

EDUARDO OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ

MORTALIDAD EN EL CONTEXTO PENITENCIARIO, CON ESPECIAL ATENCIÓN AL FENÓMENO DEL SUICIDIO

SUMARIO: 1. Instituciones y población penitenciaria. 2. La enfermedad mental y la violencia: una relación discutible. 3. Mortalidad en población penitenciaria. 4. El suicidio en la prisión. 5. Conclusiones.

1. Durante las últimas décadas se observa un aumento acelerado y constante de la población carcelaria, lo que se traduce en más once millones de personas privadas de libertad en el mundo, de las cuales más de tres millones se encuentra en prisión preventiva. Las cifras expresan un aumento del 24 % desde el año 2000¹. Las causas de este incremento son complejas, muchas de sus consecuencias son bastante claras: una elevada población carcelaria en condiciones de hacinamiento, vida inhumana y degradante. La mayoría de los sistemas penitenciarios de todo el mundo presentan una sobrepoblación, lo que repercute tanto la salud mental como física de los reclusos, pone en riesgo la seguridad de las prisiones y del personal, y reduce las probabilidades de reinserción. Los países con mayores índices de sobrepoblación son Filipinas (con una tasa de ocupación del 460 %), Haití (450 %) y Guatemala (370 %).

Puesto que las prisiones son lugares permeables, con un recambio anual superior a un tercio de la población reclusa presente en una fecha concreta, se estima que en un año aproximadamente 30 millones de sujetos han permanecido algún tiempo en un centro de detención. La mayoría de las personas encarceladas regresan a su comunidad en un tiempo que oscila de media entre seis meses y tres años².

El fin primordial de las instituciones penitenciarias es garantizar el cumplimiento de las penas impuestas por los jueces, asegurar la custodia de los

1 WORLD PRISON BRIEF INSTITUTE FOR CRIME & JUSTICE POLICY RESEARCH (2021), *World Prison Brief*, available at: <http://prisonstudies.org/> (accessed 11 February 2023).

2 JM. ARROYO COBO, *Los centros penitenciarios: un lugar y una población especialmente vulnerables*, in *Revista Interdisciplinaria del Sida*, Vol. 3, 2015, 34 ss.

reclusos y proteger su integridad. Esta misión no sería completa ni eficaz si no estuviera orientada a la reinserción y reeducación social de los sujetos que cumplen condena en los establecimientos penitenciarios. Así mismo, tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados, sin diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualesquiera otra circunstancias de análoga naturaleza y respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos, no afectados por la condena. Se pretende preparar al condenado para una vida en libertad en la que prime el respeto a las normas sociales y al mandato de las leyes. Por ello, el esfuerzo se dirige, sobre todo, a utilizar los medios educativos y laborales que permita al interno que ha sido liberado enfrentarse con éxito a la nueva situación tras finalizar su estancia en el centro penitenciario. Esta actuación rehabilitadora, se condiciona en cada caso por la múltiple dimensión de la personalidad delincente, en la que interaccionan factores biológicos, biográficos y socioculturales.

La mayor parte de los internos provienen de grupos vulnerables en exclusión social y como consecuencia de ello, las tasas de enfermedades son mayores en el colectivo penitenciario si las comparamos con la comunidad. Por esta razón, los servicios sanitarios penitenciarios constituyen una oportunidad de intervención para promover la salud entre los segmentos poblacionales desfavorecidos, por lo que deben prepararse para conseguir una sociedad más saludable, acercando los recursos asistenciales a una población que se caracteriza por proceder de los estratos sociales más marginados y, por tanto, más alejados de los recursos asistenciales. Así pues, la adecuada conexión entre la atención sanitaria en los centros penitenciarios y el resto del sistema sanitario público asegura unos mejores índices de salud en la comunidad al contribuir al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un importante número de patologías en un colectivo social, que está especialmente castigado por enfermedades relacionadas con la marginación.

Una característica destacada en numerosos estudios es que en la población reclusa la prevalencia de trastornos mentales es más elevada que en la población general^{3, 4}, con la consiguiente carga asistencial que provoca⁵ y la repercusión social que este hecho motiva. Se estima que uno de cada

3 A. OKASHA, *Mental Patients in prisons: punishment versus treatment*, in *World Psychiatry*, Vol. 3, 2004, 1 ss.

4 S. FAZEL, A.J. HAYES, K. BARTELLAS, M. CLERICI, R. TRESTMAN, *The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions*, in *Lancet Psychiatry*. Vol. 3, 2016, 871 ss.

