

## **ANÁLISIS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN UN PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO**

**Jesús Herranz Bellido  
Raquel Martín Escudero  
Alfredo Garrido Martínez  
Juan Luis Núñez Machado**

Departamento de Psicología del Psiquiátrico Penitenciario de Alicante  
D.G. I. P (M. de Justicia)

### **RESUMEN**

*En este estudio se analizan los 15 suicidios habidos en el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, desde 1984, fecha de su apertura, hasta 1990, a fin de detectar los factores de riesgo y perfilar posibles medidas preventivas y/o terapéuticas.*

*Aparecen como factores claros de riesgo:*

*El diagnóstico de esquizofrenia paranoide y los antecedentes de internamiento psiquiátrico, una privación de libertad de duración indeterminada fundamentalmente en su período inicial, la estancia en soledad, la ausencia de relaciones con el exterior, los intentos anteriores y el ser menor de 40 años.*

*Asimismo se advierte un predominio absoluto del ahorcamiento como método y la presencia, habitualmente, de un factor desencadenante del acto suicida.*

*Se proponen medidas de intervención dirigidas a disminuir el riesgo.*

**Palabras Clave:** *Suicidio, indeterminación penal-procesal, psiquiátrico penitenciario, esquizofrenia paranoide.*

## SUMMARY

*In this study the fifteen suicides committed in the Psychiatric Penitentiary Sanatorium in Alicante since its opening in 1984 up to Feb. 1990 are analyzed so as to detect the governing risk factors and to perfilete the possible preventive and/or therapeutic measures.*

*Appearing to be high risk factors: paranoid schizophrenia, and anterior psychiatric interment, the privacy of liberty for an undetermined duration fundamentaly in its initial period, being alone, the absence of exterior contact, the anterior attempts and being under the age of forty.*

*Likewise we can observe the absolute predominance of hanging as the method used, the presence of an unchaining factor in suicide.*

*Intervention measures aimed at reducing the risk are proposed.*

**Key Words:** *Suicide, undetermined penal-process, psychiatric penitentiary, paranoid schizophrenia.*

## INTRODUCCION

El suicidio se ha convertido en uno de los problemas más graves que afecta a la mayoría de las poblaciones, pero es todavía más preocupante en los enfermos psiquiátricos, en los que la incidencia del mismo es comparativamente más alta que en la población en general, y mayor aún en los centros penitenciarios.

En un estudio de Ganoza García (1983) ya se hace referencia a la publicación de numerosos trabajos que confirman esta observación, tales como los de A. Temoche y cols.; que en su investigación con enfermos crónicos hallaron una frecuencia de suicidio 3'7 veces mayor en los hombres, elevándose para las mujeres hasta 8'5 veces más que en la población general. P. James y S. Levin, encontraron que en los hombres era 4 veces mayor, mientras que en las mujeres fue de 9 veces más alta que en la población general. S. Levy y Southcombe consideran que es unas 28 veces mayor. Pokorny observó, en los enfermos psiquiátricos una tasa 7 veces mayor que el porcentaje esperado en relación con la población general. En los hospitales psiquiátricos se ha comprobado que la mortalidad originada por el suicidio se ha incrementado particularmente desde 1963, tal y como queda demostrado por L. Fegersteng-Saugstad y O. Odegard.

En el Centro Psiquiátrico Penitenciario de Alicante la cifra se puede considerar importante, 15 suicidios, desde su apertura en 1984 (el primero de ellos fue en agosto de este mismo año) hasta 1990 (el último de los cuales ha sido en enero del presente año).

## **Características del Centro Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.**

Este Centro se pone en funcionamiento en enero de 1984, con el objeto de dar respuesta a la creciente demanda de atención a enfermos mentales de IIPP.

Como Centro Asistencial de carácter psiquiátrico de la red penitenciaria junto con el Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, recibe para tratamiento , enfermos mentales sujetos a diversas situaciones procesales y penales: preventivos, penados en 1º, 2º y 3º grado de tratamiento e internados judiciales, teniendo en cuenta que su enfermedad existía bien con anterioridad a su actividad delictiva, pudiendo ser incluso uno de los factores desencadenantes, o bien desarrollándose dicha enfermedad durante su estancia en un centro penitenciario ordinario. (1)

### **Población.**

En la actualidad la población del Psiquiátrico Penitenciario de Alicante es de 211 enfermos y 27 no enfermos, denominados destinos auxiliares, permaneciendo estable esta población desde 1987 hasta la actualidad, excluyendo mínimas variaciones.

