riesgo elevado de suicidio fundamentalmente durante los primeros días mientras que el segundo grupo presentaría un riesgo mayor tras varias semanas o meses.

Hay que tener en cuenta cuál ha sido el sistema de recogida de información de los diferentes estudios, si se han servido de archivos penales o de declaraciones de los propios internos. Se ha demostrado que esta última vía presenta menor fiabilidad.

Faltas disciplinarias. Se presenta como uno de los factores con una relación más clara con las conductas autolesivas. Se ha demostrado que los internos que llevan a cabo estas conductas también son agresivos hacia otras personas y objetos. En este caso, a la hora de analizar los estudios hay que tener especial cuidado en comprobar si las conductas autolesivas han sido consideradas incidentes regimentales y por tanto estar siendo contadas dos veces. Hay que diferenciar claramente entre conductas autolesivas y otro tipo de conductas que suelen acompañarlas, como por ejemplo resistencia a los funcionarios cuando intentan que el interno no lleve a cabo la conducta autolesiva, y conductas agresivas hacia otras personas.

Estar en una celda de aislamiento. Se ha demostrado que existe una elevada correlación entre conducta suicida y estancia en celda de aislamiento, de tal forma que las investigaciones han encontrado que entre el 76% (He, Felthous, Holzer,

Nathan y Veasey, 2001) y el 97% (Anno, 1985) de los internos que fallecen por suicidio estaban en ese momento en una celda de aislamiento.

De manera similar, las investigaciones que han analizado el suicidio en la población general, han encontrado una elevada correlación entre vivir solo y conducta suicida (Applebay, 1992).

Dentro de las causas que se han estudiado que pueden llevar a un interno a intentar suicidarse cuando está en una celda de aislamiento o incluso en una celda individual, están la privación sensorial y social.

Autores como Felthous (1997) destacan que debe diferenciarse entre celdas de aislamiento con contacto social y privación sensorial limitados, de aquellas celdas de aislamiento que por el contrario tienen una observación constante por parte del personal del centro penitenciario.

Es importante señalar que algunos países como Alemania utilizan estas celdas como consecuencia de la conducta autolesiva del interno mientras que en otros países como España o Gales está prohibido utilizarlas cuando se detecta riesgo de suicidio.

Acoso. El acoso sexual, físico y/o verbal por parte de otros internos, es otro de los factores de riesgo encontrados. De igual modo que ocurría con el factor anterior, el acoso puede ser tanto la causa como la consecuencia de la conducta autolesiva, ya que un interno “débil” tiene más riesgo de ser acosado por otros internos. La definición de acoso que es utilizada en cada estudio debe ser también tenida en cuenta a la hora de sacar conclusiones respecto a este factor. Se ha encontrado que el acoso es un problema más frecuente entre los internos adolescentes.

FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

Trastornos psicológicos/psiquiátricos. En relación al peso de estos factores en la conducta suicida de la población penitenciaria, hay que tener en cuenta aspectos relativos a la metodología utilizada por las diferentes investigaciones. En este sentido hay que analizar si se han utilizado diagnósticos estandarizados, qué manual diagnóstico se ha tenido en cuenta, si se ha considerado sólo el primer diagnóstico o también el segundo (en su caso), qué período de observación se ha utilizado y qué fuentes se han usado para realizar el diagnóstico. La comorbilidad además dificulta poder establecer el potencial explicativo de cada diagnóstico en relación a la conducta autolesiva. Por otra parte, debe valorarse que dos personas con el mismo diagnóstico pueden tener diferente sintomatología siempre que cumplan el número de criterios establecido por los manuales de referencia y que a veces se utilizan puntos de corte arbitrarios.

El hecho de que la prevalencia de los trastornos mentales de las personas privadas de libertad sea en sí misma elevada, limita la validez predictiva de estos trastornos en cuanto a la conducta estudiada. Aun así, parece que los internos que intentan suicidarse son una muestra dentro de la población privada de libertad que tiene una mayor probabilidad de padecer trastornos mentales.

Este factor es frecuentemente evaluado con el indicador “*haber recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico previo*”. Muchos de los internos que han llevado a

cabo conductas autolesivas informan de haber recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico previo. Estos informes pueden ser interpretados como indicadores de haber tenido algún trastorno mental a lo largo de su vida. Uno de los aspectos a analizar es si realmente los internos con conductas autolesivas acuden con más frecuencia a centros psiquiátricos o si la explicación de estas diferencias se debe a que tienen menos reservas para admitirlo que otros internos que no han llevado a cabo conductas de este tipo. Por otra parte, este indicador no tiene en cuenta a los internos que puedan padecer trastornos mentales pero que no han recibido tratamiento.

Way y cols. (2005) encontraron que el 41% de la muestra estudiada (internos que se habían suicidado) habían sido atendidos clínicamente en los 3 días anteriores al suicidio, y el 15% entre los 4 y los 7 días anteriores. Sin embargo, no se había detectado alto riesgo de suicidio en estos casos. En el mismo sentido, Earle, Forquer, Volo y McDonnel, (1994) encontraron que el 84% de la muestra estudiada (víctimas de suicidio en programas de salud mental en la comunidad) habían asistido a consulta psiquiátrica en las 2 semanas anteriores.

Los trastornos psicológicos/psiquiátricos más frecuentes en la población penitenciaria suicida son el abuso de sustancias (sobre todo en la población masculina), los trastornos afectivos y la esquizofrenia (Baxter y Appleby, 1999; Sherman y Morschauer, 1989). Respecto a este último trastorno, debe tenerse en cuenta la presencia de sintomatología positiva y no el mero diagnóstico de esquizofrenia para establecer una relación adecuada con el riesgo de suicidio (Way y cols., 2005).

Estrategias de afrontamiento. La investigación sugiere que los internos que se autolesionan utilizan estrategias de afrontamiento emocional poco efectivas (Liebling, 1992) y que su estilo de afrontamiento se caracteriza por la evitación y la reacción emocional (Zamble y Porporino, 1990). Dear, Thomson, Hall y Howells (1998) estudiaron una muestra de 71 internos y compararon a los que se habían autolesionado con aquellos que no lo habían hecho. Los resultados indicaron que una menor proporción de internos con comportamiento autolesivo recurría a estrategias consideradas adaptativas. Dear, Slattery y Hillan (2001) demostraron que los internos que se autolesionan utilizan estrategias de afrontamiento de menor calidad que aquellos que nunca se han autolesionado. Rohde, Seeley y Mace (1997) mostraron una asociación entre estrategias de afrontamiento inefectivas y la presencia de intentos de suicidio en una muestra de 555 delincuentes jóvenes. Kirchsner y Mohíno (2003) analizaron la relación entre comportamiento autolesivo y el uso de estrategias de afrontamiento en población penitenciaria española. Se observó que los internos con conductas autolesivas utilizaban preferentemente estrategias de evitación, frente a internos sin conductas autolesivas que recurrían a otro tipo de estrategias. No se encontraron diferencias entre internos con y sin autolesión en el uso de estrategias que implicaban acercamiento. Los internos con conductas autolesivas empleaban estrategias de acercamiento y evitación con la misma frecuencia, mientras que en el caso de los internos sin autolesión predominaban las estrategias de acercamiento. Kirchner, Fonts y Mohíno (2008) estudiaron una muestra de 102 internos. De esta muestra, el 23,5% se había autolesionado al menos en una ocasión durante su estancia en prisión. Se estableció mediante el cuestionario CRI-A a qué tipo de estrategias recurrían con más frecuencia ante situaciones estresantes. El instrumento recoge cuatro estrategias de acercamiento (análisis lógico, reformulación positiva, búsqueda de apoyo y solu-

ción de problemas) y cuatro de evitación (evitación cognitiva, aceptación, búsqueda de recompensas alternativas y descarga emocional). Aquellos internos que utilizaban estrategias de afrontamiento evitativas por encima de la media del grupo, y que recurrían a las estrategias de acercamiento con muy baja frecuencia, eran los que presentaban un mayor riesgo de autolesión.

Conductas autolesivas e intentos de suicidio previos. Aproximadamente el 80% de las personas que se suicidan habían intentado suicidarse anteriormente (Sherman y Morschauser, 1989).

Fruehwald, Frottier, Matsching y Eher (2003) examinaron 220 casos de los 250 suicidios que se habían producido entre 1975 y 1999 en las prisiones austríacas. Encontraron que casi el 60% habían llevado a cabo algún tipo de conducta suicida durante el encarcelamiento. El 50% habían intentado suicidarse y el 37% había expresado su deseo de quitarse la vida.

A nivel metodológico cobran interés las dificultades para definir la conducta suicida ya analizadas anteriormente y también el período de observación que se considera. Hay autores que sólo tienen en cuenta el período actual de encarcelamiento mientras que otros valoran la conducta suicida que se haya producido en otros encarcelamientos y también en períodos fuera de prisión.

Conductas suicidas en personas de su entorno. El riesgo de conducta suicida aumenta en los internos cuando personas cercanas a ellos han intentado suicidarse (Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel y Bout, 2002).

En los centros penitenciarios se produce a veces lo que se denomina un suicidio por contagio o imitación (McKenzie y Keane, 2007). Este fenómeno se explica por sentimientos de unidad que se producen en pequeños grupos de internos, incluso como “ritos de iniciación” o como muestras de valor (Cox y Skegg, 1993).

Abuso/dependencia del alcohol. A la hora de analizar el peso de este factor en el riesgo de la conducta suicida, la primera cuestión a valorar es cómo se ha realizado el diagnóstico de abuso o dependencia en las investigaciones estudiadas. Por otra parte, el consumo de alcohol en las prisiones ha sido sustituido con el paso del tiempo por el consumo de otras drogas, por lo que el año en que se haya realizado el estudio puede ser también determinante para explicar los resultados.

Abuso/dependencia de otras sustancias psicotrópicas. El tipo de droga analizada puede ser de interés en su relación con la conducta suicida. Por ejemplo, el cannabis y los opiáceos parecen ser inhibitorios de la conducta autolesiva. Jenkins y cols. (2005) encontraron que la combinación entre trastorno antisocial de la personalidad y abuso de cannabis era un factor de protección para los intentos de suicidio recientes. Según Franke y cols. (2003) la dependencia de opiáceos es un factor de riesgo independiente (de otros factores como la depresión) de la conducta suicida. Por otro lado, los trastornos adictivos, en general, son indicadores de vulnerabilidad, estando asociados a otros trastornos y problemas psicológicos. Según se ha comentado anteriormente se debe también valorar si la información respecto a la dependencia de sustancias ha sido recogida del historial del sujeto o ha sido facilitada por él mismo.

Un porcentaje elevado de los internos que se suicidan estaban en el momento del suicidio bajo los efectos de las drogas o del alcohol (Hayes y Rowan, 1988).

Trastorno de déficit de atención/hiperactividad. Este trastorno no puede ser diagnosticado sin fuentes de información sobre la anamnesis del sujeto, las cuales son difíciles de conseguir en el contexto penitenciario y a veces tienen una fiabilidad dudosa. Además, los diagnósticos retrospectivos en la edad adulta son normalmente muy difíciles de realizar.

Abuso físico/sexual. Esta variable también presenta una fiabilidad dudosa cuando se obtiene a través del autoinforme de los internos. Por un lado es posible que se simule con el objetivo de exculparse por el delito cometido y por otro puede ser disimulado por la vergüenza causada. El abuso sexual parece estar asociado con la conducta suicida en las muestras de mujeres privadas de libertad (Lexcen y Redding, 2000). Esposito y Clum (2002) encontraron que el abuso sexual es un predictor directo e independiente de la conducta suicida.

Sucesos vitales. A nivel metodológico es importante definir qué entiende cada investigación por “sucesos vitales” y qué periodo de tiempo han tenido en cuenta (último año, últimos cinco años, toda la vida, etc.).

La pérdida de personas significativas para el interno es otro de los factores de riesgo precipitantes de la conducta suicida en el medio penitenciario (Danto, 1973; Haycock, 1989).

Depresión. Uno de los factores de riesgo más importantes estudiados ha sido la depresión. Es importante analizar en las diferentes investigaciones cómo se ha realizado el diagnóstico y qué instrumentos de evaluación han sido utilizados. La presencia de depresión es una condición necesaria pero no suficiente para que se produzca un intento de suicidio. Las herramientas de evaluación que consideran la depresión como una variable dimensional son más útiles para predecir la conducta autolesiva, como por ejemplo el Inventario de depresión de Beck, la Escala de desesperanza de Beck y la Escala de ideación suicida de Beck.

Normalmente los estudios que analizan la relación depresión-conducta suicida en el medio penitenciario, no especifican si el individuo presentaba este trastorno antes del ingreso en prisión o por el contrario lo padece como consecuencia de aquél. Por otro lado, tampoco indican si la depresión es anterior a la conducta autolesiva o posterior.

La conducta violenta es una variable que media en la relación depresión-conducta suicida en la población penitenciaria, de tal forma que en el caso de los internos calificados como “violentos” no existe una correlación tan fuerte entre depresión y conducta suicida (Way y cols., 2005).

Desesperanza. Es el componente cognitivo de la depresión y parece estar relacionado con la conducta autolesiva, fundamentalmente por el efecto que tiene en la ideación suicida. La asociación entre riesgo de suicidio y depresión desaparece si se controla la desesperanza (Cole, 1988).

Ideación suicida. Lekka, Argyriou y Beratis (2006) encontraron en un estudio prospectivo que la ideación suicida era el predictor más importante de la conducta

autolesiva posterior en una muestra de internos. Otros estudios muestran que un porcentaje elevado de los internos que finalmente se suicidaron no habían mostrado su intención de suicidarse a los profesionales e incluso en algunos casos habían negado dicha intencionalidad. Sin embargo, muchos de ellos habían transmitido su intención de suicidarse a su familia, a otros internos, etc. (Busch, Fawcett y Jacobs, 2003). De estos datos se concluye que la información que aportan los internos en las evaluaciones clínicas debe ser complementada siempre por la que ofrecen fuentes colaterales a las que sí se les ha podido comunicar la intencionalidad de llevar a cabo la conducta suicida.

Ansiedad/Agitación. Way y cols. (2005) encontraron que el 70% de la muestra estudiada (internos que habían cometido suicidio) presentaba síntomas de ansiedad, agitación y cambios en el comportamiento anteriores a la comisión del suicidio.

Estresores relacionados con el encarcelamiento. En el estudio realizado por Way y cols. (2005) el 50% de la muestra de internos que se habían suicidado estaban involucrados en conflictos con otros internos y el 42% tenía enfermedades físicas. Otros autores han estudiado no sólo la presencia de estresores acotados en el tiempo, sino el papel que el estrés acumulado juega en el riesgo de llevar a cabo conductas suicidas. Ramsay, Gray y White (2001) detectaron un estrés continuado a lo largo de años en las víctimas de suicidio estudiadas.

Liebling (1995) muestra que tanto los internos que intentan suicidarse como aquellos que finalmente se suicidan tenían pocas habilidades de afrontamiento y eran especialmente vulnerables a la situación de encarcelamiento.

Trastornos de la personalidad. Dentro de los factores psicológicos relacionados con la conducta suicida en el medio penitenciario se ha prestado especial atención a los trastornos de la personalidad, encontrándose que estos trastornos son un factor de riesgo si son considerados en su totalidad y no de manera individual. Esto ocurre especialmente en los trastornos del grupo B, en los que el componente compulsivo, en particular en el trastorno límite de la personalidad y en el trastorno antisocial de la personalidad, puede ser una explicación de la conducta suicida. En el trastorno límite de la personalidad algunos criterios están directamente relacionados con la conducta autolesiva por lo que tienen un uso predictivo y explicativo limitado en este ámbito. Una forma de solucionar este problema es comprobar si el diagnóstico se mantiene sin tener en cuenta por ejemplo el quinto criterio (conductas autolesivas previas).

La relación entre trastornos de la personalidad y conducta suicida ha dado lugar a resultados, a veces, contradictorios.

Felber (1992) no encontró correlación entre parasuicidio y el trastorno disocial de la personalidad. Daigle (2004) observa más anormalidades psicopatológicas así como mayor puntuación en psicopatía en el MMPI en internos que habían intentado suicidarse que en los que finalmente se habían suicidado. Fulwiler, Forbes, Santangelo y Folstein (1997), estableciendo diferencia entre autolesión e intento de suicidio, encontraron que la autolesión estaba asociada a los trastornos límites de la personalidad en una muestra de mujeres presas y al trastorno antisocial de la personalidad en el caso de los hombres presos. Haines, Williams y Brain (1995) observaron, utilizan-

do el MCMI, una asociación entre valores elevados en las subescalas de personalidad esquizoide, pasiva-agresiva y límite y la autolesión, pero no encontraron una puntuación elevada en la escala de personalidad antisocial.

Tabla 2. Factores de riesgo de suicidio en la población penitenciaria

| | |
|--|--|
| | Joven |
| | Hombre/Mujer |
| | Soltero/Casado |
| FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS | Personas sin hogar |
| | Nivel de estudios bajo |
| | Cumplir condena en el país de origen |
| | Falta de apoyo social |
| | Prisión preventiva o fase temprana de la condena |
| | Delito violento/grave |
| FACTORES FORENSES Y PENITENCIARIOS | Condena larga/cadena perpetua |
| | Encarcelamiento previo |
| | Faltas disciplinarias |
| | Celda de aislamiento |
| | Acoso |
| | Trastornos psicológicos/psiquiátricos |
| | Estrategias de afrontamiento |
| | Conductas autolesivas e intentos de suicidio previos |
| | Conductas suicidas en personas de su entorno |
| | Abuso/dependencia del alcohol |
| | Abuso/dependencia de otras sustancias psicotrópicas |
| FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS | Trastornos de conducta |
| | Trastorno de déficit de atención/hiperactividad |
| | Abuso físico/sexual |
| | Sucesos vitales |
| | Depresión |
| | Desesperanza |
| | Ideación suicida |
| | Ansiedad/agitación |
| | Estresores relacionados con el encarcelamiento |
| | Trastornos de la personalidad |

Lohner y Konrad (2006) tras analizar las dificultades metodológicas de los estudios revisados sobre suicidio y medio penitenciario, realizaron una investigación en la que diferencian entre autolesión e intento de suicidio y estudian las diferentes variables asociadas a cada una de estas conductas. La muestra estaba compuesta por 49 internos que habían llevado a cabo una conducta autolesiva (autolesión o intento de suicidio). Tres días después del suceso se les realizaba una entrevista y se analizaba su expediente clínico y penitenciario. La conducta autolesiva fue clasificada en función de su severidad, de tal forma que un tercio de la muestra fue incluida en el grupo de “intento de suicidio serio” y dos tercios en el grupo de “intento de suicidio menos serio”. Las conclusiones más importantes de su estudio fueron las siguientes.

Los valores altos en depresión correlacionaban con los intentos de suicidio más que con las autolesiones. Una de las posibles explicaciones a este resultado tiene que ver con el momento en el que se ha realizado la medida. La autolesión en sí misma provoca una disminución de la ansiedad y de la angustia que la precedía. Esta funcionalidad no se le ha atribuido al intento de suicidio, por lo que después del mismo los síntomas depresivos se mantenían.

Encontraron también que la desesperanza es un mejor predictor de los intentos de suicidio que la depresión.

En relación a los trastornos psicóticos, los resultados de este estudio no son concluyentes. Estudios anteriores frecuentemente han asociado los trastornos psicóticos con una letalidad mayor (Wool y Dooley, 1987) ya que, aunque la intencionalidad suicida pueda ser baja, estas personas, debido a su enfermedad, pueden provocarse heridas graves por el comportamiento bizarro que puedan mostrar (Sendula-Jengic, Boskovic, Dodig y Weiner-Crnja, 2004). Sin embargo, Lohner y Konrad (2006) no encontraron diferencias significativas entre ambos tipos de conductas en la población con trastorno psicótico.

Los autores tampoco observaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a los trastornos de la personalidad y abuso/dependencia de sustancias.

Respecto a la prevalencia de abuso físico o sexual, los estudios más pioneros en este tema encontraron una clara relación con la conducta autolesiva en general (Morgan y Hawton, 2004). Lohner y Konrad (2006) no encontraron diferencias significativas entre ambas muestras en esta variable.

Los autores encontraron también que la edad correlacionaba positivamente con la severidad de la conducta autolesiva, de tal forma que aunque los internos más jóvenes habían llevado a cabo más conductas de este tipo, la severidad de las mismas era mayor en los internos de más edad.

Lohner y Konrad (2006) establecen que, atendiendo a estos resultados, la autolesión y el intento de suicidio deberían ser considerados como entidades separadas, y contradicen a aquellos autores que ven ambos fenómenos como partes de un continuo.

Establecen que los internos que *intentan suicidarse* son más mayores, sufren de pensamientos depresivos y de desesperanza, y muestran su conducta de manera menos evidente. Suelen tener pocas faltas disciplinarias y esto, unido a los síntomas depresivos, pueden provocar una falta de atención por parte de los profesionales del

Centro, que le vean como un interno bien adaptado y “dócil”. Los internos que se *autolesionan*, sin embargo, se caracterizan por llevar a cabo conductas llamativas y visibles durante el tiempo que están encarcelados, muestran rasgos psicopáticos (especialmente aquellos relacionados con la parte interpersonal y afectiva de la psicopatía) y llevan a cabo conductas autolesivas impulsivas sin experimentar dolor.

La Organización Mundial de la Salud (2007) resume de la siguiente manera los factores de riesgo más importantes de la conducta suicida en la población penitenciaria:

- *Factores personales*: ser hombre, ser joven, tener una enfermedad mental, estar aislado socialmente, tener problemas de drogodependencias y haberse intentado suicidar anteriormente (especialmente en el último año o en los dos últimos años).
- *Factores externos*: impacto psicológico de la detención y el encarcelamiento, el síndrome de abstinencia, las expectativas de una condena larga y el estrés de la vida diaria en prisión.
- *Factores situacionales*: estar en celdas de aislamiento, momentos del día y/o de la semana que hay menos personal en el centro (noches o los fines de semana) (Hayes, 2006; Liebling, 2006).

Independientemente de los factores concretos que estén influyendo en cada caso, finalmente el interno antes de cometer la conducta de suicidio presenta sentimientos de desesperanza, de escasas perspectivas de futuro y de tener poca capacidad para hacer frente a su situación.

En la población penitenciaria el *método más utilizado para el suicidio* es el ahorcamiento (Way y cols. 2005). Estos datos son confirmados por la investigación de Pérez-Cárceles, Iñigo, Luna y Osuna (2001) con población psiquiátrica penitenciaria española, encontrando que el 94% de los suicidios estudiados se habían realizado a través del ahorcamiento.

2.3. Psicopatía y suicidio

El papel de la **psicopatía** en la conducta suicida es controvertido.

Desde un punto de vista conceptual, los rasgos que definen la psicopatía parecen alejarse del sufrimiento necesario para llevar a cabo un suicidio (Porter y Woodworth, 2006). En este sentido, Cleckley (1976) incorporó como criterio diagnóstico de la psicopatía que “*raras veces llevan a cabo conductas suicidas*”. Sin embargo, observó que los psicópatas frecuentemente llevan a cabo conductas autolesivas vacías o falsas, premeditadas e histriónicas.

En los años 60 y 70 se comenzaron a realizar estudios para analizar el riesgo de suicidio en los psicópatas y los sociópatas en relación con otros pacientes psiquiátricos. Los resultados fueron mixtos; algunos estudios encontraron evidencia de riesgo en psicópatas y sociópatas, mientras que otros estudios no encontraron tal riesgo.

Frances, Fyer y Clarkin (1986) estimaron que la tasa base de suicidios consumados en una muestra de individuos con trastorno antisocial de la personalidad era de

5% mientras que la tasa de intentos de suicidio era de 11%. Ambas tasas exceden las de la población general (0.01% y 1-2%, respectivamente).

Investigaciones más recientes han establecido que el riesgo de suicidio es incluso una característica del trastorno antisocial de la personalidad (Black, 1998; Black y Braun, 1998; Lester, 1998).

Gretton (1998) observó en una muestra de delincuentes adolescentes, que los individuos con rasgos psicopáticos tenían una historia de conducta autolesiva con más frecuencia que los individuos sin rasgos psicopáticos.

Verona, Patrick y Joiner (2001), autores de uno de los estudios más importantes en este sentido, han encontrado una correlación positiva entre psicopatía y suicidio en una muestra de hombres privados de libertad. Concretamente, han establecido que la conducta suicida está relacionada principalmente con el Factor 2 (F2) de la psicopatía (el cual refleja una desviación antisocial crónica) pero no han encontrado relación entre conducta suicida y el Factor 1 (F1) de la psicopatía.

Verona, Hicks y Patrick (2005) replicaron el mismo estudio con una muestra de mujeres privadas de libertad, observando nuevamente una asociación positiva entre el F2 de la psicopatía y la conducta suicida. En este caso, sin embargo, encontraron una asociación negativa entre el F1 y la conducta suicida.

Estos resultados son apoyados por investigaciones anteriores que muestran que el F2 de la PCL-R está relacionado con la violencia reactiva (Patrick, Zempolich y Levenston, 1997) y con el abuso de sustancias, variables que correlacionan con la conducta suicida (Verona y Patrick, 2000).

La posible discrepancia entre los resultados del equipo de investigación de Verona y cols. (2001, 2005) con la afirmación de Cleckley, puede ser explicada si se tiene en cuenta que el F2 de la psicopatía es el factor conductual, relativo al estilo de vida antisocial característico del psicópata (Poythress y Skeem, 2006). Los psicópatas que puntúan alto en este factor son denominados *psicópatas secundarios* (ansiosos, hostiles, impulsivos, disfóricos, etc.). Cleckley, sin embargo, en su definición de psicopatía hace referencia sobre todo a los factores de tipo emocional, es decir, al F1 (según Hare) que caracteriza a los *psicópatas primarios* (estables emocionalmente). Este factor según los estudios de Verona y cols. (2001, 2005), o bien no está correlacionado con el suicidio o lo está negativamente.