5 E. PÉREZ, *¿Psiquiatría penitenciaria?*, in *Rev. Esp. Sanid. Penit.*, Vol. 6, 2004, 97 ss.

siete internos, tienen una grave depresión o psicosis. Fazel y Seewald⁶, tras realizar un metanálisis sobre estudios realizados entre 1966 y 2010, incluyendo 33.588 presos de 24 países, encuentran una prevalencia de psicosis del 3,6% en varones y del 3,9% en mujeres y de depresión grave del 10,2% en varones y del 14,1% en mujeres. En estudios publicados sobre muestras de internos en centros penitenciarios españoles, la demanda de atención psiquiátrica en internos se sitúa entre el 13,8% y el 25%^{7,8}. Se trata de una población joven (más del 80% tiene entre 18 y 35 años), la mayoría con estudios primarios (70%), el 50% son solteros, viven solos o con su familia de origen y las víctimas de sus delitos suelen ser personas cercanas o familiares. La dependencia a sustancias tóxicas constituye otra patología frecuente en el medio penitenciario con la consiguiente morbilidad resultante de los patrones de consumo y de las sustancias implicadas.

Una cuestión clave es establecer si el cuadro psiquiátrico es consecuencia de su estancia en la prisión o si se trata de sujetos con una patología previa antes de entrar en prisión. Al respecto, las propias condiciones del régimen penitenciario y la ausencia prolongada de libertad son precursoras de trastornos mentales. Además, los problemas de ajuste ante las privaciones y frustraciones de la vida penitenciaria y la imposición de un nuevo código subcultural de valores dan lugar a un proceso de «prisionización» y de patología mental como consecuencia del fallo de los mecanismos de adaptación a la vida carcelaria. Por otra parte, un debate constante, al que posteriormente me referiré, es si los delincuentes con trastornos mentales son pacientes psiquiátricos que terminan en el sistema de justicia penal, ya sea de forma directa o como consecuencia indirecta de su sintomatología psiquiátrica, o son individuos que presentan alguna característica que predispone a un comportamiento criminal, pero independientemente a la enfermedad psiquiátrica. La alta prevalencia de enfermos mentales en los centros penitenciarios nos indica la necesidad de una coordinación y de un tratamiento interdisciplinar puesto que ni el tratamiento penal, ni el criminológico, ni el sanitario de forma exclusiva, son suficientes para la rehabilitación y la reinserción del delincuente.

-
- 6 S. FAZEL, K. SEEWALD, *Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis*, in *British J Psychiatry*, Vol. 200, 2012, 364 ss.
 - 7 M. ESPINOSA, R. HERRERA, *Análisis de la demanda y respuesta terapéutica en la relación asistencial establecida entre los centros penitenciarios Puerto-I y Puerto-II con el ESM Bahía en el periodo 1989-2000*, in *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Madrid, 2003, 55 ss.
 - 8 JM. ARROYO COBO, *Los centros penitenciarios: un lugar y una población especialmente vulnerables*, cit., 34 ss.

La medida de seguridad constituye una de las posibles respuestas que el ordenamiento jurídico-penal ofrece como mecanismo de control social para facilitar la reinserción social del delincuente. Se aplica en sustitución de una pena, o conjuntamente con ella, en sujetos que, por sus especiales características personales, son susceptibles de tratamiento terapéutico o reeducador. En el art. 96.2 del Código penal español se incluyen las diferentes medidas, entre las que se incluyen el internamiento en centro psiquiátrico, en centro de deshabituación o en centro educativo especial, que deberán ejecutarse en «establecimientos especiales», es decir, independiente de los demás establecimientos penitenciarios. La prohibición de tratos inhumanos y degradantes, constituye un límite expreso a la forma de ejecución. Los abusos producidos durante décadas, especialmente en materia de tratamientos aplicables a enfermos mentales, obligan a mostrarse especialmente vigilantes en este aspecto.

Los hospitales psiquiátricos penitenciarios son centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad a internos diagnosticados con trastornos mentales. La creación de estos centros se remonta a la obra de John Howard (1726-1790), *The State of Prisons in England and Wales* (1777), en la que el autor hizo una rotunda crítica de la convivencia en cárceles de enfermos mentales y sujetos sanos⁹. Aunque las instituciones psiquiátrico-penitenciarias datan de finales del S. XVIII, es considerada precedente de ellos la Bastilla, utilizada como asilo de seguridad en el que se alojaban enfermos mentales criminales. A lo largo del S. XIX se extendieron estas instituciones por Europa y Norteamérica.

Las personas ingresadas en estos centros hospitalarios son consideradas inimputables por presentar cualquier anomalía o alteración psíquica, que les impide comprender la ilegalidad del hecho delictivo. El enfermo mental recluido presenta una connotación más negativa que cualquier recluso violento, no sólo como consecuencia de su enfermedad, tradicional fuente de marginación, sino del marco jurídico-administrativo de su internamiento. Una atención sanitaria adecuada y una atención psiquiátrica específica son medidas terapéuticas que repercuten positivamente y de forma clara sobre el historial de conductas y la reincidencia delictiva tras su puesta en libertad¹⁰. Así pues, la colaboración entre el ámbito judicial y los recursos de salud mental se convierte en un aspecto clave en el abordaje del binomio

9 LF. BARRIOS, *Sobre la institución psiquiátrica penitenciaria*, in *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 27, 2007, 473 ss.