El nº actual distribuido por situación penal es:

- Preventivos: 55
- Penados: 78
- Penados-internados :12
- Internados judiciales : 66

Esta población está distribuida en tres departamentos o módulos de iguales características, un departamento de ingresos, otro para cuadros agudos y una enfermería. Las celdas son individuales, pero en cada uno de los módulos además existe una celda múltiple para aquellos que están en situación de riesgo de suicidio a fin de que haya un mayor control y vigilancia.

### **Características de los enfermos**

Con frecuencia recibimos para tratamiento enfermos con trastornos crónicos y de larga duración, con mal pronóstico, alta peligrosidad, deficitarios en el área tanto cognitiva como afectiva y conductual, al igual que déficits generales de autonomía.

Las características clínicas de los enfermos y la propia condición de establecimiento penitenciario, que lleva implícita una privación de libertad y limitación de los contactos sociales, hacen que seamos sensibles a los múltiples problemas que estas dos situaciones desencadenan y especialmente al riesgo de suicidio.

## OBJETIVO

El objetivo del presente estudio se centra en el análisis de suicidios producidos en este centro desde su apertura hasta la actualidad, a fin de tratar de detectar aspectos que pudieran resultar esclarecedores en relación con las causas, motivaciones y factores incidentes o desencadenantes del riesgo y conductas suicidas llevadas a cabo en este Centro, e intentar al mismo tiempo indicar medidas preventivas y/o terapéuticas en base a la existencia de situaciones o circunstancias comunes entre los suicidios.

## METODOLOGIA

En primer lugar hemos analizado las características individuales de cada uno de ellos a través de : protocolo, h<sup>a</sup> clínica, h<sup>a</sup> psicológica ( entrevistas y pruebas psicológicas), y expediente penitenciario.

En segundo lugar se extraen características comunes en base a varios criterios: delito o delitos cometidos, diagnóstico, situación penal, tiempo de permanencia en instituciones cerradas, lugar del suicidio, forma del suicidio, hora del suicidio, edad, relaciones con el exterior, intentos de suicidio anteriores, acontecimientos previos que pudieran ser desencadenantes del suicidio y antecedentes psiquiátricos.

## RECOGIDA DE DATOS

En relación con los 15 suicidios ocurridos en este centro:

### Atendiendo al delito o delitos cometidos:

- Delitos contra las personas : 9 (60%). Dentro de éstos:
  - . 1 parricidio (6'6%)
  - . 1 homicidio (6'6%)
  - . 4 asesinatos (26'4%)
  - . 1 homicidio frustrado (6'6%)
  - . 1 violación (6'6%)
  - . 1 amenazas (6'6%)
- De los 6 restantes: (40%)
  - . 2 delitos de incendio
  - . 3 robo
  - . 1 contra la salud pública

**Atendiendo al diagnóstico:**

- . 11 psicosis esquizofrénica paranoide (73%)
- . 1 personalidad paranoide (6'6%)
- . 2 psicosis afectiva depresiva \*(13%)
- . 1 débil mental con distimia y epilepsia (6'6%)

**Atendiendo a la situación penal:**

. 6 son penados de larga duración (40%). El de menor condena es de 7 años y el de mayor condena de 20 años.

- . 5 eran internados judiciales (33%)
- . 1 penado-internado (6'6%)
- . 3 preventivos (21%)

Es decir, que los tres últimos supuestos indican penas de duración indeterminada.

**Tiempo en Instituciones:**

De estancia ininterrumpida en instituciones cerradas, por intervalos de tiempos de permanencias:

- . de 0 a 3 años : 7 (46'7%)
- . de 3 a 6 años : 5 (33'3%)
- . de 6 a 9 años : 2 (13'3%)
- . de 9 a 12 años : 1 (6'6%)

**Atendiendo al lugar del suicidio:**

- . 11 de ellos se suicidan en su propia celda (73'3%)
- . 2 de ellos en el departamento de agudos (13%)
- . 1 en el departamento de enfermería (6'6%)
- . 1 en el departamento de ingresos (6'6%)

Es de destacar que en la celda múltiple, destinada para internos con riesgo de suicidio, no ha habido ningún suicidio.

**Atendiendo a la forma del suicidio:**

Los 15 se han suicidado por asfixia provocada por el ahorcamiento.

**Atendiendo a la hora del suicidio:**

- . 8 de ellos lo hicieron por la tarde ( entre las 14'00 h. y las 17'00 h. , que coincide con el período de siesta y están en su propia celda (53'3%).
- . 3 por la mañana.
- . 4 por la noche (26%).

**Atendiendo a la edad:**

- . En el intervalo 20-30 años: 5 (33'3%).
  - . En el intervalo 30-40- años :7 (46'7%).
  - . Mayores de 40 años:3 (20%).
- La edad media de los suicidios es de 36 años.

