



1 - 9 - 2022

DG

**Asunto:** Perspectiva de género en la prevención de suicidios en el ámbito penitenciario

**Área de Aplicación:** Sanidad, Tratamiento y Vigilancia

**Descriptor:** Prevención de Suicidio

## 1. JUSTIFICACIÓN

Conforme a la previsión normativa, la Orden de Servicios 2/2021 de la Dirección General de Ejecución Penal y Reinserción Penal recoge la necesidad de tener en cuenta la perspectiva de género en la ejecución penitenciaria, para lo cual se hace imprescindible:

- Conocer la diferente situación en que se encuentran las mujeres y los hombres en el ámbito penitenciario.
- Diseñar y programar intervenciones que tengan en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres en prisión, rompan con los roles de género tradicionales y contribuyan tanto al empoderamiento de la mujer privada de libertad como el desarrollo de nuevas masculinidades en el hombre.
- Contar con las especificidades propias que presenta la mujer en prisión para que todas las actividades, programas de tratamiento y prestaciones de la administración sean igual de eficaces para hombres y mujeres.

En relación a la prevención de suicidios, contemplar estas conductas con perspectiva de género implica **un abordaje de forma diferente a como se<sup>o</sup> ha realizado hasta el momento**. Supone que la prevención e intervención debe realizarse teniendo en cuenta que mujeres y hombres presentan circunstancias diferentes, que es necesario profundizar en el conocimiento de las necesidades que presentan las mujeres para poder atenderlas y abordar terapéuticamente de forma eficaz el fenómeno de la conducta suicida en ellas.



Por tanto, la presente instrucción tiene por objeto introducir **la perspectiva de género en el Programa de Prevención de Suicidios (PPS)**, regulado en la Instrucción 5/2014 y plenamente vigente, a la que se añaden determinadas especificidades para la consecución de los siguientes objetivos:

- Visibilizar y atender las diferentes necesidades entre mujeres y hombres en el ámbito de la prevención de suicidios.
- Identificar sesgos de género del personal penitenciario en la aplicación del PPS.
- Reconocer los roles e identidades de género como parte del proceso de salud/enfermedad. Las formas de vida impuestas por los roles e ideales a representar como hombre o mujer son determinantes psicosociales que inciden en la salud. Se trata de reconocer que estos factores también forman parte del proceso salud/enfermedad.
- Mejorar la eficacia del programa de prevención de suicidios adaptando su aplicación a las especificidades propias de la mujer en el medio penitenciario.

## 2. SUICIDIO Y GÉNERO

En general las tasas de suicidio en prisión son superiores para ambos géneros a las encontradas en grupos equivalentes de población no reclusa, señalando incluso algunos estudios que en el ámbito penitenciario las tasas son al menos tres veces superiores. **En la vida en libertad**, en la mayor parte de las regiones del mundo **las mujeres muestran mayor frecuencia de ideas y tentativas de suicidio**, mientras que **los hombres alcanzan tasas superiores de suicidio consumado**. A este hecho se conoce como *“paradoja de género”*.

Sin embargo, en España, la mencionada paradoja de género no se constata **en el medio penitenciario**, en donde **las tasas de suicidio o de tentativas por género son equivalentes** o al menos las diferencias no son tan grandes como lo son fuera de prisión. Reflejo de estas circunstancias son el número de internas e internos que anualmente se incluyen en el Programa de Prevención de Suicidios, sirviendo como ejemplo la aplicación del programa durante el año 2021 al 6,7% de la población femenina y al 4% de la masculina, que los suicidios consumados fueron aproximadamente el 0,6 ‰ de la población media femenina y aproximadamente el 0,7 ‰ en el caso de los varones, y que, en cuanto a tentativas, en las mujeres alcanzó el 3,26‰ y en los hombres el 2,42 ‰

En concreto, el análisis de los casos de fallecimiento por suicidio durante el periodo de 2015 a 2021, evidencia:



- La edad media ha sido 39 años para ambos géneros.
- El ahorcamiento fue utilizado por el 100% de las fallecidas y por el 87% de los hombres.
- El 64% de las mujeres fallecidas tenían antecedentes de aplicación del PPS, o lo estaban en el momento del suicidio. Mientras que en el caso de los hombres el porcentaje es del 43%.
- El 17% de las mujeres se encontraban en situación de aislamiento o limitaciones regimentales. En el caso de los hombres el porcentaje es el 28,7%, incluido el aislamiento sanitario.