Profundizando más en las características del psicópata que pueden aumentar el riesgo de suicidio, el F2 hace referencia a las tendencias de tipo antisocial por lo que la conducta suicida puede ser una expresión de manifestaciones autodirigidas de violencia reactiva (Lester, 1998). La naturaleza hostil e impulsiva de estos individuos puede predisponerles a llevar a cabo conductas agresivas hacia sí mismos o hacia otras personas. Etiológicamente, el hipoarousal de los psicópatas es el responsable de su búsqueda de sensaciones, la cual, junto con la falta de interacción y estimulación social en privación de libertad, puede dar lugar a una conducta autolesiva. El suicidio normalmente se ha relacionado con las formas internalizadas de la psicopatología, fundamentalmente con disforia, angustia e inhibición conductual y, por tanto, con los trastornos depresivos. Sin embargo, la elevada incidencia de conductas suicidas en prisión indica la posibilidad de que el riesgo de suicidio también esté presente en los

síndromes caracterizados como exteriorizadores. De hecho, algunos estudios han demostrado un riesgo alto de suicidio en individuos que manifestaban una elevada agresividad, criminalidad persistente y trastorno antisocial de la personalidad (Bukstein y cols., 1993; Virkkunen, 1979). Parece, por lo tanto, que los aspectos desinhibidos de la personalidad psicopática son los que están más vinculados con la conducta suicida. En este sentido la conducta suicida de los psicópatas se ha vinculado con los datos existentes acerca de la relación entre rasgos normales de personalidad, psicopatología y conductas problemáticas. Veremos que algunos autores han sugerido que rasgos desinhibidos de personalidad y comportamientos como el suicidio se asocian de una forma coherente.

La comorbilidad entre distintos trastornos mentales es un fenómeno común en psicopatología. De hecho, es probable que los casos “puros” sean más una excepción que una tendencia común. ¿Responde esta asociación entre trastornos a algún patrón o los diagnósticos se asocian de forma independiente? ¿Existe alguna relación entre comorbilidad y personalidad? ¿Afecta esto a la relación entre personalidad y conducta suicida? Krueger y sus colaboradores han desarrollado una línea de investigación que aborda esta cuestión. Su trabajo estudia trastornos como la drogodependencia, los problemas de conducta y el TAP. Los rasgos de personalidad son evaluados a través del Cuestionario Multidimensional de Personalidad de Tellegen. Este instrumento mide un total de once rasgos que se agrupan en tres dimensiones: **Emotividad Positiva (PEM)**, formada por extraversión/introversión, sociabilidad y felicidad (bienestar), **Emotividad Negativa (NEM)**, formada por los rasgos de ansiedad/neuroticismo, alienación y hostilidad y **Restricción (CON)** que incluye impulsividad, búsqueda de sensaciones, socialización y psicoticismo (una puntuación elevada en estas variables indica una baja restricción). Existe evidencia de la consistencia fenotípica, ambiental y genética de esta estructura de tres rasgos (Krueger, 2000). Sus puntuaciones tienden a mantenerse estables entre la adolescencia y el inicio de la edad adulta (Roberts, Caspi y Moffitt, 2001). A esta edad, la expresión de los rasgos del MPQ se relaciona de forma coherente con dimensiones de personalidad evaluadas durante la niñez (Shiner, Masten y Tellegen, 2002; Caspi, 2000).

Tabla 3. Dimensiones de personalidad del *Multiphasic Personality Questionnaire*

| | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| EMOTIVIDAD NEGATIVA (NEM) | Ansiedad/neuroticismo |
| | Alienación |
| | Hostilidad |
| RESTRICCIÓN (CON) | Baja Impulsividad |
| | Baja Búsqueda de sensaciones |
| | Baja Socialización |
| EMOTIVIDAD POSITIVA (PEM) | Bajo Psicoticismo |
| | Extraversión/introversión |
| | Sociabilidad |
| | Felicidad |

La mayor parte de los estudios realizados en esta línea de investigación emplean una cohorte procedente del Estudio Multidisciplinar sobre Salud y Desarrollo de Dunedin. Se trata de una investigación longitudinal sobre salud, desarrollo y conducta en una cohorte completa de individuos nacidos entre el uno de abril de 1972 y el treinta y uno de marzo de 1973 en Dunedin, Nueva Zelanda. La muestra la componen mil treinta y siete personas, que han sido evaluadas a los tres, cinco, siete, nueve, once, trece, quince, dieciocho, veintiún y veintiséis años de edad.

Inicialmente Krueger, Caspi, Moffitt, Silva y McGee (1996) plantearon que la expresión de conjuntos de distintos rasgos de personalidad se asocia con la aparición de ciertos trastornos psicopatológicos, y que además estos rasgos responden de la alta tasa de comorbilidad que se da en la clínica psiquiátrica. Estudiaron una muestra de ochocientos noventa y siete sujetos provenientes del Estudio Multidisciplinario sobre Salud y Desarrollo de Dunedin. Los datos empleados en el estudio provienen de las evaluaciones realizadas a los quince, dieciocho, y veintiún años de edad. Se evaluaron cuatro categorías diagnósticas: trastornos afectivos, de ansiedad, dependencia de sustancias y trastorno de conducta. A los dieciocho años se aplicó el MPQ como medida de personalidad. Establecieron un grupo control de sujetos sin alteraciones psicopatológicas y cuatro grupos que presentaban el diagnóstico de al menos una de las categorías señaladas. El grupo de adicción a sustancias puntuaba por debajo de los controles en Bienestar, Cercanía Social, Control, Evitación del daño y Tradicionalismo, y más alto en Potencia Social, Reacción al estrés, Alienación y Agresión. Al nivel de las dimensiones de orden superior, puntuaban más bajo que el control en Restricción y más alto en Emotividad Negativa. El grupo de problemas de conducta obtuvo exactamente el mismo patrón de resultados. Los grupos con trastornos afectivos y de ansiedad presentaban también un patrón particular de personalidad frente a los controles, caracterizado por bajas puntuaciones en Bienestar, Cercanía Social y altas puntuaciones en Reacción al Estrés y Alienación. Por lo tanto, parecía que los distintos trastornos psiquiátricos respondían a una personalidad subyacente común, y que además estos trastornos tendían a agruparse según estos rasgos de personalidad. Por un lado los problemas de conducta y el consumo de sustancias, y por otro los problemas emocionales.

Para comprobar el papel de los rasgos de personalidad en la comorbilidad, se compararon con los grupos control a los sujetos que presentaban trastornos puros. Las diferencias entre grupos resultaron menos intensas, aunque en algunos casos permanecían estables. El grupo de dependencia de sustancias puntuaba más alto en Alienación y Agresión, y obtuvo puntuaciones menores en control y Tradicionalismo. A nivel de los superfactores, puntuaban más alto en Emotividad Negativa y más bajo en Restricción. Es destacable que este perfil persiste cuando se eliminan los casos que presentaban comorbilidad con otros trastornos. El grupo de trastornos de conducta puntuaba más alto en Alienación y Agresión, y al nivel de los superfactores en Emotividad Negativa. Con respecto a la validez predictiva de los rasgos de personalidad, las puntuaciones del MPQ obtenidas a los dieciocho años resultaban predictivas de la presencia de psicopatología a los quince y a los veintiuno. A esta edad el trastorno de conducta se operativizó empleando los criterios para el TAP.

Para los autores, la presencia de una patología afectiva (ansiedad o depresión por ejemplo) o de un problema de conducta desinhibida (TAP o consumo de sustancias)

se asociaba con un determinado perfil de personalidad en el MPQ. Además, ciertos rasgos de personalidad presentes en la juventud son predictivos del comportamiento antisocial adulto.

Con este trabajo se abría una línea de investigación que continuó con el artículo de Krueger, Caspi, Moffitt y Silva (1998). Se intuía la presencia de un vínculo entre distintos tipos de trastornos que podía responder a la comorbilidad entre algunos tipos de problemas psiquiátricos, usando la personalidad como nexo común. Estos autores analizaron mediante análisis factorial exploratorio las posibles dimensiones subyacentes a la comorbilidad entre distintos trastornos mentales. Además, se estudió la estabilidad de estas dimensiones mediante modelos de ecuaciones estructurales. Es decir, que su objetivo era determinar si se podía operativizar matemáticamente la relación entre algunos trastornos mentales y algunos rasgos de personalidad. El análisis factorial permitiría extraer las dimensiones que pudiesen responder de la varianza compartida entre los distintos problemas mentales y los rasgos de personalidad. Emplearon la misma muestra que Krueger y cols. (1996) procedente del estudio de Dunedin. Los datos favorecían un modelo compuesto por dos factores, frente a un solo factor o cuatro. Esto ocurría a los dieciocho años y a los veintiuno. Uno de los factores, que los autores denominan **interiorizador**, agrupaba al episodio depresivo mayor, la distimia, el trastorno de ansiedad generalizada, la agorafobia, la fobia social, la fobia sencilla y el trastorno obsesivo compulsivo. El segundo factor, **exteriorizador**, agrupaba el trastorno de conducta (a los veintiuno este diagnóstico se sustituyó por el TAP), la dependencia de la marihuana y del alcohol. El modelo estructural que se ajustaba mejor a los datos mostraba una correlación de .69 entre los quince y los dieciocho para el factor interiorizador, y de .86 para el factor exteriorizador.

Krueger (1999) amplía los resultados obtenidos con esta muestra. ¿La personalidad sigue prediciendo psicopatología a los veintiún años cuando se controla la pertenencia a un grupo diagnóstico a los dieciocho? ¿Aportan los rasgos de personalidad validez predictiva adicional a la psicopatología? Para ello, el autor realizó una serie de análisis de regresión logística. La inclusión de los rasgos de personalidad en la ecuación incrementaba la validez predictiva en todos los casos. En el caso de la dependencia de sustancias, los niveles de Agresión y Tradicionalismo a los dieciocho incrementaban la probabilidad de ser diagnosticado de dependencia a los veintiuno. Al nivel de los superfactores, los niveles elevados de Emotividad Negativa y bajos de Restricción se asociaban con la dependencia de sustancias. En el caso del comportamiento antisocial, los niveles elevados de Alienación y Agresión aumentaban la probabilidad de ser diagnosticado de TAP a los veintiuno. A nivel de los superfactores, la persistencia del trastorno se asociaba con niveles elevados de Emotividad Negativa y bajos de Control. Se obtenían los mismos resultados definiendo los trastornos mentales de forma categórica o dimensional.

El autor concluye que los rasgos de personalidad son capaces de predecir qué adolescentes sufrirán un trastorno mental al entrar en la edad adulta, independientemente de su nivel de psicopatología al final de la adolescencia. Los niveles elevados de Emotividad Negativa se asociaban de forma generalizada con la presencia de un trastorno mental. Los niveles bajos de Control se relacionaban únicamente con el comportamiento antisocial y la dependencia de sustancias.

Krueger, Caspi y Moffitt (2000) señalan que a los veintiún años existían correlaciones negativas significativas entre las escalas de Autocontrol, Evitación del Daño y Tradicionalismo y distintos comportamientos problemáticos como el abuso de alcohol, el delito violento, las conductas sexuales poco seguras y la conducción peligrosa.

Krueger, McGue y Iacono (2001) extendieron estos resultados empleando una muestra de seiscientos treinta y cuatro mujeres y quinientos cuarenta y nueve hombres procedentes del Estudio de Familias y Gemelos de Minnesota. Los trastornos mentales evaluados fueron episodio depresivo mayor, ataques de pánico, fobia simple, fobia social, dependencia del alcohol, dependencia del cannabis, drogodependencia y comportamiento antisocial adulto. Los resultados eran congruentes con un modelo de dos factores, interiorización y exteriorización. Los episodios depresivos, el trastorno de pánico, la fobia simple y social se agrupaban en un factor interiorizador. El comportamiento antisocial y la dependencia a distintas sustancias se agrupaban en un factor exteriorizador. El factor interiorizador se asociaba significativamente con Emotividad Negativa. El factor exteriorizador se asociaba de forma negativa con Restricción.

Ninguno de los estudios citados anteriormente empleó muestras genéticamente informativas que permitiesen abordar la posible etiología asociada a los factores interiorizador y exteriorizador. Krueger, Hicks, Patrick y Carlson (2002) estudiaron una muestra de 626 parejas de gemelos (411 monozigóticos y 215 dizigóticos) con una edad media de diecisiete años. El objetivo del estudio era obtener un modelo de los factores etiológicos del factor exteriorizador. A los participantes se les aplicó una entrevista diagnóstica para el trastorno de conducta, el comportamiento antisocial adolescente y la dependencia de drogas. Las correlaciones entre los distintos trastornos y Restricción fueron mayores para los gemelos monozigóticos que para los dizigóticos. El modelo que se ajustaba mejor a los datos implicaba una estructura jerárquica, con un factor general que vinculaba los distintos síndromes, la dimensión Restricción y los factores específicos que diferenciaban entre cada trastorno. Los autores concluyen que el factor exteriorizador muestra una heredabilidad significativa (81%). Otros estudios han encontrado un resultado similar (Hicks, Krueger, Iacono, McGue y Patrick, 2004). Además, la dimensión Control se relaciona con el factor exteriorizador no solo a un nivel fenotípico, tal y como señalaban los estudios anteriores, sino que comparten factores etiológicos comunes. En este mismo sentido Markon, Krueger, Bouchard y Gottesman (2002) estudiaron una muestra de ciento diecinueve parejas de gemelos monozigóticos y dizigóticos, a los que aplicaron el MPQ y el MMPI. Se obtuvieron correlaciones genéticas y fenotípicas entre las puntuaciones de ambas escalas. La escala de Desviación Psicopática obtuvo correlaciones fenotípicas, genéticas y ambientales negativas con Bienestar y Evitación del Daño, y positivas con Estrés, Alienación y Agresión. En la misma dirección, Blonigen, Hicks, Krueger, Patrick y Iacono (2005) estudiaron una muestra de 626 gemelos, a los que aplicaron el MPQ y una entrevista clínica estructurada. Los análisis mostraron una influencia genética significativa en distintos aspectos psicopáticos de la personalidad, que a su vez se asociaban con un mayor riesgo genético de mostrar trastornos exteriorizadores.

Por lo tanto, estos trabajos plantean la existencia de una asociación entre distintos síndromes caracterizados por la ausencia de control conductual y rasgos de persona-

lidad normales que implican también la falta de control sobre la conducta y la presencia de emociones negativas. Esta dimensión tiene una heredabilidad significativa, tal y como señalan los estudios que emplean muestras genéticamente informativas.

¿Cómo se ha aplicado la existencia de estas dos dimensiones a la conducta suicida? Existe una gran evidencia empírica que apoya la relación entre problemas interiorizadores, autolesión y suicidio. En el caso de los problemas exteriorizadores, su relación con la conducta suicida ha sido objeto de atención más recientemente.

Verona y cols. (2001, 2005) postulan que el perfil de las personas que llevan a cabo conductas suicidas tienen una elevada emotividad negativa y una baja restricción, y quizá una baja emotividad positiva. Estas características recuerdan a las que tendría una persona agresiva o antisocial. Concretamente la ansiedad y la impulsividad son rasgos que se han encontrado frecuentemente en individuos antisociales, fundamentalmente en hombres.

Los resultados encontrados por estos autores demuestran, bajo su punto de vista, que la conducta suicida es un fenómeno más, junto con la agresividad y la impulsividad, que aparece en el individuo antisocial.

Los resultados también indicaron que el F2 de la PCL-R y la conducta suicida tienen relaciones similares con los rasgos de personalidad estudiados. Ambas correlacionan con emotividad negativa y con una baja restricción (alta impulsividad). Por otra parte, cuando estos rasgos son controlados, la relación entre psicopatía y suicidio desaparece. Los autores explican estos resultados indicando que la desviación impulsiva antisocial y la conducta suicida en esta población son diferentes expresiones de una vulnerabilidad temperamental común. Por otra parte, observaron que el F1 de la PCL-R está relacionado positivamente con rasgos de emotividad positiva.

Verona y cols. (2001) consideran que, de los dos subtipos de conducta suicida que se han establecido clásicamente (depresivo e irritable/agresivo), el segundo es el que llevan a cabo con más frecuencia los sujetos antisociales. Otras investigaciones han encontrado que el subtipo antisocial se caracteriza por un funcionamiento reducido de la serotonina, el cual es un correlato neurobiológico de la conducta desinhibida (Verona y Patrick, 2000).

A nivel clínico existen grandes diferencias entre las conductas suicidas llevadas a cabo por los sujetos deprimidos y las realizadas por los sujetos antisociales. Estas últimas están precedidas por un estado de impulsividad y hostilidad, es decir, de afectos negativos. Algunos autores establecen que, de hecho, estas conductas suicidas en los antisociales representan una manifestación de agresividad reactiva (Lester, 1987).

Los autores destacan que el tipo de conducta suicida externalizada no es exclusiva de delincuentes, sino que en la población general también existen personas con una elevada emotividad negativa y un bajo nivel de restricción y con personalidad antisocial, pero que no cometen delitos. Estas personas tienen una elevada probabilidad de llevar a cabo conductas agresivas hacia sí mismas o hacia otras personas, fundamentalmente bajo circunstancias estresantes (Verona, Patrick y Lang, 2001).

La mayoría de los estudios han demostrado que las mujeres presentan un alto riesgo de suicidio cuando están en prisión, encontrándose que entre el 25 y el 50%

de las mujeres privadas de libertad han llevado a cabo intentos de suicidio (Blaauw y cols., 2002).

Como se ha comentado, Verona y cols. (2005) replicaron el estudio realizado con una muestra de mujeres privadas de libertad, encontrando una asociación positiva entre el F2 de la PCL-R y conducta suicida. Asimismo encontraron una asociación negativa entre el F1 de la PCL-R y la conducta suicida, lo cual es consistente con la idea de Cleckley (1976) de que los psicópatas primarios son prácticamente inmunes al suicidio. En relación a los rasgos de personalidad, al igual que en la muestra masculina, se encontró que una elevada emotividad negativa y una baja restricción correlacionaban tanto con el F2 como con la conducta suicida. Por otra parte, observaron que el abuso físico correlaciona con la emotividad negativa y la baja restricción. Los autores encontraron que estos rasgos de personalidad mediaban en la relación existente entre abuso físico y suicidio y conducta antisocial. El abuso sexual sin embargo, era independiente de estos rasgos de personalidad en relación a su peso predictivo en la conducta suicida y antisocial.

Otra línea de investigación en la actualidad respecto a la relación entre psicopatía y suicidio es la llevada a cabo por Douglas y colaboradores. Douglas, Herbozo, Poythress, Belfrage y Edens (2006) replicaron el estudio de Verona, ampliándolo a 12 muestras diferentes incluyendo pacientes psiquiátricos (hombres y mujeres), personas privadas de libertad (hombres y mujeres), etc., y utilizando otros métodos para evaluar la psicopatía y la conducta suicida.

En líneas generales encontraron los mismos resultados que Verona y cols. (2001, 2005) de tal forma que el F1 no estaría relacionado ni positiva ni negativamente con la conducta suicida y el F2 tendría una asociación positiva (pequeña pero significativa) con la conducta suicida.

Los propios autores explican que, desde un punto de vista conceptual, el hecho de que el F1 de la psicopatía, es decir, aquél relativo a la falta de empatía, al afecto superficial, a la falta de remordimientos o de sentimientos de culpa, etc., no tenga relación con la conducta suicida es comprensible. Las personas con esta “incapacidad emocional” difícilmente podrán tener la capacidad de sentir el dolor previo a llevar a cabo una conducta suicida. Sin embargo, siguiendo esta línea conceptual, lo más coherente hubiera sido que el F1 sí hubiera aparecido asociado a la conducta suicida pero negativamente (aunque hay que recordar que algunos estudios sí encuentran esta asociación negativa, como el de Verona y cols., 2005, con una muestra femenina).

Por otra parte, el hecho de que el F2 de la psicopatía esté positivamente relacionado con la conducta suicida tampoco contradice las ideas de Cleckley ya que, como se ha dicho anteriormente, hacían referencia al psicópata primario, mientras que una puntuación alta en el F2 indica psicopatía secundaria. El hecho de que las características comportamentales del psicópata (impulsivo y antisocial), que están altamente relacionadas con otros constructos externalizados (como por ejemplo el Trastorno Antisocial de la Personalidad) correlacionen con la conducta suicida, es conceptualmente razonable.

Teniendo en cuenta las diferentes muestras, Douglas y cols. (2006) observaron que la asociación entre psicopatía y conducta suicida era mucho mayor en personas sin enfermedad mental. De hecho, en las muestras de personas con enfermedad men-

tal grave esta relación no aparecía. Una explicación que ofrecen los autores a este resultado es el hecho de que las personas con enfermedad mental grave presentan otra serie de variables altamente relacionadas con el suicidio (por ejemplo, depresión o esquizofrenia), por lo que el papel de la psicopatía sería menos importante.

Los autores concluyen que no se puede afirmar de manera rotunda que *existe una relación entre psicopatía y suicidio*, sino que esta aseveración debe ser contextualizada en función de la muestra estudiada y del tipo de metodología utilizada.

Al respecto del tipo de instrumentos utilizados para evaluar la psicopatía, Douglas y su equipo utilizaron tanto escalas clínicas (PCL-R, PCL: SV, PCL: YV) como instrumentos de tipo auto-informe. Observaron que la relación entre psicopatía y suicidio varía considerablemente en función de los instrumentos utilizados, lo cual puede ser explicado por la baja correlación que existe entre ambos tipos de medidas, indicando formas distintas de medir la psicopatía. En concreto, observaron que las medidas de auto-informe en la evaluación de la psicopatía muestran una correlación más fuerte entre aquélla y la conducta suicida. Este resultado debe alertar al clínico de que, ante una puntuación elevada en una de estas medidas, existe riesgo no sólo de conducta antisocial, sino también de conducta autolesiva.

La definición de la variable dependiente es otro de los aspectos que influyen en la relación entre psicopatía y suicidio, encontrándose una correlación más elevada cuando se evalúa *idea suicida* que cuando se evalúa *intento de suicidio*. Por tanto, ante un diagnóstico de psicopatía, se debe continuar la exploración para detectar la posible presencia de ideación suicida.

Douglas y cols. (2006) advierten a los clínicos que no deben descartar la posibilidad de que un sujeto diagnosticado de psicopatía pueda llevar a cabo una conducta suicida (o al menos tener ideación suicida) en el ámbito forense y penitenciario. Desde un punto de vista de toma de decisiones, la psicopatía no debería verse como un criterio excluyente para continuar con una evaluación en mayor profundidad. De hecho, los clínicos deben tener en cuenta los rasgos comportamentales de la psicopatía como potenciales factores de riesgo de la conducta suicida. Por otra parte, la presencia de los rasgos típicos del FI de tipo emocional, no deben conducir al clínico a una valoración de inexistencia de riesgo de conducta suicida, ya que no se ha encontrado de manera consistente una relación negativa entre ambas variables.

Los autores recomiendan que ante la presencia de los rasgos psicopáticos de tipo comportamental, el clínico debe continuar la evaluación y valorar la posible presencia de otros factores de riesgo de suicidio (ideación suicida, historia previa de suicidio, problemas de abuso de sustancias, síntomas depresivos, rasgos de trastorno límite de la personalidad, etc.).

Los autores no descartan que las conductas autolesivas llevadas a cabo por sujetos psicópatas puedan tener un carácter manipulativo. Sin embargo, establecen que cualquier conducta de este tipo no deja de ser una autolesión que puede dar lugar a heridas graves o incluso a la muerte y, por tanto, consideran que siempre se debe continuar la evaluación ante un posible riesgo de suicidio “real”.

Concluyen que la relación entre suicidio y psicopatía es compleja y depende de múltiples factores, entre ellos del tipo de instrumentos utilizados para evaluar psico-

patía y para medir la conducta suicida, del tipo de muestra evaluada y de otros aspectos metodológicos.

No todos los autores están de acuerdo, sin embargo, con las conclusiones de Verona y cols. (2001, 2005) y de Douglas y cols. (2006). Algunos expertos consideran que la psicopatía es un factor de protección de intentos de suicidio “reales” (Garvey y Spoden, 1980; Rieger, 1971; Sloane, 1973) o de cualquier conducta autolesiva (Gray y cols., 2003).

Porter y Woodworth (2006) establecen que los psicópatas llevan a cabo muchas conductas autolesivas no sinceras con el objetivo simplemente de manipular a otras personas, lo cual sería consistente con puntuaciones más elevadas en el F1. Esta afirmación contradice sin embargo los resultados de Verona y cols. (2001, 2005).

Se pueden explicar las diferencias encontradas por los autores tanto en la propia definición de la variable dependiente “conducta suicida” como en las diferentes acepciones del constructo “psicopatía” y las distintas formas de evaluarla. Fundamentalmente las diferencias pueden encontrarse en las conductas que son consideradas realmente intentos de suicidio o por el contrario son calificadas como autolesiones.

Lohner y Konrad (2006) observaron que tenían una puntuación más alta en psicopatía los internos que habían llevado a cabo “intentos de suicidio menos serios” que los que habían llevado a cabo “intentos de suicidio serios”. Esto implica que puntuaciones elevadas en psicopatía tienen un efecto protector contra los intentos de suicidio serios. Sin embargo, esto no quiere decir sin embargo que se considere a los psicópatas como personas incapaces de suicidarse.