**Atendiendo a las relaciones con el exterior:**

- En cuanto a permisos y salidas terapéuticas:
  - .12 de ellos no salían de permiso ni de salida terapéutica (80%).
  - . 2 de los suicidados habían disfrutado de salida terapéutica (13'3%).
  - . 1 de ellos había salido de permiso (6'6%).
- En cuanto a relaciones familiares:
  - . 11 de ellos no tenían relaciones familiares (73'3%).
  - . 4 de ellos mantenían relaciones familiares de distinta forma, alguno ocasionalmente y otros de forma continuada (26'6%).

**Atendiendo a los intentos de suicidio anteriores:**

- . 13 de ellos habían hecho verbalizaciones suicidas, autolesiones y/o lo habían intentado anteriormente (86'6%).
- . en 1 de ellos no hay datos anteriores sobre intentos de suicidio porque acababa de ingresar (6'6%).
- . en 1 hay agresividad dirigida hacia el exterior : otros compañeros, funcionarios, etc..(6'6%).

**Acontecimientos previos importantes que pudieran influir en el desencadenamiento de la conducta suicida:**

- .En 5 de ellos no hay datos fiables (40%)
- .De los 10 restantes:
  - 2 tienen relación con la negativa de tomar la medicación (13'3%)
  - En los 8 restantes se da previamente la recepción de noticias en relación

con el mantenimiento de su privación de libertad (53%):

.1 recepción de testimonio de sentencia en el que se le declara internado judicial hasta su curación.

.1 denegación de traslado a psiquiátrico no penitenciario.

.2 denegaciones de salidas terapéuticas.

.1 denegación de permiso.

.1 denegación de libertad condicional.

.1 agudización del desarrollo paranoide previo al suicidio.

.1 suspensión temporal de permiso.

**Atendiendo a los antecedentes psiquiátricos, previos al ingreso en el psiquiátrico penitenciario:**

.13 de los suicidados tenían antecedentes psiquiátricos (86'6%)

.2 de ellos no tenemos datos (13'3%)

## **ANALISIS DE DATOS**

### **En relación al delito:**

Al analizar los datos extraídos de los suicidados se observa una mayoría de individuos condenados por delitos contra las personas (60%), siendo el 40% restante otro tipo de delitos; esto puede deberse a que el nº de delitos violentos predomina en la población de este centro.

Así pues, a la vista de los datos no se puede afirmar que el tipo de delito sea un factor discriminativo o determinante del suicidio, aunque si incluimos los 2 delitos de incendio nos encontramos con un 73% de delitos con un componente agresivo.

### **En relación al diagnóstico:**

Históricamente se ha establecido una relación entre suicidio y depresión, tomándose la tasa de suicidios como un índice de frecuencia de la depresión. En este sentido, según afirma Beck (1983), los datos que ofrece el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU sobre los trastornos depresivos, indican que la depresión es la causa del 75% del total de las hospitalizaciones psiquiátricas y que a lo largo de un año cualquiera, aproximadamente el 15% de los adultos entre 18 y 35 años, pueden sufrir un síntoma depresivo de considerable importancia.

Por lo que respecta al diagnóstico de los suicidas en este Centro, éste coincide con lo que parece ser norma para la población que no se encuentra en instituciones

cerradas. Los datos indican que un 14% de los suicidas en este centro estaban diagnosticados como depresivos, mientras casi un 80% fueron diagnosticados como psicóticos esquizofrénicos paranoides como trastorno principal, sin que esto excluya la aparición de alteraciones emocionales o afectivas en línea depresiva, aunque de carácter secundario.

Es de destacar, sin embargo, que la ausencia de trastornos depresivos graves resulta explicable dentro de un ambiente penitenciario, donde éstos son poco adaptativos al relacionarse con ausencia de conductas agresivas o defensivas habituales como forma de defender la propia integridad. Siendo, por contra, mucho más frecuente la aparición y mantenimiento de alteraciones paranoides perfectamente atribuibles, entre otros factores, al ambiente de tensión y riesgo producido por la tensa convivencia de las instituciones cerradas.

Estos datos vienen a corroborar las aportaciones de Primo Herrero (1984), Amaro González y col.(1981), Civeira, Murillo y otros (1985), en el sentido de que la conducta suicida tiene una clara conexión con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

En otro trabajo citado por Beck (1983), sobre una muestra de 200 pacientes hospitalizados por haber intentado suicidarse, el 56% de los casos manifestaron razones que podían incluirse en la categoría de escape-huida, la mayor parte de estas personas no deseaba vivir y querían escapar de la vida decidiéndose por el suicidio como la única solución viable a sus problemas. Por su parte un 13% de estos pacientes manifestaron que habían intentado suicidarse con el único propósito de intentar un cambio en otras personas o en el ambiente.. En el 31% restante, expuso distintos motivos en los que se combinaban fines manipulativos y de escape. De todos estos pacientes estudiados aquellos que obtuvieron puntuaciones más altas en desesperanza y depresión tendían a apuntar la "huida" como razón principal para el intento de suicidio.

