



TEMA 62 Ψ

1. PREVENCIÓN DE SUICIDIOS Y AUTOLESIONES EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO
2. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN
3. SEÑALES DE ALERTA
4. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN
5. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICO
6. CONTENIDOS BÁSICOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
7. PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO

1. PREVENCIÓN DE SUICIDIOS Y AUTOLESIONES EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO.

El suicidio es con frecuencia **la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios**. Las cárceles, prisiones y penitenciarias son responsables por la protección de la salud y seguridad de sus poblaciones de reclusos, y el no hacerlo, puede ser objeto de impugnación legal. Considerando que el interés de los medios de comunicación alimenta más el suicidio en los centros penitenciarios, éste puede convertirse fácilmente en un escándalo político. Más aun, la conducta suicida de los reclusos en custodia significa un evento estresante para los funcionarios y para otros presos que lo confrontan. Por lo tanto, el suministro de servicios adecuados para la prevención e intervención del suicidio es beneficioso tanto para los presos en custodia como también para la institución en la que se ofrecen los servicios. Es dentro de este contexto que *los escenarios penitenciarios luchan con el problema de la prevención del suicidio en los reclusos*.

Los escenarios penitenciarios difieren con respecto a las poblaciones de reclusos y condiciones locales: detenidos a corto plazo, delincuentes en espera de juicio, presos sentenciados, duras prácticas de sentencias condenatorias, sobrepoblación, posibilidad de actividades intencionadas, número de veces en que han sido recluidos, sanidad, amplias condiciones socioculturales, prevalencia de VIH/SIDA, niveles de estrés, y acceso a los servicios básicos de salud o salud mental. Cada uno de estos factores puede influir de diferentes maneras en las tasas de suicidio. No obstante, todavía es posible reducir los suicidios en los escenarios penitenciarios si se adhieren a ciertos principios y procedimientos básicos.

La Administración penitenciaria española, garante de la vida y de la integridad de los reclusos en su estancia en prisión, aun en supuestos en que el interno se encuentre fuera de los Establecimientos Penitenciarios, tiene que contar con unos instrumentos férreos de resolución sobre la prevención de cualquier conducta que pueda poner en peligro aquellos.

La **Instrucción 05/2014** de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, vigente, establece que será el **Director** del Establecimiento Penitenciario quien acuerde el alta y baja del programa de prevención de suicidios *a propuesta de los Subdirectores responsables de las áreas de detección y seguimiento, de forma colegiada: Subdirector Médico, de Tratamiento y de Seguridad*. La Instrucción 5/2014, en un carácter integral y continuo de la salvaguarda de la vida y la integridad de los internos, establece el seguimiento de quien ha sido dado de baja en el programa por la



totalidad de los profesionales y seguimiento colegiado por la Junta de Tratamiento, como se verá en el último epígrafe.

La filosofía de la Instrucción 5/2014, como también lo era la de la Instrucción 14/2005, es dotar de carácter «marco» el programa, por el cual la salvaguarda de la vida e integridad de los reclusos **es un deber de cualquier profesional que interactúe con los internos de forma directa o indirecta en el medio penitenciario**, participando activamente asimismo cualquier otra persona que acceda al establecimiento penitenciario del tercer sector u otras administraciones públicas — personal de justicia, de educación...— que pueda coadyuvar a dicho resultado.

Por tanto la prevención y el seguimiento de la conducta suicida es una labor encomendada a todo el personal del Establecimiento Penitenciario. Y en ello radica la grandeza del programa al trasladar el carácter de garante de la vida a la totalidad de personas que interactúan con el interno, no con ánimo de responsabilizarles de posibles sucesos suicidas no detectados o no evitados, sino muy al contrario haciéndoles partícipes de los cometidos más esenciales de Instituciones Penitenciarias: salvaguardar la vida e integridad de los internos.

Este argumento es un apoyo sólido para establecer el diagrama de responsabilidad expuesto, porque lejos de querer dotar de contenido funcional a órganos administrativos concretos, que por sus especiales características pudieran hacer propuestas de inclusión en programa de prevención de suicidios, la labor de propuesta y acuerdo debe residir en los mandos de la prisión, quedando para el resto de los profesionales funciones de informe.

Las causas del suicidio son complejas. Algunas personas parecen ser especialmente vulnerables al suicidio cuando tienen que hacer frente a eventos difíciles de la vida o a una combinación de factores de estrés. El desafío para la prevención del suicidio es identificar a las personas que son más vulnerables, en cuáles circunstancias, y luego intervenir en forma efectiva. Con esta finalidad, los investigadores han identificado una serie de amplios factores que interactúan para colocar a un individuo en mayor riesgo de suicidio, incluyendo factores socioculturales, condiciones psiquiátricas, biología, genética y estrés social. Las formas en que interactúan estos factores para producir el suicidio y las conductas suicidas son complejas y no bien comprendidas. No obstante, han sido usadas en diferentes combinaciones para identificar grupos específicos de alto riesgo – poblaciones de especial interés ya que a menudo cometen suicidio a tasas más altas que el promedio:

- **Hombres jóvenes (edades 15-49);**
- **Personas ancianas, especialmente hombres ancianos;**
- **Población indígena;**
- **Personas con enfermedad mental;**
- **Personas con abuso de alcohol y/o sustancias;**
- **Personas que han tenido un previo intento suicida;**
- **Personas en custodia.**

Muchas características de los **reclusos suicidas** pueden ser compartidas por todos los otros reclusos y muy pocos estudios han identificado las características que distinguen a los presos que comenten suicidio de otros presos. Un estudio austriaco de caso-control identificó cuatro factores individuales específicos (una historia de intentos suicidas o comunicaciones suicidas; diagnóstico psiquiátrico; medicamento psicotrópico recetado durante el encarcelamiento; un alto índice de



delitos violentos) y un factor ambiental (alojamiento en celdas individuales). No está claro si estos mismos factores son importantes en otras partes del mundo.

Autolesiones en el ámbito penitenciario

Kerr et al. (2010) definen las autolesiones (NSSI – Non Suicidal Self Injury) como cualquier conducta intencional y autodirigida que causa destrucción inmediata de tejidos corporales, que se puede manifestar de diferentes maneras como pueden ser: cortes, skin carving, quemaduras o golpes y que se han asociado con una amplia variedad de problemas tanto psiquiátricos como somáticos.

Durante los últimos años, la prevalencia de las autolesiones ha aumentado y ello, precisamente, es lo que ha producido un aumento de la investigación acerca de la cuestión. Así, según Washburn et al. (2012), la prevalencia aumenta hasta el 7'5-8% en preadolescentes, 12-28% en adolescentes y hasta un increíble 40-80% en adolescentes de muestras clínicas, es decir, aquellos que vemos, habitualmente, en la consulta de psicología.

Según Nock y Prinstein (2006), es el *“acto deliberado de causarse daño a uno mismo mediante cortes, quemaduras, mutilación u otros métodos traumáticos”*, lo cual no incluye sobreingestión de medicación o envenenamiento con intención autolítica.