10 D. PRATT, L. APPLEBY, M. PIPER, R. WEBB, J. SHAW, *Suicide in recently released prisoners: a case-control study*, in *Psychology Medical*, Vol. 40, 2010, 827 ss.

enfermedad mental- delincuencia para la piedra angular en la reinserción de estos individuos¹¹.

Los programas de intervención recaen sobre los equipos multidisciplinarios y el objetivo principal es conseguir la estabilización psicopatológica de los pacientes y la reducción de su peligrosidad, todo ello, como paso previo a una posible sustitución de la medida de seguridad privativa de libertad por una medida de tratamiento ambulatorio en la comunidad. Es preciso poner de manifiesto la nítida separación que debe existir entre la esfera jurídica (respecto del examen de la imputabilidad del sujeto), y la médica (responsable efectiva del tratamiento), en aras a que el individuo con anomalía o alteración psíquica que comete un delito sea tratado como lo que es, un paciente y no como un preso común. El enfermo mental delincuente ha de ser asumido por el sistema sanitario, no debiendo la gravedad del delito constituir el patrón para la determinación de qué conducta resulta susceptible de tratamiento médico y cuál de mera intervención penitenciaria.

2. La violencia es un fenómeno interpersonal y social que afecta de forma grave al bienestar y la salud de los individuos. Provoca una importante alarma social y una reacción de rechazo e intolerancia generalizada, agravada a menudo por los medios de comunicación, por lo que, tanto los responsables de las instituciones como los expertos interesados en este ámbito buscan medios para su prevención. En cualquiera de sus formas y tipos genera una enorme preocupación en todas las sociedades modernas, en las que el grado de bienestar y desarrollo convierte a este fenómeno en una causa grave del deterioro de la convivencia. Constituye un fenómeno social muy común, pero del que aún desconocemos muchos aspectos críticos para afrontar su prevención y eliminación. Se sabe que es reiterativa y que, en alguna de sus formas, como es el caso de la violencia de género, alcanza niveles de extensión y reincidencia que se pueden calificar de «pandémicos».

Entre las estrategias más útiles para su control se sitúa la prevención y, a la cabeza de esta labor, las técnicas de predicción constituyen el primer paso para tratar la violencia a nivel del caso individual y evitar su continuidad o cronicidad. El concepto, sus causas y consecuencias convocan a juristas, criminólogos, profesionales de la salud, expertos en conducta y trabajadores sociales, que, desde un marcado carácter interdisciplinario,

11 S. FAZEL, J. BAILLARGEON, *The health of prisoners*, in *Lancet*, Vol. 377, 2011, 956 ss.

intentan encontrar soluciones eficaces. Así pues, la adopción de medidas para evitar la violencia se reclama a distintos ámbitos del conocimiento: a los profesionales de la salud, psiquiatras y psicólogos, por la creencia extendida de que se encuentra estrechamente vinculada a la enfermedad mental, el consumo de alcohol y otras sustancias, así como a otros factores individuales como el autocontrol o la agresividad; se pide a los sociólogos y trabajadores sociales que aporten soluciones desde sus competencias para este grave problema asociado a los factores de riesgo social, tales como la marginalidad, la pobreza, las actitudes pro-violentas, etc.; también los educadores y los profesionales de la educación están llamados a esta colaboración porque la prevención escolar a edades precoces puede resolver, en parte, la aparición de comportamientos violentos.

La violencia presenta formas muy diversas de expresión aunque casi siempre, debido a la importancia de sus efectos, es la física su modelo más representativo. También hay otros tipos como la psicológica, económica, negligencia, etc., que conforman este fenómeno y que siempre comparten la intención de dañar. La base de la predicción de la violencia es la peligrosidad. La identificación de este atributo individual se realiza por parte de los jueces, que son asesorados e informados por los peritos forenses quienes analizan, por medio de métodos clínicos el estado peligroso del sujeto principalmente desde un punto de vista psicopatológico. Los avances en la epidemiología psiquiátrica, en la evaluación psicológica y en la criminología han demostrado la insuficiencia de esta estrategia y han propuesto nuevos métodos de predicción basados en la valoración de los factores de riesgo que anticipan la conducta violenta. Así pues, el concepto peligrosidad se está sustituyendo por la valoración del riesgo de violencia, es decir, se evalúa el riesgo futuro de volver a reincidir en delitos o comportamientos violentos. No obstante, una de las limitaciones más importantes en la valoración de la peligrosidad como factor predictor de violencia es su escasa especificidad, ya que hay sujetos únicamente peligrosos para determinados tipos de víctimas y no para otras, aparte de su baja sensibilidad predictiva, es decir, muchos sujetos peligrosos, una vez identificados como tales, no vuelven a reincidir.