Igualmente tal y como se recoge en una publicación de E. Rojas y otros (1989), los enfermos mentales constituyen una población de alto riesgo de suicidio (OMS, 1969, Copas y Robin, 1982; Pokorny, 1983) especialmente los deprimidos y también los esquizofrénicos ( Tsuang y cols. 1980; Morrison 1982; Roy 1982; Rabiner y cols. 1982; Scully y Mutcherson, 1983), y concretamente los esquizofrénicos varones ( Roy,1982; Breier y Astracham, 1984).

### **En relación a la situación penal:**

El factor tiempo de condena o situación penal-procesal aparece como variable de significativa importancia en el desencadenamiento de conductas suicidas. Dicho factor queda definido por la indeterminación de la pena que ocurre en el caso de los internos preventivos e internados judiciales (art. 8.1 C.P ). En estos casos las propias características de la privación de libertad indefinida en el tiempo, impide el establecimiento de metas intermedias o escalafonadas, como por ejemplo: permisos,

grados de tratamiento o accesos a libertad condicional, que actúan como elementos reductores de las consecuencias negativas que el encarcelamiento provoca en la psicología del individuo.

Las más significativas son aquellas que suponen la alteración de funciones cognitivas y afectivas por cuanto que éstas se relacionan con el desarrollo de un sentimiento de indefensión aprendida tal y como lo desarrolla Seligman en su teoría (1975). Dicha teoría aplicada a la población recluida en un centro psiquiátrico de carácter cerrado como éste, podría quedar expuesto de la siguiente manera:

Los enfermos mentales después de un período corto de tiempo de reclusión comienzan a experimentar el efecto negativo de pérdida de libertad y empiezan a llevar a cabo acciones tendentes a la búsqueda de una clarificación de su situación y de un equilibrio afectivo, tratando de establecer los límites de dicho encarcelamiento. La imposibilidad de conseguir esto en los internados judiciales y preventivos supone una pérdida de control sobre el medio y la aparición de alteraciones en línea depresiva, sentimientos de indefensión, localización de control externo, disminución de la autoestima y un sentimiento general de que hagan lo que hagan no existe relación entre su conducta y los resultados, que son percibidos como independientes y producto del azar.

Lo anterior es aún más significativo en los internados judiciales, ya que si su conducta es buena no tienen más beneficios que si es negativa o inadaptada.

En el caso de los penados con límite de condena parece ser que la duración larga de la condena (40% de los casos de estudio) influye de manera similar que la indeterminación de la pena, debido a la incapacidad para demorar los refuerzos que son obtenidos a intervalos muy largos.

### **En relación al tiempo de permanencia en instituciones:**

Según los datos recogidos en nuestro estudio el 80% de los suicidados lo hicieron en un intervalo comprendido entre 0 y 6 años, período que coincide con la máxima indeterminación respecto a situaciones que afectan a su estancia en el centro. Nos referimos a que no es posible que los enfermos que se encuentran pendientes de juicio tengan que esperar más de 6 años a que éste se celebre. Por lo que respecta a los penados, también se considera infrecuente que después de los 6 años no hayan podido salir de permiso ni lograr otros beneficios. Por lo que respecta a los internados judiciales en este período la mayor parte de los casos ha conseguido una clarificación de las expectativas futuras. En general, podemos decir que el primer período entre 0 y 6 años, es un intervalo en el que los efectos provenientes de la presión institucional de un centro cerrado son máximos y se van atenuando a medida que las situaciones procesales-penales y personales se van clarificando y se establecen esquemas individualizados de intervención.

Por otro lado el paso del tiempo produce una mayor adaptación al medio y simultáneamente la oferta de estímulos positivos, tales como permisos, progresiones, salidas de fin de semana, salidas terapéuticas, acceso a libertad condicional, paso a secciones abiertas...; por parte de la institución es mayor, lo que posibilita una mejor forma de superar la restricción estimular generalizada que supone la privación de libertad.

En este sentido la revisión bibliográfica nos aporta los datos del estudio de Primo Herrero y otros (1987), que coinciden con los datos obtenidos en el presente trabajo.