### 3. LOS SESGOS Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO EN LA ACTUACIÓN PROFESIONAL

Los estereotipos que con más frecuencia sesgan la actuación profesional proceden de las representaciones sociales acerca de cómo son los hombres y las mujeres basadas en el modelo de género tradicional. Algunos de ellos son (Velasco, 2009):

- Creencia de que la queja de las mujeres está injustificada porque es producto de su debilidad.
- Creencia en la tendencia de las mujeres a pedir ayuda por su dependencia afectiva.
- Desvalorización de la queja de las mujeres.
- Estigma de las mujeres como mentalmente trastornadas.
- Sobre-valoración y credibilidad de la fortaleza masculina.
- Invisibilidad de las mujeres como trabajadoras
- Visibilidad de las mujeres sólo en su función maternal y de cuidadoras.

Tomar conciencia de estos sesgos es imprescindible para evitar que influyan en la aplicación del programa de prevención de suicidios. Para ello, es necesario (adaptado a partir de Velasco, 2009):

- Validar y no juzgar los deseos, proyectos y actividades de cada persona privada de libertad.
- Fomentar la autonomía y empoderamiento personal de las mujeres. Se evitará la infantilización y sobreprotección.
- Favorecer la sensibilización de los hombres.
- Propiciar la autorresponsabilidad y sociabilidad de ambos.
- Sustentar modelos de feminidad y masculinidad no ligados a dependencia y papeles estereotipados (en mujeres, no asociados a maternidad, delicadeza,



belleza, ser cuidadora, etc...; en hombres no asociados a fortaleza, potencia, invulnerabilidad, etc.).

- Potenciar relaciones igualitarias, rompiendo aquellas basadas en poder/subordinación.

#### 4. INTRODUCCIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS.

A continuación, para cada fase del programa establecida en la Instrucción 5/2014 se reflejan las diferencias entre mujeres y hombres que sirven de base a la adaptación del programa a sus características.

##### 4.1. DETECCIÓN

Se trata de analizar qué **factores de riesgo** pueden ser diferentes en hombres y mujeres para poder hacer una detección precoz de los casos y aplicar el programa cuando haya riesgo. Factores específicos que se evaluarán conjuntamente con los factores de riesgo comunes que se recogen en la Instrucción 5/2014 (modificación situaciones penal/procesal, limitaciones regimentales, delitos contra las personas, etc.).

A continuación, en una tabla comparativa, se muestran los **factores específicos de género**:

	MUJERES	HOMBRES
<b>Factores precipitantes</b>	Pérdidas o crisis en relaciones interpersonales significativas (Zorreguieta, 2010).	Escasez de ingresos necesarios para sostener económicamente a la familia o inestabilidad económica (Rosado, García, Alfeo y Rodríguez, 2014; Rhodes <i>et al.</i> , 2014; Barroso, 2019). Desempleo (Zorreguieta, 2010).
<b>Consumo de alcohol y drogas</b>	Investigaciones con muestras mixtas no encuentran asociaciones tan significativas entre el consumo de drogas y las ideaciones suicidas como en las muestras femeninas (Favril y Laenen, 2019; Tripodi <i>et al.</i> , 2014).	Consumo de alcohol como mecanismo de evasión de los problemas (Barroso, 2019). Especialmente, cuando existe comorbilidad entre el consumo abusivo de alcohol, la depresión y las pérdidas personales (Canetto y Sakinofsky, 1998).