Swogger, Conner, Meldrum y Caine (2009) han incorporado dos aspectos al estudio de la psicopatía y el suicidio que pocos autores han tenido en cuenta antes. Por un lado, al igual que Lohner y Konrad, han diferenciado entre conducta autolesiva e intento de suicidio. Por otra parte, han tenido en cuenta el modelo de 4 factores de la psicopatía el cual diferencia dentro del F1, un factor interpersonal y otro afectivo y, en el F2, un factor de estilo de vida y un factor de conducta antisocial. El estudio ha sido realizado con una muestra de pacientes psiquiátricos civiles, observando una relación positiva entre intentos de suicidio y el *factor de conducta antisocial* dentro del F2. Los autores concluyen, por tanto, que la relación positiva encontrada por los autores antes mencionados entre el F2 y la conducta suicida se explica por el componente más antisocial de este factor, más que por el componente impulsivo o de estilo de vida irresponsable.

En contra de lo que los autores esperaban, el factor afectivo dentro del F1 no apareció como negativamente correlacionado con los intentos de suicidio, tal y como también encontraron otros autores (Douglas y cols., 2006; Verona y cols., 2001).

2.4. Valoración del riesgo de la conducta suicida en población penitenciaria

A lo largo de los últimos años se han diseñado una gran variedad de escalas e instrumentos para evaluar el riesgo de llevar a cabo conductas violentas por parte de delincuentes, personas con enfermedad mental, etc. Sin embargo, no se ha dedicado tanta atención a otras conductas o sucesos negativos que son también frecuentes en

las personas con enfermedad mental. Brekke, Prindle, Bae y Long (2001) encontraron que las personas con enfermedad mental tienen 14 veces más de posibilidades de ser víctimas de un delito violento, que de ser arrestados por un delito violento. De la misma manera, las tasas de suicidio de la población con enfermedad mental son mayores cuando se comparan con la población general (Brown, Beck, Steer y Grisham, 2000).

Las guías de valoración del riesgo de reincidencia diseñadas en los últimos años han sido utilizadas también en el campo de estudio del suicidio. Daffern y Howells (2007) han encontrado que los ítems clínicos del HCR-20 predicen conductas agresivas hacia sí mismos y hacia los demás en delincuentes violentos diagnosticados de trastorno de la personalidad severo (una puntuación de 30 o más en la PCL-R/ entre 25 y 29 en la PCL-R y uno o más trastornos de la personalidad/dos o más trastornos de la personalidad). Que ambas conductas (agresión hacia los demás y agresión hacia sí mismo) puedan ser precedidas por el mismo estado psicológico negativo, tal y como es medido por los ítems clínicos del HCR-20, es consistente con investigaciones anteriores que establecen que la **afectividad negativa** es un antecedente de ambas conductas. Lo que no se ha clarificado todavía es porqué este estado negativo unas veces da lugar a conductas agresivas hacia los demás y otras veces hacia sí mismo. Es posible que ambas satisfagan el mismo propósito y que se usen de manera intercambiable en función del contexto y de la utilidad percibida (Nijman y à Campo, 2002; Plutchick, 1995). Gray y cols. (2003) sin embargo, no pudieron confirmar la utilidad de la PCL-R y la HCR-20 como instrumentos predictores de la conducta suicida.

En los últimos años han empezado a diseñarse **guías específicas de valoración del riesgo de la conducta suicida**. Estas guías presentan algunas de las características ya destacadas en las guías que evalúan otras conductas violentas (HCR-20, SVR-20 y SARA, entre otras). La conducta evaluada, en este caso la conducta suicida, tiene un origen multifactorial por lo que no existe un sólo perfil de riesgo en la población penitenciaria. Además, las guías clínicas de valoración del riesgo sólo pueden establecer el *riesgo* que presenta una persona de llevar a cabo una conducta suicida, pero no pueden afirmar si alguien realmente va a intentar suicidarse. Estas herramientas suelen presentar un elevado índice de falsos positivos, lo que puede suponer un problema en las instituciones penitenciarias, ya que los recursos humanos y materiales suelen ser escasos (Lohner y Konrad, 2007). De la misma forma, ante una valoración de riesgo bajo o muy bajo, no puede afirmarse que la persona no tenga riesgo de llevar a cabo una conducta de tipo autolesivo.

Las evaluaciones de riesgo de suicidio deben realizarse periódicamente, ya que algunos de los factores que están incluidos en estas herramientas son dinámicos y pueden cambiar a lo largo del tiempo. No es suficiente con realizar una estimación del riesgo una sola vez, por ejemplo al principio del encarcelamiento, sino que deben repetirse cada cierto tiempo (Lohner y Konrad, 2007).

El debate respecto a los factores estáticos y factores dinámicos en las evaluaciones del riesgo continúa presente ya que ambos factores presentan ventajas e inconvenientes. Por un lado, los factores estáticos representan la historia pasada del individuo y son fáciles de evaluar incluso por personal no especializado. Sin embargo, no

son sensibles al cambio. Por otro lado, los factores dinámicos evalúan variables psicológicas y tienen en cuenta los cambios que se puedan dar en la vida del individuo, pero son más difíciles de evaluar (Lohner y Konrad, 2007).

Fazel y cols. (2008) encontraron un gran número de factores de riesgo de suicidio dinámicos en el meta-análisis realizado. Concluyen que, por ejemplo, si se ha encontrado que estar en una celda individual aumenta el riesgo de suicidio, habrá que fomentar el que los internos que sean vulnerables a llevar a cabo conductas suicidas, estén en celdas compartidas. Lo mismo ocurre con los factores clínicos que presentan una relación positiva con la conducta suicida (por ejemplo, problemas con el consumo de alcohol y enfermedad mental), ya que se puede intervenir sobre ellos para disminuir el riesgo de suicidio.

A continuación se presenta una selección de escalas de valoración del riesgo de la conducta suicida en población penitenciaria:

SAMI (*Suicide Assessment Manual for Inmates*; Zapf, 2006)

Esta escala se presenta como una guía de valoración del riesgo de suicidio a utilizar con los internos en las primeras horas tras el ingreso en prisión. Su objetivo es detectar el posible riesgo de suicidio lo antes posible y poder tomar las medidas preventivas necesarias.

Está formada por 20 factores de riesgo identificados por los autores en una revisión bibliográfica sobre el suicidio en general y sobre el suicidio en el medio penitenciario en particular. La escala es una guía para los evaluadores a través de los factores de riesgo más importantes que deben ser tenidos en cuenta para valorar el riesgo de suicidio de las personas privadas de libertad.

No presenta puntos de corte, al igual que la mayoría de las escalas de valoración del riesgo de violencia elaboradas en los últimos años, sino que pretende ser una guía de evaluación para el profesional que es el que finalmente tomará la decisión respecto al riesgo presentado por la persona evaluada.

Las fuentes de información para valorar los 20 factores que integran la escala SAMI son la entrevista con el individuo y, siempre que sea posible, información colateral.

Los factores incluidos en la escala SAMI son:

- Estado civil
- Historial de abuso de drogas o alcohol
- Historial psiquiátrico
- Antecedentes de intentos de suicidio
- Antecedentes de intentos de suicidio durante el encarcelamiento
- Antecedentes familiares de suicidio
- Ingresos previos en prisión
- Antecedentes de conducta impulsiva

- Rechazo del delito cometido por los medios de comunicación o por el entorno cercano al interno
- Intoxicación por consumo de drogas o alcohol reciente
- Preocupación por problemas vitales importantes
- Sentimientos de desesperanza o culpabilidad excesiva
- Síntomas psicóticos o trastornos del pensamiento
- Sintomatología depresiva
- Estrés y habilidades de afrontamiento
- Apoyo social
- Pérdidas recientes de personas significativas
- Ideación suicida
- Intención de suicidarse
- Plan suicida

JSAT (*Jail Screening Assessment Tool. Guidelines for Mental Health Screening in Jails*; Nichols, Roesch, Olley, Oggloff y Hemphill, 2005)

Es un instrumento diseñado para utilizar con toda persona que ingresa en prisión para evaluar su estado mental. Debido a que es imposible llevar a cabo una evaluación psicológica exhaustiva de todas las personas que ingresan en prisión, el objetivo de la escala JSAT es detectar los casos que deben ser derivados a un profesional de salud mental para una evaluación completa.

Es una entrevista estructurada de screening que requiere aproximadamente 20 minutos para su realización.

Evalúa 4 aspectos: existencia de trastorno mental, riesgo de conductas violentas, riesgo de conductas autolesivas o de intentos de suicidio y riesgo de victimización.

Está formada por ocho secciones: datos identificativos, situación legal, conductas violentas, historia social, consumo de sustancias, tratamiento psiquiátrico, intentos de suicidio y autolesiones, y estado mental.

No es un test psicométrico. No da lugar a una puntuación ni existen puntos de corte para la toma de decisiones. Este instrumento incluye guías para cumplimentar cada sección en función de las respuestas del interno y del resto de ítems recogidos. La decisión final es del profesional, basada en la información recogida.

Esta escala debe ser aplicada por profesionales con cierta formación en salud mental y con experiencia en entrevistar a personas con enfermedad mental.

Se han realizado algunos estudios que presentan prometedoras propiedades psicométricas del JSAT (Nicholls y cols., 2005), aunque es necesaria más investigación para determinar la fiabilidad y validez de este instrumento, el cual puede ser un gran avance para conocer el estado mental y la problemática que pueden presentar los internos cuando ingresan en prisión.

START (*Short-Term Assessment of Risk and Treatability*; Webster, Martin, Brink, Nicholls y Middleton, 2004)

Es una guía clínica estructurada para detectar la presencia de deterioro mental o comportamental a través de la evaluación de 7 aspectos relacionados con el riesgo:

- Violencia hacia los demás
- Autolesión
- Suicidio
- Falta de cuidado (abandono) personal
- Abuso de sustancias
- Salidas no autorizadas
- Victimización por parte de otras personas

Está compuesta en su totalidad por factores dinámicos, a pesar de que los autores reconocen la importancia de los factores históricos (estáticos). Incluye tanto factores de riesgo como de protección. Estos factores son: habilidades sociales, relaciones interpersonales, ocupacionales, recreativas, habilidades de auto-cuidado, estado mental, estado emocional, uso de sustancias, control de impulsos, disparadores externos, apoyo social, recursos materiales, actitudes, adherencia a la medicación, adherencia a las reglas, conducta, insight, planes, habilidades de afrontamiento y actitud positiva hacia el tratamiento.

La escala START está diseñada para ser utilizada con adultos con trastornos mentales, trastornos de la personalidad y trastornos relacionados con el abuso de sustancias, tanto privados de libertad como en la comunidad.

Se basa en la evidencia tanto teórica como empírica que muestra que la agresión autodirigida (suicidio y autolesión) y la agresión dirigida hacia los demás tienen estímulos precipitantes similares (por ejemplo, amenazas e insultos) y las personas que tienen riesgo de llevarlas a cabo tienen perfiles similares (enfermedad mental, trastorno de la personalidad, impulsividad, etc.) (Korn, Botsis y Kotler, 1992; Links, Gould y Ratnayake, 2003).

Varias investigaciones confirman que las características clínicas de la violencia y de la conducta suicida a menudo son las mismas. Por ejemplo, la depresión es un factor de riesgo tanto de la conducta suicida (Hillbrand, Foster y Hirt, 1988) como de la conducta violenta hacia otras personas (Hillbrand, 2001). Otros factores de riesgo que aparecen en ambas conductas son la ira (Goldsmith, Fyer y Frances, 1990; Novaco y Renwick, 1998), trastornos de pánico (Korn, Putschick y Van Praag, 1997), impulsividad (Polvi, 1997; Stålenheim, 2001), abuso de sustancias y abuso durante la infancia (Warm, Murray y Fox, 2003) y trastornos de la personalidad (Links y cols., 2003).

En 2006, Nicholls, Brink, Desmarais, Webster y Martin realizaron el primer estudio de validación de la escala con una muestra de pacientes psiquiátricos forenses, encontrando unas propiedades psicométricas adecuadas (consistencia interna medida con el alpha de Cronbach de 0.87), similares a las de escalas como la HCR-20.

Es necesaria la realización de más estudios incorporando muestras diferentes para conocer la eficacia en la predicción de la escala START.

SRAS (Suicide Risk Assessment Scale)

Esta escala es utilizada dentro del protocolo de evaluación de los internos que ingresan de los Servicios Penitenciarios en Canadá. Está formada por 9 ítems, los cuales son puntuados de manera dicotómica (presencia/ausencia). Una de las ventajas de esta escala es que es de fácil utilización por parte de los funcionarios de vigilancia de los Centros Penitenciarios y sólo se tarda unos minutos en aplicarla, como parte de un protocolo de evaluación al ingreso más extenso (Daigle, 2007). Se ha encontrado que tiene propiedades psicométricas adecuadas (Daigle, Labelle y Côté, 2006; Wichmann, Serin y Motiuk, 2000)

En los **Países Bajos** se ha incorporado recientemente un instrumento de screening para identificar a los internos con riesgo de suicidio (Blaauw, Kerhof, Winkel y Sheridan, 2001). El instrumento se ha desarrollado con la información de más de 95 internos que se suicidaron entre 1987 y 1997 en varios centros penitenciarios, comparándolos con 221 internos que no habían llevado a cabo conductas suicidas. El instrumento está formado por 8 ítems:

- Tener 40 años o más
- No tener residencia fija en el período anterior al ingreso en prisión
- Haber estado en prisión una vez anteriormente
- Historia de abuso de drogas y de alcohol
- Tratamiento psiquiátrico anterior
- Psicosis u otros trastornos del Eje I del DSM-IV
- Intentos de suicidio o conducta autodestructiva anteriores
- Intentos de suicidio o ideación suicida recientes

La eficacia de este instrumento ha sido estudiada con diferentes muestras penitenciarias de diferentes países (Dahle, Lohner y Konrad, 2005).

VISCI (Viennese Instrument for Suicidality in Corrections Institutions)

Es una herramienta de screening de riesgo de suicidio para población penitenciaria recientemente desarrollada en Austria. El objetivo es poder identificar el riesgo de suicidio de los internos con una herramienta breve y que pueda ser utilizada por el personal penitenciario que hace la entrevista de ingreso, y que normalmente no es especialista en psicología o psiquiatría. Este instrumento fue desarrollado utilizando información de 220 suicidios ocurridos entre 1975 y 1999, y un grupo control de 440 internos. Ha mostrado unas propiedades psicométricas adecuadas tanto en la muestra utilizada para su elaboración (Frotier, Köning, Matschnig, Seyringer y Frühwald, 2008) como en un estudio también retrospectivo posterior que utilizó como muestra los suicidios ocurridos entre 2000 y 2004 y un grupo control (Frotier, Koenig, Seyringer, Matschnig y Fruehwald, 2009). Está formada por 22 ítems:

- Situación penal
- Edad
- Estado civil
- Tener o no descendencia
- Obligación de mantener a la descendencia
- Nivel educativo
- Algún delito previo altamente violento.
- Algún delito previo relacionado con drogas.
- Delito actual con alta violencia.
- Delito actual relacionado con drogas
- Duración de la pena
- Número de ingresos en prisión
- Status laboral antes del ingreso en prisión
- Tratamiento psiquiátrico o psicológico previo
- Antecedentes familiares de suicidio
- Intentos previos de suicidio
- Amenazas previas con suicidarse
- Antecedentes de tratamiento psicofarmacológico
- Diagnóstico psiquiátrico
- Abuso y dependencia de sustancias
- Ideación suicida

Tabla 4. Instrumentos para la evaluación del riesgo de suicidio en población penitenciaria

| Nombre del instrumento | Variables que mide |
|---|--|
| SAMI (<i>Suicide Assessment Manual for Inmates</i> ; Zapf, 2006) | Riesgo de suicidio en población penitenciaria |
| JSAT (<i>Jail Screening Assessment Tool. Guidelines for Mental Health Screening in Jails</i> ; Nichols, Roesch, Olley, Oggloff y Hemphill, 2005) | Existencia de trastorno mental Riesgo de conductas violentas Riesgo de conductas autolesivas o de intentos de suicidio Riesgo de victimización Violencia hacia los demás Autolesión |
| START (<i>Short-Term Assessment of Risk and Treatability</i> ; Webster, Martin, Brink, Nicholls y Middleton, 2004) | Suicidio Falta de cuidado (abandono) personal Abuso de sustancias Salidas no autorizadas Victimización por parte de otras personas |
| SRAS (<i>Suicide Risk Assessment Scale</i>) | Riesgo de suicidio en población penitenciaria |
| Instrumento de screening de los Países Bajos | Riesgo de suicidio en población penitenciaria |
| VISCI (<i>Viennese Instrument for Suicidality in Corrections Institutions</i>) | Riesgo de suicidio en población penitenciaria |

2.5. Datos sobre el suicidio en la población penitenciaria española

Uno de los estudios pioneros en España fue el de Nieves y Martín (1991), cuyos análisis realizados sobre el suicidio en prisiones estuvieron enfocados a determinar el perfil personal, psicológico, social, regimental y penal de los internos suicidas, utilizando dichos datos para conseguir una mejora en la prevención de las conductas suicidas. Además, determinaron la diferencia entre el porcentaje de suicidio en el medio penitenciario y en el extra-penitenciario, en la década comprendida entre 1980 y 1989. Los datos de suicidio extra-penitenciario se obtuvieron del Instituto Nacional

de Estadística e incluye tanto suicidios consumados como tentativas de 1980 a 1987, mientras que los datos del medio penitenciario se refieren a suicidios consumados.

Tabla 5. Comparación de la tasa de suicidios (coeficientes por cada 100.000 habitantes) en los medios penitenciario y extra-penitenciario (extraída de Nieves y Martín, 1991)

| | MEDIO PENITENCIARIO | MEDIO EXTRAPENITENCIARIO |
|------|---------------------|--------------------------|
| 1980 | 115,0 | 3,86 |
| 1981 | 122,7 | 3,85 |
| 1982 | 82,0 | 3,95 |
| 1983 | 142,8 | 4,83 |
| 1984 | 135,4 | 5,62 |
| 1985 | 93,7 | 5,51 |
| 1986 | 123,4 | 5,36 |
| 1987 | 89,6 | 5,47 |
| 1988 | 126,0 | |
| 1989 | 73,7 | |

A lo largo de la última década se han ido realizando algunas investigaciones más sobre el suicidio en las prisiones españolas, y una de ellas ha sido el estudio realizado por Vera, Planelles y García (2005), sobre la tendencia de la tasa de mortalidad en el Centro Penitenciario de Castellón, en el que se tuvieron en cuenta las diferentes causas de mortalidad de los internos, y cuyos resultados concluyeron que el 7'14% de los internos fallecidos entre los años 1994 y 2004, fueron por suicidio. Este dato fue, por una parte, superior a los publicados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en el año 2002 en relación con la población general, pero por otra inferior en comparación con otros estudios realizados en prisiones de otros países. Otra investigación española interesante fue la realizada por Bedoya, Martínez-Carpio, Humet, Leal y Lleopart (2009), en la que estudiaron de manera retrospectiva la incidencia del suicidio en las prisiones catalanas entre los años 1990 y 2005: la incidencia anual media fue del 59/100000, tasa ocho veces más elevada que la correspondiente a la población general, constituyendo así el suicidio el 4'7% del total de la población fallecida en las Instituciones Penitenciarias catalanas. De estos internos que fallecieron por suicidio, el 77'3% eran menores de 40 años, y el 53'3% tenían entre 31 y 40 años; el 52'5% eran preventivos, de los cuales el 29% eran primarios (datos que corroboran que el impacto del primer ingreso en prisión es un factor de riesgo a tener muy en cuenta); la mayoría de ellos eran solteros, seguidos de casados y divorciados, y a lo que tipo de delito se refiere, el 50% estaban en prisión por delitos socioeconómicos o contra el patrimonio, el 19'6% por homicidio y el 10'7% contra la libertad sexual.

En el análisis de otra muestra de 1009 internos de todos los Centros Penitenciarios (excluidos los de la Comunidad Autónoma de Cataluña y los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios), se encontró que el 3% de la muestra había llevado a cabo intentos de suicidio en el año anterior al ingreso en prisión, y que el 27% había intentado suicidarse en el último año (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2007). En la estadística del año 2008 sobre mortalidad en prisiones, realizada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, el 84% de los casos de fallecimiento de internos en las prisiones españolas fue por suicidio, con una tasa de incidencia del 0'31 por mil internos, un dato positivo ya que es menor a la tasa del año 2007 (que fue del 0'47 por mil), manteniéndose así la tendencia al descenso estadísticamente significativo observado en los últimos años. Aunque son cifras significativamente inferiores a la media de la Unión Europea, siguen siendo superiores a las de la población general española. La edad media de los fallecidos por suicidio fue de 48'2 años, cifra superior a la del total de los fallecidos en Instituciones Penitenciarias, que fue de 43'7 años, y el método más común para consumar el suicidio fue el ahorcamiento, seguido de los cortes y las autolesiones.

Todos estos datos sobre el suicidio en prisiones, nos corroboran una vez más la importancia de detectar, evaluar y hacer seguimiento pautado de aquellos internos e internas que, por sus características socio-familiares, penales, delictivas y personales, son proclives a manifestar comportamientos suicidas. Es por ello que desde principios de los años noventa, desde Instituciones Penitenciarias se han ido realizando una serie de actuaciones encaminadas a la evaluación del perfil de los internos que tienden a presentar conductas autolíticas, para que los profesionales de los Centros puedan prevenir que se lleven a cabo tales comportamientos, salvaguardando así la vida de dichos internos y, por tanto, ser fieles a uno de los principales cometidos de la Institución Penitenciaria según el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, que es el de “velar por la vida, la integridad y la salud de los internos”, de la que somos responsables todos los que trabajamos en la Institución. Pero no fue hasta el año 1997 cuando se realizó, por la Central Penitenciaria de Observación, un estudio generalizado en las prisiones españolas, con el objetivo de determinar el perfil del interno suicida y, especialmente, para detectar y conseguir la prevención y disminución de las conductas autolíticas en general, y de los suicidios consumados en particular. Este estudio fue lo que dio lugar al diseño del primer **PROGRAMA MARCO DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS**, regulado por la Circular 16/98, de 1 de diciembre, y modificado a posteriori por la **Instrucción 14/2005**, que es la que sigue en vigor en la actualidad. Dicho Programa (denominado comúnmente PPS), tiene la finalidad de detectar y prevenir los casos de manifestación de conductas suicidas, intensificando la coordinación entre los profesionales de vigilancia, tratamiento y sanidad, y potenciando la participación activa y garantista de todos ellos. Para tal cometido, los profesionales que están directamente en contacto con los internos (ya tengan funciones de vigilancia, de diagnóstico o de intervención), deben informar a la mayor brevedad posible sobre cualquier caso que detecten y que existan indicios de un posible comportamiento autolítico, a los Jefes de Servicio, a la Subdirección Médica o de Tratamiento, al Psicólogo del módulo o bien a los Servicios Médicos del Centro. La detección de características personales y circunstancias socio-ambientales contraproducentes o perjudiciales, es imprescindible para una correcta aplicación del PPS y, por tanto, de la prevención del suicidio, y lo es especialmente en el momento

del ingreso de los internos en los Centros, más si es su primer ingreso en prisión. Además del ingreso, la Instrucción recalca una serie de circunstancias especiales de riesgo en las que se debe extremar la observación por parte de todos los profesionales, para que se lleve a cabo una adecuada detección de situaciones de crisis:

- Los fines de semana y los períodos “vacacionales” de Semana Santa, durante el verano y las fechas previas y posteriores a la Navidad.
- Internos que se han acogido voluntariamente a las limitaciones regimentales del artículo 75.2 del Reglamento Penitenciario (es decir, cuando solicitan refugio).
- Cuando existen conflictos familiares o afectivos graves y disfuncionales.
- Si hay modificación en las situaciones procesales, penales o penitenciarias, incluso en los casos en los que está próxima la excarcelación, y que cualquiera de estas circunstancias pudiera ser vivenciada de manera negativa.
- La situación de aislamiento del interno, conforme el artículo 43 de la Ley Orgánica General Penitenciaria.
- De igual manera, se tendrá especial seguimiento en la detección de posibles situaciones de riesgo de suicidio posteriores a la comunicación de resoluciones administrativas o judiciales que conlleven una involución tratamental (por ejemplo denegación de permisos de salida y/o de libertad condicional, regresiones de grado de tratamiento...).

La Instrucción 14/2005 destaca una serie de variables que aumentan el riesgo de suicidio en las personas privadas de libertad: *variables generales* (ser hombre, ser joven, estar separado o viudo), *variables criminológicas* (tener antecedentes de internamiento judicial, que la carrera delictiva del individuo vaya en aumento, haber cometido un delito contra las personas o contra la libertad sexual), *variables institucionales* (estar en una situación de internamiento judicial o en primer grado, llevar entre 2 y 4 años en prisión, estar cumpliendo una sanción de aislamiento en celda), *variables de interacción* (no participar en las actividades del Establecimiento, tener un historial de infracciones, no salir de permiso, ser una persona solitaria, no tener apoyos en el exterior, tener relaciones conflictivas con los demás), *variables clínicas* (incidentes estresantes recientes, impacto por los primeros días en prisión, intentos de suicidio previos, historia familiar de intentos suicidas, problemas graves de salud, minusvalías, deformidades físicas y diagnósticos clínicos severos, como trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, drogodependencia, etc.) y *variables relacionadas con intentos de suicidio previos*.