Por su parte, según Walsh (2006) son *“lesiones autorealizadas, de baja letalidad o poco daño corporal intencional, de carácter socialmente inaceptable, llevadas a cabo para reducir la angustia psicológica”*

Podemos hablar de los siguientes cuatro tipos de conductas autolesivas:

1. **Comportamientos autolesivos estereotipados:** Actos que se realizan en cualquier lugar y que varían desde lesiones leves a graves.
2. **Comportamientos autolesivos mayores:** Implican algún tipo de amputación, sufrimiento y patología psicótica severa.
3. **Comportamientos autolesivos compulsivos:** Comportamientos repetitivos, rituales, que se dan múltiples veces al día como tirarse del cabello y morderse las uñas.
4. **Comportamientos autolesivos Impulsivos:** Preocupación por dañarse a sí mismo. Impulso difícil de resistir que produce ansiedad, con sensación de alivio posterior y sin intento de suicidio.

Por lo general, podemos observar un conjunto de caracteres compartidos en las personas que se autolesionan como son:

1. Déficits en habilidades emocionales, es decir, muestran dificultades con la toma de conciencia y la expresión de las emociones, lo cual puede producir períodos de disociación en que la experiencia de la emoción se halla alterada y alexitimia.
2. Autocrítica, son las personas tendentes a ser autocríticas, con explosiones de rabia o de aversión autodirigida, de manera que se autolesionan con más frecuencia aquellos que



presentan: autocastigo y rabia autodirigida, autocrítica y baja autoestima o alta autocrítica y alta emocionalidad negativa.

3. Aumento de emociones negativas de forma frecuente e intensa diariamente que es, posiblemente, la principal razón para autolesionarse puesto que las autolesiones pueden aliviar, aunque sea temporalmente, el distrés emocional.

Dentro de Instituciones Penitenciarias es muy habitual que los internos se autolesionen, generalmente son cortes superficiales llamados en el argot penitenciario *chinazos*. En la mayoría de las ocasiones estos cortes u otro tipo de autolesiones (pequeños intentos de ahorcamiento, por ejemplo) tienen un **carácter instrumental**, es decir, los internos se infringen daño a sí mismos para llamar la atención de los profesionales del Equipo Técnico o de los funcionarios, el objetivo real enmascarado podría ser: la petición de un cambio de módulo, el traslado a otro centro penitenciario, petición de más medicación, entre otros.

Otras muchas veces, y tal como se ha mencionado anteriormente, estas autolesiones sirven como **vía de escape o desahogo emocional**, es común que el aburrimiento al estar en un módulo con escasez de actividades o situaciones sobrevenidas tanto fuera como dentro de prisión desencadenen las autolesiones. Muchos de estos internos verbalizan que tras la emisión de los cortes se sienten “aliviados” o “tranquilos” de modo que estas autolesiones funcionalmente actuarían como **refuerzo negativo** (eliminar la sensación de ansiedad).

El psicólogo de IIPP debe discernir entre si la autolesión tiene un carácter instrumental o sirve de vía de escape psicológico o si realmente está ante una situación en la que se debe valorar su inclusión en el PPS. No todos los internos que se autolesionan son incluidos en el PPS.

2. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN.

FACTORES FÍSICOS/MÉDICOS

- Epilepsia: aumento de la impulsividad, agresión, y la discapacidad crónica (de aparición frecuente en personas con epilepsia) son las razones probables del aumento en el comportamiento suicida.
- Cáncer: aumenta la probabilidad en momentos de enfermedad terminal y de manera preferente cuando son varones, en momentos iniciales de diagnóstico y cuando el paciente es sometido a quimioterapia.
- VIH/SIDA: el estigma, el mal pronóstico y la propia naturaleza de la enfermedad aumentan el riesgo de suicidio en personas infectadas.
- Afecciones crónicas: como condiciones médicas asociadas a un aumento del riesgo de suicidio son:
 - diabetes
 - esclerosis múltiples
 - enfermedades renales y hepáticas crónicas
 - trastornos óseos y articulares con dolor crónico
 - enfermedades cardiovasculares y neurovasculares
 - trastornos sexuales.



FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- Sexo: más mujeres que varones intentan el suicidio pero más varones lo cometen.
- Edad: se encuentran dos crestas de mayor incidencia, los jóvenes (16-35) y los ancianos (mayores de 75)
- Estado civil: personas divorciadas, viudas y solteras corren mayor riesgo que las casadas. Las que viven solas o están separadas son más vulnerables.
- Ocupación: pérdida del empleo se asocia con el suicidio.

- Acontecimientos estresantes: la mayoría de los que comenten suicidio han experimentado acontecimientos estresantes en los tres meses previos tales como.
problemas interpersonales: problemas entre cónyuges, familia, amigos
rechazo
pérdidas
problemas laborales y financieros
otros acontecimientos asociados a vergüenza, temor...
- Fácil disponibilidad: la disponibilidad inmediata de un método para cometer suicidio es un factor importante para determinar si una persona lo cometerá o no. Reducir el acceso a los medios para cometerlo, es una estrategia efectiva en la prevención del suicidio.

FACTORES INSTITUCIONALES (propios de la institución penitenciaria)

- Tiempo continuado en prisión: se produce en los primeros días del ingreso, aunque también cuando llevan de dos a cuatro años en prisión.
- Grado de clasificación: el 90% se produce en el régimen ordinario
- Régimen penitenciario: regresiones, sanciones, suspensión de beneficios aumentan probabilidad de la conducta suicida
- Tipos de prisión: las que tienen mayor número de internos
- Situación procesal: mayor proporción de suicidios en los internos preventivos
- Primariedad/antecedentes: se registra mayor tasa de suicidios en los primarios con un 67% respecto a los reincidentes con un 33%.
- Tipología delictiva: dentro de esta área hay que tener principalmente en cuenta a los que han ingresado por delitos contra la libertad sexual y también los de delitos contra las personas.

SITUACIONES ESPECIALES DE RIESGO

- Situaciones de crisis en periodos de tiempo en los que no pueda llevarse a cabo la correspondiente evaluación –fin de semana o periodos de ausencia de los correspondientes profesionales-.
- Internos acogidos voluntariamente a limitaciones regimentales del artículo 75.2 Reglamento Penitenciario
- Conflictos familiares o afectivos graves: La incidencia que determinados acontecimientos puedan tener en los internos determina la necesidad de establecer medidas de detección en situaciones de conflictos familiares o afectivos graves.



- Cualquier modificación en la situación procesal, penal y penitenciaria de los internos que pudiera ser vivenciada por éstos de forma negativa.
- Proximidad de la excarcelación como situación de riesgo.
- La situación de aislamiento del interno.
- Involución tratamental–regresiones de grado de tratamiento, no autorización de permisos de salida, denegación de libertad condicional

Factores Situacionales

Los suicidios tienden a ocurrir por ahorcamiento, cuando las víctimas se mantienen aisladas o en celdas segregadas, y durante el tiempo en que hay menos personal como por ejemplo, en las noches o fines de semana.

También hay muchos suicidios que se cometen cuando los presos están solos aun si técnicamente están compartiendo una celda.