Son numerosas las investigaciones que, desde la neurobiología, la genética o relacionados con la adversidad ambiental se vienen realizando para encontrar alteraciones estructurales, bioquímicas, genéticas o factores de aprendizaje relacionados con la etiología del comportamiento violento. El conocimiento sobre estos aspectos, aunque todavía es parcial, tiene un punto de partida sólido y la comprensión de cómo interactúan los diferentes

factores será objeto de futuras investigaciones, que pretendemos abordar desde la Medicina Legal y Forense.

En la actualidad, la presunta, pero errónea, peligrosidad es clave para el estigma y la discriminación que sufren los sujetos afectados^{12,13}. El estereotipo del enfermo mental como una persona violenta parece basarse en parte, en evidencias que identifican una tasa elevada de violencia en un subgrupo de personas con enfermedad mental y está asociada al concepto de peligrosidad como disposición psicológica relacionada con el riesgo de comportamiento violento. Esta consideración parte de una visión obsoleta y en la medida en que la peligrosidad, como disposición innata, deje de aplicarse como elemento predictor de la violencia futura, aquella visión irá desapareciendo¹⁴. Desde una posición totalmente opuesta, muchos investigadores de las ciencias sociales y defensores de los pacientes argumentan que la relación entre trastorno mental y violencia es falsa, prejuiciosa y aumenta el estigma del enfermo mental como un sujeto violento. Así, podemos concluir que la prevalencia de conducta violenta ejercida por los enfermos mentales es de escasa gravedad y de frecuencia inferior a la población general, por lo que el uso del factor enfermedad mental como concepto clarificador y explicativo de una conducta tan compleja como es la acción violenta, no deja de ser una simplificación equivocada, prejuiciosa y arriesgada.

Los estudios que analizan la posible relación entre enfermedad mental y violencia demuestran que la esquizofrenia, especialmente la de tipo paranoide, es el único trastorno que se suele asociar con un riesgo incrementado de conducta violenta, tanto en los varones como en las mujeres¹⁵ especialmente cuando la esquizofrenia coexiste con el abuso de sustancias. Los estudios concluyen que padecer un trastorno mental grave se asocia a un riesgo estadísticamente significativo de presentar conductas violentas, pero si se excluye la comorbilidad con el abuso/dependencia de sustancias, dicho riesgo es limitado y no justifica la toma de medidas que supongan la exclusión de este colectivo de personas del tratamiento en la

12 E. SILVER, *Understanding the relationship between mental disorder and violence: the need for a criminological perspective*, in *Law and Human Behavior*, Vol. 30, 2006, 685 ss.

13 H. STUART, J. ARBOLEDA-FLÓREZ, *A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness*, in *Psychiatric Services*, Vol. 52, 2001, 654 ss.

14 K. KARIN ARBACH, A. ANDRÉS PUEYO, *Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20*, in *Papeles del Psicólogo*, Vol. 28, 2008, 174 ss.

15 EB. ELBOGEN, SC. JOHNSON, *The intricate link between violence and mental disorder*, in *Archives of General Psychiatry*, Vol. 66, 2009, 152 ss.

comunidad. Otra cuestión distinta, antes comentada, es la prevalencia de enfermedades psiquiátricas en población penitenciaria, superior a la que se observa en población general, y en la que los trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias constituyen uno de los mayores problemas que deben afrontar los profesionales que trabajan con esta población^{16,17}. La prevalencia de patología mental en presos es considerable y dada la limitación de recursos de la mayoría de las cárceles, es dudoso que reciban la atención adecuada, según establece el Convenio Europeo de Derechos Humanos. A este hecho hay que añadir y poner de relieve que la mayoría de los estudios provienen de países occidentales, por lo que hay que alertar sobre lo que ocurre en países en los que el respeto a los derechos humanos está en entredicho.

Por tanto, el consumo de sustancias tóxicas es, en muchos casos, el origen de la patología psiquiátrica y en otros coexiste con la patología psiquiátrica primaria. En un estudio realizado por nuestro grupo de investigación en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario encontramos una relación entre enfermedad mental y el consumo de drogas y de éste con la comisión de delitos, demostrándose que el consumo de tóxicos aumenta el índice de criminalidad entre cuatro y seis veces¹⁸. En la muestra estudiada tan sólo el 17,6% de los individuos no eran consumidores de ningún tipo de sustancias. Por el contrario, el 27,5% de los sujetos eran policonsumidores, siendo la sustancia más consumida el cannabis o sus derivados (73,5%), al que le sigue el consumo de cocaína (64,7%), alcohol (36,27%) y heroína (20,5%).

3. Tal y como anteriormente hemos comentado, la población penitenciaria muestra particulares características de vulnerabilidad que la diferencian del resto. Hay determinados factores como la marginalidad, el nivel sociocultural, los hábitos tóxicos o las prácticas de riesgo que condicionan una mayor prevalencia de determinadas patologías, entre las que destacan las enfermedades infecciosas, las drogodependencias y los

16 HS. ANDERSEN, *Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand*, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 110, 2004, 5 ss.