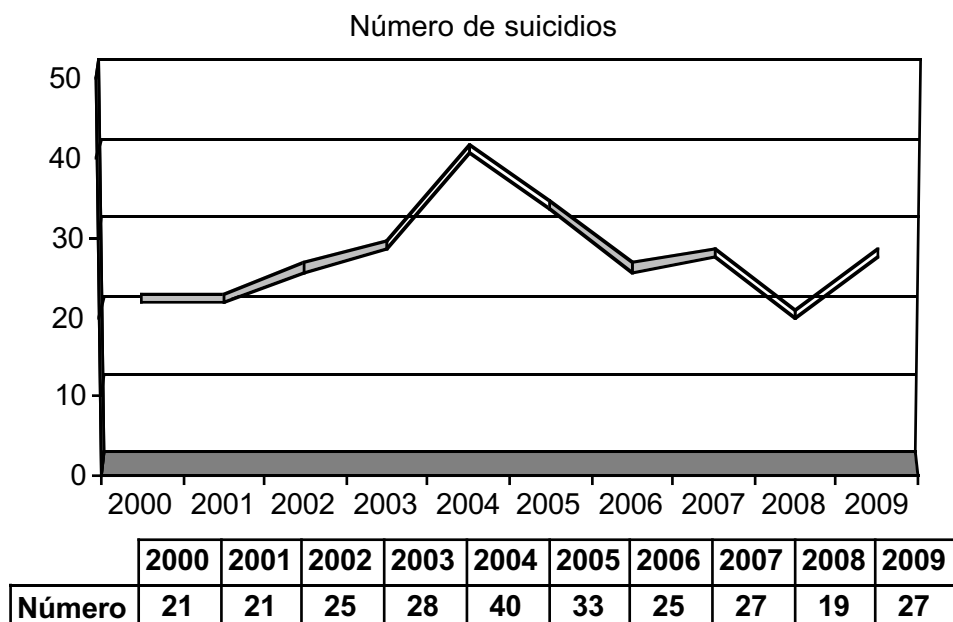
La Central Penitenciaria de Observación ha realizado en los años 2001 y 2003 sendos estudios longitudinales sobre las variables que intervienen en el suicidio dentro de las prisiones, y sobre las características bio-psico-sociales de los internos y las internas que determinan la mayor o menor tendencia a la manifestación de comportamientos autolíticos. Estas investigaciones han tenido en cuenta tanto los suicidios consumados como los intentos de suicidio sin fallecimiento. Un primer estudio comprendía de los años 1997 al 1999, y el segundo estudio abarcó desde el año 2000 al 2002, y las conclusiones que se desprenden de ellos son las siguientes:

- Se han ido reduciendo las diferencias al comparar las tasas entre la población de hombres y la de mujeres.
- La franja de edad más representada para ambas situaciones es la comprendida entre los 21 y los 40 años, pero en el último estudio ya aparece un porcentaje considerable, preocupante para los profesionales que trabajamos en el medio, de internos menores de 21 años.
- Ya hay una clara presencia indistinta entre internos españoles y extranjeros.
- Las condiciones que se mantienen como indicadores de factores de riesgo de la conducta suicida, siguen siendo las de estado civil soltero, preventivo, primariedad delictiva, presencia de intentos previos de suicidio, y cumplimiento de largas condenas.
- Los delitos que más se correlacionan con los intentos y consumaciones de suicidio, siguen siendo los de homicidio y contra la libertad sexual, pero en los últimos años ha aumentado el porcentaje de internos que están condenados por delitos contra la salud pública.
- Dentro del total de la población penitenciaria, sigue existiendo una representatividad importante de internos que están en primer grado, sin clasificar y en internamiento judicial.
- Aunque los primeros días de ingreso son los más críticos, lo cierto es que la presencia de esta variable es moderada en ambos estudios, por lo que se necesita un seguimiento que vaya más allá de estos primeros días de internamiento. Además, se debe tener muy en cuenta la variable que atañe a los acontecimientos recientes, ya que cada vez tienen una incidencia más significativa.
- Hay un porcentaje representativo de internos con problemas de relación, con carencias en el apoyo social a través de relaciones y vínculos sociales, y con habilidades de afrontamiento deficitarias.
- Tanto los intentos como las consumaciones de suicidio se llevan a cabo, en mayor medida, en horas en las que los internos están en sus celdas, y no necesariamente en horario nocturno.
- En ambas poblaciones, es destacable la presencia de problemas derivados del consumo y abuso de drogas, y de sintomatología psicopatológica.

Dos de las consecuencias positivas directas de la aplicación de la última Instrucción 14/2005 sobre el Programa de Prevención de Suicidios, son la importancia de la selección y formación de los internos y las internas de apoyo, y la labor que directamente realizan con las personas que están en PPS; además, el seguimiento mucho más exhaustivo, pautado mensual, trimestral y semestralmente por parte de los profesionales de los Equipos Técnicos en las Juntas de Tratamiento, hace que dicha atención tan personalizada por parte de ambos agentes sea determinante a la hora de detectar casos y prevenir la consumación de los suicidios. De hecho, es tan importante para una adecuada aplicación del PPS que exista una correcta intervención por parte de los profesionales, y un seguimiento y acompañamiento diario por los internos y las internas de apoyo, que dándose interrelación entre estos dos factores, se

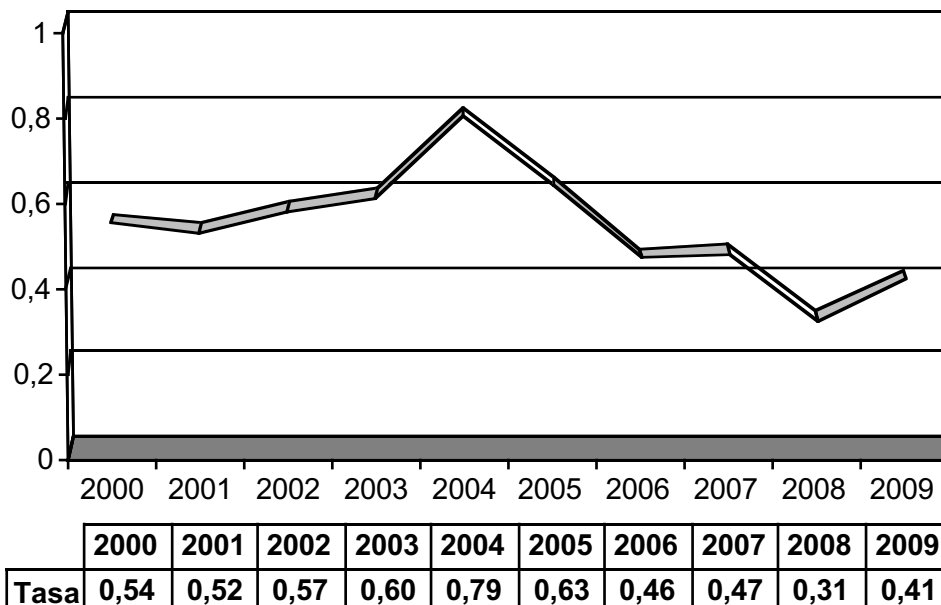
reduce de manera significativa las probabilidades de cometer suicidio, y así nos lo indican objetivamente los porcentajes de la Central Penitenciaria de Observación, que representan los casos de los internos e internas a los que no se les aplicó el PPS, y que acabaron falleciendo por suicidio: en 1997 un 93%, en 1998 un 90%, en 1999 un 77%, en 2000 un 76%, en 2001 un 80% y en 2002 un 77% del total de los internos a los que no se les aplicó PPS, fallecieron por suicidio. De estos datos se desprende que, desde la instauración en todos los Centros Penitenciarios españoles del Programa de Prevención de Suicidios en el año 1998, se han ido reduciendo los casos de muerte por suicidio, confirmando de esta manera los resultados positivos directamente relacionados con dicha aplicación. En el siguiente gráfico se puede observar la evolución de las tasas de fallecimiento de internos e internas por suicidio, que ha tenido lugar en la última década en nuestro país:

Gráfico 1. Evolución de la mortalidad por suicidio en el período 2000-2009
(Fuente: Coordinación de Sanidad Penitenciaria)



El gráfico continúa en la página siguiente

Tasa/1.000 internos y año



Desde la primera vez que se implantó el Programa Marco de Prevención de Suicidios, hubo un ligero descenso y posterior estancamiento en el número de fallecimientos por esta causa pero, como vemos en los gráficos, tuvo un repunte entre los años 2003 y 2005, año en el que se modificó dicho programa por la Instrucción 14/2005, y que con la introducción de nuevas mejoras respecto a la anterior, influyó directamente sobre el número de fallecimientos por suicidios en las prisiones, volviendo a protagonizar otro nuevo descenso en los últimos tres años, a excepción del año 2009, en el que la tasa volvió a subir, por lo que desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se siguen llevando a cabo estudios para determinar las causas que hayan podido dar lugar a dicha realidad.

El encarcelamiento es, por tanto, uno de los factores que multiplica la tasa de suicidio, constituyendo una causa común de muerte dentro de las Instituciones Penitenciarias. Mientras en el año 2004 la tasa de incidencia del suicidio en prisión en el conjunto de los países europeos era del 88/100000, en España era menor, con una tasa de 60/100000, aún así, ocho veces mayor que la registrada para la población general española.

2.6. Factores de riesgo de suicidio en la población penitenciaria psiquiátrica

Un porcentaje de los internos que cumplen condena en las prisiones de distintos países sufren algún trastorno mental grave. Daigle (2007) señala que el 43% de las personas que ingresan en prisión en Canadá cumplen los criterios para al menos un diagnóstico del Eje I del DSM-IV. Concretamente en la región de Québec, el 27,4%

de los hombres y el 42,2% de las mujeres que entraban en prisión habían sido diagnosticados de un trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida.

En las prisiones españolas también se encuentran personas con trastornos mentales. El Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario (DGIP, 2007) evaluó una muestra de 970 internos procedentes de centros penitenciarios ordinarios. De los internos estudiados, un 17,6% presentaba antecedentes psiquiátricos previos a su ingreso en prisión, y un 3,2% había sido ingresado en un centro psiquiátrico antes de su ingreso en prisión. De entre los distintos trastornos que habían motivado estos antecedentes, un 2,6% presentaba un trastorno psicótico, y el 6,9% un trastorno afectivo. Cuando se contemplaba la presencia de un trastorno mental en la actualidad (independientemente de que existiesen o no antecedentes), un 3,4% de los internos sufría un trastorno psicótico, y un 12,8% un trastorno de tipo afectivo.

Por lo tanto, la enfermedad mental no es un problema ajeno a las prisiones. Como ya se ha señalado en páginas anteriores, la población penitenciaria tiene mayor riesgo de llevar a cabo conductas suicidas que la población general. Dentro de la población penitenciaria, los internos con trastornos mentales graves y los pacientes de **hospitales psiquiátricos penitenciarios** tienen un riesgo aún mayor, tanto de intento de suicidio como de autolesión deliberada. Se unen en estas personas los factores de riesgo propios de la población delincuente con la vulnerabilidad al comportamiento autolesivo asociada a la enfermedad mental. Además, la alta comorbilidad entre trastornos clínicos del Eje I del DSM-IV, junto a Trastornos de la Personalidad, complica aún más la situación. Stalenheim (2001) encontró en una muestra psiquiátrica forense que la presencia de historia de intentos de suicidio se asociaba con puntuaciones más altas en psicopatía y en trastorno límite de la personalidad, pero menores en depresión. Sendula-Jengic y cols. (2004) observaron en una muestra de pacientes psiquiátricos forenses que tanto el trastorno antisocial de la personalidad como el trastorno límite estaban asociados a los casos menos graves de autolesión.

En España (exceptuando la Comunidad Autónoma de Cataluña) existen dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y sólo en uno de ellos hay mujeres. Pérez-Cárceles y cols. (2001) estudiaron el fenómeno del suicidio en la población de uno de estos hospitales, el de Alicante, entre 1984 y 1997. En total, la población del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante suponía en aquel momento el 64,47% del total de internos de este tipo en España (exceptuando Cataluña). De un total de 106 muertes a lo largo de este período en este hospital, los investigadores estudiaron los informes postmortem de 64 de esas muertes, de las cuales encontraron que 36 fueron por causas no naturales y 28 por causas naturales. De las 36 causas no naturales, 34 fueron por suicidio y 2 por homicidio.

Concretamente en relación a los suicidios analizados, encontraron que:

- Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y el suicidio en esta población, de tal forma que la media de edad fue de 33,9 años, encontrando que el 47,1% de los internos que se habían suicidado tenían entre 18 y 30 años y el 29,4%, entre 30 y 45 años.
- El 76,2% de los internos que se habían suicidado, lo habían intentado alguna vez anteriormente.

- El 94% de los pacientes estaban solos en una celda en el momento del suicidio.
- En relación a la hora del día, observaron que el 58.8% de los suicidios ocurrieron entre las 4 y las 8 de la tarde, con un pico importante (29.4%) entre las 3 y las 6, el cual coincide con las horas de descanso tras la comida en el que los internos tienen menor control por parte del personal del centro. Más de la mitad de los suicidios se llevaron a cabo entre el sábado y el lunes.

Respecto al diagnóstico psiquiátrico, el 64.7% de los internos que se suicidaron estaban diagnosticados de esquizofrenia y el 32.4% había realizado conductas autolesivas previamente.

Capítulo III

El presente estudio

La revisión bibliográfica que se ha desarrollado en las páginas precedentes deja claro que la conducta suicida es un fenómeno complejo en el que intervienen distintos tipos de variables. Una de las variables que está ganando relevancia es la personalidad, tanto rasgos normales como otros que podríamos denominar como patológicos. Aunque en este estudio se contemplarán distintos factores, se ha prestado especial atención a los rasgos de personalidad.

El comportamiento suicida en la población penitenciaria ha sido objeto de diversos estudios, pero el grupo de internos que presenta una patología mental grave ha recibido menor atención de los investigadores. Este trabajo estudiará el comportamiento suicida de internos procedentes de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario y que, por lo tanto, presentan un trastorno mental.

Sabemos igualmente que la conducta suicida puede responder a distintas motivaciones y perseguir distintos objetivos. Básicamente podemos distinguir el intento de suicidio con intención letal, de la autolesión deliberada que no busca la muerte. Aunque esta diferenciación es muy común en el contexto clínico, su operativización de cara a un trabajo de investigación es compleja. En este trabajo se ha distinguido entre ambos comportamientos siguiendo una perspectiva conductual (Lohner y Conrad, 2007) y se ha explorado la relación de estas conductas con distintos tipos de variables que la literatura científica ha señalado como relevantes para la conducta suicida.

Por lo tanto, los objetivos básicos de este trabajo son:

1. Estudiar la relación entre variables psicopatológicas, criminológicas y especialmente variables de personalidad, y el comportamiento suicida.
2. Estudiar esta relación en una muestra de internos e internas con patología mental.
3. Estudiar estas relaciones de forma diferenciada para el intento de suicidio y la autolesión deliberada.
4. Extraer conclusiones basadas en los datos empíricos que permitan mejorar la evaluación de riesgo de suicidio que se realiza con este tipo de internos.

Capítulo IV

Estudio empírico

4.1. Método

Participantes

En este trabajo se han estudiado tres muestras. La primera estuvo compuesta por veintinueve internos del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent (Muestra 1). La segunda por once internas de este mismo hospital psiquiátrico (Muestra 2). La tercera por seis internos del Centro Penitenciario de Ocaña I (Muestra 3).

Datos demográficos

Muestra 1

La componían veintinueve hombres. La edad media de estas personas era 38 años (mínimo 23, máximo 76, DT 11,66).

Muestra 2

La componían once mujeres. La edad media de las mujeres era 41 años (mínimo 29, máximo 54, DT 7,54).

Muestra 3

Esta muestra estaba compuesta exclusivamente por seis hombres. La edad media era de 51 años (mínimo 43, máximo 68, DT 8,89).

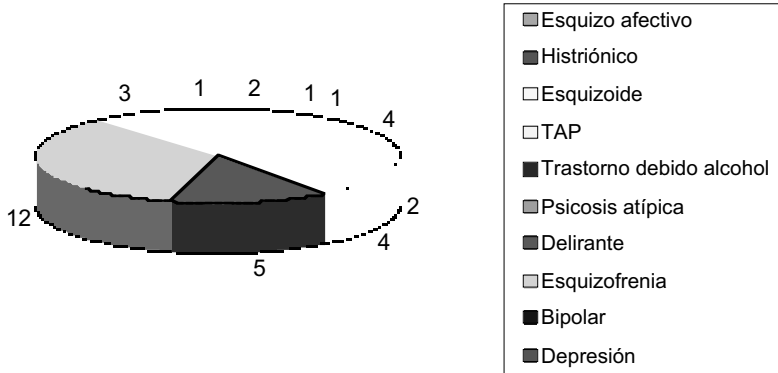
Características psicopatológicas

Muestra 1

La muestra masculina incluía diagnósticos de trastorno esquizoafectivo (2 casos, 6,9%), trastorno histriónico (un caso, 3,4%), trastorno esquizoide (un caso, 3,4%), trastorno antisocial de la personalidad (4 casos, 13,8%), trastorno mental debido al alcohol (dos casos, 6,9%), psicosis atípica (4 casos, 13,8%), trastorno delirante (5 casos, 17,2%), esquizofrenia (12 casos, 41,4%), trastorno bipolar (3 casos, 10,3%),

depresión (un caso, 3,4%). La media de diagnósticos por persona era de 1,2 (mínimo uno, máximo dos). Los resultados se recogen en el Gráfico 2.

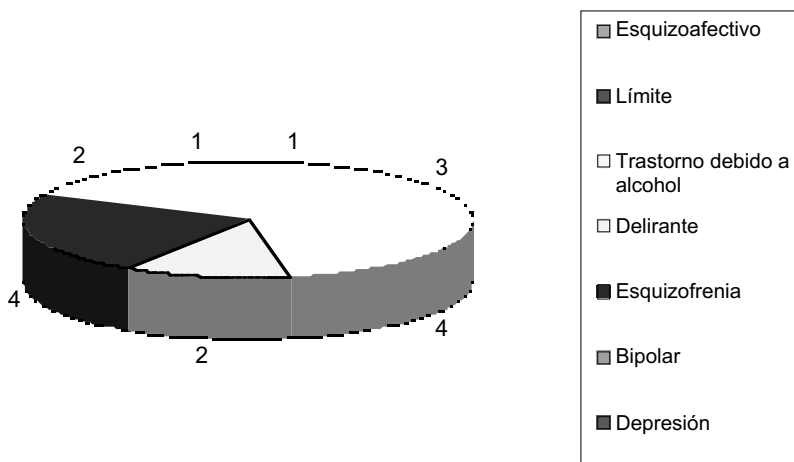
Gráfico 2. Diagnósticos psiquiátricos (hombres)



Muestra 2

En la muestra femenina se encontraban diagnósticos de trastorno esquizoafectivo (un caso, 9,1%), trastorno límite (tres casos, 27,3%), trastorno mental debido al alcohol (cuatro casos, 36,4%), trastorno delirante (dos casos, 18,2%), esquizofrenia (cuatro, 36,4%), trastorno bipolar (dos casos, 18,2%) y depresión (un caso 9,1%). La media de diagnósticos por persona era de 1,5 (mínimo uno, máximo 3). Los resultados se recogen en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Diagnósticos psiquiátricos (mujeres)



Muestra 3

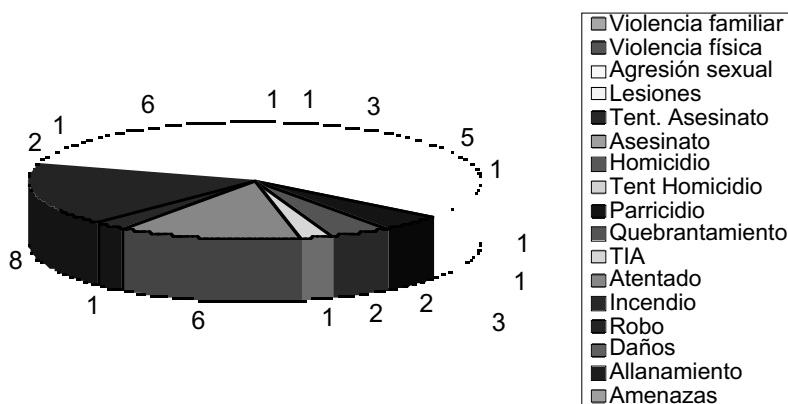
Los participantes no presentaban ningún diagnóstico psicopatológico salvo dependencia o abuso de sustancias.

Características delictivas

Muestra 1

Los hombres cumplían condena por delitos de violencia familiar habitual (un caso, 3,4%), violencia física (un caso, 3,4%), agresión sexual (tres casos, 10,3%), lesiones (cinco casos, 17,2%), tentativa de asesinato (un caso, 3,4%), asesinato (un caso, 13,8%), homicidio (un caso, 3,4%), tentativa de homicidio (tres casos, 10,3%), parricidio (dos casos, 6,9%), quebrantamiento de medida cautelar (dos casos, 6,9%), daños (dos casos, 6,9%), tenencia ilícita de armas (un caso, 3,4%), amenazas (seis casos, 20,7%), allanamiento de morada (un caso, 3,4%), atentado (seis casos, 20,6%), incendio (un caso, 3,4%) y robo (ocho casos, 28,6%). Por término medio habían cometido 2,44 delitos (mínimo 1 máximo 7). Los resultados se recogen en el Gráfico 4.

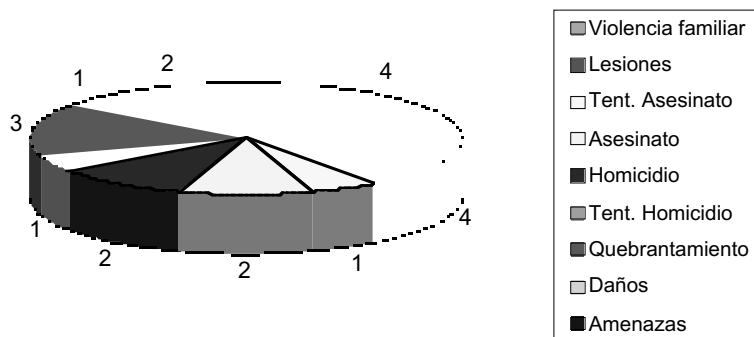
Gráfico 4. Delitos (hombres)



Muestra 2

Las mujeres cumplían condena por violencia familiar habitual (cuatro casos, 36,4%), lesiones (cuatro casos, 36,4%), tentativa de asesinato (un caso, 9,1%), asesinato (dos casos, 18,2%), homicidio (dos casos, 18,2%), tentativa de homicidio (un caso, 9,1%), quebrantamiento de medida (tres casos, 27,3%), daños (un caso, 9,1), y amenazas (dos casos, 18,2). Habían cometido una media de 2,7 delitos cada una (mínimo 1 máximo 8).

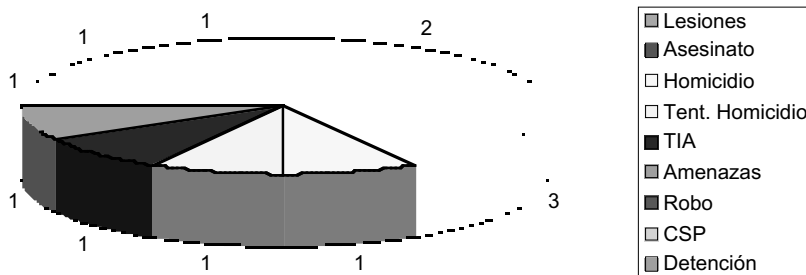
Gráfico 5. Delitos (mujeres)



Muestra 3

Los componentes de la tercera muestra cumplían condena por delitos de lesiones (2), asesinato (3), homicidio (1), tentativa de homicidio (1), tenencia ilícita de armas (1), amenazas (1), robo (1), CSP (1) y detención ilegal (1). La media de delitos por persona fue de 2,3 (mínimo 1, máximo 8).

Gráfico 6. Delitos (Control)



Medidas y procedimiento

En las tres muestras, la participación en el estudio fue voluntaria. Se difundió la posibilidad de participar en un trabajo de investigación entre los internos de ambos centros (Hospital Psiquiátrico de Alicante y Ocaña-I). Los internos e internas no recibieron ningún tipo de compensación. Todos firmaron un consentimiento informado. La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias autorizó la realización de este estudio. Los criterios de exclusión fueron distintos para las muestras 1 y 2, y la 3. Cuando se seleccionaron a los internos de las muestras 1 y 2 se excluyeron a aquellos que no tenían el nivel de comprensión lectora suficiente para completar las pruebas. También a aquellos que presentaban una situación psicopatológica en el momento del estudio que les impedía entender su naturaleza y completar adecuadamente las prue-

bas. Igualmente se excluyeron a aquellos internos e internas que se encontraban legalmente incapacitados y que por lo tanto no podían dar conscientemente su consentimiento para participar en el estudio. En el caso de la muestra 3, se excluyeron a aquellos internos que presentaban algún trastorno mental, o que no tenían el nivel de comprensión lectora necesario para completar las pruebas de lápiz y papel.