También hay una fuerte asociación entre el suicidio de los reclusos y las asignaciones de alojamiento. Específicamente, un recluso que es segregado y no es capaz de hacer frente a la segregación administrativa u otras asignaciones similares de alojamiento especializadas (particularmente si está solo en una celda) también podrá estar en mayor riesgo de suicidio. Dichas unidades de alojamiento generalmente involucran a un recluso que permanece encerrado 23 horas al día en una celda durante períodos de tiempo prolongados. Una cantidad desproporcionada de suicidios en los reclusos ocurre en estas unidades de alojamiento especiales.

Factores Psicosociales

Los factores psicosociales comunes en los reclusos suicidas son el poco apoyo social y familiar, conducta suicida previa (especialmente en el último año o dos últimos años), y una historia de enfermedad psiquiátrica y problemas emocionales. Además, los reclusos suicidas a menudo experimentan intimidación, recientes conflictos entre un recluso y otro, infracciones disciplinarias o información adversa.

Cualesquiera que sean los factores estresantes y vulnerabilidades que puedan estar actuando, el camino frecuente y final que conduce a un recluso a suicidarse parece ser los sentimientos de desesperanza, limitación de sus perspectivas futuras y una pérdida de opciones para hacer frente a las adversidades. El suicidio viene a ser visto como la única forma de salir de una situación irremediable y desesperada. Por lo tanto, los individuos que expresan sentimientos de desesperanza o admiten tener intenciones suicidas o planes suicidas deben ser considerados en alto riesgo de suicidio.

Mujeres

A pesar de que la gran mayoría de los suicidios que ocurre en los escenarios penitenciarios son cometidos por hombres (debido a que la gran mayoría de reclusos son hombres), las mujeres en custodia también están en alto riesgo de suicidio. Las reclusas en espera de juicio intentan suicidarse con mucha mayor frecuencia que sus contrapartes femeninas en la comunidad y que sus contrapartes masculinos en prisión. Además, las tasas de suicidios completos en las mujeres parecen ser más altas que en los hombres. También tienen altas tasas de enfermedades mentales graves. Aunque todavía hacen falta más perfiles de riesgo específicos para mujeres en espera de juicio y sentenciadas, las mujeres que tienen poco apoyo social y familiar, conductas suicidas, una historia



de enfermedad psiquiátrica y problemas emocionales, deben ser seleccionadas para los programas de prevención de suicidio.

Jóvenes

La experiencia de estar encarcelados puede ser especialmente difícil para delincuentes juveniles que son separados de sus familias y amistades.

Los presos jóvenes afligidos son especialmente dependientes de las relaciones favorables con el personal. Por lo tanto, la separación y aislamiento de los presos jóvenes puede conducir a un riesgo adicional para acciones suicidas, las cuales pueden suceder en cualquier momento después de su confinamiento. Los jóvenes que son colocados en centros correccionales de adultos deben ser particularmente considerados como en alto riesgo de suicidio.

Situaciones de vulnerabilidad
▪ ser varón
▪ delito contra las personas
▪ primariedad delictiva
▪ ausencia de apoyo externo
▪ trastorno psicopatológico
▪ historia de consumo
▪ historia previa de intentos de suicidio
▪ escasa capacidad social
▪ excarcelación inmediata
▪ enfermedad física grave

Factores de protección:

- 1 Habilidades de resolución de problemas
- 2 Confianza en uno mismo
- 3 Habilidades sociales
- 4 Flexibilidad cognitiva
- 5 Hijos
- 6 Calidad del apoyo familiar y social
- 7 Integración social
- 8 Religión, espiritualidad o valores positivos
- 9 Adopción de valores tradicionales y culturales
- 10 Tratamiento integral de la enfermedad física/mental

3.SEÑALES DE ALERTA



Detectar las señales de alerta permiten a la Institución Penitenciaria poner en marcha las actuaciones de urgencia y programadas que marca la I 5/2014, también es importante para esta labor saber identificar el perfil del interno suicida.

Detección de Casos

El deber que la Administración Penitenciaria tiene de velar por la vida, integridad y salud de los internos determina la participación activa de todo el personal adscrito a los centros penitenciarios en la consecución de tal finalidad. Es preciso insistir en la importancia de primer orden que en toda la estrategia desplegada para la prevención de los actos suicidas en los centros penitenciarios tiene el personal de vigilancia, en virtud de la observación directa, como conocedor privilegiado de las pautas de comportamiento de cada interno y de sus variaciones. Los principios de celeridad e inmediatez administrativa inspirarán la estrategia de detección e intervención en la evitación de la conducta suicida de forma que, lejos de burocratizarse la información a transmitir, se evacue el correspondiente informe verbal o escrito a la mayor brevedad posible. Todo profesional deberá informar inmediatamente al Jefe de Servicios o Subdirector que proceda sobre cualquier incidencia significativa que detecte, en particular de las áreas de vigilancia, sanidad y tratamiento.

1) Al Ingreso en el establecimiento

El ingreso en prisión y los días posteriores al mismo acumulan experiencias especialmente estresantes para un buen número de internos que determinan un laborioso y metódico análisis de circunstancias para detectar a quienes, por sus características o peculiaridades, pudieran ser susceptibles de la aplicación de este protocolo de prevención. La Oficina de Gestión proporcionará diariamente a los profesionales con responsabilidad en el programa para prevención de suicidios una relación detallada de los internos que ingresan en el establecimiento y los delitos cometidos o imputados, si se conocieren, que motivan el ingreso, por medio del “Listado-resumen procesal penal penitenciario”, facilitado por el sistema SIP. A estos efectos, el Subdirector de Gestión del establecimiento dispondrá y velará para que esta información de los internos quede asentada en el sistema informático lo antes que resulte posible, una vez haya tenido lugar el ingreso. Cuando el ingreso procede de otro Establecimiento Penitenciario, bien por asignación de nuevo destino, por diligencias judiciales o por tránsito de conducción, se revisará la documentación que acompaña al interno, y en especial la posible existencia intentos previos de suicidio o la inclusión, actual o anterior, en el PPS. Los profesionales que, conforme al artículo 20 del Reglamento Penitenciario e Instrucción 14/2011, entrevisten al interno al ingreso deberán valorar la existencia de especiales circunstancias de riesgo de suicidio, informando inmediatamente al Subdirector de Tratamiento en caso de riesgo de este tipo de conductas. No obstante, si la detección de la situación de riesgo la efectúan el Médico o el Psicólogo, estos procederán directamente a la evaluación. En este primer momento se explorará la posible existencia de antecedentes de episodios suicidas en el interno fuera del entorno penitenciario o en algún miembro de su familia.

2) Durante el internamiento

Cuando, en el ejercicio de las tareas de observación de los internos prescritas en el artículo 66 del Reglamento Penitenciario, un funcionario tenga conocimiento de la existencia de ideaciones suicidas o de la manifestación de conductas de cualquier tipo que pudieran aconsejar la inclusión de un recluso en el PPS, lo pondrá inmediatamente en conocimiento de su superior jerárquico o de los profesionales de los Servicios de Salud o de Tratamiento adscritos al departamento. Los funcionarios de vigilancia lo pondrán en conocimiento del Jefe de Servicios o del Subdirector de



Seguridad. En el informe que, a la finalización del correspondiente turno laboral firman los funcionarios, se recogerá cualquier observación, indicio o actuación relativos al presente programa que se haya producido durante el mismo.