17 S. FAZEL, J. DANESH, *Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*, in *Lancet*, Vol. 359, 2002, 545 ss.

18 E. OSUNA, M. LÓPEZ-MARTÍNEZ, R. ARCE, MJ. VÁZQUEZ, *Analysis of response patterns on the MMPI-2 in psychiatric prison inmates*, in *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 15, 2015, 545 ss.

trastornos mentales. Así pues, la población penitenciaria tiene más probabilidades de morir de forma más prematura que la población general de su mismo grupo de edad¹⁹.

La etiología natural como causa de muerte predomina dentro de las prisiones y las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la tuberculosis han sido consideradas como las principales causas de muerte, a pesar de ser prevenibles y tratables, sin embargo, el conocimiento de los datos a nivel mundial dificulta extraer conclusiones sobre la epidemiología de la mortalidad relacionada con enfermedades infecciosas dentro de las prisiones en diferentes países²⁰. A nivel mundial, en 2014, se estimaba que, de los 10,2 millones de personas encarceladas en un día determinado, aproximadamente el 3,8 % vivían con el VIH, el 15,1 % tenían el virus de la hepatitis C, el 4,8 % tenían el virus de la hepatitis B crónico y el 2,8 % tenían tuberculosis activa²¹. Además, las prisiones contribuyen a la «amplificación» de estas enfermedades debido al hacinamiento y al acceso restringido a la atención médica. Estas infecciones, particularmente si no se analizan ni se tratan, se asocian con una alta morbilidad y mortalidad.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) ha marcado la actividad sanitaria en las prisiones en los últimos 30 años. Hubo momentos en los que la tercera parte de las personas que ingresaban en un centro penitenciario lo hacían infectados por el VIH y hasta el año 2000 el sida era la principal causa de mortalidad en prisión, sin embargo, la disponibilidad de fármacos antirretrovirales ha tenido como consecuencia que la mortalidad por VIH represente hoy menos del 10% de todas las muertes en prisión²².

19 MD. PÉREZ-CÁRCELES, C. ÍÑIGO, A. LUNA, E. OSUNA, *Mortality in maximum security psychiatric hospital patients*, in *Forensic Science International*, Vol. 119, 2001, 279 ss.

20 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Health in Prisons European Database (HIPED)*, 2020, available at: <https://apps.who.int/gho/data/node.prisons> (accessed 9 September 2020).

21 K. DOLAN, AL. WIRTZ, B. MOAZEN, M. NDEFFO-MBAH, A. GALVANI, SA. KINNER, R. COURTNEY, M. MCKEE, JJ. AMON, L. MAHER, M. HELLARD, C. BEYER, FL. ALTICE, *Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees*, in *Lancet*, Vol. 388, 2016, 1089 ss.

22 R. BOSWORTH, R. BORSCHMANN, FL. ALTICE, SA KINNER, K. DOLAN, M. FARRELL, *HIV/AIDS, hepatitis and tuberculosis-related mortality among incarcerated people: a global scoping review*, in *Int J Prison Health*, Vol. 18, 2022, 66 ss.

4. El suicidio es una de las causas de muerte más comunes en el ámbito penitenciario^{23,24}. Los casos de suicidio en prisión son objeto de especial seguimiento por las autoridades políticas responsables de las instituciones penitenciarias puesto que son responsables en el ámbito de la protección de los individuos detenidos. También, los intentos autolíticos por parte de los internos constituyen eventos estresantes para los funcionarios y otros presos.

La conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo que ha estado presente en todas las épocas históricas y todas las sociedades, y que se manifiesta por una variedad de comportamientos en un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo.

Constituye un grave problema de salud pública en todos los países por el gran número de personas afectadas, – fallecidos y su entorno – y sus consecuencias. Se estima que cada año mueren por esta causa más de un millón de personas. El suicidio consumado es la primera causa de muerte violenta en tiempos de paz. Se sitúa entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de entre 15 y 44 años y es la segunda causa de muerte entre jóvenes y adolescentes entre 15 y 19 años²⁵. Es un fenómeno social, multifactorial y complejo para el que no hay una única causa. Se suele producir como resultado de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales; su nivel de riesgo aumenta con la presencia de los factores de riesgo y la ausencia de los protectores. Entre los factores de riesgo destaca la enfermedad mental que se encuentra en un 90% de los casos, con un mayor riesgo si presentan más de un diagnóstico psiquiátrico. Entre las enfermedades con mayor riesgo se encuentran los trastornos depresivos, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad. Entre los factores protectores se encuentran las creencias religiosas, el apoyo social y familiar, las habilidades sociales, la capacidad de resolución

23 S. FAZEL, M. GRANN, B. KLING, *Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007*, in *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Vol. 46, 2011, 191 ss.

24 ER. MORGAN, FP. RIVARA, M. TA, DC. GROSSMAN, K. JONES, A. ROWHANI-RAHBAR, *Incarceration and subsequent risk of suicide: A statewide cohort study*, in *Suicide Life Threat Behav.* Vol. 52, 2022, 467 ss.