Las tres muestras completaron las mismas pruebas:

1. **PCL Screening Version** (PCL:SV; Hart, Cox y Hare, 1995). El PCL:SV es una versión de doce ítems del PCL-R. Cada ítem se puntúa en una escala de tres puntos (0, 1, 2). Las puntuaciones totales pueden oscilar entre 0 y 24. En contextos de investigación, el punto de corte de 18 es el que se ha mostrado de mayor utilidad para el diagnóstico de psicopatía. Se utiliza como un método de criba para psicopatía en poblaciones forenses, o como instrumento individual de investigación, entre otros grupos con pacientes psiquiátricos. En el presente estudio, dado que no existe una versión comercializada adaptada a población española, se utilizó el original canadiense. En las muestras 1 y 2, este instrumento fue aplicado por una única psicóloga, con formación específica en psicología forense. En la muestra 3, el instrumento se completó independientemente por dos psicólogas con formación específica en psicología forense, que posteriormente consensuaron las puntuaciones finales. Considerando en conjunto las muestras 1 y 2, se obtuvo un índice alfa de fiabilidad de 0,81.
2. **Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco** (SOC; Herrero, Escorial y Colom, 2009). Este instrumento (previamente conocido como Escala de Dificultades de Temperamento de Cantoblanco) es un autoinforme de 45 ítems que evalúa tres rasgos de personalidad: impulsividad, ausencia de miedo y búsqueda de sensaciones. Estos rasgos son los que resalta la teoría de David Lykken (1995) sobre el comportamiento antisocial. Cada ítem plantea dos opciones de respuesta en forma de dos situaciones entre las que se ha de elegir. Una de las opciones refleja presencia del rasgo, mientras que la otra es sintomática de ausencia. En las subescalas de impulsividad y búsqueda de sensaciones una de las opciones es una situación o actividad que implica un alto nivel de esos rasgos frente a otra en la que se plantea una situación de bajo nivel. Un ejemplo de ítem de búsqueda de sensaciones es elegir entre *Ir a un concierto de música clásica* o *Tirarte de un puente atado a una cuerda elástica*. En el caso de la subescala de ausencia de miedo se planteaba una situación que implicaba una alta peligrosidad frente a otra que era muy molesta. El razonamiento era que una persona con un bajo miedo preferiría la situación peligrosa a la molesta. Un ítem de la subescala es elegir entre *Perder la cartera con mucho dinero y la documentación* o *enzarzarte en una pelea con un desconocido*. La investigación empírica con este instrumento ha arrojado buenos índices de consistencia interna en población penitenciaria (alfa = 0,91), y general (alfa = 0,87). Igualmente se han encontrado buenos índices de fiabilidad test-retest (0,49).
3. **Entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI** (Sheehan, y cols, 1998). Esta entrevista permite evaluar los distintos trastornos presentes en el Eje I del DSM-IV. En este estudio se empleó la sección dedicada al abuso y dependencia de sustancias. Se cuantificó además el número de síntomas de dependencia de sustancias del DSM-IV que cumplían los participantes y el tipo de sustancia consumida.

4. **Inventario Clínico Multiaxial de Millon III** (MCMI-III; Millon, 2007). Se empleó la versión comercializada por TEA. Se trata de un autoinforme que, siguiendo la estructura multiaxial del DSM, evalúa trastornos de personalidad y síndromes clínicos.
5. **HCR-20** (Hilterman y Pueyo, 2005). Se trata de un checklist de veinte ítems diseñado para evaluar el riesgo de comportamiento violento en personas con trastornos mentales. Los diez ítems históricos evalúan el comportamiento antisocial y violento previo, así como la presencia de trastornos mentales. Los cinco ítems clínicos evalúan aspectos clínicos relevantes para el riesgo de conducta violenta. Y finalmente los cinco ítems de riesgo evalúan como se ajustarán los individuos a sus circunstancias futuras.
6. **Entrevista semiestructurada sobre suicidio**. Se orientó la entrevista desde un punto de vista conductual para evitar interferencias motivacionales. De esta manera, se preguntó a los internos sobre las ocasiones en las que habían intentado ahorcarse, cortarse las venas, despeñarse, o por cualquier otra manera de terminar con su vida. Se les preguntó también por el número de ocasiones en las que se habían cortado en los antebrazos, estómago, se habían tragado muelles o cuchillas, se habían quemado con cigarrillos o se habían cosido párpados o labios.
7. **Historia criminal**: Se registró el número y tipo de delitos cometidos por los participantes a partir de su expediente.
8. **Diagnóstico psiquiátrico**: El diagnóstico psiquiátrico se recogió del expediente de cada interno.
9. **Comportamiento institucional**: Se registró a partir del expediente de cada interno la presencia de alteraciones regimentales de carácter violento y no violento.

4.2. Resultados

Diferencias entre grupos

Como primer paso en el análisis de los datos obtenidos, se compararon a las tres muestras en las pruebas aplicadas mediante ANOVA. Los resultados obtenidos por los tres grupos de personas estudiados en el PCL:SV se resumen en la Tabla 6.

Se realizaron comparaciones múltiples mediante la prueba de Tukey. Dado el pequeño tamaño de las muestras se aportan los intervalos de confianza para las comparaciones y el tamaño del efecto en puntuaciones *d*. Los resultados mostraron que para la puntua-

Tabla 6. Descriptivos PCL: SV, tamaño del efecto y estadístico F

| | Hombres HP (n= 29) | | Mujeres HP (n= 11) | | Control (n= 6) | | F |
|---------|--------------------|-----|--------------------|-----|----------------|-----|-------|
| | Media | DT | Media | DT | Media | DT | |
| Parte 1 | 4,8 | 2,7 | 3,9 | 2,8 | 9,3 | 2,3 | 8,36* |
| Parte 2 | 6 | 3,7 | 4,6 | 2,2 | 6,6 | 3 | 0,9 |
| Total | 10,8 | 5,3 | 8,5 | 4,7 | 16 | 4,7 | 4,15* |

* Significativo al 0,05

ción total del PCL:SV solo existían diferencias significativas al comparar a la muestra control con las mujeres del hospital psiquiátrico (Intervalo de Confianza al 95% 1,15 – 13,76; $d = -1,5$). En la Parte 1, aparecían diferencias significativas entre la muestra control, los hombres del hospital psiquiátrico (IC límite superior e inferior -7,5 y -1,56 respectivamente, $d = -1,79$) y las mujeres (IC límite superior e inferior 2 y 8,8 respectivamente, $d = -1,97$). En la Parte 2 no se encontraron diferencias entre los grupos. Por lo tanto, los hombres con patología psiquiátrica no diferían significativamente de los de la muestra control en su nivel total de tendencias psicopáticas. Pero este grupo procedente de la población general sí mostraba mayor expresión de rasgos de frialdad emocional que ambas muestras de internos e internas psiquiátricos. Los descriptivos obtenidos en el MCMI-III se presentan en la tabla 7, por separado para cada una de las muestras estudiadas.

Tabla 7. MCMI-III y estadístico F

| | Hombres HP (n= 29) | | Mujeres HP (n= 11) | | Control (n= 6) | | F |
|------------------|--------------------|-------|--------------------|------|----------------|------|-------|
| | Media | DT | Media | DT | Media | DT | |
| Esquizoide | 55,6 | 19,1 | 61,4 | 7,3 | 43,6 | 18 | 2,12 |
| Evitativa | 49 | 22,1 | 54,9 | 17,7 | 51,5 | 24,7 | 0,29 |
| Depresiva | 45,8 | 27,1 | 48,3 | 25 | 36,8 | 28 | 0,37 |
| Dependiente | 44,6 | 22 | 54,6 | 20,8 | 41,7 | 25,6 | 0,82 |
| Histriónica | 40,8 | 21,8 | 47,5 | 18,8 | 40,3 | 13,6 | 0,46 |
| Narcisista | 65,2 | 18,4 | 57,1 | 11,5 | 68,8 | 12,2 | 1,2 |
| Antisocial | 55,5 | 16,1 | 60,5 | 20 | 61,1 | 18,5 | 0,48 |
| Agresiva | 48,6 | 20,9 | 49,7 | 19,1 | 56,1 | 10 | 0,36 |
| Compulsiva | 58 | 19,1 | 64,4 | 13,6 | 52,8 | 19,7 | 0,91 |
| Negativista | 51,4 | 18,7 | 46,7 | 21 | 45 | 21,8 | 0,4 |
| Autodestructiva | 46,6 | 21,2 | 39,4 | 19 | 46,6 | 24,5 | 0,51 |
| Esquizotípica | 45 | 24,8 | 41 | 23,2 | 42,5 | 33 | 0,11 |
| Límite | 47,8 | 25,1 | 51,6 | 24,6 | 46,8 | 22 | 0,11 |
| Paranoide | 61,6 | 21 | 55,7 | 23,4 | 38 | 32,6 | 2,59 |
| Ansiedad | 55,1 | 33,7 | 56 | 35 | 61,5 | 37,8 | 0,08 |
| Somatoformo | 39,3 | 28,4 | 24,3 | 17 | 15,8 | 13,6 | 3,04 |
| Bipolar | 52,1 | 21,1 | 58,4 | 22,3 | 54,6 | 21 | 0,35 |
| Distímico | 43,3 | 29,7 | 54 | 25,5 | 31,1 | 26,3 | 0,38 |
| Abuso Alcohol | 55,5 | 22,08 | 66 | 27,5 | 60,6 | 30,4 | 0,75 |
| Abuso sustancias | 63,2 | 25,2 | 66,3 | 13,7 | 58,5 | 25,5 | 0,22 |
| TEP | 47,9 | 26,8 | 54 | 22,4 | 49,5 | 30,5 | 0,2 |
| Pensamiento | 38,2 | 31,2 | 43,9 | 21,3 | 43 | 30,8 | 0,18 |
| Depresión | 40,7 | 30,5 | 32 | 19,4 | 30,5 | 27,7 | 0,59 |
| T. delirante | 61,5 | 26,3 | 59,2 | 31,7 | 54,1 | 27 | 0,18 |
| Sinceridad | 62,07 | 18,1 | 64,6 | 21,1 | 54,5 | 16,8 | 0,58 |
| Deseabilidad | 66,7 | 21,3 | 66 | 13,3 | 67 | 23,4 | 0,008 |
| Devaluación | 51,5 | 20,9 | 49 | 17 | 47,5 | 13,5 | 0,14 |
| Validez | 0,1 | 0,3 | 0,09 | 0,3 | 0 | 0 | 0,31 |

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos para ninguna de las escalas del MCMI-III. Por lo tanto, no podemos establecer que exista una mayor expresión de trastornos de personalidad en ninguno de estas muestras tal y como los evalúa el MCMI-III. En el caso de la subescala de Ansiedad, el estadístico F está ligeramente por encima del nivel de significación.

Los descriptivos obtenidos en la escala SOC se presentan en la tabla 8.

Tabla 8. Descriptivos SOC y estadístico F

| | Hombres HP (n= 29) | | Mujeres HP (n= 11) | | Control (n= 6) | | F |
|--------------|--------------------|-----|--------------------|-----|----------------|-----|--------|
| | Media | DT | Media | DT | Media | DT | |
| Búsqueda | 6,3 | 1,8 | 6,9 | 1,8 | 4,5 | 1,7 | 3,59* |
| Impulsividad | 5,97 | 1,3 | 6,4 | 2,3 | 2,6 | 1,8 | 11,08* |
| Miedo | 7,8 | 1,3 | 7,1 | 2,1 | 5,1 | 3 | 5,61* |
| Total | 20,2 | 2,5 | 20,5 | 2,8 | 12,3 | 3,9 | 20,4* |

* Significativo al 0,05

Las comparaciones post-hoc mostraron que, en Búsqueda de Sensaciones, aparecían diferencias significativas entre las mujeres del hospital psiquiátrico y la muestra control (IC al 95%, límite inferior 0,18 y límite superior 4,64; $d= 1,21$). En Impulsividad, aparecían diferencias entre la muestra control, la de hombres (IC al 95% límite inferior 1,46 y límite superior 5,1; $d= 2,26$) y la de mujeres (IC al 95%, límite inferior -5,8 y límite superior -1,7; $d= 2,1$). En Ausencia de Miedo aparecían diferencias entre la muestra control y la de pacientes masculinos (IC al 95% límite inferior 0,73 y límite superior 4,6; $d= 1,94$). Para el total de la escala SOC, se encontraron diferencias entre la muestra control y la de pacientes psiquiátricos masculinos (IC al 95% límite inferior -11 y límite superior -4,7; $d= 4$) y femeninos (IC al 95% límite inferior -11,7 y límite superior -4,7; $d= 2,5$). Por lo tanto, los pacientes psiquiátricos tienden a mostrar una mayor expresión de rasgos normales de personalidad que predisponen al comportamiento antisocial que la muestra de población penitenciaria general.

Se compararon también los grupos en el número de intentos de suicidio y autolesión que presentaban. Los resultados se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Descriptivos intento de suicidio y autolesión, estadístico F

| | Hombres HP (n= 29) | | Mujeres HP (n= 11) | | Control (n= 6) | | F |
|------------|--------------------|------|--------------------|------|----------------|-----|------|
| | Media | DT | Media | DT | Media | DT | |
| Suicidio | 1,03 | 1,64 | 1,36 | 2,98 | 0,1 | 0,4 | 0,74 |
| Autolesión | 0,3 | 0,78 | 1,2 | 3 | 0 | 0 | 1,69 |

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. Esto es explicable por dos razones. Primero, que el intento de suicidio y la autolesión son comportamientos con una prevalencia pequeña, y por lo tanto para obtener la

potencia estadística necesaria habría que emplear muestras de mayor tamaño que las disponibles en este estudio. De cualquier manera, a nivel descriptivo, observamos que hombres y mujeres con patología psiquiátrica muestran una frecuencia similar de intentos de suicidio y autolesión, mientras que los hombres procedentes de la población penitenciaria general apenas muestran esta conducta.

Matriz de correlaciones

Una vez exploradas las diferencias entre los grupos estudiados, se obtuvieron las correlaciones bivariadas de Pearson para las variables de personalidad estudiadas en cada muestra, el intento de suicidio y la autolesión. No se obtuvieron índices de correlación para el grupo control dado que el pequeño tamaño de la muestra lo desaconseja. Los resultados se presentan en la tabla 10.

Los datos de la muestra de hombres revelan una relación entre aspectos desinhibidos de la personalidad y el comportamiento suicida. Se encuentra relación positiva con el factor 2 del PCL:SV, con las escalas de personalidad antisocial, agresiva, límite, paranoide y depresiva del MCMI-III, y con los rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones de la SOC. No se encuentran sin embargo relaciones positivas entre autolesión y personalidad. De hecho se muestra independiente del número de intentos de suicidio.

En el caso de las mujeres los resultados son diferentes. Autolesión y suicidio correlacionan intensamente. En ambos casos, cobra una mayor importancia la presencia de problemas internalizadores representados en las escalas de personalidad depresiva, autodestructiva, evitativa y esquizotípica, aunque se mantiene la relación positiva con las escalas de personalidad antisocial, agresiva y límite. Los rasgos de personalidad normal reflejados por la SOC se relacionan en general de forma negativa con ambas conductas autolesivas. Las puntuaciones en el PCL:SV se muestran independientes de suicidio y autolesión.

Tabla 10. Matriz de correlaciones. PCL-SV, MCMI-III, SOC, autolesión y suicidio. Muestra de hombres y mujeres con patología psiquiátrica

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | |
|---------------------|------|-------|-------|-------|------|------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|----|--|
| 1. PCL-F1 | .327 | .751* | -.227 | -.45* | -.35 | -.32 | .46* | .49* | .065 | -.098 | -.089 | -.18 | -.47* | -.17 | -.14 | -.2 | -.225 | .19 | .291 | -.14 | .22 | | |
| 2. PCL-F2 | .71* | .87* | -.07 | -.11 | .12 | .14 | .19 | .084 | .35 | .322 | -.4* | .27 | .027 | .16 | .38* | -.0 | .02 | -.015 | .34 | .11 | .39* | | |
| 3. PCL-Total | .94* | .9* | -.17 | -.32 | -.09 | -.06 | .37* | .317 | .282 | .174 | -.32 | .09 | -.227 | .02 | .19 | -.1 | -.1 | .089 | .38* | .19 | .2 | | |
| 4. Esquizoide | -.06 | -.05 | -.06 | .71* | .6* | .49* | -.72* | -.11 | .4* | .49* | -.24 | .64* | .55* | .76* | .64* | .69* | .206 | -.03 | .17 | | .12 | | |
| 5. Evitativa | .36 | .255 | .34 | .7* | .77* | .82* | -.78* | -.45* | .27 | .46* | -.09 | .63* | .8* | .76* | .65* | .68* | .288 | .04 | .04 | .1 | .14 | | |
| 6. Depresiva | -.14 | .19 | .004 | .67* | .47 | .77* | -.62* | -.38* | .28 | .48* | -.14 | .61* | .84* | .62* | .7* | .63* | .37* | .11 | .13 | .04 | .45* | | |
| 7. Dependiente | .36 | .386 | .4 | .68* | .68* | .75* | -.55* | -.42* | .32 | .47* | -.18 | .54* | .76* | .61* | .67* | .55* | .356 | .16 | .06 | .0 | .26 | | |
| 8. Histriónica | .288 | .7* | .51 | -.31 | -.17 | .06 | .0 | .3 | -.17 | -.33 | .26 | -.61* | -.67* | -.63* | -.5* | -.52* | -.41* | -.14 | -.05 | -.02 | -.01 | | |
| 9. Narcisista | -.1 | .47 | .16 | -.36 | -.25 | .28 | -.08 | .69* | .17 | .1 | -.02 | -.24 | -.4 | -.05 | -.09 | .03 | -.18 | .17 | .41* | .2 | .01 | | |
| 10. Antisocial | .08 | .36 | .22 | .5 | .47 | .76* | .75* | -.04 | .17 | .72* | -.69* | .5* | .3 | .5* | .74* | .55* | .42* | .06 | .65* | .07 | .41* | | |
| 11. Agresiva | .07 | .46 | .27 | .36 | .6* | .63* | .48 | .28 | .4 | .75* | -.53* | .71* | .5* | .71* | .76* | .81* | .49* | .23 | .60* | .11 | .57* | | |
| 12. Compulsiva | -.23 | -.47 | -.37 | -.06 | .11 | -.32 | -.37 | -.28 | -.18 | -.61* | -.3 | -.6* | -.29 | -.37* | -.57* | -.27 | -.6* | -.2 | -.46* | -.2 | -.2 | | |
| 13. Negativista | .13 | .55 | .34 | .58* | .59 | .73* | .65* | .34 | .26 | .76* | .87* | -.38 | .7* | .76* | .78* | .71* | .51* | .15 | .261 | .27 | .32 | | |
| 14. Autodestructiva | .36 | .334 | .38 | .76* | .74* | .77* | .88* | -.13 | -.12 | .74* | .54 | -.38 | .65* | .7* | .68* | .66* | .52* | .17 | .116 | .2 | .3 | | |
| 15. Esquizotípica | .37 | .397 | .41 | .59* | .87* | .62* | .62* | .0 | .02 | .59* | .75* | -.16 | .7* | .82* | .77* | .84* | .33* | .11 | .357 | .1 | .26 | | |
| 16. Limite | .16 | .44 | .31 | .45 | .58 | .73* | .76* | .09 | .28 | .91* | .8* | -.53 | .71* | .74* | .68* | .7* | .52* | .039 | .46* | .12 | .52* | | |
| 17. Paranoide | .377 | .65* | .54 | .35 | .63* | .67* | .65* | .52 | .4* | .58 | .8* | -.22 | .81* | .62* | .75* | .66* | .31 | .17 | .365 | .03 | .39* | | |
| 18. Impulsividad | -.12 | .26 | .05 | .29 | .03 | .5 | .52 | .24 | .21 | .45 | .18 | -.49 | .33 | .27 | .002 | .51 | .21 | .486 | .364 | .19 | .37* | | |
| 19. Miedo | .21 | .51 | .37 | -.42 | -.32 | .09 | .19 | .63* | .27 | .18 | -.47 | .15 | -.07 | -.23 | .35 | .27 | .38 | .282 | .1 | -.07 | | | |
| 20. Sensaciones | .01 | .24 | .12 | -.22 | -.37 | -.11 | -.03 | .27 | .334 | .09 | -.08 | -.53 | -.17 | -.12 | -.29 | .25 | -.25 | .51 | .55 | .05 | .44* | | |
| 21. Autolesión | -.12 | -.21 | -.17 | .33 | .52 | .57 | .36 | -.34 | -.02 | .4 | .44 | .05 | .22 | .52 | .66* | .47 | .38 | -.01 | -.28 | -.38 | -.03 | | |
| 22. Suicidio | -.25 | -.28 | -.29 | .4 | .52 | .64* | .38 | -.37 | .01 | .45 | .49 | .11 | .28 | .52 | .63* | .5 | .39 | -.01 | -.31 | -.38 | .97* | | |

* Significativo al 0.05. Los datos de los hombres sobre la diagonal

Los datos obtenidos con el PCL:SV se basan en el modelo de dos factores de la psicopatía. Recientemente Hare (2003) ha planteado un modelo alternativo de cuatro factores. Se calcularon las puntuaciones de cada participante en estos cuatro factores y se calcularon sus correlaciones con la conducta suicida. Los resultados se presentan en la tabla 11.

Tabla 11. El modelo de cuatro factores de la psicopatía y la conducta suicida

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| 1. Interpersonal | | ,19 | -,001 | ,08 | ,23 | -,2 |
| 2. Afectivo | ,631* | | ,37* | ,45* | ,14 | -,02 |
| 3. Estilo de vida | ,675* | ,656* | | ,81* | -,007 | ,42* |
| 4. Conducta antisocial | ,336 | ,151 | ,022 | | ,19 | ,32* |
| 5. Autolesión | ,153 | -,19 | -,25 | ,053 | | -,067 |
| 6. Suicidio | 0,73 | -,32 | -,35 | ,053 | ,973* | |

* Significativo al 0,05. Resultados de los hombres por encima de la diagonal

Los resultados indican que en la muestra de hombres los factores de estilo de vida y comportamiento antisocial se relacionan positivamente con el número de intentos de suicidio, aunque no ocurre esto con las autolesiones. En el caso de las mujeres las distintas facetas de la psicopatía se muestran independientes de la conducta suicida.

Se obtuvieron también las correlaciones bivariadas entre autolesión y suicidio, y el número de síntomas de dependencia de sustancias, el número de delitos cometidos en total, aquellos de naturaleza violenta y los de naturaleza no violenta. Los resultados se muestran en la tabla 12.

Tabla 12. Correlaciones bivariadas. Síntomas de dependencia, características delictivas, autolesión y suicidio.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------|------|------|-------|-------|------|------|------|
| 1. Dependencia | | ,15 | -,37* | ,34 | ,41* | ,21 | ,25 |
| 2. Total delitos | ,05 | | ,271 | ,882* | ,19 | -,04 | ,17 |
| 3. Delitos violentos | -,16 | ,95* | | -,2 | -,3 | -,17 | ,089 |
| 4. No violentos | ,73* | ,15 | -,15 | | ,34 | ,02 | ,12 |
| 5. Autolesión | ,12 | -,15 | -,23 | 2,73 | | -,03 | ,21 |
| 6. Suicidio | ,04 | -,2 | -,27 | 0,2 | ,97* | | ,3 |
| 7. N. diagnósticos | ,77* | ,25 | -,03 | ,9* | ,17 | ,11 | |

* Significativo al 0,05. Resultados de los hombres por encima de la diagonal

Los resultados señalan que en la muestra masculina, los comportamientos autolesivos se relacionan de forma significativa con el grado de dependencia de sustancias. Aunque no alcance significación estadística, es interesante señalar que el número de

delitos violentos se relaciona negativamente con el número de episodios de autolesión y con el número de intentos de suicidio. Este indicio es contrario a la idea generalizada de que la comisión de delitos violentos aumenta la probabilidad de conductas autolíticas a causa de los sentimientos de culpa.

HCR-20

Se obtuvieron las correlaciones entre las distintas subescalas del HCR-20, sus ítems y el comportamiento suicida en las tres muestras. Los resultados se presentan en la tabla 13. En el caso de los hombres, ni la puntuación total en el HCR-20 ni en sus subescalas obtiene una relación significativa con el suicidio o la autolesión. Aún así hay que señalar que la relación entre la puntuación total en el instrumento y ambos tipos de comportamiento es positiva. De entre los ítems concretos destaca la relación entre intento de suicidio y edad del primer incidente, consumo de sustancias, impulsividad y mala respuesta al tratamiento. También es destacable la relación negativa entre la ausencia de introspección y el intento de suicidio. En conjunto el instrumento retrata al interno con trastornos psiquiátricos e intentos de suicidio como una persona con un inicio temprano en la violencia, que consume drogas, impulsivo y con una mala adherencia a los tratamientos farmacológicos. Además es una persona que tiende a pensar sobre su pensamiento y conducta. En el caso de la conducta autolesiva, los problemas tempranos de conducta y las actitudes antisociales son los predictores más significativos.

En la muestra de mujeres se produce una tendencia muy diferente. Para suicidio y autolesión, la presencia de incidentes violentos previos y la edad del primer incidente violento se relacionan negativamente con esta conducta. Es decir, que es más frecuente que aparezcan conductas suicidas en mujeres cuya conducta violenta es infrecuente, y esto será también más probable cuanto mayor edad tenga.

Conducta suicida y alteraciones regimentales

Se estudió la posible asociación entre los comportamientos suicidas y la presencia de otros comportamientos problemáticos en el hospital. Se dividieron estos comportamientos problemáticos entre aquellos de carácter violento y los que no implicaban violencia. Dada la dificultad para poder contabilizar con exactitud el número de estos incidentes, se codificó para cada caso la presencia o ausencia de estos incidentes en su expediente, y se crearon con esta información dos variables dicotómicas (presencia de incidentes violentos y de incidentes no violentos). Se empleó la prueba Chi-Cuadrado para estudiar la asociación entre estas variables y la presencia o ausencia de conducta suicida. En la tabla 14 se presentan los resultados.

Los resultados indican que, en los hombres, la conducta suicida se relaciona con los incidentes regimentales de tipo violento, pero se muestra independiente de otros comportamientos problemáticos de carácter no agresivo. En el caso de las mujeres, ambos tipos de conducta suicida son independientes del comportamiento institucional.