3) En los traslados y tránsitos entre establecimientos

La condición de inclusión en PPS figurará de forma clara y visible en la portada del expediente, en la historia clínica y en la documentación sanitaria de traslados (Hoja resumen de conducción, Mod. San.23) de los internos que tengan que ser trasladados; el personal implicado en dicha intervención extremará su atención durante la misma y advertirá de tal circunstancia a la fuerza conductora.

4) Situaciones especiales de riesgo

Aunque el conocimiento que otorga la experiencia penitenciaria suele orientar y aconsejar a los profesionales un plus de atención en determinados momentos de la vida de los internos, en función de cambios que inciden en su situación de internamiento, resulta práctico distinguir algunos con carácter general.

5) Periodos con menor presencia de profesionales

Especial consideración merece la detección de posibles situaciones de crisis en periodos de tiempo en los que no pueda llevarse a cabo la adecuada evaluación – fines de semana o periodos de ausencia de los correspondientes profesionales-. En estos casos, la detección determinará la inmediata evaluación por el Médico de guardia y la adopción cautelar, en su caso, de medidas provisionales de prevención de suicidio, hasta que se produzca la correspondiente evaluación, que eleve o no a definitiva la programación cautelar adoptada.

6) Limitaciones regimentales:

Recibida petición de un interno de acogimiento a limitaciones regimentales, se procederá a su examen por el Médico y Psicólogo, quienes emitirán un informe sobre si el interno está sometido a situaciones de riesgo de suicidio, procediéndose en su caso a adoptar las mismas medidas que para cualquier otro interno respecto del protocolo de prevención de suicidios recogido en la presente Instrucción. El director deberá tener conocimiento de dicha información, así como de posibles inclusiones previas en PPS, a la hora de decidir sobre la aplicación o no del artículo 75.2 del RP. En todo caso, con independencia de la aplicación del protocolo de prevención de suicidios, se procederá por el Educador a entrevistar al interno acogido a las limitaciones regimentales del artículo 75.2 Reglamento Penitenciario, al menos una vez a la semana, y a ser examinado por el Médico y el Psicólogo del Establecimiento, conforme a sus consultas programadas y, en todo caso, al menos una vez al mes. c. Situaciones de aislamiento: La situación de aislamiento del interno - bien por aplicación de los artículos 10 ó 43 de la LOGP o en virtud de las previsiones de los artículos 72 y 75 del Reglamento-, se llevará a efecto siempre con informe del médico del establecimiento.

7) Situaciones familiares o afectivas graves:

La incidencia que determinados acontecimientos puedan tener en los internos determina la necesidad de establecer medidas de detección en situaciones de conflictos familiares o afectivos graves o en la situación socioeconómica del recluso o sus familiares que pueda afectarle. Los funcionarios de servicio en el departamento de Comunicaciones pondrán en conocimiento del Jefe



de Servicios, para su traslado al Subdirector de Tratamiento o al mando de incidencias, si la gravedad de lo ocurrido lo aconseja, cualquier hecho o noticia recibida por los internos durante las comunicaciones y relacionadas con su situación sociofamiliar de las que hayan tenido conocimiento, directa o indirectamente, durante el servicio y que pudieran ser relevantes a los efectos de este programa. El Subdirector de Tratamiento requerirá del Trabajador Social que corresponda la valoración de lo ocurrido y su incidencia en el interno. De igual forma, si cualquier miembro del Equipo Técnico, en especial el Trabajador Social o Educador, tuviera conocimiento de conflictos familiares o afectivos lo pondrá en conocimiento del Subdirector de Tratamiento a los mismos efectos.

8) La repercusión mediática de su ingreso en prisión, delito, condena o cualquier otra vicisitud penitenciaria

La aparición en los medios de comunicación de cualquier circunstancia que pueda determinar su estigmatización en prisión o en su futura vida en libertad. f. Modificación de la situación de cumplimiento: Será objeto de especial atención cualquier modificación en la situación de los internos tanto procesal-penal (comunicaciones con agentes judiciales o abogado) como penitenciaria (regresiones de grado de tratamiento, no autorización de permisos de salida, denegación de libertad condicional, resolución de expulsión para internos extranjeros), las cuales pueden ser vivenciadas de forma negativa. A estos efectos la detección de la situación de riesgo, la observación y el seguimiento serán tomadas en especial consideración por el Jurista y Educador, quienes prestarán atención y asesoramiento al interno, en el ámbito de sus respectivas competencias.

9) Próxima excarcelación:

Asimismo se valorará la proximidad de la excarcelación como situación de riesgo, incluidas las excarcelaciones temporales o parciales, como los permisos o el régimen abierto. La perspectiva de reencuentro con un escenario que pudo haber sido hostil en el pasado o que puede haber cambiado drásticamente en el presente, puede significar una situación traumática para el interno. El Trabajador Social tendrá en cuenta las dificultades de reinserción social, familiar y laboral a los efectos de este programa.

10) La enfermedad mental

Es uno de los principales factores de riesgo de la conducta suicida, especialmente la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los cuadros depresivos graves. Por ello resulta importante mantener clínicamente controlados a estos pacientes e incluir a todos ellos en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM), lo que mejora notablemente su control y seguimiento.

11) Abuso crónico de sustancias:

Según datos de la OMS el abuso de alcohol es un trastorno frecuente en los casos de suicidio, especialmente si se encuentra asociado con otros problemas de salud mental, deterioro físico o desarraigo social. Los intentos de suicidio suelen ocurrir tras un largo periodo de consumo crónico, (si bien esta situación viene siendo cada vez más frecuente en jóvenes) y en un 75% presentan recidiva. La dependencia a otras sustancias sigue patrones similares, siendo de especial consideración el aumento del riesgo ante reiterados fracasos en un tratamiento de deshabituación y la posible conducta instrumental al objeto de conseguir un tratamiento farmacológico. Este último



supuesto es relevante teniendo en cuenta los altos niveles de impulsividad presentes y por ello, una pobre valoración de las consecuencias.

12)Tipología delictiva:

Imputación o comisión de delitos de violencia de género, en el ámbito familiar, contra las personas o contra la libertad o indemnidad sexual.

13)Momentos de descenso de actividades:

Durante determinados periodos del año, coincidiendo principalmente con épocas vacacionales, se produce una disminución en la oferta de actividades. La falta de ocupación puede afectar notablemente al estado de ánimo de los internos. Conviene por ello disponer en los centros de actividades alternativas para estos momentos, poniendo además especial énfasis en la observación de los internos, sobre todo en aquellos lugares, como el módulo, en los que habitualmente permanecían durante menos tiempo al día.

14)Intentos de suicidio previos y conductas autolesivas:

La conducta autolesiva previa no manipulativa y, en general, los antecedentes de intento de suicidio son claros factores de riesgo de la conducta suicida, según la OMS. Igualmente debe de prestarse atención a la existencia de suicidios o tentativas en los antecedentes familiares.