25 WHO, *Informe Suicide worldwide in 2019*, Ginebra, 2020.

y afrontamiento de problemas, el autocontrol, la alta autoestima, la elevada resiliencia y la participación social.

El suicidio constituye una muerte de etiología violenta y, por tanto, de investigación judicial, por lo que los casos de suicidio identificados quedan registrados tras la realización de la preceptiva autopsia. Sin embargo, se sabe que las cifras existentes sobre registros de defunciones a nivel oficial son inferiores a los suicidios existentes, no solo por los múltiples criterios de definición de suicidio que condicionan los resultados, sino también porque no siempre es posible diferenciar entre suicidio, homicidio, muerte accidental o natural. El suicidio exige la intencionalidad de morir, es decir, una intencionalidad suficientemente acreditada. Hay métodos donde este hecho está claramente acreditado, pero en otros puede no ser tan evidente, ejemplos son la muerte por un tóxico o por una precipitación, en los que la determinación entre muerte accidental, homicida o suicida puede permanecer confusa.

La prisión constituye un entorno cerrado que no permite la autonomía ni la autorregulación de las personas y, en la mayoría de las ocasiones, con un gran número de internos, por lo que conforma un espacio estresante, en el que son frecuentes las ideaciones autolíticas. En una reciente revisión, realizada en 2022, en 19.822 sujetos encarcelados en 20 países, se constata que las personas privadas de libertad presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general²⁶. Una de cada diez personas (9,7 %) intentó suicidarse en algún momento durante su encarcelamiento, siendo la prevalencia tres veces superior a la que se da en la población general²⁷. Las mujeres (12,2%) tenían una mayor prevalencia de intentos de suicidio que los varones (8,6%), pero esta diferencia no fue significativa. Entre los factores predisponentes los más importantes son la existencia de ideaciones autolíticas previas, la morbilidad psiquiátrica y los problemas derivados del consumo de alcohol y de otras sustancias. También destacan la importancia que tiene el entorno penitenciario en el riesgo de suicidio. En este sentido, el confinamiento, la victimización, el escaso apoyo social y las infracciones disciplinarias son factores que incrementan la probabilidad de intentar suicidarse durante el encarcelamiento.

El suicidio puede abordarse desde la perspectiva del estrés psicosocial, pues el ingreso en un centro de detención conlleva un proceso de adaptación psicológica en el que intervienen e interactúan estresores ambientales

26 L. FAVRIL, J. SHAW, S. FAZEL, *Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison*, in *Clin Psychol Rev.* Vol. 97, 2022. doi: 10.1016/j.cpr.2022.102190.

27 MC. CASTILLEJOS, P. HUERTAS, P. MARTIN, B. MORENO KUSTNER, *Prevalence of suicidality in the European general population: A systematic review and meta-analysis*, in *Archives of Suicide Research*, Vol. 25, 2020, 810 ss.

(como pueden ser la humedad, el frío, el calor, el ruido) condiciones higiénicas y sanitarias deficientes, el hacinamiento, la falta de intimidad, la falta de apoyo social, la limitación de perspectivas y una pérdida de opciones para afrontar las adversidades. Además, el impacto psicológico del arresto y del encarcelamiento, la discriminación, la marginalidad, la dificultad de acceso a los servicios de salud... son otros factores de riesgo. Todo ello conforma un bosquejo de factores que predisponen a la conducta suicida que llega a ser percibida por el individuo como la forma de salir de una situación que causa desesperación.

Entre los factores protectores hemos de considerar aquellos elementos que promueven y garantizan la estabilidad de la situación clínica y psicosocial. Se incluyen tanto factores individuales como relacionados con el entorno sociofamiliar y contextual. Entre los factores individuales se incluyen las habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas, el autocontrol de la impulsividad, la autoestima, las estrategias de afrontamiento y la capacidad de resiliencia. Entre los factores externos destacan la accesibilidad a los dispositivos de salud, la existencia de red social y familiar adecuada, la participación social y la restricción a métodos letales de suicidio²⁸.

La OMS y la Comisión Europea (CE) llevan muchos años alertando de las deficiencias del tratamiento de los problemas de salud mental en los centros penitenciarios. En la población penitenciaria se concentran diversos factores de riesgo que la OMS asocia al suicidio, tales como: aislamiento social y ruptura de relaciones, bajo nivel socioeconómico, problemas judiciales, abuso de sustancias, trastornos mentales y enfermedades físicas que reducen la esperanza de vida²⁹.

En el ámbito del Hospital Psiquiátrico Penitenciario los factores predisponentes a la conducta suicida se intensifican, puesto que al entorno carcelario se le une la enfermedad psiquiátrica. En un estudio que hemos realizado en un Hospital psiquiátrico penitenciario³⁰ el 31,4% de los sujetos se considera en riesgo de suicidio, como consecuencia de la patología

28 A. FLEISCHMANN, JM. BERTOLETE, D. WASSERMAN, D. DE LEO, J. BOLHARI, NJ. BOTEAGA, D. DE SILVA, M. PHILLIPS, L. VIJAYAKUMAR, A. VÄRNIK, L. SCHLEBUSCH, HT. THANH, *Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries*, in *Bull World Health Organ*, Vol. 86, 2008, 703 ss.