Tabla 13. Correlaciones HCR-20, autolesión y suicidio

| | Hombres HP (n= 29) | | Mujeres HP (n= 11) | |
|-------------------------------|--------------------|------------|--------------------|------------|
| | Suicidio | Autolesión | Suicidio | Autolesión |
| Total HCR-20 | ,301 | ,259 | -,24 | -,21 |
| Históricos | ,34 | ,308 | -,085 | -,079 |
| Clínicos | ,32 | ,166 | -,118 | -,103 |
| Riesgo | ,004 | ,086 | -,42 | -,366 |
| Violencia previa | -,31 | -,08 | -,425 | -,44 |
| Edad primer incidente | ,347* | ,042 | -,6* | -,61* |
| Relaciones pareja | -,12 | -,13 | ,21 | ,262 |
| Empleo | ,304 | ,125 | -,31 | -,28 |
| Consumo sustancias | ,449* | ,183 | ,31 | ,278 |
| Trastorno mental grave | ,128 | ,149 | ,17 | ,054 |
| Psicopatía | ,206 | ,326 | -,143 | -,045 |
| Desajuste infantil | ,209 | ,369* | ,376 | ,298 |
| Trastorno personalidad | ,035 | ,331 | -,274 | -,177 |
| Incumplimiento de supervisión | ,292 | ,167 | -,227 | -,21 |
| Introspección | -,361 | ,26 | ,156 | ,176 |
| Actitudes negativas | ,189 | ,425* | -,272 | -,251 |
| Presencia síntomas | ,24 | -,206 | -,015 | -,08 |
| Impulsividad | ,378* | ,065 | -,038 | ,001 |
| No respuesta al tratamiento | ,665* | -,123 | -,29 | -,27 |
| Ausencia de planes | ,234 | -,081 | -,53 | -,426 |
| Factores desestabilizantes | ,02 | ,151 | -,227 | -,242 |
| Carencia de apoyo | -,224 | -,09 | -,366 | -,32 |
| Incumplimiento de tratamiento | -,145 | ,212 | ,073 | ,15 |
| Estrés | ,159 | ,138 | -,18 | -,278 |

* Significativo al 0,05

Tabla 14. Comportamiento institucional y conducta suicida

| | Hombres (n= 29) | | | | Mujeres (n= 11) | | | |
|-------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|-----------------|------|----------------|------|
| | Autolesión | | Suicidio | | Autolesión | | Suicidio | |
| | X ² | Sig | X ² | Sig | X ² | Sig | X ² | Sig |
| Incidentes violentos | 4,53 | ,033* | 4,14 | ,042* | ,076 | ,782 | 1,637 | ,201 |
| Incidentes no violentos | 1,45 | ,227 | 1,66 | ,198 | 1,54 | ,21 | ,016 | ,898 |

Análisis de datos categóricos: Tipo de delito, dependencia de sustancias y diagnóstico psiquiátrico.

Se estudió la relación entre las variables de naturaleza categórica (tipo de delito, dependencia de sustancias y tipo de diagnóstico psiquiátrico) y la presencia o ausencia de intentos de suicidio o episodios de autolesión. La relación entre estas variables se realizó mediante el estadístico Chi-Cuadrado. No se ha incluido el diagnóstico de depresión ya que solamente existía un caso para cada grupo. Los resultados obtenidos para las muestras de hombres y mujeres del hospital psiquiátrico se presentan en la tabla 15.

Los datos señalan la existencia de una asociación significativa entre el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad, intento de suicidio y autolesión en la muestra de hombres. En el caso de las mujeres, el diagnóstico que obtiene una asociación significativa con la conducta autolesiva es el de trastorno bipolar. Cuando nos centramos en el consumo de sustancias, el diagnóstico de dependencia de sustancias distintas del alcohol se asocia con la presencia de intentos de suicidio en la muestra de hombres. Por último, con respecto al tipo delictivo, esta variable parece ser independiente de la conducta autolesiva. Únicamente aparece un resultado significativo muy pequeño para el delito de atentado en la muestra de hombres.

Análisis del poder predictivo de las variables: Curvas ROC

El análisis de la capacidad de una variable para predecir las puntuaciones en otra se puede realizar de forma gráfica mediante las denominadas curvas ROC (*receiver operating characteristics*). Este estadístico se usa frecuentemente en la investigación sobre predicción de conductas violentas porque es menos sensible a la tasa base de la variable criterio (en este caso la conducta autolesiva y suicida de los internos). Las curvas ROC solo pueden usarse para evaluar la precisión de la predicción sobre una variable dependiente dicotómica por una variable continua. La técnica mide la precisión con la que los participantes son clasificados correctamente, y esta precisión se expresa en términos de sensibilidad y especificidad. Ambas dimensiones están inversamente relacionadas, de tal forma que el incremento de una lleva al descenso de la otra. El Área Bajo la Curva (AUC) se utiliza para medir la precisión de la predicción. La AUC oscila entre 0, que indica una predicción negativa perfecta, hasta 1, que indica una predicción positiva perfecta. Se establece como punto de corte a partir del cual se estima que la clasificación está por encima del azar es $AUC = 0,5$.

Se han calculado las curvas ROC y las respectivas AUC de las principales variables estudiadas en su relación con suicidio y autolesión de forma separada. En el caso de las subescalas del MCMI-III, se han incluido aquellas que tenían una correlación significativa con cualquiera de los dos comportamientos autolesivos estudiados. Se han estudiado de forma conjunta las muestras de hombres y mujeres procedentes del hospital para ganar potencia estadística. La Tabla 16 recoge las AUC y sus respectivos intervalos de confianza. Las curvas ROC se encuentran en el Anexo I.

Con respecto al intento de suicidio, las medidas que tienen una capacidad predictiva cercana a la del azar ($AUC = 0,5$) han sido la puntuación total del PCL:SV, la parte 2 del PCL:SV, la subescala de Impulsividad de la SOC y la puntuación total de

Tabla 15. Asociación diagnóstico psiquiátrico, delito actual, consumo de sustancias

| | Hombres (n= 29) | | | | Mujeres (n= 11) | | | |
|-----------------------------------|-----------------|-------|----------------|-------|-----------------|--------|----------------|-------|
| | Autolesión | | Suicidio | | Autolesión | | Suicidio | |
| | X ² | Sig | X ² | Sig | X ² | Sig | X ² | Sig |
| Diagnóstico psiquiátrico | | | | | | | | |
| Esquizoafectivo | ,56 | ,45 | 2,3 | ,129 | ,41 | ,52 | ,62 | ,42 |
| Histriónico | ,27 | ,6 | 1,1 | ,29 | - | - | - | - |
| TAP | 8,34 | ,004* | 4,97 | ,026* | - | - | - | - |
| Esquizoide | ,27 | ,6 | ,96 | ,32 | - | - | - | - |
| Límite | - | - | - | - | ,076 | ,78 | ,016 | ,89 |
| Trastorno por alcohol | 1,12 | ,28 | 2,3 | ,12 | 1,63 | ,2 | ,5 | ,47 |
| Psicosis atípica | ,053 | ,81 | ,006 | ,941 | - | - | - | - |
| Delirante | 1,57 | ,2 | 1,9 | ,16 | ,91 | ,33 | 1,39 | ,23 |
| Esquizofrenia | ,23 | ,63 | ,35 | ,55 | 2,3 | ,12 | ,35 | ,55 |
| Bipolar | ,32 | ,56 | ,29 | ,58 | 6,51 | ,011** | 4,2 | ,039* |
| Dependencia y abuso de sustancias | | | | | | | | |
| Dependencia alcohol MINI | ,004 | ,947 | 2,88 | ,089 | 1,63 | ,201 | ,5 | ,477 |
| Abuso alcohol MINI | ,002 | ,967 | ,166 | ,684 | ,413 | ,521 | 1,92 | ,165 |
| Dependencia sustancias MINI | 2,42 | ,119 | 10,2 | ,001* | ,91 | ,338 | 1,39 | ,237 |
| Abuso sustancias MINI | ,56 | ,454 | 2 | ,157 | - | - | - | - |
| Delito actual | | | | | | | | |
| Violencia familiar | ,27 | ,6 | ,326 | ,967 | ,016 | ,89 | ,35 | ,55 |
| Violencia física | ,27 | ,6 | 1,1 | ,29 | - | - | - | - |
| Agresión sexual | ,87 | ,35 | ,299 | ,58 | - | - | - | - |
| Lesiones | 1,3 | ,24 | ,16 | ,68 | ,43 | ,8 | ,71 | ,701 |
| Tentativa asesinato | ,27 | ,6 | ,96 | ,32 | ,413 | ,52 | ,62 | ,42 |
| Asesinato | 1,2 | ,27 | ,006 | ,94 | 3,15 | ,2 | 2,3 | ,3 |
| Homicidio | ,27 | ,6 | ,96 | ,32 | ,91 | ,33 | ,19 | ,65 |
| Tentativa homicidio | ,87 | ,35 | ,45 | ,5 | ,41 | ,52 | ,62 | ,42 |
| Parricidio | ,56 | ,45 | ,003 | ,96 | - | - | - | - |
| Quebrantamiento | 1,12 | ,28 | 2,3 | ,12 | ,076 | ,78 | ,016 | ,89 |
| Daños | ,54 | ,45 | ,003 | ,96 | 2,9 | ,087 | 1,9 | ,16 |
| Tenencia armas | ,27 | ,603 | 1,1 | ,29 | - | - | - | - |
| Amenazas | ,737 | ,39 | ,67 | ,41 | ,637 | ,42 | ,19 | ,65 |
| Allanamiento | ,27 | ,6 | ,96 | ,32 | - | - | - | - |
| Atentado | 3,9 | ,047* | ,009 | ,92 | - | - | - | - |
| Incendio | ,27 | ,6 | ,96 | ,32 | - | - | - | - |
| Robo | ,12 | ,72 | 3,1 | ,075 | - | - | - | - |

* Significativo al 0,05 - no existe ningún caso para este grupo

esta escala. Igualmente han obtenido AUC relevantes las subescalas de personalidad Antisocial, Paranoide y Límite del MCMI-III. También tienen capacidad predictiva positiva el número de síntomas de dependencia de sustancias y el número de delitos no violentos. Por lo tanto, un conjunto de variables relacionadas con el intento de suicidio son aquellas relativas a rasgos de personalidad desinhibidos y un estilo de vida antisocial. También tienen valor predictivo las escalas de personalidad Depresiva y Esquizotípica del MCMI-III, más relacionadas con rasgos de inhibición y malestar personal. La puntuación total de la HCR-20 y su subescala histórica han obtenido también una AUC relevante. Es destacable que el número de delitos violentos no ha arrojado un resultado de interés, contradiciendo la idea generalizada de que la presencia de delitos violentos es un factor de vulnerabilidad para el suicidio. Al menos en el caso de delincuentes con trastornos mentales graves, esto podría no ser así.

En el caso de la autolesión, se han encontrado AUC moderadas para los ítems históricos del HCR-20, el número de síntomas de dependencia, y las escalas de personalidad depresiva, esquizotípica, paranoide, agresiva y límite.

Tabla 16. Áreas bajo la curva para intento de suicidio y episodios de autolesión

| | AUC para suicidio (Intervalo de confianza al 95%) | AUC para autolesión (Intervalo de confianza al 95%) |
|----------------------|---|---|
| PCL:SV | ,619 (.42 - ,81) | ,579 (.35 - ,8) |
| PCL: SV Parte 1 | ,465 (.28 - ,64) | ,539 (.32 - ,75) |
| PCL: SV Parte 2 | ,673 (.49 - ,85) | ,539 (.3 - ,78) |
| Búsqueda (SOC) | ,468 (.28 - ,65) | ,557 (.36 - ,74) |
| Impulsividad (SOC) | ,686 (.52 - ,85) | ,566 (.34 - ,79) |
| Miedo (SOC) | ,576 (.39 - ,75) | ,362 (.15 - ,56) |
| SOC (Total) | ,641 (.46 - ,81) | ,556 (.34 - ,76) |
| HCR-20 | ,655 (.48 - ,83) | ,582 (.34 - ,81) |
| HCR-20 (Históricos) | ,759 (.59 - ,92) | ,615 (.38 - ,85) |
| HCR-20 (Clínicos) | ,557 (.37 - ,73) | ,511 (.28 - ,73) |
| HCR-20 (Riesgo) | ,408 (.22 - ,58) | ,518 (.31 - ,72) |
| Delitos violentos | ,378 (.2 - ,55) | ,384 (.16 - ,6) |
| Delitos no violentos | ,71 (.54 - ,87) | ,541 (.32 - ,75) |
| Síntomas dependencia | ,687 (.51 - ,85) | ,593 (.39 - ,79) |
| MCMI Depresiva | ,732 (.57 - ,89) | ,654 (.47 - ,83) |
| MCMI Esquizotípica | ,624 (.44 - ,79) | ,661 (.47 - ,85) |
| MCMI Antisocial | ,708 (.54 - ,87) | ,579 (.37 - ,78) |
| MCMI Agresiva | ,663 (.49 - ,83) | ,634 (.44 - ,82) |
| MCMI Paranoide | ,702 (.53 - ,87) | ,573 (.34 - ,8) |
| MCMI Límite | ,845 (.71 - ,97) | ,688 (.51 - ,85) |

Capítulo V

Discusión

En este estudio se ha explorado la relación entre distintas variables de personalidad, psiquiátricas y criminológicas, y la conducta suicida. Las muestras estudiadas incluyen hombres y mujeres con patología psiquiátrica grave internados en un hospital psiquiátrico penitenciario, e internos sin patología psiquiátrica procedentes de un centro penitenciario.

El presente trabajo tiene como principales aportaciones:

1. Las características especiales de la muestra estudiada y su difícil abordaje. En el caso de la muestra de mujeres procedentes del hospital psiquiátrico, pese a su pequeño tamaño (n=11) hay que tener en cuenta que proceden del único módulo que existe en España para mujeres que cumplen una medida de seguridad de tratamiento psiquiátrico en hospital psiquiátrico penitenciario.
2. Se ha diferenciado mediante una entrevista de orientación conductual entre autolesión y suicidio.
3. Se han recogido un número importante de variables que no son habituales en los estudios sobre suicidio en población psiquiátrica.
4. Se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva de las publicaciones nacionales e internacionales referentes al suicidio en prisión.
5. Supone una aportación original a un campo de investigación hasta ahora poco desarrollado en nuestro país.

Los datos de la muestra de hombres revelan una relación entre aspectos desinhibidos de la personalidad y el comportamiento suicida. Se encuentra relación positiva con el Factor 2 del PCL:SV, con los factores de comportamiento antisocial y de estilo de vida del modelo de cuatro factores de la psicopatía, con las escalas de personalidad antisocial, agresiva, límite, paranoide y depresiva del MCMI-III, y con los rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones de la SOC. Igualmente se relaciona con los incidentes regimentales violentos. No se encuentran sin embargo relaciones positivas entre autolesión y estas medidas de personalidad. De hecho, la autolesión se muestra independiente del número de intentos de suicidio.

Dentro de las variables psicopatológicas, el número de síntomas de dependencia de sustancias tal y como los recoge el DSM-IV-TR se asocia positivamente con el número de episodios de autolesión. De los distintos diagnósticos psiquiátricos que figuraban en la documentación penitenciaria de los participantes, el de trastorno antisocial de la personalidad se asocia positivamente con la presencia tanto de intentos de suicidio como de autolesión. La dependencia de sustancias evaluada por la entrevista MINI se asoció positivamente con la presencia de episodios de autolesión.

En el caso de las mujeres los resultados son diferentes. Autolesión y suicidio correlacionan intensamente. En ambos casos, cobra una mayor importancia la presencia de problemas internalizadores representados en las escalas de personalidad depresiva, autodestructiva, evitativa y esquizotípica, aunque se mantiene la relación positiva con las escalas de personalidad antisocial, agresiva y límite. Los rasgos de personalidad normal reflejados por la SOC se relacionan de forma nula o negativa con la conducta suicida. Las puntuaciones en el PCL:SV se muestran independientes de suicidio y autolesión. Con respecto al diagnóstico psiquiátrico, el trastorno bipolar se relacionó positivamente con la presencia de intentos de suicidio y autolesión.

Tanto en hombres como en mujeres, el tipo de delito cometido no se asoció con la presencia de autolesiones o intentos de suicidio.

Dada la baja frecuencia de los comportamientos suicidas, se abordó el análisis de datos con una estrategia estadística complementaria, a saber, el uso de curvas ROC para el total de la muestra psiquiátrica. Con respecto al intento de suicidio, las medidas que tienen una capacidad predictiva cercana a la del azar ($AUC = 0,5$) han sido la puntuación total del PCL:SV, el Factor 2 del PCL:SV, la subescala de Impulsividad de la SOC y la puntuación total de esta escala. Igualmente han obtenido AUC relevantes las subescalas de personalidad Antisocial, Paranoide y Límite del MCMI-III. También tienen capacidad predictiva positiva el número de síntomas de dependencia de sustancias y el número de delitos no violentos. Por lo tanto, un conjunto de variables relacionadas con el intento de suicidio son aquellas relativas a rasgos de personalidad desinhibidos y un estilo de vida antisocial.

También tienen valor predictivo las escalas de personalidad Depresiva y Esquizotípica del MCMI-III, más relacionadas con rasgos de inhibición y malestar personal. La puntuación total de la HCR-20 y su subescala histórica han obtenido también una AUC relevante. Es destacable que el número de delitos violentos no ha arrojado un resultado de interés, contradiciendo la idea generalizada de que la presencia de delitos violentos es un factor de vulnerabilidad para el suicidio. Al menos en el caso de delincuentes con trastornos mentales graves esto podría no ser así.

En el caso de la autolesión, se han encontrado AUC moderadas para los ítems históricos del HCR-20, el número de síntomas de dependencia, y las escalas de personalidad depresiva, esquizotípica, paranoide, agresiva y límite.

De estos resultados extraemos las siguientes conclusiones:

1. Aparecen en los internos e internas con patología psiquiátrica grave dos conjuntos de factores de riesgo para la conducta suicida. Uno de estos conjuntos recoge factores relacionados con la desinhibición conductual. El otro grupo recoge factores relativos al malestar personal.

2. Aunque los dos tipos de factores aparecen en hombres y en mujeres, predominan en los hombres aquellos relativos a la personalidad impulsiva y desinhibida (personalidad antisocial, dependencia de sustancias, Factor 2 del PCL:SV). En el caso de las mujeres son relevantes mayor número de variables relativas al malestar personal (como por ejemplo la personalidad evitativa, depresiva o dependiente), aunque los rasgos desinhibidos también son relevantes.
3. En la muestra de hombres, el intento de suicidio y la conducta autolesiva se muestran independientes. En la de mujeres hay sin embargo una alta correlación entre ambas.
4. El tipo de delito cometido parece independiente de la aparición de conducta suicida.

Espectro interiorizador, exteriorizador y conducta suicida

La investigación sobre la comorbilidad de los distintos trastornos mentales y rasgos de personalidad ha mostrado que pueden distinguirse dos conjuntos de trastornos y rasgos que organizan esta variabilidad. El factor Exteriorizador agrupa trastornos caracterizados por el fallo en el control de impulsos, como el TAP o la dependencia de sustancias, y rasgos de personalidad que implican igualmente la falta de control. La otra dimensión, el factor Interiorizador, agrupa aquellos trastornos caracterizados por el malestar subjetivo experimentado por la persona (Krueger, Caspi, Moffitt y Silva, 1998; Krueger, 1999; Krueger, Caspi y Moffitt, 2000). Entre otros comportamientos problemáticos, esta línea de investigación se ha fijado en la conducta suicida de los delincuentes. Los trabajos de Verona, Patrick y Joiner (2001) y Verona, Hicks y Patrick (2005) indican que el Factor 2 del PCL, el diagnóstico de Trastorno Antisocial, una alta Emotividad Negativa y una baja Restricción se asocian consistentemente con el intento de suicidio en muestras forenses. Los autores consideran que la conducta suicida es parte de ese espectro exteriorizador que subyace a los comportamientos desinhibidos y antisociales.

En el caso del presente estudio, el Factor 2 del PCL:SV, los factores de estilo de vida y conducta antisocial de este mismo instrumento cuando se considera el modelo de cuatro factores de la psicopatía, el diagnóstico de TAP, los rasgos límite y agresivos medidos por el MCMI-III, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones medidas por la SOC, y la dependencia de sustancias se han mostrado relacionados con la conducta suicida. Parece, por lo tanto, que en el caso de los delincuentes con trastornos mentales graves también aparece esta relación entre elementos exteriorizadores y suicidio.

Psicopatía y conducta suicida

En este trabajo se han contrastado dos modelos distintos de la psicopatía y su relación con la conducta suicida. Los factores relativos a la desinhibición conductual y al estilo de vida antisocial son los que se relacionan con la conducta suicida. Este se replica para el modelo de dos y cuatro factores. Los aspectos referentes a la pobreza emocional se muestran independientes de la conducta suicida. Por lo tanto, en este aspecto los resultados obtenidos concuerdan con la literatura existente sobre el tema (Verona y cols, 2001; 2005).

Diferencias de género en el comportamiento suicida

En el presente estudio hemos encontrado algunas diferencias en el comportamiento suicida de hombres y mujeres. Una de ellas es una intensa asociación entre la conducta autolesiva y el intento de suicidio en la muestra de mujeres. Hawton (2000) señala que en la población general femenina, la presencia de intentos de suicidio se asocia con menor intensidad con una intención suicida real. Por lo tanto, cabe la posibilidad de que en la muestra de internas estudiada el intento de suicidio y la autolesión respondiesen a motivaciones comunes, y por lo tanto les resultase más difícil diferenciar entre una conducta y otra. De hecho, ambos tipos de conducta suicida tienden a asociarse en la población general (Claassen, Cardody, Bossarte, Madhukar, Trivedi, Elliot y Currier, 2008).

Otra diferencia de género presente en nuestro estudio hace referencia a las variables que tienden a relacionarse con la conducta suicida. En el grupo de hombres la mayoría de las variables relacionadas con la conducta suicida podríamos etiquetarlas como exteriorizadoras (personalidad antisocial, agresiva, límite, Factor 2 del PCL:SV, drogodependencia), aunque también aparecen elementos de tipo interiorizador (personalidad depresiva). En el grupo de mujeres, cobraban mayor importancia variables de tipo interiorizador (personalidad depresiva, dependiente, evitativa, auto-destructiva, esquizotípica) que conviven con otras de carácter exteriorizador (personalidad antisocial y agresiva).

La presencia de estos elementos desinhibitorios en la conducta suicida de mujeres con tendencias antisociales es coherente con los pocos estudios que han abordado este tema en población femenina (Verona, Hicks y Patrick, 2005; Verona y Vitale, 2006).

Los datos de epidemiología psiquiátrica confirman la mayor tendencia de las mujeres a experimentar sintomatología interiorizadora (depresión y ansiedad) con respecto a los hombres, mientras que los hombres tienen una mayor probabilidad de presentar psicopatología exteriorizadora, incluyendo el consumo de sustancias, la personalidad antisocial y la agresión (Kessler, McGonagle, Zhao y Nelson, 1994). Algunos autores han sugerido que estos datos se deben a diferencias de género en variables cognitivas (por ejemplo la tendencia a la rumiación) y biológicas (hormonales). La investigación indica también que las mujeres y los hombres pueden diferir en tendencias a comportamientos que implican activación o inhibición del comportamiento. Por ejemplo, las mujeres tienden a informar de emociones negativas más intensas cuando se las expone a estímulos aversivos (Bradley, Codispoti, Sabatinelli y Lang, 2001). Los hombres tienen menor tendencia a responder con ansiedad ante situaciones amenazantes (Carver y White, 1994), y a la vez experimentan mayor activación y emociones positivas ante estímulos atractivos (Bradley y cols, 2001). Los hombres también experimentan más frecuentemente ira. En consistencia con estos hallazgos, la investigación de tipo evolutivo señala que los chicos tienden a ser más iracundos e impulsivos durante la infancia, mientras que las niñas son más reactivas en sus emociones e inhibidas en su conducta (Garstein y Rothbart, 2003). A la vez, las niñas desarrollan de forma temprana habilidades cognitivas y socio-emocionales que facilitan la conducta prosocial (Keenan y Shaw, 1997).

El tipo de delito cometido parece no relacionarse con la conducta suicida

La relación entre factores de personalidad y conducta suicida parece ser más intensa que con otros factores tradicionalmente contemplados, como es el caso de la patología psiquiátrica o la comisión de delitos violentos. Una forma de explicar esto pasa por el efecto mediador de estos rasgos desinhibidos sobre el efecto emocional de un delito violento. Existen datos que señalan que ciertas características de personalidad facilitan una atribución externa de la culpa en delincuentes con patología psiquiátrica que han cometido un delito violento. Fox, De Konig y Leicht (2003) encontraron en una muestra de esquizofrénicos con delitos violentos, que los altos niveles de Psicoticismo medidos por el EPQ-R facilitaban la atribución externa de la culpa. Por lo tanto, los remordimientos y las emociones negativas asociadas al delito cometido se verían atenuadas, y la posibilidad de suicidio (al menos del suicidio asociado a los sentimientos de culpa) sería menor.

Autolesión y suicidio

¿Responden los intentos de suicidio y las autolesiones deliberadas a los mismos factores de riesgo? Los resultados de este trabajo son complejos de interpretar. En el caso de la muestra masculina, ambos tipos de comportamientos se han mostrado independientes. En los hombres, las variables de personalidad normal y patológica que se han relacionado con el intento de suicidio han tendido a mostrarse independientes de la conducta autolesiva. Sí aparece como predictor de este comportamiento los síntomas de dependencia de sustancias, así como el desajuste infantil (HCR-20). Los incidentes institucionales violentos (distintos de la autolesión) se asocian con la conducta autolesiva, así como el diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad. En el caso de la muestra de mujeres, los intentos de suicidio y la autolesión se asocian de forma intensa, con una correlación que se acerca al 1. Esto se puede interpretar de distintas maneras. Una posibilidad es que la conducta autolesiva en las mujeres tenga una mayor intencionalidad suicida, frente a los hombres, que se autolesionarían más por cuestiones regimentales, protesta o como forma de afrontamiento del estrés. Esto fomentaría que a las mujeres estudiadas les hubiese sido más difícil distinguir durante la evaluación entre los episodios autolesivos y los de intento de suicidio, aunque la orientación marcadamente conductual de la entrevista pretendía prevenir este problema. Por lo tanto, en la muestra de mujeres, las conclusiones han de ser provisionales y este tema debería ser objeto de mayor investigación en el futuro. Con respecto a la muestra de hombres, podemos proponer la hipótesis de que ambos tipos de conducta están claramente diferenciados, y que los factores psicopatológicos y de personalidad se asocian más fuertemente con el intento de suicidio que con la autolesión.