<b>Edad</b>	En población general, las mujeres son más precoces que los hombres a la hora de mostrar ideaciones suicidas (Barroso, 2019). La tasa de suicidio incrementa a partir de los 55 años (Schrijvers, Bollen y Sabbe, 2012).	En población general, la tasa de suicidio aumenta a partir de los 65 años. Se relaciona con el final de la etapa profesional, la jubilación, la pérdida de contacto y amistad con sus compañeros/as o colegas y la pérdida de autoestima. La jubilación no tiene tal impacto en las mujeres (Schrijvers, Bollen y Sabbe, 2012).
<b>Relaciones y violencia en la pareja.</b>	Víctima de violencia de género (Barroso, 2019).	Soledad o ruptura de pareja (Echeburúa, 2015). Las pérdidas personales, inclusive las rupturas románticas, incrementan el riesgo de suicidio en los chicos menores de 20 años (Rhodes <i>et al.</i> , 2014). Asimismo, los hombres separados tienen mayor riesgo de suicidio. La viudedad también supone un factor de riesgo de suicidio mayor en el caso de los varones (Schrijvers, Bollen y Sabbe, 2012).
<b>Víctimas de abusos</b>	Trauma o víctima de abuso (Meredith Huey Dye, 2011, en Barroso, 2019), en particular el abuso sexual. Sufrir violencia sexual multiplica por 6 el riesgo de tener pensamientos de suicidio (millán, Pérez, Maroto, 2020). La frecuencia en los abusos es una variable determinante (Tripodi, Oniface y Pettus-Davis, 2014). Disociación como respuesta al trauma (Wakai <i>et al.</i> 2014).	Hombres víctimas de abusos sexuales en la infancia autoinforman haber intentado suicidarse más (55%) que mujeres víctimas de abusos infantiles (29%) (Schrijvers, Bollen y Sabbe, 2012).
<b>Enfermedad mental</b>	Mayor prevalencia de enfermedades mentales en mujeres que en hombres en prisión. Las mujeres duplican el diagnóstico de ansiedad y	Infradiagnosticados: Piden ayuda con menor frecuencia que las mujeres (Rhodes <i>et al.</i> , 2014; Millán, Pérez, Maroto, 2020). La decisión de pedir ayuda se hace



depresión a los hombres, y dentro de una situación de crisis, y no cuadriplican a estos en el consumo de antidepressivos y ansiolíticos (Millán, Pérez, Maroto, 2020).

en el transcurso de la enfermedad (Sánchez-López).

Los hombres jóvenes (menores de 25 años) con un trastorno depresivo mayor tienen más riesgo de suicidio que sus homólogos adultos (Schrijvers *et al.*, 2012).

<p><b>Otros factores psicosociales de riesgo</b></p>	<p>Antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de suicidio especialmente en el género femenino, (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).</p> <p>Imagen corporal: constituye una preocupación fundamental para las mujeres y los sentimientos de insatisfacción respecto a ella pueden constituir una de las razones para la ideación suicida en este grupo (Barroso, 2019: 58).</p> <p>Sufrir anorexia nerviosa (Zorreguieta, 2010; Schrijvers <i>et al.</i>, 2012).</p>	<p>Impulsividad (Barroso, 2019), agresividad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Schrijvers <i>et al.</i>, 2012).</p> <p>La duración del proceso suicida es mucho más corta en los hombres que en las mujeres, ya que son menos susceptibles de pedir ayuda y cuidados, y de revelar “debilidades” (Schrijvers, Bollen y Sabbe, 2012, en Sánchez-López).</p>
<p><b>Estancia en prisión</b></p>	<p>Afecta más a las mujeres como consecuencia de que tienen menos oportunidades que los hombres. Además, ellas están en centros más alejadas de sus familias por haber menos plazas disponibles para ellas.</p> <p>(Liebling 1999; Pollack 2002).</p>	
<p><b>Método empleado</b></p>	<p>Métodos menos mortíferos y con mayor facilidad para el rescate: envenenamiento y consumo de medicamentos (Barroso, 2019).</p>	<p>Métodos más crueles, efectivos, y letales: ahorcamiento, objetos punzantes y defenestración (Barroso, 2019).</p>



En prisión son frecuentes las **conductas autolíticas sin voluntad suicida**. En relación a ellas, es importante señalar también algunos factores diferenciales de género, para poder detectarlas:

#### a) Desencadenante

Las relaciones sociales juegan un papel más importante en las conductas autolesivas en el caso de las mujeres, tanto como desencadenantes de las mismas, como en apoyo para su desistimiento. Las mujeres tienden más a identificar a una persona concreta como una fuente directa de estrés que influye en sus conductas autolesivas. Los hombres, en cambio, no vinculan personas o eventos concretos al acto de la autolesión, sino que sus conductas están relacionadas con una combinación de diversos estresores.