29 WHO, *Suicide*, Copenhagen, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

30 E. OSUNA, M. LÓPEZ-MARTÍNEZ, R. ARCE, MJ. VÁZQUEZ, *Analysis of response patterns on the MMPI-2 in psychiatric prison inmates*, cit., 545 ss.

que padece o de circunstancias predisponentes y/o precipitantes y el 4,9% de los sujetos han desarrollado algún intento autolítico previo. Estos datos son preocupantes, como también son los publicados en España por la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria³¹ que en el Informe Epidemiológico sobre Mortalidad en Instituciones Penitenciarias, publicado en 2020, establece que el 21,3% de los internos han intentado alguna vez quitarse la vida y que el 11,3% de la población interna ha realizado al menos un intento de suicidio estando en prisión. Es presumible que las cifras de suicidios serían superiores si se discriminaran muchos de los casos de muertes por uso de drogas y sobredosis, así como algunas muertes consideradas como accidentales.

En España, el Defensor del Pueblo en su Informe anual³² subraya que el primer deber de la Administración Penitenciaria, como responsable de la protección y cumplimiento de los derechos de los presos, es preservar la vida, la integridad y la salud de las personas a su cargo, que se encuentran privadas de libertad y en un contexto de sujeción especial. Así pues, la prevención de la conducta suicida en las prisiones se ha convertido en una prioridad. Se trata de una causa de «mortalidad evitable», susceptible de intervención mediante políticas sanitarias. Los servicios de salud mental deben contar con los recursos adecuados para abordar el alto nivel de necesidades insatisfechas entre personas en prisión. Las estrategias dirigidas a grupos de alto riesgo se den basar en la identificación temprana del riesgo y deben complementarse con estrategias organizativas, que incluyen medidas destinadas a promover la actividad útil y un apoyo social significativo, así como aquellas para reducir la victimización en prisión. Además, es necesario un enfoque multinivel que aborde tanto las vulnerabilidades clínicas como los factores estresantes específicos propios de la prisión³³. Los esfuerzos de prevención deben estar integrados y relacionados, ya que es probable que ningún enfoque de forma aislada pueda impactar en un comportamiento complejo como es el intento de suicidio. Esto requerirá

31 SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (SGIP), *Informe General 2019*, Madrid: Ministerio del Interior, 2020.

32 DEFENSOR DEL PUEBLO, *Informe anual 2020 sobre los centros penitenciarios*, Madrid, 2021.

33 S. STIJELJA, BL. MISHARA, *Preventing suicidal and self-injurious behavior in correctional facilities: A systematic literature review and meta-analysis*, in *EClinical Medicine*, Vol. 51, 2022, doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101560.

una política intersectorial y una respuesta que involucre a las agencias de salud, la atención social y la justicia penal³⁴.

Un momento también crítico en la muerte suicida son las primeras semanas inmediatamente posteriores a la liberación de la prisión, al poder encontrarse el sujeto privado de importantes recursos, aparte del pobre apoyo social y familiar, los problemas emocionales y otros factores como el consumo de alcohol y de otras sustancias³⁵. Por ello, es también necesario adoptar medidas durante la transición del sujeto desde el medio penitenciario en su retorno a la sociedad. En un estudio realizado en Suecia por Haglund y otros autores³⁶ encuentran una incidencia 18 veces superior en detenidos tras su salida de prisión en relación a la población general, particularmente durante las primeras cuatro semanas. En este sentido, la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio en Inglaterra incluye acciones diana sobre aquellos individuos que abandonan la prisión³⁷, entre las que se encuentra un especial seguimiento social de estos sujetos, en los que el período de transición entre la vida en prisión y fuera de ella, se convierte en un período determinante y de especial vulnerabilidad. En este aspecto, es necesario subrayar la necesidad de llevar a cabo un seguimiento clínico y esfuerzos preventivos para este grupo de alto riesgo, asignando los recursos adecuados que faciliten la transición a la vida fuera de la prisión.

5. La estrategia tradicional, limitada a reaccionar frente a la delincuencia provocada por la enfermedad mental únicamente con medidas penales no es suficiente. Se deberían adoptar medidas con un enfoque más amplio, que tengan como objetivo minimizar e incluso suprimir aquellos factores individuales, familiares, sociales y culturales que la favorecen. A su vez, es necesario establecer redes de recursos socio-sanitarios que incluyan programas alternativos a las medidas estrictamente terapéuticas

34 L. FAVRIL, *Epidemiology, risk factors, and prevention of suicidal thoughts and behaviour in prisons: A literature review*, in *Psychologica Belgica*, Vol. 61, 2021, 341 ss.