Aplicaciones prácticas

Este trabajo se ha realizado con una clara orientación práctica. Aunque las muestras empleadas procedan de un hospital psiquiátrico penitenciario, los datos actuales nos indican que existe una proporción significativa de internos en las prisiones españolas que sufren un trastorno mental grave. Entre otros problemas de manejo de estas personas, está el tema de la conducta suicida. Para los profesionales de Instituciones

Penitenciarias, el suicidio es una preocupación constante. No solamente supone una demanda de tiempo, trabajo y especialización; sino que además es una responsabilidad más que notable para aquellas personas encargadas de decidir sobre la aplicación del Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS), de su seguimiento y de su ejecución. La toma de decisiones es difícil y cualquier fuente de información fiable sobre factores de riesgo y metodología de evaluación es bienvenida. El suicidio de un interno siempre supone una grave sacudida emocional tanto para el profesional como para la Institución.

El presente trabajo ha analizado factores que anteriormente no se han contemplado en los estudios sobre suicidio en nuestra Institución. Elementos psicológicos como la personalidad normal y patológica, medida mediante instrumentos estandarizados, parecen poder aportar datos relevantes a la hora de valorar el riesgo de suicidio de un interno con un trastorno mental grave. De los datos obtenidos podemos destacar las siguientes conclusiones prácticas:

1. Además de elementos clásicos como la tipología delictiva o la primariedad penitenciaria, hay que tener en cuenta variables individuales de personalidad a la hora de valorar el riesgo de suicidio.
2. La conducta suicida no se asocia únicamente con el malestar emocional o los sentimientos depresivos. En la población forense y penitenciaria las variables de personalidad desinhibida, antisocial y agresiva se relacionan positivamente con la conducta suicida. Por lo tanto es muy importante valorarlas adecuadamente.
3. Algunos instrumentos que parecen ser de utilidad a la hora de realizar estas evaluaciones son:
 - a. El MCMI-III. Las subescalas de personalidad antisocial, agresivo-sádica, y límite se relacionan con el comportamiento suicida en el presente estudio.
 - b. El PCL-R o alguno de sus derivados. En el presente estudio se han obtenido resultados positivos con el PCL:SV. **Las puntuaciones en los aspectos anti-sociales de este instrumento (Factor 2 en el PCL-R, Parte 2 en el PCL:SV) son un indicador de riesgo de conducta suicida.** Esto no se da únicamente en este estudio, sino en distintas publicaciones internacionales.
 - c. La dependencia y abuso de sustancias aparece de forma muy clara como un predictor de conducta suicida.
 - d. Algunos rasgos no patológicos pero que implican falta de control conductual también se han relacionado con el comportamiento suicida. Por lo tanto, una fuente útil de información pueden ser escalas como la escala de impulsividad BIS-11, la Escala de Búsqueda de Sensaciones o la SOC.
 - e. Aunque hay que ser prudente con las conclusiones que se extraen del presente estudio, **los datos obtenidos indican que variables que clásicamente se han contemplado en la prevención del suicidio, como es el haber cometido un delito violento, pueden no relacionarse con la conducta suicida.** Por lo tanto, la aplicación o la no aplicación del PPS no puede basarse únicamente en este tipo de datos.

Además, tal y como se ha visto en la revisión teórica de este trabajo, existen numerosas escalas para la valoración del riesgo de suicidio en internos. Existe la posibilidad de que futuros trabajos intenten adaptar estas escalas a población española, o que se construya una original.

Limitaciones y orientaciones futuras

El presente trabajo tiene una clara limitación en el tamaño de la muestra estudiada. Por una parte resta representatividad de los resultados obtenidos con respecto a la población general de delincuentes con trastornos mentales graves. Por otra parte, disponer de una muestra más pequeña resta potencia estadística a los análisis realizados. De hecho, dado que la conducta suicida es poco frecuente se hace imprescindible el uso de muestras numerosas, junto con técnicas estadísticas que permitan controlar esta baja frecuencia.

Con todo, es destacable que la muestra de mujeres supone un porcentaje importante del total de mujeres sometidas en España a una medida de seguridad privativa de libertad en psiquiátrico penitenciario.

Por otra parte, las muestras empleadas no son homogéneas en su diagnóstico, y algunos trastornos tan relevantes para el suicidio como la depresión están poco representados.

Es deseable que trabajos futuros utilicen muestras más numerosas de delincuentes con trastornos mentales que permitan comparar grupos diagnósticos concretos e identificar factores de riesgos específicos para estos perfiles. Igualmente es deseable que futuros trabajos utilicen una metodología prospectiva, es decir, que se realicen estudios longitudinales que permitan establecer la capacidad predictiva de una variable con respecto a la conducta suicida. Este diseño de investigación es costoso en esfuerzo e implicación, y resulta muy difícil de abordar para investigadores independientes.

También es deseable que trabajos futuros exploren variables psicológicas que no se han contemplado en este trabajo, como las relacionadas con el afrontamiento de situaciones estresantes, que podrían relacionarse intensamente con la conducta autolesiva.

Pese a estas limitaciones, el presente trabajo supone un análisis pionero de la conducta suicida en una población especialmente vulnerable. Los trabajos realizados con población penitenciaria general no tienen por qué ser aplicables totalmente a este grupo. Los resultados obtenidos pueden ser un elemento de ayuda para los esfuerzos de prevención que se realizan en las prisiones españolas.

Referencias

REFERENCIAS

- Anno, B. J. (1985). Patterns of suicide in the Texas department of corrections. 1980-1985. *Journal of Prison and Jail Health*, 5, 82-93.
- Applebay, L. (1992). Suicide in psychiatric patients: Risk and prevention. *British Journal of Psychiatry*, 161, 749-758.
- Barés M.A., Gispert R., Puig X., Freitas A., Ribas G. y Puigdefàbregas A. (2006). Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002). *Gaceta Sanitaria*; 20 (6): 473-480.
- Battle, A. O., Battle, M. V. y Tolley, E. (1993). Potential for suicide and aggression in delinquents at juvenile court in a southern city. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 230-244.
- Baxter, D. y Appleby, L. (1999). Case register study of suicide risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 175, 322-326.
- Bedoya A., Martínez-Carpio P.A., Humet V., Leal M.J. y Lleopart N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*; 11: 37-41.
- Beigel, A. y Russell, H. (1972). Suicide attempts in jails: prognostic considerations. *Hospital and Community Psychiatry*, 23, 361-363.
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F.W. y Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 9-16.
- Blaauw, E., Kerkhof, A.J.F.M., Winkel, F. W. y Sheridan, L. (2001). Identifying suicide risk in penal institutions in the Netherlands. *British Journal of Forensic Practice*, 3, 22-28.

- Black, D.W. (1998). Iowa record-linkage study: Death rates in psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders*, 50, 277-282.
- Black, D.W. y Braun, D. (1998). Antisocial patients: A comparison of those with and without childhood conduct disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 10, 53-57.
- Blonigen, D.M., Hicks, B. M., Krueger, R. F., Patrick, C. J. y Iacono, W. G. (2005). Psychopathic personality traits: heritability and genetic overlap with internalizing and externalizing psychopathology. *Psychological Medicine*, 35, 1-12.
- Bradley, M.M., Codispoti, M., Sabatinelli, D. y Lang, P.J. (2001). Emotion and motivation: Sex differences in picture processing. *Emotion*, 1, 300-319.
- Brekke, J.S., Prindle, C., Bae, S.W. y Long, J.D. (2001). Risk for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services*, 52, 1358-1366.
- Brown, G.K., Beck, A. T., Steer, R. A. y Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377.
- Burkstein, O.G., Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., Roth, C. y Balach, L. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88, 403-408.
- Busch, K. A., Fawcett, J., y Jacobs, D. G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 14-19.
- Carver, C.S. y White, T.L. (1994). Behavior inhibition, behavior activation, and affective responses to impeding reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 319-333.
- Caspi, A. (2000). The child is father of the man: Personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 78, No. 1, 158-172.
- Cheng A.T., Mann A.H. y Chan K.A. (1997). Personality disorder and suicide. A case-control study. *British Journal of Psychiatry*; 170: 441-446.
- Claasen, C.A., Carmody, T., Bossarte, R., Madhukar, T.H., Elliot, S. y Currier, G.W. (2008). Do geographic regions with higher suicide rates also have higher rates of nonfatal intentional self-harm? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (6), 637-649.
- Cleckley, H. (1976). *The mask of insanity*. St Louis, MO: Mosby.
- Cole, D. A. (1988). Hopelessness, social desirability, depression, and parasuicide in two college samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 131-136.

- Cox, B. y Skegg, K. (1993). Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 69-72.
- Daffern, M. y Howells, K. (2007). The prediction of imminent aggression and self-harm in personality disordered patients of a high security hospital using the HCR-20 Clinical Scale and the Dynamic Appraisal of Situational Aggression. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 137-143.
- Dahle, K.P. y Steller, M. (1990). Coping im Strafvollzug: Eine Untersuchung zu Haftfolgen bei Jugendlichen. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 37, 31-51.
- Dahle, K.P., Lohner, J.C. y Konrad, N. (2005). Suicide prevention in penal institutions: validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *International Journal of Forensic Mental Health*, 4(1), 53-62.
- Daigle, M. (2004). MMPI inmate profiles: suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 833-842.
- Daigle, M.S. (2007). Mental health and suicide prevention services for Canadian prisoners. *International Journal of Prisoner Health*, 3(2): 163-171.
- Daigle, M.S., Labelle, R. y Côté, G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 343-354.
- Danto, B.L. (1973). *Jail house blues: A study of suicidal behavior in jail and prison*. Orchard Lake, MI: Epic.
- Dear, G.E., Thomson, D.M., Hall, G.J. y Howells, K. (1998). Self-inflicted injury and coping behaviors in prison. En J. Kosky, H.S. Eshkevari, R. Hassa, y R. Goldney (Eds), *Suicide prevention: The global context* (pp. 189-199). New York: Plenum Press.
- Dear, G.E., Slattery, J.L. y Hillan, R.J. (2001). Evaluations of the quality of coping reported by prisoners who have self-harmed and those who have not. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 442-450.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2005). Instrucción 14/2005. Programa Marco de Prevención de Suicidios. Ministerio del Interior.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2007). Estrategia global de actuación en Salud Mental. Madrid. Documento no publicado.
- Douglas, K., Herbozo, S., Poythress, N.G., Belfrage, H. y Edens, J.F. (2006). Psychopathy and suicide: a multisample investigation. *Psychological Services*, 3(2), 97-116.
- Douglas, K., Lilienfeld, S.O., Skeem, J.L., Poythress, N.G., Edens, J.F. y Patrick, C.J. (2008). Relation of antisocial and psychopathic traits to suicide-related behaviour among offenders. *Law and Human Behavior*, 32, 511-525.

- Duberstein, P.R. y Conwell, Y. (1997). Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review. *Clinical psychology: science and practice*, 4, 259-376.
- Earle, K.A., Forquer, S.L., Volo, A.M. y McDonnel, P. (1994). Characteristics of outpatients suicides. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 123-126.
- Esposito, C. y Clum, G. (2002). Social support and problem-solving as moderators of the relationship between childhood abuse and suicidality: applications to a delinquent population. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 137-146.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A. y Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, nov. 4, (1-11).
- Felthous, A. R. (1997). Does “isolation” cause jail suicides? *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 25, 285-294.
- Felber, W. (1992). *Dissoziales Verhalten bei Suizienten und Parasuizidenten*. En T. Payk (Ed.), *Dissozialität* (pp.51-63). Stuttgart: Schattauer: Psychiatrische und forensische Aspekte.
- Fox, S., De Koning, E. y Leicht, S. (2003). The relationship between attribution of blame form a violent act and EPQ-R sub-Scales in male offender with mental disorder. *Personality and Individual Differences*, Vol. 34, 1465-1475.
- Frances, A. J., Fyer, M. R. y Clarkin, J. (1986). Personality and suicide. En J.J. Mann y M. Stanley (Eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences: Vol. 487. Psychobiology of suicidal behavior* (pp.281-293). New York: New York Academy of Sciences.
- Franke, P., Neef, D., Weiffenbach, O., Gänsicke, M., Hautzinger, M. y Maier, W. (2003). Psychiatrische Komorbidität in Risikogruppen für Opiatabhängigkeit: eine Untersuchung an Opiatabhängigen und Nichtopiatabhängigen BtmG-Inhaftierten. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 71, 37-44.
- Friedman S., Jones J.C., Chernen L. y Barlow, D.H. (1992). Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: a survey of two out-patient clinics. *American Journal of Psychiatry*; 149 (5): 680-685.
- Frottier, P., König, F., Matschnig, T., Seyringer, M. E. y Fruehwald, S. (2008). Das Wiener Instrument für Suizidgefahr in Haft (VISCI). *Psychiatrische Praxis*, 35, 21-27.
- Frottier, P., Koenig, F. Seyringer, M., Matschnig, T. y Fruehwald, S. (2009). The distillation of “VISCI”: towards a better identification of suicidal inmates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39 (4), 376-385.
- Fruehwald, S., Frottier, P., Matsching, T. y Eher, R. (2003). The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides. *European Psychiatry*, 18, 161-165.

- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S. y Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(1), 69-77.
- Gabilondo A., Alonso J., Pinto-Meza A., Vilagut G., Fernández A., Serrano-Blanco A., Almansa J., Codony M. y Haro J.M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*; 129 (13): 494-500.
- Garstein, M. A. y Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behaviour and Development*, 26, 64-86.
- Garvey, M. y Spoden, F. (1980). Suicide attempts in antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 21, 146-149.
- Ghosh T.B. y Victor B.S. (1996). Suicidio. En: *Tratado de Psiquiatría*. Editores: Hales R.E., Yudofsky S.C. y Talbott J.A. Barcelona: Ancora. American Psychiatric Press: 1313-1335.
- Goldsmith, S.J., Fyer, M.R. y Frances, A.J. (1990). Personality and suicide. En S.J. Blumenthal y D.J. Kupfer (Eds.). *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (pp.155-176). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Goodwin, F.K. y Jamison, K. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Gray, N., Hill, C., McGleish, A., Timmons, D., MacCulloch, M. y Snowden, R. (2003). Prediction of violence and self-harm in mentally disordered offenders: a prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R, and psychiatric symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 443-451.
- Gretton, H.M. (1998). *Psychopathy and recidivism in adolescence: A ten-year retrospective follow-up*. Unpublished doctoral dissertation. University of British Columbia, Vancouver.
- Griffiths, A. (1990). Correlates of suicidal history in male prisoners. *Medicine Science and the Law*, 30, 217-218.
- Gunnell D., Bennewith O., Peters T., House A. y Hawton K. (2004). The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *Journal of Public Health*; 25: 1-7.
- Gutiérrez-García A., Contreras C.M. y Orozco-Rodríguez R.C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, vol. 29 (5), septiembre-octubre.
- Haines, J., Williams, C. y Brain, K. (1995). The psychopathology of incarcerated self-mutilators. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(9), 514-522.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist Revised, 2nd Edition*. Toronto: Multihealth Systems.

- Hart, S., Cox, D. y Hare, R.D. (1995). *Manual for the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Haw C., Hawton K., Houston K. y Townsend E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm. *British Journal of Psychiatry*; 178: 48-54.
- Haw C., Hawton K. y Casey D. (2006). Deliberate self-harm patients of no fixed abode. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 41: 918-925.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behavior. *The British Journal of Psychiatry*, 177: 484-485.
- Hawton K., Houston K., Haw C., Townsend E. y Harriss L. (2003). Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders in Patients Who Attempted Suicide. *American Journal of Psychiatry*; 160: 1494-1500.
- Hawton K., Zahl D. y Weatherall R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*; 182: 537-542.
- Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J. y Deeks J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*; 187: 9-20.
- Hawton K., Casey D., Bale E., Shepherd A., Bergen H. y Simkin S. (2006). *Deliberate Self-Harm in Oxford*. Centre for Suicide Research. Department of Psychiatry, University of Oxford.
- Hawton K. y Harriss L. (2007). Deliberate Self-Harm in Young People: Characteristics and Subsequent Mortality in a 20-Year Cohort of Patients Presenting to Hospital. *Journal of Clinic Psychiatry*; 68: 1574-1583.
- Haycock, J. (1989). Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatric Quarterly*, 60, 85-98.
- Hayes, L.M. (1995). *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. Washington DC: US Justice Department, National Institute of Corrections.
- Hayes, L. (2006). Suicide prevention on correctional facilities: an overview. En M. Puisis, *Clinical practice in correctional medicine*. Philadelphia (PA). Mosby-Elsevier, 317-328.
- Hayes, L.M. y Rowan, J.R. (1988). *National study of jail suicides: Seven years later*. Alexandria, VA: National Centre for Institutions and Alternatives.
- He, X., Felthous, A. R., Holzer, C. E., Nathan, P. y Veasey, S. (2001). Factors in prison suicide: one-year study in Texas. *Journal of Forensic Sciences*, 46, 896-901.
- Heila, H. y Lohnqvist, J. (2003). The clinical epidemiology of suicide in schizophrenia. En R.M. Murray (Eds.), *The epidemiology of schizophrenia* (pp.288-316). New York: Cambridge University Press.

- Herrero, O., Escorial, S. y Colom, R. (2009). Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco: Manual. Madrid: TEA.
- Hicks, B. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., McGue, M. y Patrick, C. J. (2004). Family transmission and heritability of externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry*, vol. 61, 922-928.
- Hillbrand, M. (2001). Homicide-suicide and other forms of co-occurring aggression against self and against others. *Professional Psychology: Research & Practice*, 32, 626-635.
- Hillbrand, M., Foster, H. G. y Hirt, M. (1988). Variables associated with violence in a forensic population. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 371-380.
- Hilterman, E. y Pueyo, A. (2005). HCR-20. *Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. Barcelona: UB.
- Hiroeh U., Appleby L., Mortensen P.B. y Dunn G. (2001). Death by homicide, suicide, and another unnatural causes in people with mental illness: a populations-based study. *The Lancet*, 358: 2110-2112.
- Holley, H. L., Arboleda-Flórez, J. y Love, E. (1995). Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 39 (3): 190-209.
- Jacobs, D. (1992). Evaluating and treating suicidal behavior in the borderline patient. En *Suicide and Clinical Practice*. Washington DC. American Psychiatric Press; 115-130.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Farrell, M., Lewis, G. y Paton, J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological medicine*, 35, 257-269.
- Keenan, K. y Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls early problem behaviour. *Psychological Bulletin*, 121, 95-113.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S. y Nelson, C. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kirchner, T. y Mohino, S. (2003). Estrategias de coping y conducta autolesiva en jóvenes reclusos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30, 77-85.
- Kirchner, T., Fonts, M. y Mohíno, S. (2008). Identifying the risk of deliberate self-harm among young prisoners by means of coping typologies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (4).
- Korn, M. L., Botsis, A. J. y Kotler, M. (1992). The suicide and aggression survey: a semistructured instrument for the measurement of suicidality and aggression. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 359-365.

- Korn, M. L., Plutchik, R. y Van Praag, H. M. (1997). Panic-associated suicidal and aggressive ideation and behavior. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 481-487.
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., Silva, P. A. y McGee, R. (1996). Personality traits are differentially linked to mental disorders: A multitrait-Multidiagnosis study of an adolescent birth cohort. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 105, No. 3, 299-312.
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E. y Silva, P. A (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 107, No. 2, 216-227.
- Krueger, R. F. (1999). Personality traits in late adolescence predict mental disorders in early adulthood: A prospective-epidemiological study. *Journal of Personality*, 67:1, 39-65.
- Krueger, R. F. (2000). Phenotypic, genetic, and nonshared environmental parallels in the structure of personality: A view from the Multidimensional Personality Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 79, No. 6. 1057-1067.
- Krueger, R. F., Caspi, A. y Moffitt, T. E. (2000). Epidemiological personology: The unifying role of personality in population-based research on problem behaviors. *Journal of Personality*, 68:6, 967-998.
- Krueger, R. F., McGue, M. y Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, 30, 1245-1259.
- Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J. y Carlson, S. R. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 111, No. 3, 411-424.
- Lecrubier Y. y Ustun T.B. (1998). Panic and depression: a worldwide primary care perspective. *International Clinical Psychopharmacology*; 13 suppl. 4: 7-11.
- Lekka, N. P., Argyriou, A. A. y Beratis, S. (2006). Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 256, 87-92.
- Lester, D. (1987). Suicide and homicide: Are they polar opposites? *Behavioral Sciences and the law*, 5, 49-60.
- Lester, D. (1998). Adolescent suicide risk today: a paradox. *Journal of Adolescence*, 21, 499-503.
- Lexcen, F. y Redding, R. (2000). Mental health needs of juvenile offenders. *Juvenile Justice Fact Sheet*. Disponible on line en: http://www.ilppp.virginia.edu/Publications_and_Reports/MHNeedsJuvOff.html.
- Liebling, A. (1992). *Suicides in prison*. London: Routledge.

- Liebling, A. (1995). Vulnerability and prison suicide. *The British Journal of Criminology*, 35, 173-185.
- Liebling, A. (2006). The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. En: Dear GE. *Preventing suicide and other self-harm in prison*. Basingstoke (UK): Palgrave-Macmillan, 16-28.
- Links, P. S., Gould, B. y Ratnayake, R. (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline or narcissistic personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 301-310.
- Lohner, J. y Konrad, N. (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 370-385.
- Lohner, J. y Konrad, N. (2007). Risk factors for self-injurious behaviour in custody: problems of definition and prediction. *International Journal of Prisoner Health*, 3 (2), 135-161.
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. NJ: Lawrence.
- Maden, A., Chamberlain, S. y Gunn, J. (2000). Deliberate self-harm in sentenced male prisoners in England and Wales: some ethnic factors. *Criminal Behavior and Mental Health*, 10, 199-204.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., Bouchard, T. J. y Gottesman, I. I. (2002). Normal and abnormal personality traits: Evidence for generic and environmental relationships in the Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Journal of Personality*, 70:5, 661-693.
- McAuliffe C., Corcoran P., Keeley H., Arensman E., Bille-Brahe U., De Leo D., Fekete S., Hawton K., Hjelmeland H., Kelleher M., Kerkhof A., Lönnqvist J., Michel K., Salander-Renberg E., Schmidtke A., Van Heeringen K. y Wassman D. (2005). Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: a multicentre study. *Psychological Medicine*; 36: 45-55.
- McKee, G. R. (1998). Lethal versus nonlethal suicide attempts in jail. *Psychological Reports*, 82, 611-614.
- McKenzie, N. y Keane, M. (2007). Contribution of imitative suicide to the suicide rate in prisons. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 37(5), 538-542.
- Metzner, J. L. (2002). Class action litigation in correctional psychiatry. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 30, 19-29.
- Milnes D., Owens D. y Blenkiron P. (2002). Problems reported by self-harm patients: Perception, hopelessness and suicidal intent. *Journal of Psychosomatic Research*; 53: 819-822.
- Millon, T. (2007). *MCMI-III: Manual*. Madrid: TEA.
- Morgan, J. y Hawton, K. (2004). Self-reported suicidal behavior in juvenile offenders in custody: Prevalence and associated factors. *Crisis*, 25(1), 8-11.

- Nicholls, T. L., Lee, Z., Corrado, R. R. y Ogloff, R. P. (2004). Women inmates' mental health needs: evidence of the validity of the Jail Screening Assessment Tool (JSAT). *International Journal of Forensic Mental Health*, 3(2), 167-184.
- Nicholls, T. L., Brink, J., Desmarais, S. L., Webster, C. D. y Martin, M. (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). A prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13 (3): 313-327.
- Nicholls, T. L., Roesch, R., Olley, M. C., Ogloff, J. R. P. y Hemphill, J. F. (2005). Jail Screening Assessment Tool (JSAT): *Guidelines for mental health screening in jails*. Mental Health, Law, and Policy Institute Simon Fraser University.
- Nieves, M. P. y Martín, M. (1991). *El suicidio. Perfil del interno suicida. Su prevención*. Escuela de Estudios Penitenciarios. Ministerio de Justicia. Madrid.
- Nijman, H.L.I. y à Campo, J.M.L.J. (2002). Situational determinants of inpatient self-harm. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 32, 167-175.
- Niméus A., Alsén M. y Träskman-Bendz L. (2001). La escala de evaluación del suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *European Psychiatry*. Edición Española; 8: 54-62.
- Novaco, R. W. y Renwick, S. J. (1998). Anger predictions of the assaultiveness of forensic hospital patients. En E. Sanavio (Ed.). *Behavior and cognitive therapy today. Essays in honor of Hans J. Eysenck* (pp.199-208). Oxford, UK: Elsevier Science.
- Organización Mundial de la Salud y IASP (International association for suicide prevention) (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*.
- Organización Mundial de la Salud (1999). *Figures and facts about suicide*. Geneva.
- Organización Mundial de la Salud (2000a). Preventing suicide: A resource for prison officers. Accedido el 2 de febrero de 2010: http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2000b). *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra.
- Organización mundial de la salud (2000c). *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales*. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra.
- Patrick, C.J., Zempolich, K.A. y Levenston, G.K. (1997). Emotionality and violent behavior in psychopaths: a biosocial analysis. En A. Raine, D. Farrington, P. Brennan y S.A. Mednick (Eds.). *The biosocial bases of violence* (pp.145-161). New York: Plenum.
- Pérez-Cárceles, M., Íñigo, C., Luna, A. y Osuna, E. (2001). Mortality in maximum security psychiatric hospital patients. *Forensic Science International*, 119k, 279-283.