• **Señales y momentos de riesgo**

- Mutismo y no comunicación
- Llanto
- Soledad y deseo de estar solo
- Ingesta de fármacos descontrolada
- Alusiones al suicidio como posibilidad de liberación
- Pérdida del apetito
- Abandono de actividades que antes eran reforzantes

Perfil del interno con riesgo de suicidio:

El suicidio se puede explicar como un *modelo de vulnerabilidad al estrés*, según el cual determinadas características o déficits del sujeto y/o su entorno hacen que las personas sean más vulnerables al estrés, menos capaces de afrontarlo y más proclives a sufrir sus consecuencias.

El *estrés* se puede definir como una descompensación entre las demandas que la situación exige (o el sujeto cree que existe) y la capacidad percibida o real del sujeto para hacer frente a esas exigencias.



Para identificar un **perfil** que nos indique que estamos ante una persona con alto riesgo de suicidio debemos tener en cuenta **unas señales** en el comportamiento o historia pasada del individuo:

- **Comportamiento retraído, inhabilidad para relacionarse con las personas del contexto en el que se encuentran.**
- **Enfermedad psíquica**
- **Alcoholismo**
- **Ansiedad o pánico**
- **Cambio en la personalidad, mostrando irritabilidad, pesimismo, depresión o apatía.**
- **Cambio en los hábitos alimenticios o del sueño**
- **Intento de suicidio anterior**
- **Odio por sí mismo, sintiéndose culpable, falta de valor o avergonzado**
- **Una pérdida importante reciente (muerte, divorcio, separación,)**
- **Historia familiar de suicidio**
- **Deseo súbito de arreglar sus asuntos personales, escribir un testamento, regalar pertenencias.**
- **Sentimientos de soledad, impotencia y desesperanza**
- **Notas de suicidio**
- **Salud física deficiente**
- **Mención repetitiva de muerte o suicidio.**

MITOS Y REALIDADES SOBRE EL SUICIDIO EN PRISION (Anexo I 14/05) *Aunque esté derogada siguen siendo útiles los anexos.

- **Mito:** Los internos que hacen manifestaciones o amenazas sobre el suicidio no se suicidan.
- **Hecho:** La mayoría de los internos que se suicidan han hecho bien directa o indirectamente manifestaciones sobre sus intenciones suicidas
-
- **Mito:** El suicidio sucede de repente y sin aviso.
- **Hecho:** La mayoría de los actos suicidas suponen una estrategia cognitiva elaborada para hacer frente a diferentes problemas personales.
-
- **Mito:** Los internos que intentaron suicidarse fueron porque perdieron el control en un momento determinado pero no volverá a ocurrir.
- **Hecho:** Un interno con un historial de uno o más intentos de suicidio está en un riesgo más elevado que aquellos internos que nunca lo intentaron.
-
- **Mito:** El interno suicida ha decidido morir.



-
- Hecho: La mayoría de los suicidas tienen sentimientos confusos sobre el suicidio, tienen sentimientos ambiguos sobre vivir o no, no tienen claro la necesidad de morir y la mayoría desea ser “rescatado”.
-
- **Mito:** Preguntar al interno e indagar sobre sus pensamientos o conductas suicidas puede provocar que se quiten la vida.
- Hecho: No se incita al interno al suicidio cuando se le muestra interés por su vida hablando sobre la posibilidad de suicidio.
-
- **Mito:** Todos los internos suicidas están mentalmente trastornados.
- Hecho: Aunque la persona suicida se siente extremadamente desgraciada, no está necesariamente trastornado.
-
- **Mito:** Los internos potencialmente suicidas pueden ser fácilmente diferenciados de aquellos que se autolesionan con fines manipulativos .
- Hecho: La calificación de intención manipulativa en una autolesión no resulta útil a la hora de distinguir los intentos más letales de los menos letales.
-
- **Mito:** Si alguien se quiere suicidar verdaderamente, no hay nada que podamos hacer en realidad.
- Hecho: Con una buena preparación y un buen programa casi todos los suicidios penitenciarios se pueden evitar.

4. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

Una adecuada evaluación es imprescindible para poder detectar de forma temprana el riesgo suicida o autolítico. Más allá de los cuestionarios que se pueden emplear la entrevista sigue siendo la herramienta por excelencia para detectar este tipo de ideación. A continuación se expone un guión de entrevista así como ciertos instrumentos.

Entrevista. ASPECTOS A EVALUAR:

1 El problema vivido por el interno suicida:

Escuchar su relato sobre sus dificultades (enfermedad, problema relacional, etc.) que le ha llevado bajo su perspectiva a buscar la solución en el suicidio.

2 Las actitudes suicidas del interno:



2.1.- Su ideación y finalidad suicida:

*¿Piensas mucho en el suicidio? ¿Qué pretendes o buscas con ello?
¿Estas convencido/a de que es la única solución?"*

2.2.- Su planificación suicida:

*¿Cómo y cuándo piensas llevar a cabo el suicidio?
¿Se lo has dicho o se lo dirás a alguien antes?
¿Dejarás o has dejado alguna nota?
¿Has pensado en que alguien te rescate en el último momento?*

2.3.- Consecuencias:

*¿Cómo crees que afectará esto a tus seres queridos?
¿Has pensado o intentado en otras soluciones?. Háblame de esto.*

3 Presencia de psicopatología:

1. Preguntar por antecedentes personales y familiares de suicidio y otros trastornos mentales.
2. Valorar si el interno presenta en la actualidad trastorno mental, especialmente psicosis, depresión, abuso de tóxicos o alcohol.
3. Valorar si el interno presenta alguna enfermedad terminal, incapacitante o dolores crónicos.

4 Apoyo sociofamiliar:

1. Si tiene apoyo y de que tipo (apoyo real y percibido).
2. Si ese apoyo está presente o no en el momento de la entrevista.
3. Si tendrá apoyo en el momento de la excarcelación.

ERRORES FRECUENTES EN LA EVALUACIÓN:

- 1 No preguntar al interno sobre sus intenciones y pensamientos suicidas para evitar la ansiedad del entrevistador.
- 2 Adoptar una actitud distante, crítica y moralizadora.
- 3 No dar importancia al intento de suicidio, en especial cuando el interno ha avisado previamente de ello.
- 4 Descalificar o criticar las intenciones o acciones manipulativas.
- 5 Realizar promesas de solución de conducta suicida a corto plazo.
- 6 Dejarse influir por el pesimismo del suicida y ver como única salida el suicidio.

ACTITUD TERAPÉUTICA:

Utilizar de manera progresiva 3 estrategias psicológicas básicas:

a Fase inicial:

- *Escucha empática*: animar al interno a expresar sus ideas y sentimientos con una actitud de escucha no-crítica.

b Fase intermedia:



- *Análisis del problema y propuesta de alternativas*: proponer y analizar con el interno las dimensiones del problema y plantear posibles alternativas al mismo, recabando su opinión.

c Fase final:

- *Compromiso con el interno*: acordar con el interno la intervención o la actuación oportuna y el acuerdo de encuentros sucesivos.