#### **En relación al lugar del suicidio:**

El análisis de esta variable indica que el 93'4% de los suicidios se realizan encontrándose los internos solos en su celda, habiendo sólo un caso en el que a pesar de que el enfermo se encuentra en el departamento de enfermería, aprovecha un momento en el que se queda solo para suicidarse.

Por contra en las celdas múltiples (con capacidad para 6 u 8 internos), y a pesar de que los que en ella se encuentran tienen alto, medio o moderado riesgo de suicidio, no se ha consumado ningún acto suicida, lo que resulta altamente significativo.

Podríamos considerar el factor "encontrarse solo" desde dos perspectivas:

1. Como posible factor desencadenante de un acto suicida, tal y como recoge Calzadilla (1983) y Montejo y otros (1985). El estar solo se considera un potenciador de conductas psicopatológicas ya existentes, Civeira y cols.(1985).

2. O en el sentido de constituir un factor necesario para la comisión del acto suicida desde el punto de vista de ausencia de control por otra persona.

Respecto a las celdas múltiples, se descubren cómo un elemento fundamental para controlar físicamente y de forma ambiental el suicidio, eliminar las percepciones o sentimientos de soledad y probablemente por significar un alivio afectivo, ya que posibilitan que exista una cierta comunicación con otras personas en el momento del riesgo suicida.

#### **En relación a la forma de suicidio:**

En la totalidad de los casos, el 100%, la forma fue la de asfixia por ahorcamiento, utilizando como elementos mecánicos sábanas u otras ropas, y en alguna ocasión cuerdas.

Es significativo que no haya habido ni siquiera intentos suicidas por ingesta de medicamentos, este hecho probablemente puede ser explicado por la percepción que una población con un alto porcentaje de toxicómanos tiene de los psicofármacos, que está en la línea no de conseguir la muerte sino placer y satisfacción.

Por lo que respecta a las autolesiones con objetos cortantes o punzantes, es de destacar el fuerte simbolismo reivindicativo-penitenciario que éstas poseen y que en ningún caso tienen como fin el suicidio.

Si comparamos nuestros datos con los de otros estudios como los de Aparicio (1985), Banen, Nuttall y Cohen, citados por Ganoza (1983), Primo-Herrero y cols. (1987), indican que el método más frecuente del suicidio en enfermos hospitalizados es el ahorcamiento, mientras que las armas de fuego para los hombres y la intoxicación para las mujeres es el método más común dentro de los sujetos no hospitalizados. Así mismo, es de reseñar que por lo que respecta a las mujeres hospitalizadas se encuentra como forma muy frecuente del suicidio el arrojar desde las alturas.

Algunos autores consideran que la selección del método depende del lugar donde se encuentran los suicidas, ya sea dentro o fuera de un recinto hospitalario. En nuestro estudio resulta abrumador la tendencia al ahorcamiento, cómo método de suicidio.

#### **En relación a la hora del suicidio:**

Al establecer las horas aproximadas de la comisión de suicidio observamos la importancia del factor "encontrarse solo", ya que no existe una relación causal entre la hora del día y el suicidio.

De todas formas el 53% de los suicidados cometen el acto suicida entre las 14 y las 17 horas, período en el cual se encuentran en su celda (tiempo de siesta) y solo por la noche se suicidan 4 (26%), aunque permanecen más de 8 horas en su celda, y este mayor espacio de tiempo que los enfermos pasan en soledad potenciaría la probabilidad del suicidio. Esta diferencia pensamos que puede estar relacionada con la medicación nocturna, inductora del sueño, que se suministra a un porcentaje elevado de internos.

En este sentido, Ganoza y cols. (1983) encuentran en su estudio que el mayor porcentaje de enfermos suicidados coincide con los horarios de comida (entre las 13 y 15 horas, cuando la vigilancia puede quedar más dispersa.

#### **En relación a la edad de los suicidas:**

Observamos que el intervalo de edad de los suicidas en el cual hay un mayor número de suicidados es el comprendido entre 30-40 años (46,7%), destacando que el intervalo más frecuente de edad dentro de la población de este centro es el de mayores de 40 años y en éste intervalo sólo se suicidan el 20% de los casos.

Si ampliamos el intervalo tomando referencia los menores de 40 años, obtenemos que en este caso es el 80% de los suicidados los que pertenecen a este grupo.

En este sentido, Primo Herrero y otros (1987), parecen indicar unos resultados

similares, ya que en enfermos institucionalizados la edad de máximo riesgo es inferior a los 40 años (55% de los casos), mientras que entre la población no institucionalizada la edad de máximo riesgo es superior a los 40 años. En un estudio realizado en Guipúzcoa y Bayona encuentran que el 61% y el 69% de los casos se refieren a sujetos de más de 65 años (Aparicio, 1985).