- Plutchik, R. (1995). Outward and inward directed aggressiveness: the interaction between violence and suicidality. *Pharmacopsychiatry*, 28, 799-813.
- Polvi, N. H. (1997). Assessing risk of suicide in correctional settings. En C. D. Webster y M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: New directions in research and clinical practice* (pp. 278-301). New York: Guildford.
- Pompili M., Mancinelli I., Girardi P., Ruberto A. y Tatarelli R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36 (1): 99-103.
- Porter, S. y Woodworth, M. (2006). Psychopathy and aggression. En C.J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 481-494). New York: Guilford Press.
- Post R.M. (2005). The impact of bipolar depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (5): 5-10.
- Poytress, N.G. y Skeem, J.L. (2006). Disaggregating Psychopathy. En C.J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 172-192). New York: Guilford Press.
- Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R. y Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *The Lancet*, 368, 119-123.
- Ramsay, L., Gray, C. y White, T. (2001). A review of suicide within the State Hospital, Carstairs 1972-1996. *Medical Science and the Law*, 41, 97-101.
- Rieger, W. (1971). Suicide attempts in a federal prison. *Archives of General Psychiatry*, 24, 532-535.
- Roberts, B. W., Caspi, A. C. y Moffitt, T. E. (2001). The kids are alright: Growth and stability in personality development from adolescence to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 81, No. 4, 670-683.
- Roca M. y Bernardo M. (1996). Depresión y enfermedad médica. En *Trastornos Depresivos en Patologías Médicas*, pp 1-13. Barcelona: Masson.
- Rohde, P., Seeley, J. R. y Mace, D. E. (1997). Correlates of suicidal behavior in a juvenile detention population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 164-175.
- Romero J.L., Gamero J.J. y Martínez P. (2007). Aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la provincia de Cádiz (1999-2003). *Cuadernos de Medicina Forense*; 13 (47): 33-44.
- Roy, A. y Linnoila, M. (1986). Alcoholism and suicide. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 16, 244-273.
- Ruuska J., Kaltiala-Heino R., Rantanen P. y Koivisto A.M. (2005). Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*; 14 (5): 276-281.

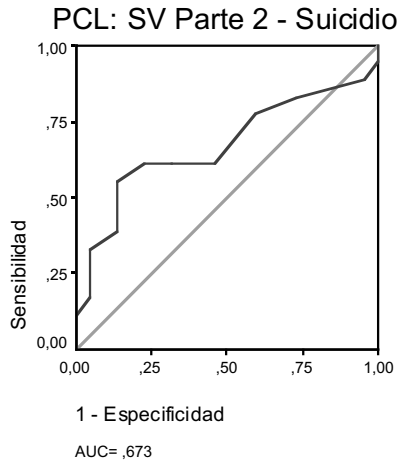
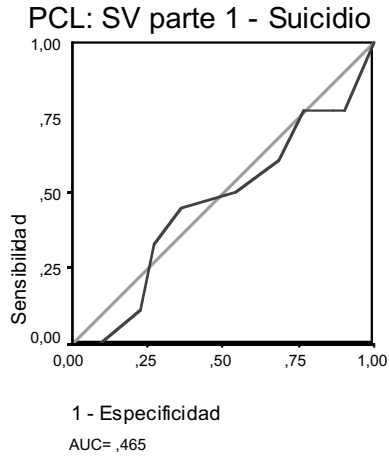
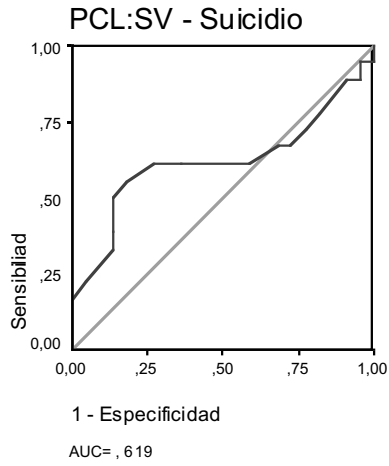
- Sánchez C. (2001). Prevención de la conducta suicida. *Suicidios consumados y tentativas. Análisis de datos 1999*. En Estudios e investigaciones de la Central Penitenciaria de Observación. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.
- Sánchez, C. (2003). *El suicidio en la Institución Penitenciaria*. En Estudios e investigaciones de la Central Penitenciaria de Observación. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2009). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias, año 2008*. Ministerio del Interior.
- Sendula-Jengic, V., Boskovic, G., Dodig, G. y Weiner-Crnja, M. (2004). Some aspects of self-destructive behavior in forensic psychiatric inpatients. *Psychiatria Danubina*, 16(1-2), 29-39.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janabs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. y Dunbar, G. (1998). The MINI international neuropsychiatric interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-23.
- Sherman, L. G. y Morschauser, P. C. (1989). Screening for suicide risk in inmates. *Psychiatric Quarterly*, 60, 119-138.
- Shiner, R. L., Masten, A. S. y Tellegen, A. (2002). A developmental perspective on personality in emerging adulthood: Childhood antecedents and concurrent adaptation. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 83, No. 5, 1165-1177.
- Sloane, B. (1973). Suicide attempts in the District of Columbia prison system. *Omega: Journal of Death and Dying*, 4, 37-50.
- Snow, L., Paton, J., Oram, C. y Teers, R. (2002). Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 4(4): 3-17.
- Stålenheim, E. (2001). Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population. *European Psychiatry*, 16(7), 386-394.
- Swogger, M. T., Conner, K. R., Meldrum, S. C. y Caine, E. D. (2009). Dimensions of psychopathy in relation to suicidal and self-injurious behaviour. *Journal of Personality Disorders*, 23 (2), 201-210.
- Takahashi, Y. (1993). Depression and suicide. En Kariya, T. y Nakagawara, M. (Eds.), *Affective disorders: Perspectives on basic research and clinical practice* (pp.85-98). Philadelphia: Bruner/Mazel.
- Vera E.J., Planelles M.V. y García J. (2005). Tendencia de la tasa de mortalidad en una prisión española (1994-2004). *Revista Española de Salud Pública*; 79 (6): 673-682.

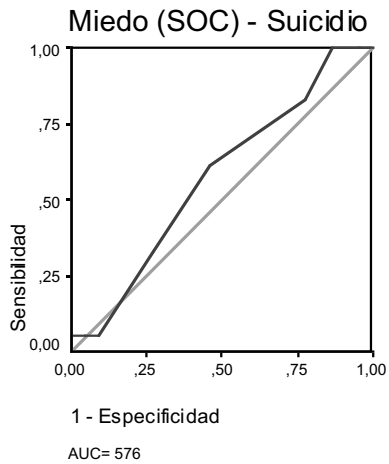
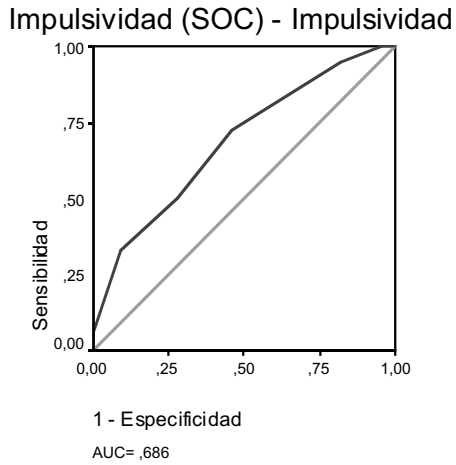
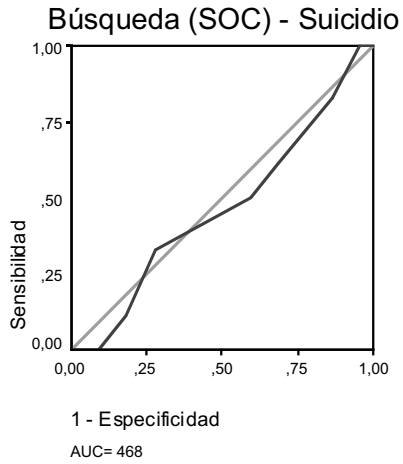
- Verona, E. y Patrick, C.J. (2000). Suicide risk in externalizing syndromes: Temperamental and neurobiological underpinnings. En T.E. Joiner y D. Rudd (Eds.), *Suicide science: expanding the boundaries*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Verona, E., Hicks, B. M. y Patrick, C. J. (2005). Psychopathy and suicidality in female offenders: mediating influences of personality and abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (6), 1065-1073.
- Verona, E., Patrick, C. y Joiner, T. (2001). Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 462-470.
- Verona, E., Patrick, C. y Lang, A.R. (2001). A direct assessment of the role of state and trait negative emotion in aggressive behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 111, No. 2, 249-258.
- Verona, E., Sachs-Ericsson, N. y Joiner, T. (2004). Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *American Journal of Psychiatry*, 161 (3), 444-451.
- Verona, E. y Vitale, J. (2006). Psychopathy in women: assessment, manifestations and etiology. En Patrick, C. J. (Ed) *Handbook of Psychopathy* (pp 415-436). NY: Guilford.
- Virkkunen, M. (1979). Alcoholism and antisocial personality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59, 493-501.
- Warm, A., Murray, C. y Fox, J. (2003). Why do people self-harm? *Psychology, Health and Medicine*, 8, 71-79.
- Wasserman, G. A. y McReynolds, L. S. (2006). Suicide risk at juvenile justice intake. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (2), 239-249.
- Way, B.B., Miraglia, R., Sawyer, D.A., Beer, R. y Eddy, J. (2005). Factor related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 207-221.
- Webster, C.D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L. y Middleton, C. (2004). *Manual for the Short Term Assessment of Risk and Treatability (START). Version 1.0, Consultation edition*. St. Joseph's Healthcare Hamilton, Ontario, Canada, and Forensic Psychiatric Services Commission, Port Coquitlam, British Columbia, Canada.
- Wichmann, C., Serin, R. y Motiuk, L. (2000). *Predicting suicide attempts among male offenders in Federal penitentiaries*. Ottawa (Canada): Correctional Service of Canada.
- Wool, R. y Dooley, E. (1987). A study of attempted suicides in prison. *Medicine Science and the Law*, 27(4), 297-301.
- Zahl, D. y Hawton K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *British Journal of Psychiatry*; 185: 70-75.

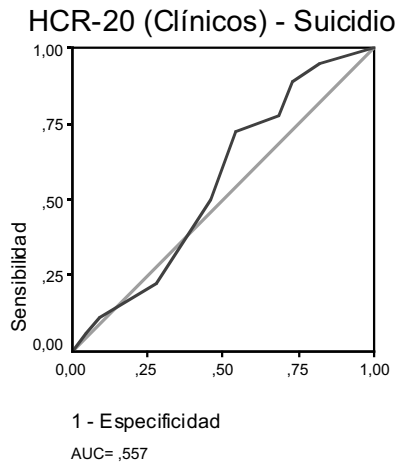
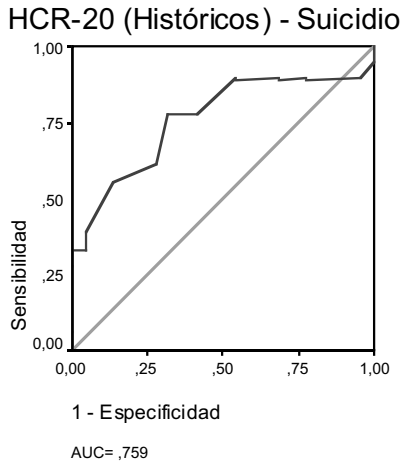
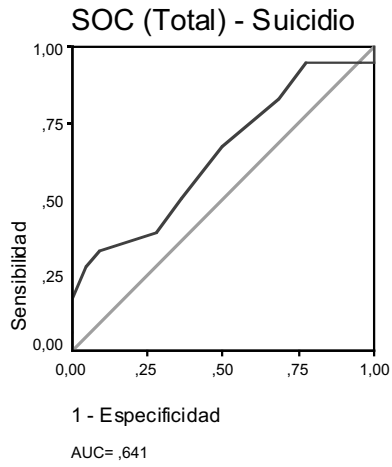
- Zamble, E. y Porporino, F. (1990). Coping, imprisonment and rehabilitation: Some data and their implications. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 53-70.
- Zapf, P. (2006). *Suicide assessment manual for inmates*. Burnaby. The Mental Health, Law, and Policy Institute Simon Fraser University.

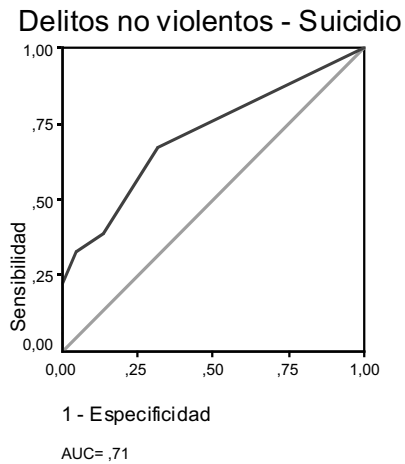
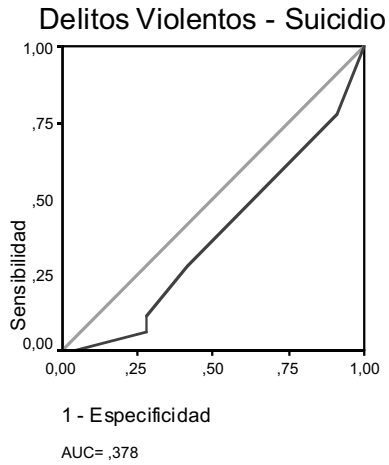
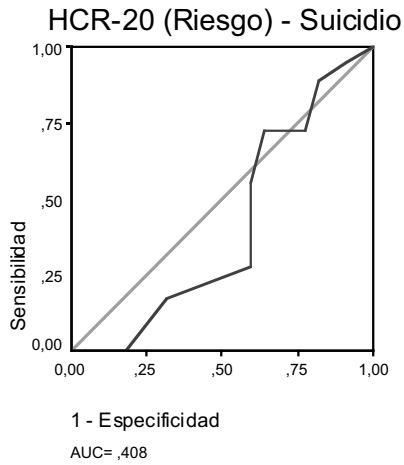
Anexo I

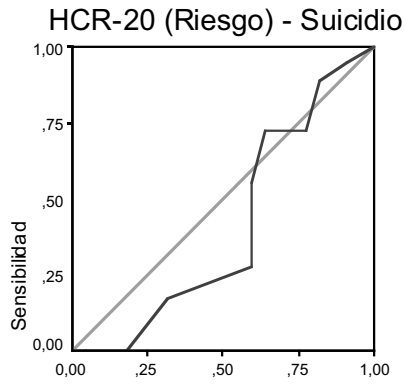
Curvas ROC





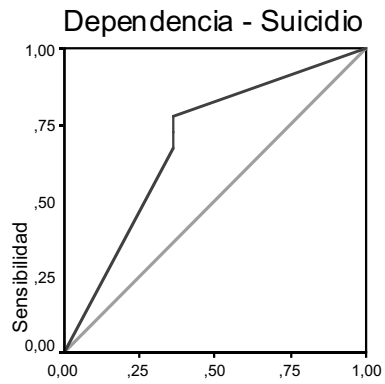






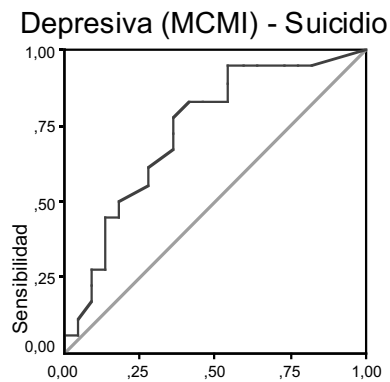
1 - Especificidad

AUC= ,408



1 - Especificidad

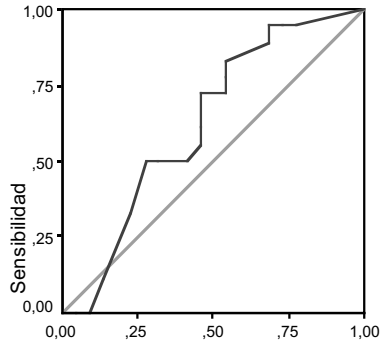
AUC= ,687



1 - Especificidad

AUC= ,732

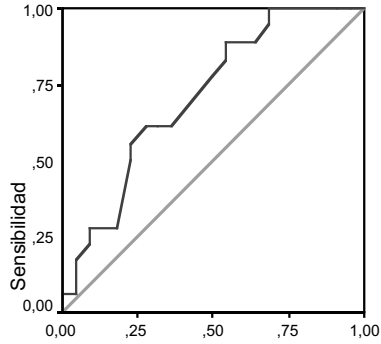
Esquizotípica (MCMI) - Suicidio



1 - Especificidad

AUC= ,624

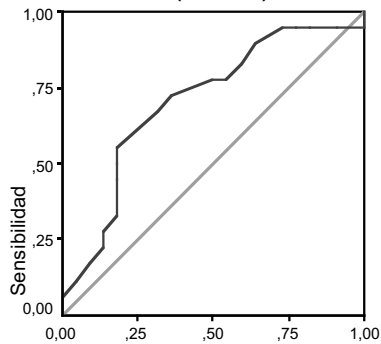
Antisocial (MCMI) - Suicidio



1 - Especificidad

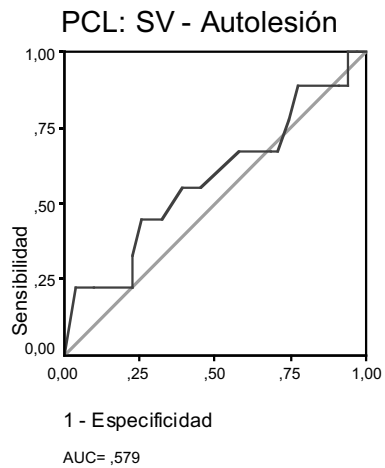
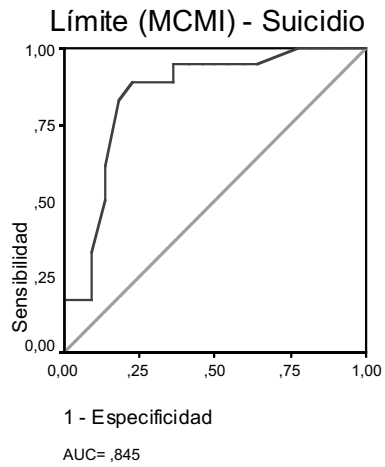
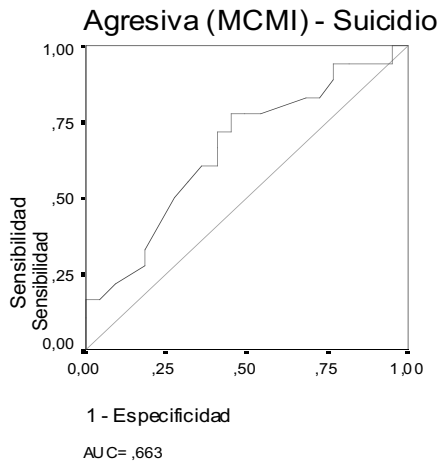
AUC= ,708

Paranoide (MCMI) - Suicidio

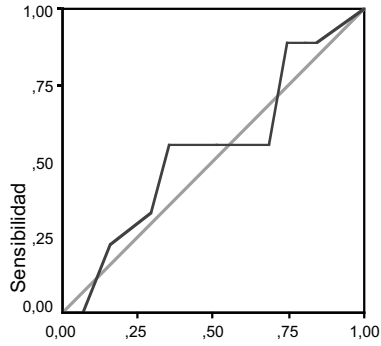


1 - Especificidad

AUC= ,702



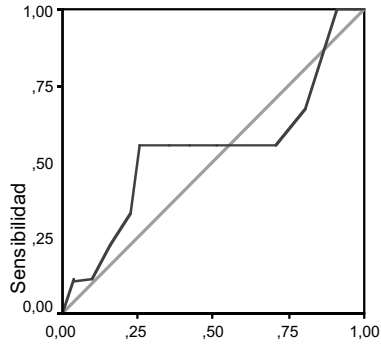
PCL:SV (Parte 1) - Autolesión



1 - Especificidad

AUC= ,539

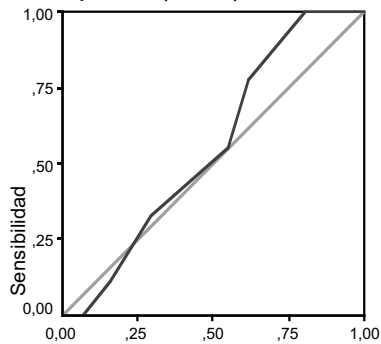
PCL: SV (Parte 2) - Autolesión



1 - Especificidad

AUC= ,539

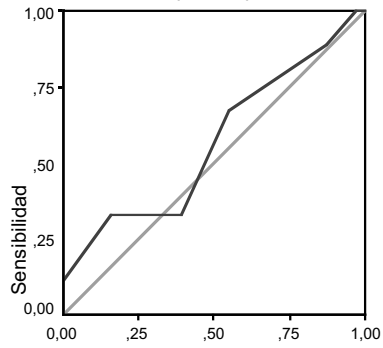
Búsqueda (SOC) - Autolesión



1 - Especificidad

AUC= ,557

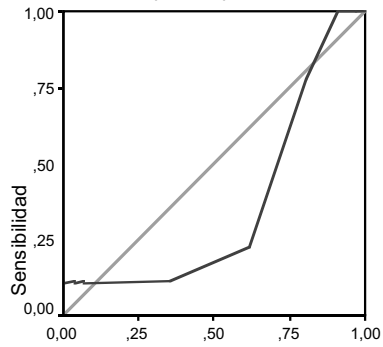
Impulsividad (SOC) - Autolesión



1 - Especificidad

AUC= ,566

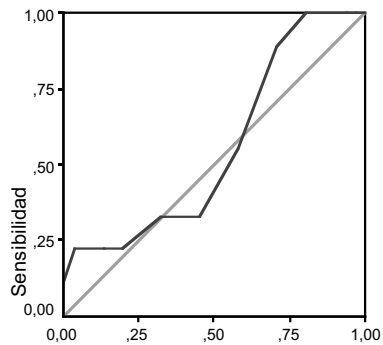
Miedo (SOC) - Autolesión



1 - Especificidad

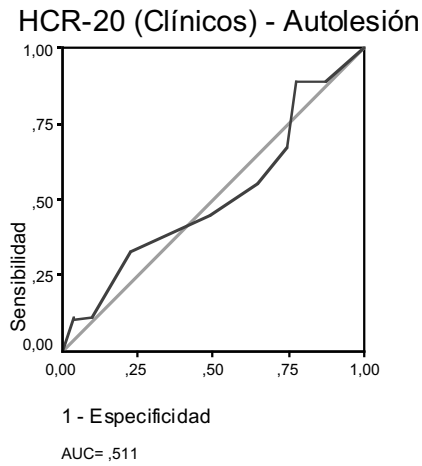
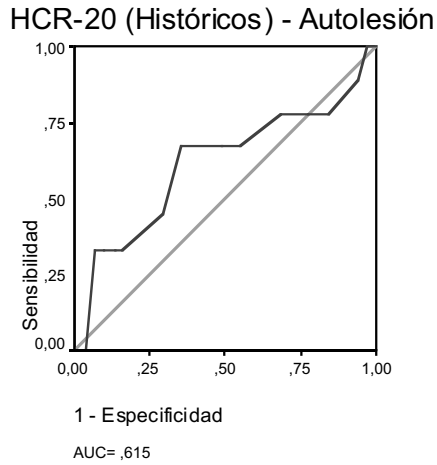
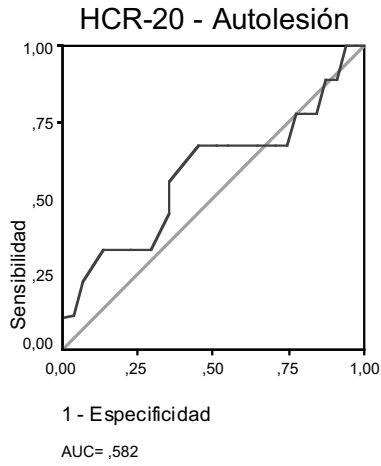
AUC= ,362

Total SOC - Autolesión

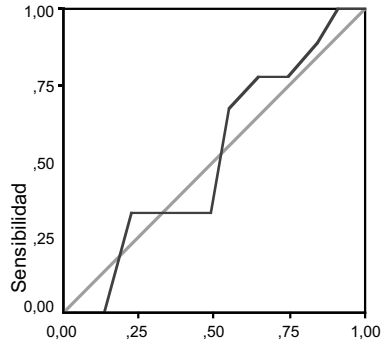


1 - Especificidad

AUC= ,556



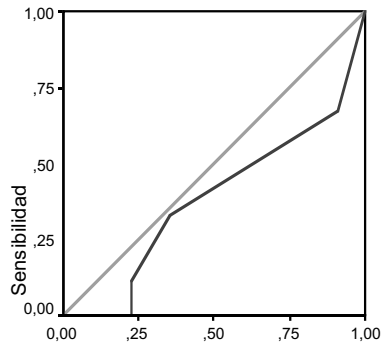
HCR-20 (Riesgo) - Autolesión



1 - Especificidad

AUC= ,518

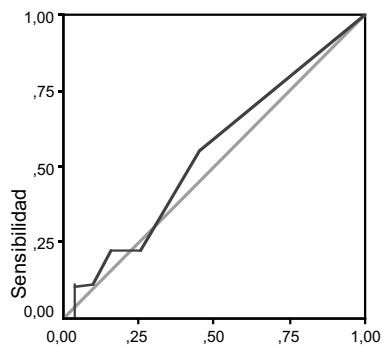
Delitos violentos - Autolesión



1 - Especificidad

AUC= ,384

Delitos no violentos - Autolesión



1 - Especificidad

AUC= ,541