CUESTIONARIOS:

1)DETECCIÓN DE SITUACION DE CRISIS

Interno: NIS:

Fecha : Hora: Entrevistador/a:

VARIABLES SI NO

1. Ingreso reciente (menos de 7 días)
2. Tipología delictiva grave contra las personas
3. Sintomatología depresiva (disforia, agitación, ideas suicidas inespecíficas, sentimientos de culpa, alteración del apetito o del sueño)
4. Ideación suicida o planes de suicidio en la actualidad.
5. Intentos previos de suicidio (últimos 3 meses)
6. Variables de personalidad: impulsividad, vulnerabilidad, indefensión, recursos personales deficitarios.
7. Trastorno mental actual
8. Problemática tóxico-alcohólica presente
9. Diagnóstico reciente enfermedad grave (últimos 3 meses) o estado avanzado
10. Ausencia o pérdida de apoyo exterior
11. Pérdidas familiares recientes
12. Aplicación de limitaciones regimentales
13. Modificación de la situación de cumplimiento. Próxima excarcelación. Próxima expulsión.
14. Repercusión mediática del ingreso en prisión o del delito
15. ¿Se estima simulación o disimulación de los síntomas?

2)Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

Autores A. T. Beck, M. Kovacs, A. Weissman.

Referencia *Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation.* J Consult Clin Psychol 1979; 47: 343-352.

Evalúa La gravedad de la ideación suicida.

N.º de ítems 19.

Administración Heteroaplicada.

DESCRIPCIÓN

- La SSI es una escala diseñada para evaluar los pensamientos suicidas
- La escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el



deseo y la presencia de «frenos»(disuasores).

Se trata de una escala semiestructurada que consta de 19 ítems, que se valoran en una escala

de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).

Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados:

o Actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5).

o Características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11).

o Características del intento planeado (ítems 12 a 15).

o Actualización de la tentativa (ítems 16 a 19).

Es un instrumento heteroaplicado

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 38.

No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad

3) ESCALA SAD PERSONS

(Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983). Evaluation of suicidal patients. Psychosomatics).

La Escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio tiene que ser heteroaplicada.

Los ítems tienen que ser cumplimentados por el profesional durante una entrevista semiestructurada.

Instrucciones: Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del sujeto.

SI NO

S: Sexo masculino.

A: Edad (Age) < 20 o >45 años.

D: Depresión.

P: Tentativa suicida previa.

E: Abuso de alcohol.

R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).

S: Carencia de apoyo social.

O: Plan organizado de suicidio.

N. No pareja o cónyuge.

S: Enfermedad somática.

Puntuación

Valoración

Se puntúa su ausencia o su presencia. Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

De 3 a 4.: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.

De 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

En cualquier caso, ante una situación de duda es aconsejable una evaluación psiquiátrica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de ideación suicida.



4) Escala de desesperanza de Beck. Es una escala breve que consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta (verdadero o falso) y su aplicación tarda entre 5 a 10 min aproximadamente. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto y los que no, con 0 puntos, siendo el puntaje máximo de 20 puntos. Beck y Steer, han propuesto para su interpretación la siguiente escala de puntajes: 0-3: rango normal o asintomático; 4-8: Leve; 9-14, Moderado; y 15-20: Severo. Se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida. Para este estudio se adaptó la versión española, la que ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios previos realizados en Latinoamérica.

5) Escala de riesgo suicida de Plutchik (RS). Es una escala tipo Likert diseñada por Plutchik (Plutchik & van Praag, 1989), que busca diferenciar las personas que presentan algún riesgo de presentar un intento de suicidio de los que no. La escala se compone de 15 ítems cuyas opciones de respuesta son de Si o No, cada respuesta afirmativa suma un punto, para un total de 15; a mayor puntaje mayor es el riesgo suicida. La prueba presenta una consistencia de interna de .90, fiabilidad tes-retest de .89, sensibilidad y especificidad de 88% para un punto de corte en 6 (Rubio et al., 1998).

6) La Escala de Impulsividad de Plutchik (EI). Es una escala diseñada originalmente por Plutchik & Van Praag (1989), validada al español por Rubio et al., (1999). Es una escala tipo likert diseñada para evaluar la impulsividad relacionada con la agresividad y la conducta suicida. Se compone de 15 ítems con una escala de respuesta que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los ítems 4, 6, 11 y 15 se puntúan en sentido inverso, con una puntuación que va de 0 a 45 puntos, se considera el punto de corte a partir de 20 puntos en la adaptación española, con una sensibilidad del 60% y una especificidad del 74%. La consistencia interna de la escala de acuerdo al coeficiente de fiabilidad alpha de Cronbach fue .90 y la fiabilidad test-retest por el coeficiente de Correlación de Pearson fue de .91 (Rubio et al, 1999). Ha sido validada en población de habla Hispana en Salvador y México (Alcázar, Bouso, & Verdejo, 2015). Para este estudio se realizó un análisis de fiabilidad con alpha de Cronbach evidenciando un coeficiente de .79.

FACTORES	RIESGO LEVE	RIESGO MODERADO	RIESGO SEVERO	RIESGO EXTREMO
IDEAS SUICIDAS	Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan. Sin intento suicida.	Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.
INTENCIÓN SUICIDA	No hay.	No hay.	Indicadores indirectos.	Indicadores directos.
SÍNTOMAS	Leves.	Moderados.	Severos.	Severos.
CONTROL DE IMPULSOS	Buen autocontrol.	Buen autocontrol.	Autocontrol deteriorado.	Autocontrol deteriorado.
DESESPERANZA	Leve.	Moderada.	Severa.	Severa.
CONTEXTO	Medio protector confiable.	Medio protector confiable.	Medio protector inseguro.	Medio protector ausente.

5. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS



El programa PPS se fundamenta en la **intervención inmediata** y coordinada de todos los profesionales del centro penitenciario para adoptar las medidas necesarias. A esta inmediatez de respuesta, con la toma de medidas provisionales, debe seguir con agilidad, prontitud y eficacia la intervención del Psicólogo y del Médico.

Las medidas que se plantean se dividen en:

1 MEDIDAS PREVENTIVAS

- Con carácter general los ingresos estarán en celda compartida evitando situaciones de aislamiento.
- Con carácter general los tránsitos estarán en celda compartida evitando situaciones de aislamiento, especialmente si entran dentro de las situaciones de riesgo.
- En el Departamento de Ingresos y Tránsitos se evitarán los tiempos de permanencia en situación de aislamiento.
- Facilitar las llamadas a las familias.

2 MEDIDAS PROVISIONALES URGENTES

- Derivación urgente al Hospital de referencia en caso de urgencia psiquiátrica.
- Tratamiento médico directamente observado.
- Inmovilización terapéutica acompañada de observación.
- Asignación urgente de interno de apoyo.
- Retirada de material de riesgo.
- Vigilancia especial por funcionarios.

3 MEDIDAS PROGRAMADAS

- Seguimiento por los Servicios Médicos:
 - Consulta médica programada.
 - Derivación para valoración por especialista en psiquiatría.
 - Ingreso en enfermería para observación y tratamiento médico.
- Seguimiento por los Servicios de Tratamiento:
 - Consulta psicológica programada.
 - Seguimiento directo por su Educador.
 - Valoración por el Trabajador Social.
- Régimen de vida (con carácter general en su departamento)
 - Acompañamiento continuo (24 horas) por interno de apoyo.
 - Acompañamiento por interno de apoyo en horas de cierre y actividades no comunitarias.
 - Favorecer comunicaciones con la familia y medio social.
- Potenciar participación en actividades:
 - Ocupacionales, deportivas, de tiempo libre.
 - Remuneradas.