A la vista de estos datos se puede extraer que en condiciones de institucionalización, hay una tendencia a que se suiciden personas jóvenes o de mediana edad, en detrimento de los de mayor edad, mientras que en situación de no hospitalización la tendencia es a la inversa.

### **Relaciones con el exterior:**

En esta área están recogidos diversos factores: relaciones con familiares o amigos a través de llamadas telefónicas, cartas, visitas de familiares y permisos tanto ordinarios como de salidas terapéuticas. (2)

A la vista de los datos obtenidos observamos que un porcentaje muy elevado de internos que se suicidan no tienen ningún tipo de relación familiar y sólo 3 de los suicidas mantienen relaciones familiares ocasionales, mientras que solamente uno se puede decir que tenía un apoyo familiar significativo.

Se podría establecer una relación entre la ausencia de este tipo de reforzadores tan valioso en ausencia de libertad y un deficiente control sobre los acontecimientos, así como un incremento de los efectos negativos desde el punto de vista psicológico que tiene la estancia en una institución total.

La soledad ha sido considerada como un importante factor de riesgo de suicidio (Kielholz, 1967; Bancroft y col. 1976; Alonso-Fernández, 1978). Según Ganoza y otros (1983), también las familias desintegradas, con problemas de comunicación, en las que hay graves conflictos entre sus miembros deben ser consideradas como un grupo con especial riesgo de suicidio (Anton y cols. 1984; Choque y Davidson, 1984). En este sentido es de reseñar las indicaciones de la OMS que en su informe de 1969 señala que las tasa de suicidio serían más altas entre los grupos socialmente aislados (En Rojas y otros, 1989).

En relación con lo anterior un dato que no ha sido contrastado en este estudio por las dificultades propias para su obtención, es la probable influencia de las conductas suicidas familiares en el aprendizaje de tal comportamiento (Roy, 1984).

Es evidente la similitud existente entre los datos obtenidos en el presente estudio y los aportados por los autores citados, al considerar factor de riesgo en el comportamiento suicida la ausencia de relaciones familiares o la conflictividad de las mismas.

En relación con los permisos o salidas terapéuticas, es decir, aquellas circunstancias que rompen con la "totalidad" de las instituciones cerradas, es de reseñar que el 80% de los suicidados no tenían ni permisos ni salidas terapéuticas. Este

dato nos permite hacer las siguientes consideraciones: El no salir de permiso es factor de primer orden en asociación con otros para provocar la conducta suicida, aunque no determinante por sí solo. Y como segunda consideración, la salida de permiso parece un factor de primer orden en relación a la prevención de la conducta suicida (apoyando estos mismos datos ver estudio de Ganoza, 1983).

#### **En relación a intentos de suicidios anteriores:**

La consecuencia del análisis de los datos respecto a este punto incide en la consideración de que el no prestar atención a aquellas personas que amenazan con suicidarse es un error. Hace tiempo se pensaba que estos individuos buscaban con exclusividad el movilizar sentimientos de pena y protección en su interlocutor, solicitando atención, y que la mejor manera de hacer desaparecer este tipo de conductas era no prestar atención y así conseguir la extinción.

En contraposición con lo anterior, en el casi 87% de casos de este estudio, habían verbalizado intenciones suicidas, se habían autolesionado o habían tenido intentos de suicidio graves, lo que nos lleva a la inevitable conclusión de que si bien un intento o verbalización suicida puede ser una llamada de atención, este hecho no se disocia de la posibilidad de comisión de un intento suicida con éxito.

Desde un punto de vista cuantitativo se podría pensar que a mayor nº de intentos suicidas, mayor riesgo (Calzadilla, 1979; Rojas y cols. 1989); no obstante, esta lectura debe ser matizada en el sentido de tener en cuenta el aspecto cualitativo de los mismos. Según Bancroft, citado por Rojas (1984), se han propuesto 3 tipos de comportamiento suicida: a) repetidores crónicos habituales, b) repetidores en varias ocasiones durante un breve período de tiempo, c) impulsivos ocasionales que sólo realizan las tentativas en un momento determinado.

Estamos de acuerdo con Rojas y cols. (1984) en que hay que atender prioritariamente al aspecto cualitativo del intento de suicidio teniendo en cuenta la progresión en la gravedad de los intentos, la utilización de técnicas nuevas, los intentos de modificar el ambiente en algún aspecto significativo respecto de los anteriores intentos, la actitud suicida y los actos suicidas por error.