#### b) Función

Las conductas autolesivas cumplen muchas funciones para las mujeres; para los hombres están sobre todo centradas en la expresión de la ira. Por ejemplo, en el caso de las mujeres, herirse a sí mismas sirve como vía de escape para no expresar la violencia contra otras personas. En el caso de los hombres, tienen una función protectora empleada para confrontar el trauma o los recuerdos dolorosos.

#### c) Manifestación

La manifestación de las conductas es un factor clave diferencial de género, puesto que en el caso de los hombres las conductas autolesivas son más graves, con una violencia extrema y, peligrosamente letales.

#### d) Consecuencias

Las respuestas de la institución que reciben los internos e internas que se autolesionan son diferentes. Se tiende a dar respuestas más punitivas a los hombres, y terapéuticas a las mujeres.

### 4.2. EVALUACIÓN

El 50% de las mujeres que se autolesionan durante el primer año en prisión tenía marcas o cicatrices de lesiones anteriores en su ingreso en el centro. **La evaluación de las internas a su ingreso en prisión debe incluir, por tanto, una revisión de marcas o cortes en los brazos.** Las internas que declaran abiertamente que se han



autolesionado porque querían escapar de su situación vital tienen un mayor riesgo de llevar a cabo conductas autolesivas de alta letalidad, comparadas con aquellas que afirman haberlo hecho para afrontar una emoción o pensamiento desagradable en particular. Estas declaraciones son preocupantes cuando los siguientes factores adicionales están presentes: intentos de suicidio que requirieron tratamiento médico, alta impulsividad (Wakai et al., 2014).

Asimismo, este proceso requiere **evaluar la situación que rodea las conductas autolesivas**. Incluso aunque las conductas parezcan una forma de manipulación, como, por ejemplo, lograr ser trasladada a otro módulo más cercano a su pareja o ganar mayor atención del personal penitenciario, normalmente estas intenciones son multifactoriales. Un componente manipulador no descarta la coexistencia con dificultades para el afrontamiento. Las conductas autolesivas asociadas a motivos de manipulación pueden suponer un riesgo para la vida y, por lo tanto, deben ser tomadas en serio (Wakai et al. 2014).

En relación con la detección de factores de victimización, la valoración del riesgo debe incluir también **la evaluación de la frecuencia de estas experiencias y si el trauma aún sigue presente en la víctima** (Tripodi et al., 2014). De la misma manera, se debe realizar screening de riesgo de suicidio a todas las mujeres que sean víctimas de violencia de género o sexual. A la hora de realizar la evaluación, es fundamental evitar las revictimizaciones. Lo ideal para evitar la revictimización sería que la víctima contase los hechos en tan solo una ocasión.

En el caso del varón, es especialmente importante hacer **una evaluación en profundidad del caso**, pues en ocasiones va a tender a ocultar los síntomas o minimizarlos por no mostrar debilidad. Por tanto, es importante detectar **posibles alteraciones psicopatologías desapercibidas y estados emocionales negativos**. **Se tendrá también en cuenta si ha sido víctima de abusos previos y las pérdidas o rupturas de pareja**.

### 4.3. INTERVENCIÓN

Existe una tradición histórica que vincula el suicidio femenino con las emociones, mientras que en el caso de los hombres la causa estaría relacionada con las dificultades económicas y con el uso de la violencia. Esta distinción se corresponde con el rol tradicional de proveedor asignado a los hombres y con el mundo emotivo asociado a las mujeres (Tondo, 2014).