- Otras (especificar):

4 MEDIDAS ESPECIALES

- Vigilancia especial por los funcionarios.
- Retirada de material de riesgo.
- Ubicación en celda especial de observación (si se dispone)
- Seguimiento de incidencias en las comunicaciones
- Otras (especificar):

INTERVENCIÓN EN CRISIS.

Implica el uso a corto plazo de habilidades y estrategias específicas para ayudar a las personas que sufren algún tipo de crisis a superar la confusión que provocan las situaciones o sucesos de emergencia. Se caracteriza por ser: breve, directiva y activa. Requiere tener habilidades de comunicación para establecer una relación y para definir y entender el problema.

Características de una crisis

- Rompe el equilibrio emocional.
- Afecta fisiológicamente al sujeto.
- Es un acontecimiento inesperado, puntual, no predecible.
- Se intensifican las reacciones.
- Pérdida de control y dominio.
- Asociado al estrés (expresión de síntomas fisiológicos).

Un estado de crisis se caracteriza por la *incapacidad de la persona para manejar una situación* particular, usando los métodos más frecuentes de resolución de problemas y por la tendencia hacia un resultado negativo.

Las crisis suicidas tienen una duración variable, de horas o días, y la resolución puede ser el crecimiento personal con una mejor adaptación para vivir o la resolución con un funcionamiento anómalo que incrementa las probabilidades de llevar a cabo un acto suicida.

Intervención: proceso y habilidades

- Es importante como se afronta las situaciones porque influye en crisis posteriores.
- Intentar mejorar la interpretación que hace la víctima del suceso.
- Atención dirigida a reducir la tensión y resolución del problema.
- Identificar y evaluar la fuente de estrés, y de significado.
- Se orienta hacia la realidad y se centra en la aclaración de las cogniciones y percepciones, en la confrontación de la negación y las distorsiones y en la facilitación de apoyo emocional.
- Aumentar la red de apoyo social.

****HABILIDADES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS.**

- Centrarse en la solución y no en el problema.
- Mantener la calma. Transmitir seguridad.
- Escucha activa.
- Buscar apoyo externo.
- Hacer preguntas como:
¿Qué cambios han aparecido recientemente en su vida, especialmente en los últimos días?



¿Ha tenido alguna dificultad en particular con alguna persona importante, como un miembro de su familia o algún amigo?

¿Qué tipo de cosas ha intentado hacer ya para resolver el problema?

¿Ha experimentado este tipo de emociones en alguna otra ocasión? ¿Qué hizo?

¿Qué es lo que cree que tendría que pasar para que pudiera superar esto?

¿Qué personas cree que podrían ayudarle más en estos momentos?

****Los internos de apoyo pueden ser testigos de un intento autolesivo. Ante esa situación los pasos a seguir son:**

- **Avisar inmediatamente al funcionario que se encuentre de servicio en ese momento.**
- **Mientras lleguen las personas indicadas tratará de mantener la calma.**
- **Intentar inspirar confianza en el paciente, siendo firme en su actitud pero sin faltarle el respeto.**
- **Intentar distraer al sujeto de sus ideas suicidas así como de todo objeto peligroso para el sujeto y para el mismo.**
- **En situaciones de crisis se deben evitar objetos con los que el sujeto pueda dañarse o dañar a otros; y controlar la irritabilidad con actitudes de desactivación de la tensión.**
- **Derivación al especialista en todo caso que exista sintomatología psicótica, ansiosa o de reiteración del autolesivismo.**
- **Mostrar respeto en el trato directo con estos pacientes no asegura reciprocidad, pero es la forma de salvaguardar su dignidad como personas.**
- **Ser afable pero asertivo, no prometer nada que no se pueda cumplir.**
- **Centrarse en problemas inmediatos del día a día y dar ideas para resolverlos de forma razonada evitando el paso al acto. Identificar las quejas e individualizarlas y aportar soluciones razonadas.**
- **Aclarar de manera suficiente aspectos de la normativa que cuestiona el interno, mostrando seguridad y firmeza.**
- **Canalizar esfuerzos por las vías reglamentarias y adecuadas (p.ej. orientar a realizar quejas por escrito en lugar de protestas agresivas).**
- **Estimular siempre la autoestima del sujeto, reforzando el comportamiento adecuado.**
- **Evitar la responsabilización personalizada y la implicación emocional en los problemas del interno, actuando siempre como interno de apoyo (no como colega de patio).**
- **Explicar claramente los límites de lo permitido, respecto a reglas de comportamiento, beneficios, derechos y deberes.**
- **Mostrarse en todo momento calmado y objetivo.**
- **No es aconsejable explicar al interno abiertamente que es un enfermo mental, es más adecuado hablar de dificultades de adaptación o rasgos de personalidad difíciles.**



- **En casos de actitudes manipulativas ayuda más a la resolución de la crisis un comportamiento afectivamente neutro y de respeto, centrado en aspectos puramente profesionales.**
- **Tono y volumen de voz sereno y pausado, que no denote agresividad ni ansiedad; mantener contacto visual; ofrecimiento de ayuda; dejar hablar al interno.**
- **Amablemente pero con firmeza se deben poner límites a demandas o actitudes inadecuadas -no tolerar amenazas ni insultos- y si no se aceptan esos límites dar por terminada la conversación.**

TÉCNICAS DE AUTOCONTROL.

1 LA DISTRACCIÓN.

La técnica de la distracción, que nos servirá para apartar de nuestra cabeza los pensamientos que nos hacen enfadarnos más o empeorar nuestro estado de ánimo. Algunos ejercicios que pueden hacer para distraerse son: hacer ejercicio, escuchar música, contar en orden descendiente desde el número 100 de 3 en 3, describir con todo detalle un objeto que estéis viendo, etc.

2 AUTOINSTRUCCIONES.

Las autoinstrucciones son frases positivas que nos damos a nosotros mismos para calmar nuestra ira. Para que las frases que den sean eficaces tienen que ser concretas y breves como por ejemplo: ¡Tranquilízate! ¿Qué cosas se os ocurren que os podéis decir en estos *momentos de ira*? ”.

3 LA RESPIRACIÓN.

TIPOS DE RESPIRACIÓN Y SUS EFECTOS

Cuando las personas experimentamos estrés o tensión, tendemos a respirar de manera rápida y superficial. Si esta forma de respirar se prolonga en el tiempo comienzan a aparecer sensaciones físicas molestas (sensación de dificultad para respirar, palpitaciones, dolor o malestar en el pecho, mareo, sudoración, temblor,...). Sin embargo, cuando nos sentimos más relajados nuestra respiración es más lenta y profunda.

Con frecuencia, las personas respiran únicamente ensanchando o subiendo el pecho (respiración torácica) e incluso, cuando estamos más tensos, levantando solo un poco los hombros (respiración clavicular). En este tipo de respiraciones, no se llenan completamente los pulmones y la respiración es insuficiente e inadecuada. En cambio, la respiración diafragmática o abdominal, permite llenar más completamente nuestros pulmones permitiendo una mayor entrada de oxígeno y expulsión del dióxido de carbono.