En relación con este último aspecto cualitativo hay que tener en cuenta que las conductas autolíticas (cortes, autoapuñalamientos) en el medio carcelario tienen un carácter fundamentalmente reivindicativo y forma parte de la subcultura penitenciaria como medio para conseguir modificaciones ambientales. Por tanto hay que analizar estos datos de forma rigurosa para diferenciar aquellos intentos suicidas, que son antecedentes menos graves de un posterior y más grave acto suicida, de aquellos que son acciones reivindicativas que pueden producir un suicidio por error.

### **Acontecimientos previos significativos anteriores al suicidio:**

Utilizando un modelo de análisis funcional de los distintos antecedentes, que pueden ser sino causantes, sí desencadenantes del suicidio, observamos lo siguiente:

En el 53% de los casos hay acontecimientos previos, cercanos en el tiempo, que afectan a la situación de privación de libertad, y pueden tener una relación estrecha con el suicidio, por la pérdida de refuerzo que supone su aparición. Dichos acontecimientos a los que nos referimos, en este centro, han sido: denegación de libertad condicional, denegación de permisos, denegación de salidas terapéuticas, denegación de traslados a psiquiátricos no penitenciarios, etc.. Es decir, en general, factores que afectan a la duración, indeterminación e intensidad de su estancia en una institución cerrada; situaciones que, inmediatamente de ser conocidas por el enfermo, han podido confirmar la situación de indefensión y de bajo control de los acontecimientos, lo que les sume en una situación de desesperanza, que a su vez provoca una respuesta de evitación o de escape al sufrimiento que le ocasiona la privación de libertad por ausencia de expectativas futuras.

Como un factor de riesgo determinante de un suicidio Calzadilla (1979), cita situaciones medio-ambientales sin solución inmediata que el suicida no logra modificar.

En un trabajo de Ganoza y otros (1983) se cita como acontecimientos determinantes la enfermedad o fallecimiento de familiares muy cercanos, situación inmodificable para el sujeto.

### **En relación a los antecedentes psiquiátricos:**

Dentro de nuestro estudio el 86% de los suicidas tenían antecedentes en otros centros psiquiátricos, lo que indica una mayor probabilidad de suicidios que en la población sin estos antecedentes.

Según la OMS (1969), Copa y Robin (1982), Pokorny (1983), citados en un trabajo de Rojas y cols. (1989), se afirma que los enfermos mentales constituyen una población de alto riesgo suicida tal y como refrendan los datos de nuestra investigación.

## **CONCLUSIONES**

A la vista de los datos obtenidos en el estudio realizado, se pueden determinar los siguientes factores de riesgo suicida:

- *La indeterminación temporal* respecto a la situación de privación de libertad,

derivada de su situación penal-procesal (según los enfermos sean internados, penados de larga duración o preventivos).

- *Diagnóstico de psicosis esquizofrénica paranoide.*
- *Edad inferior a 40 años.*
- *Tener antecedentes de internamiento en psiquiátricos con anterioridad a su ingreso en este centro.*
- *Haber tenido intentos suicidas anteriores y/o verbalizaciones en el mismo sentido.*
- *Haber permanecido ininterrumpidamente en centros cerrados y en situación de indeterminación temporal entre 0 y 6 años.*
- *No tener relaciones familiares ni contactos con el exterior.*
- *Existencia de acontecimientos previos inmediatamente anteriores al suicidio que mantienen la situación de indeterminación temporal respecto a la duración de la privación de libertad y limitan o dificultan su salida en libertad.*
- *Encontrarse solo en su propia celda.*
- *El período de máximo riesgo ha resultado ser el comprendido entre las 14'00 y 17'00 p.m. que coincide con el período de siesta.*
- *Disponibilidad de elementos que posibiliten el ahorcamiento y muerte por asfixia.*

## INTERVENCION

- *Estudio y mejora de los canales de información al interno en relación con su situación procesal-penal y otros datos de relevancia.*
- *Potenciación y mejora del uso de celdas múltiples, así como del control de las situaciones de aislamiento que deberían restringirse al mínimo estrictamente necesario.*
- *Eliminación y/o sustitución de los elementos mecánicos que posibilitan el suicidio.*
- *Potenciación de los contactos familiares y/o con el exterior.*
- *Desarrollo de programas de intervención para formentar habilidades sociales (laborales, de relación interpersonal, familiares...); programas de reducción de ansiedad y control de agresividad y programas de intervención ecológico-ambiental que aumente la percepción de control situacional de los enfermos.*

## NOTAS

(1)

Preventivos: personas en prisión a la espera de juicio.

Penados: personas ya juzgadas a las que se las ha impuesto una condena de duración determinada.

Internados judiciales: personas juzgadas con limitación total o parcial de su imputabilidad o responsabilidad y, salvo en ocasiones (penado-internado) con una indeterminación temporal en su privación de libertad.