**El modelo de masculinidad hegemónica** asentado en el poder como dominación, configura una imagen del hombre basada en la fuerza, la competitividad, el control





emocional, la racionalidad y la valentía (Rosado Millán, 2011; Connell R. W., 2005; Williams et al., 2014). Este modelo tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Entre las ventajas se encuentra la alta autoestima que reporta a los hombres pertenecer al colectivo varonil. Sin embargo, las desventajas son diversas: por un lado, la opresión que experimentan aquellos hombres que por diversas razones no encajan en el modelo; por otro, la ausencia de recursos económicos, emocionales, de autoayuda, etc., destinados a los hombres cuando se les presentan problemas que les tornan vulnerables, pues la vulnerabilidad es un tema tabú para la masculinidad. Desde el punto de vista de género, enfermedades como la depresión pueden pasar desapercibidas en el caso de los hombres. Conviene no olvidar que el sentimiento de tristeza o melancolía son interpretados como un signo de debilidad.

Por otro lado, en el caso de que exista victimización previa, es menos probable que los hombres se involucren en las intervenciones y que hablen abiertamente de haber sufrido abusos, puesto que la figura de víctima es un estereotipo femenino (Smith y Power, 2014).

Addis (2011), afirma que **muchos hombres no son capaces de identificar sus emociones** ante una determinada situación de pérdida, lo que hace más difícil la superación del duelo que puede terminar en una depresión no tratada en muchos casos. **En el caso de las mujeres es fundamental hacer referencia a la salud mental.** Las opciones de tratamiento efectivas para las conductas autolesivas entre las mujeres en prisión deben ir orientadas a **regular trastornos emocionales graves.** En la comunidad, la terapia dialéctica conductual es la estrategia preferida para tratar a las mujeres con trastorno límite de la personalidad, trastorno que coexiste con el 50% de los casos de conductas autolesivas. Un método terapéutico alternativo para tratar las conductas autolesivas entre las mujeres internas combina la entrevista motivacional y las terapias cognitivo-conductuales, con el objetivo de atender los déficits en las habilidades de afrontamiento asociados a este tipo de conductas dañinas (Smith y Power, 2014).

Para comprender la salud mental de las mujeres y las intervenciones que la pueden mejorar (apoyo mutuo, empoderamiento, políticas de igualdad, etc.), desde un enfoque amplio, es relevante partir de un modelo explicativo integral que supere el biologicismo, y tenga en cuenta factores como la clase social, las condiciones laborales, el nivel educativo, etc. Es decir, **no recurrir solamente a la medicación para tratar los problemas de salud mental en mujeres, tales como la ansiedad o la depresión; intervenir también en otros factores individuales y sociales** (Millán et al., 2020).

Tanto en hombres como en mujeres, el riesgo de comportamientos suicidas aumenta cuando las personas sufren pérdidas, disputas o conflictos en sus relaciones. Por el



contrario, **el cultivo y el mantenimiento de relaciones estrechas sanas pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio.** El círculo social más cercano de una persona, es decir p.ej. la pareja, familiares, compañeros/as, amistades, puede tener gran influencia y ser propicio en épocas de crisis. Las amistades y familiares pueden ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero y pueden amortiguar la repercusión de factores externos estresantes.

También, para ambos sexos, el desarrollo del bienestar y de estrategias de afrontamiento positivo protegen contra el suicidio. El bienestar se relaciona en parte con rasgos de personalidad que determinan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y los traumas. **La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida.** Una buena autoestima, la competencia personal y la capacidad de resolver problemas, que incluye la capacidad para buscar ayuda cuando sea necesario, pueden mitigar la repercusión de los factores estresantes y de las adversidades.

Por ello, tanto para hombres como para mujeres, se debe potenciar **las relaciones personales y el desarrollo del bienestar.** Aunque estos elementos se deben trabajar con toda la población penitenciaria que tenga riesgo de suicidio, **el tratamiento que se realiza con ambos no puede ser el mismo, debiendo incorporar también elementos diferenciadores.** La intervención debe incidir en los factores de riesgo específicos, disminuyéndolos y potenciando los factores de protección.