35 IA. BINSWANGER, PJ. BLATCHFORD, RG. LINDSAY, *Risk factors for all-cause, overdose and early deaths after release from prison in Washington state*, in *Drug Alcohol Depend*, Vol. 117, 2011, 1 ss.

36 A. HAGLUND, D. TIDELMALM, J. JOKINEN, N. LÅMGSTRÖM, P. LICHTENSTEIN, S. FAZEL, B. RUNESON, *Suicide After Release From Prison: A Population-Based Cohort Study From Sweden*, in *J Clin Psychiatry*, Vol. 75, 2014, 1047 ss.

37 S. FAZEL, M. GRANN, B. KLING, *Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007*, cit., 191 ss.

que posibiliten la normalización social del enfermo mental y la integración social en la comunidad.

Según hemos comentado en la población penitenciaria se observan unas connotaciones negativas: la enfermedad mental y la conducta delictiva que implican altos niveles de marginación social. El debate sobre la custodia exclusiva del enfermo mental en centros psiquiátricos es una constante desde hace décadas y cada vez son más quienes abogan por nuevas vías de intervención tales como la vigilancia médica especializada³⁸ bajo forma de tratamiento externo. Para que esta medida sea eficaz ha de incluir las tareas de rehabilitación y reinserción y requiere, básicamente, dos elementos: recursos en forma de redes y programas individualizados.

El tratamiento médico externo debe desarrollarse en un medio comunitario, en el ámbito de la Psiquiatría Comunitaria, como «antítesis con el hospital psiquiátrico»³⁹. El modelo de servicios de la Psiquiatría Comunitaria parte de la existencia de un conjunto mínimo de dispositivos de naturaleza sanitaria que forme una red comunitaria de dispositivos de salud mental que incluye Estructuras básicas de atención (Centro de Salud Mental o los equipos interdisciplinarios de Salud Mental, la Unidad Psiquiátrica en el Hospital General, Hospital de Día), Estructuras de rehabilitación (Unidad de Rehabilitación Comunitaria, Unidad de Rehabilitación Hospitalaria) y Estructuras para grupos de población específicos, entre las que se encuentran las Unidades de Atención a Alcohol y Drogodependencias (de gran interés en un número importante de pacientes mentales delincuentes) y las Unidades Psicogeriátricas (adecuadas para aquellos pacientes ancianos internos en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios).

En aquellos casos en los que surja un agravamiento de la patología, lo procedente es la hospitalización en la correspondiente Unidad Psiquiátrica del Hospital General. Ante una evolución desfavorable por parte del sujeto (falta de adherencia al tratamiento, incumplimiento de las medidas de seguridad) lo procedente es un análisis del caso por parte de los especialistas y una serena reflexión en sede judicial acerca de los motivos del «fracaso». El regreso al internamiento debe ser el último recurso, ya que puede tener múltiples causas, que es preciso analizar por el equipo multidisciplinar que atiende al paciente. Los servicios de salud mental comunitarios de la red sanitaria general no están siendo eficaces en el abordaje preventivo, asis-

38 L.F. BARRIOS FLORES, *La Psiquiatría Penitenciaria: perspectiva histórica y problemas presentes*, en *Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, Edición III, 2003, 17-30.

39 F. TORRES GONZÁLEZ, *Psiquiatría comunitaria*, en Vallejo Ruiloba, J., Leal Cercós, C., *Tratado de Psiquiatría*, *Ars Médica*, Barcelona, Vol. 2, 2005, 2180-2191.

tencial ni rehabilitador de pacientes graves, sobre todo, en aquellos que viven en situaciones de pobreza, marginación o exclusión social. La consecuencia de esta situación es que estas poblaciones, que tienen un alto riesgo de incurrir en comportamientos delictivos, puedan verse en la práctica sometidas a un trasvase en su asistencia, desde los espacios psiquiátricos normalizados al espacio institucional penitenciario, pasando previamente, en la mayoría de los casos, por el espacio social de la marginalidad.

Una cuestión que merece una reflexión es si el «Sistema Nacional de Salud» se encuentra en condiciones de asumir a un colectivo como el que nos ocupa en el seno de su red asistencial, sobre todo en el caso de pacientes que han protagonizado graves delitos, han creado elevada alarma social y cuyo pronóstico de peligrosidad futura es dudoso, lo que también, sin duda alguna, dificulta su regreso a la vida en comunidad. Las instituciones psiquiátricas de seguridad son, en la práctica, inevitables, pero también es verdad que son necesarias instituciones intermedias y, sobre todo, una red asistencial comunitaria que permita la reinserción social de los pacientes que han cometido delitos graves.

Para concluir también tenemos que realizar otra reflexión importante: si existen instituciones psiquiátricas de seguridad es porque, en determinadas ocasiones, el sistema ha fallado y los autores de gravísimos delitos no los habrían cometido si se hubiera detectado a tiempo su condición personal y si hubieran recibido el tratamiento que les correspondía, y al que además tenían derecho.