(2)

Permisos ordinarios: son permisos de salida, hasta de 7 días como preparación a la vida en libertad, aprobados por la Junta de Régimen de cada centro previo informe del Equipo Técnico. Hasta un total de 36 o 48 días al año, según sean penados en 2º o 3º grado de tratamiento.

Salidas terapéuticas: permiso, no recogido en el Reglamento Penitenciario, que se disfruta por horas y acompañados los internos por personal del centro.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO FERNÁNDEZ, T. (1985): Conducta suicida en la adolescencia (un intento de penetración y comprensión de las estadísticas). *Psicopatología*, 5, 147-159.
- AMARO, G.; POU, M.C.; MELLA, C. (1981): El intento suicida: Formas clínicas presentes en 100 pacientes. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, Vol XVII, nº 3, 411-420.
- APARICIO BASAURI, V. (1985): El suicidio: Un estudio de Guipúzcoa. *Revista de la asociación española de Neuropsiquiatría*, nº 13, 151-164.
- BECK, T.; RUSHT, T.; SHAW, B.; and ENLERYS (1983): *Terapia cognitiva en la depresión*. Bilbao. Desclee de Brower.
- CALZADILLA, L.; CALLES, N. (1979): Consideraciones acerca del suicidio. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, Vol. XIX, nº1, 179-184.
- CALZADILLA, L. (1983): Valoración del riesgo suicida en el paciente deprimido. *Rev. del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, nº2, 289-296.
- CAMPANILLA, G. (1985): Los psicofármacos antidepresivos y el suicida. *Psicopatología*, nº2, 121-127.
- CUADRADO, P.; BAYON, C.; FERNÁNDEZ, F.; MARTÍNEZ, J.; ORDOÑEZ, M.; SALAS, J. y SANTO DOMINGO (1989). Bases biológicas del suicidio. *Rev. Psiq. Fac. Med. de Barcelona*, 16, 3. 136-144.

- CIVIERA, J.; DUEÑAS, M.; DE LAS HERAS, J.; MARTIN, M. (1985): Interacción en la conducta suicida. *Psicopatología* n<sup>o</sup>2. 171-180.
- CHANOTT, P.F. (1985): Raíces psicopatológicas de los actos suicidas. *Psicopatología*, n<sup>o</sup>2, 115-120.
- ESTRUCH, J. (1982): *Los suicidios*. Barcelona Herder B. pag.103.
- GANOZA, C.; ALBAIGES, L. (1983): Suicidios e intentos de suicidios en un hospital psiquiátrico. *Informaciones psiquiátricas*, n<sup>o</sup>92-93, 165-178.
- GUILLO FERNÁNDEZ, A. (1985): Aspectos psicodinámicos del suicidio. *Psicopatología*, n<sup>o</sup> 2, 109-113.
- HERAS, F.J.; ABRIL, A.; MARTIN, M.; CIVIERA, J.; (1987): Frecuencias de aviso en una población con riesgo de suicidio. *Rev. de Psiquiatría*, Vol. XIV, <sup>a</sup> 6, 297-302.
- MONTEJO, M.L.; CRESPO, M.D.; RAMOS, J.A. (1985): La tentativa de suicidio en la unidad de psiquiatría de un hospital general. *Rev. Dpto. Psiquiatría Fac. Med. de Barcelona*. Vol. 12, 2. 113-120.
- OMS (1969): *La prevención del suicidio*. Ginebra. Ed. Fundación Pereira.
- PRIMO, F.; GIL-DIEZ, C.; MELLADO, J.L. (1984): La conducta suicida en enfermos ingresados en un hospital psiquiátrico. *Informaciones psiquiátricas*, n<sup>o</sup> 98, 399-406.
- POELDINGER, W. (1969): *La tendencia al suicidio*. Madrid. Ed. Morata.
- ROJAS, E. (1984): *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona. Salvat. B. Médica de Bolsillo.
- ROJAS, E.; DE LAS HERAS, F.; REIG, M.J.; ELEGIDO, T. (1989): La antevención o prevención primaria. *Rev. Psiq. Fac. Med. de Barcelona*, Vol. 16, 86-94.
- SARRO MARTIN, B. : Concepto de conductas autodestructivas indirectas (C.A.I.) *Revista del departamento de psiquiatría de la Fac. Med. de Barcelona*, n<sup>o</sup> 110, 453-457.
- SELIGMAN, M.E.P. (1981): *Indefensión*. Madrid. Ed. Debate.
- SEVA, A. (1984): Intentos de suicidio. *Psiquis*, Vol. 6, 9-21.