Así, en el caso de las mujeres va a ser fundamental abordar sus procesos de **victimización previa**, por ser más frecuentes que en los hombres, y **enfermedad mental**, por presentar normalmente más dificultades. Por otro lado, es necesario **fomentar su participación en actividades y programas del centro en igual medida que en el caso de los hombres**, así como trasladarlas, en los supuestos en que esto sea posible, a centros penitenciarios cercanos a sus domicilios para **no romper el vínculo familiar.** En el caso de los hombres es fundamental **trabajar a nivel emocional**, para que aprendan a aceptar sus emociones y a expresarlas. También se debe insistir en la importancia de **pedir ayuda** y en el desarrollo de **estrategias de afrontamiento positivas**, evitando otras como el consumo de drogas o la conducta agresiva.

## DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogadas aquellas previsiones contrarias a las contempladas en la presente Instrucción.



## DISPOSICIÓN FINAL

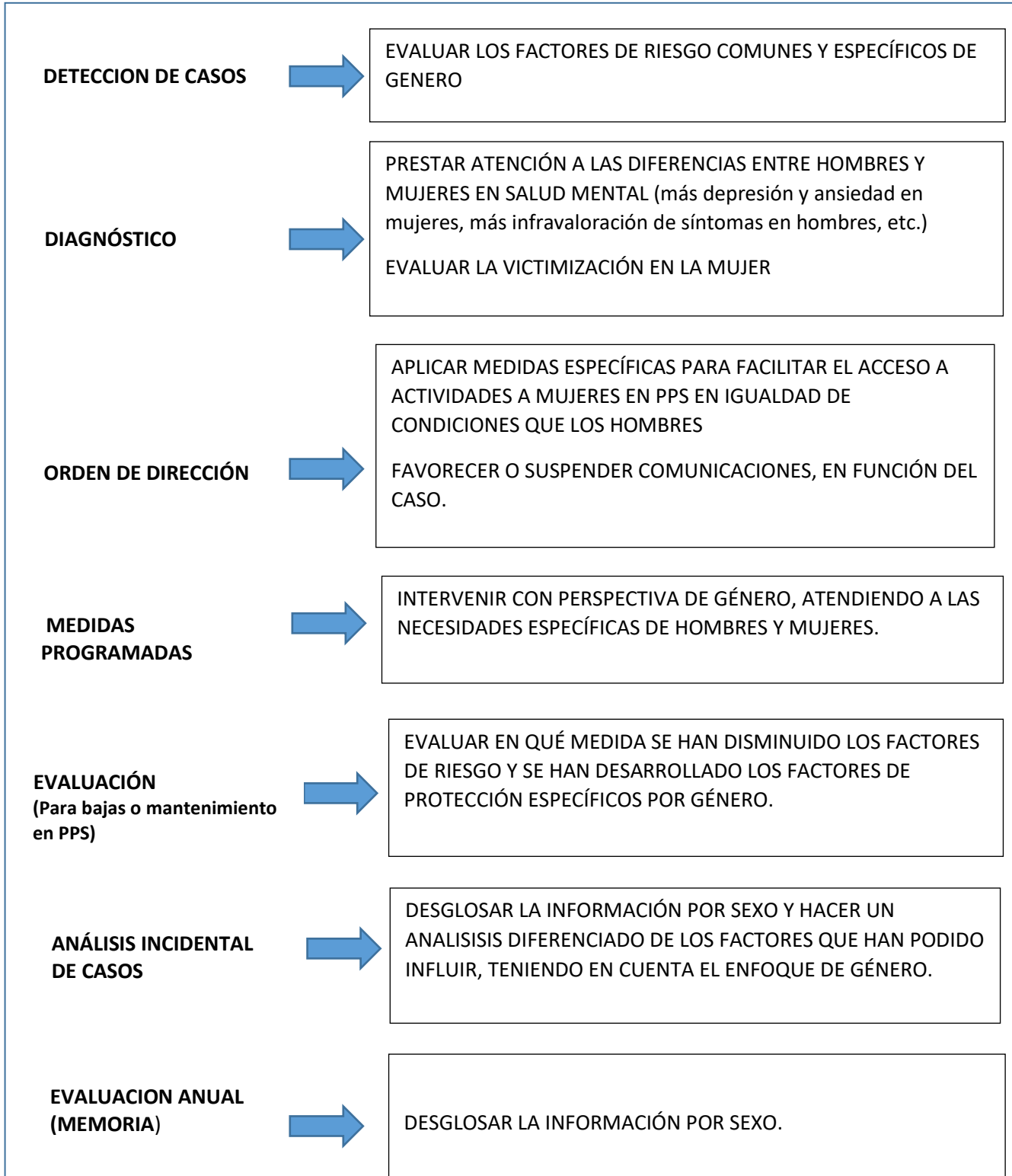
Esta Instrucción surtirá efectos desde el día siguiente de su firma, debiendo darse traslado inmediato de la misma a las personas que integran el Consejo de Dirección y la Junta de Tratamiento, así como proceder a su difusión en los términos establecidos en el artículo 280.2 14ª del Reglamento Penitenciario

EL SECRETARIO GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS  
Ángel Luis Ortiz González



## ANEXO

## DIAGRAMA PERSPECTIVA DE GÉNERO





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROSO, A. A. (2019). "Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. DOI: 10.4321/S0211-57352019000100004
- CANETTO, S. S. y SAKINOFSKY, I. (1998). "The gender paradox in suicide". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-22.
- CANETTO, S. S. (2008). "Women and Suicidal Behavior: A Cultural Analysis". *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266.
- FAVRIL, L. y LAENEN, F. V. (2019). "Suicidal Ideation Among Female Inmates: A Cross-Sectional Study". *International Journal of Forensic Mental Health*, 18(2), 85-98. DOI: 10.1080/14999013.2018.1519613
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- GENERALITAT VALENCIANA. "Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida".
- LIGHT, M., GRANT, E. y HOPKINS, K. (2013). "Gender differences in substance misuse and mental health amongst prisoners. Results from the Surveying Prisoner Crime Reduction (SPCR) longitudinal cohort study of prisoners". Ministry of Justice Analytical Services 2013.
- MILLÁN, A., PÉREZ, O. y MAROTO, G. (2020). "La salud mental de las mujeres. Mitos y realidades". *Cuadernos para la salud de las mujeres*, 7.
- RHODES, A. E. (2014). "Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior". *World Journal of Psychiatry*, 4(4), 120-132. DOI:10.5498/wjp.v4.i4.120
- ROSADO, M. J., GARCÍA, F., ALFEO, J. C. y RODRÍGUEZ, J. (2014). "El suicidio masculino: una cuestión de género". *Prisma Social*, 13, 433-491.
- SÁNCHEZ-LÓPEZ, M. P. (2015). "La paradoja de género en el suicidio: un ejemplo de aplicación de la perspectiva de género a la educación para la salud." *Cumbre atlántica de promoción de la salud y educación para la salud*.
- SCHRIJVERS, D. L., BOLLEN, J. y SABBE, B.G.C. (2012). "The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process". *Journal of Affective Disorders*, 138, 19-26. DOI: 10.1016/j.jad.2011.03.050
- SMITH, H. P. y POWER, J. (2014). "Themes Underlying Self-Injurious Behavior in Prison: Gender Convergence and Divergence". *Journal of Offender Rehabilitation*, 53(4), 273-299. DOI: 10.1080/10509674.2014.902004



- TRIPODI, S., ONIFADE, E. y PETTUS-DAVIS, C. (2014). "Non-fatal Suicide Behavior Among Women Prisoners: The Predictive Roles of Childhood Victimization, Childhood Neglect, and Childhood Positive Support". Florida State University Libraries.
- VELASCO, S. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Observatorio de Salud de la Mujer*. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad y Política Social
- WAKAI, S. SAMPL, S. y HILTON, L. (2014). "Women in Prison: Self-Injurious Behavior, Risk Factors, Psychological Function, and Gender-Specific Interventions". *The Prison Journal*, 94(3), 347-364. DOI: 10.1177/0032885514537602.
- ZHANG, J., LIANG, B., ZHOU, Y. y BRAME, W. (2010). "Prison Inmates Suicidal Ideation in China: A Study of Gender Differences and Their Impact". *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(6), 959-983.
- ZORREGUIETA, I. (2010). Las diferencias de género y su relación con el suicidio y las conductas vinculadas. Tesis doctoral. Universidad de Belgrano.
-