El diafragma es un músculo en forma de bóveda que se encuentra en la base de los pulmones y separa el tórax del abdomen. Cuando respiramos profundamente, el diafragma se aplana y baja, hinchándose un poco nuestro abdomen. Al espirar, el diafragma vuelve a su posición inicial.

La respiración diafragmática lenta es una técnica de control de la ansiedad muy utilizada y que se puede aprender fácilmente. Para ello se requiere práctica frecuente. Con la práctica se consigue una mejor realización, un aumento de la capacidad pulmonar y un mejor control emocional, reduciendo los estados de estrés y ansiedad y aumentando el bienestar



****ETAPAS Y PROCESO DE INTERVENCIÓN.**

1 Inicio:

- Evaluar reacciones cognitivas, afectivas y conductuales que ha provocado el incidente.
- Evaluar el impacto de su significado en la víctima.
- Explorar redes de apoyo social.
- Facilitar expresión de emociones.

2 Definición del problema. Evaluación de la crisis:

- Evaluar las variables más importantes del entorno de la persona.
- Evaluar los recursos personales de la víctima.
- Determinar los acontecimientos precipitantes que han provocado la crisis (especialmente las últimas 24 horas).
- Determinar el motivo por el que la persona ha buscado ayuda en esos momentos.
- Determinar las estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas que la víctima ha intentado poner en práctica para enfrentarse a la crisis.
- Evaluar y clasificar la crisis.

3 Exploración de la situación como de las reacciones.

Analizar los elementos externos e internos de esa situación, tener en cuenta las emociones, las conductas y los pensamientos de uno mismo y de lo que puedan estar experimentando los demás. Ser empático.

4 Estrategias de intervención.

Llevar a la práctica la técnica de solución de problemas, analizando las alternativas posibles para la solución, valorando las ventajas e inconvenientes de cada una. Eligiendo la mejor opción para aplicarla.

5 Evaluación de resultados.

Analizar la aplicación de la opción elegida, las consecuencias que ha generado a nivel individual (conducta, pensamiento y emociones) y a nivel situación.

6 Seguimiento.

Comprobar si la opción que se eligió resolvió la crisis

-Entrenamiento en técnicas de autocontrol (la respiración o de distracción).

Para comenzar esta actividad, se pide a los participantes que expliquen lo que entienden por técnicas de autocontrol. Se fomentará una lluvia de ideas, con la que se intentará que ellos mismos sean los que proporcionen las distintas técnicas de autocontrol que utilizan en su día a día. Los terapeutas apuntarán en la pizarra las distintas técnicas aludidas.

Posteriormente se empieza a enumerar las distintas técnicas que se van a aprender y practicar a lo largo de la sesión. Una vez que están todas apuntadas en la pizarra, se pasará a explicar la primera técnica. Es importante que tras la explicación de cada una de las técnicas, se analicen las consecuencias positivas y negativas del uso de la misma, para que los participantes adquieran conciencia de su utilidad.

En primer lugar se continúa explicando **la distracción**. La técnica de la distracción, que nos servirá para apartar de nuestra cabeza los pensamientos que nos hacen enfadarnos más o empeorar nuestro estado de ánimo. Algunos ejercicios que pueden hacer para distraerse son: hacer ejercicio, escuchar música, contar en orden descendiente desde el número 100 de 3 en 3, describir con todo



detalle un objeto que estéis viendo, etc. Posteriormente los integrantes del grupo analizarán las consecuencias positivas y negativas derivadas del uso de esta técnica.

Seguidamente los terapeutas se explicarán **las autoinstrucciones**. Las autoinstrucciones son frases positivas que nos damos a nosotros mismos para calmar nuestra ira. Para que las frases que den sean eficaces tienen que ser concretas y breves como por ejemplo: ¡Tranquilízate! ¿Qué cosas se os ocurren que os podéis decir en estos *momentos de ira*?”. Los participantes irán poniendo ejemplos y los terapeutas los apuntarán en la pizarra. A continuación, se les pide que analicen las consecuencias del uso de las autoinstrucciones.

Posteriormente se explicará **la relajación**. Puesto que la relajación muscular progresiva es más costosa de realizar, los terapeutas utilizarán la **respiración profunda**. Para ello se dirá: *“Ahora, la técnica que vamos a practicar es una técnica de relajación, que os va a ayudar a disminuir la ira. Existen distintas técnicas de relajación, pero hoy vamos a practicar la respiración profunda, que os va a reducir la tensión muscular, el ritmo cardíaco, etc. Puesto que estas sensaciones fisiológicas son contrarias a las de la ira, os van a ayudar a reducirla. Poneos cómodos en las sillas, colocaos una mano en el abdomen y otra en el tórax y cerrad los ojos. Muy bien, ahora respirar despacio y daos cuenta de cómo es vuestra respiración. Lo que vamos a hacer a continuación es intentar respirar haciendo que se eleve primero la mano que tenemos colocada en el abdomen y después la del tórax, todo ello de forma pausada y tranquila. Inspiramos despacio y expiramos. Cada vez te vas sintiendo más y más tranquilo. Inspiramos despacio observando cómo se hincha el abdomen y después el tórax. Muy bien, cada vez estás más tranquilo y sosegado (Esto se realiza varias veces). Ahora vamos a abrir los ojos lentamente, y me vais a explicar cómo os habéis sentido”*. Una vez que todos dan su opinión, también se analiza el uso que pueden dar a la técnica aprendida y las consecuencias del mismo.

6. CONTENIDOS BÁSICOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

En primer lugar, **la cultura y cooperación del personal parecen ser decisivas para la implementación exitosa de los programas de prevención del suicidio en las prisiones**. Las mejores prácticas para prevenir los suicidios en escenarios de cárceles y prisiones están basadas en el desarrollo y documentación de un plan integral de prevención del suicidio con los siguientes elementos:

- **Un programa de capacitación (incluyendo actualizaciones) para el personal penitenciario** y aquellos que proveen asistencia médica con el fin de ayudarlos a reconocer a los reclusos suicidas y responder apropiadamente a los reclusos en crisis suicidas.
- Se necesita prestar atención al ambiente general de la prisión (niveles de actividad, seguridad, cultura y relaciones entre el personal y los presos). En particular, la calidad del **clima social** de los presos es crucial para la minimización de las conductas suicidas.

Aunque las prisiones nunca pueden ser ambientes libres de estrés, los administradores de las prisiones deben promulgar estrategias efectivas para minimizar la intimidación y otros tipos de violencia en sus instituciones, y para maximizar las relaciones favorables entre los presos y el personal. La calidad de las relaciones entre el personal y los presos es crucial para la reducción de los niveles de estrés en los presos y para maximizar la probabilidad de que los presos confíen lo



suficiente en el personal como para decirles cuándo sus recursos para hacer frente a los problemas se están agotando, así como para hablarles sobre sus sentimientos de desesperanza e ideas suicidas.

- Procedimientos para **evaluar sistemáticamente a los reclusos a su llegada** al establecimiento y durante toda su estadía con el fin de identificar a aquellos que puedan estar en alto riesgo.
- Un mecanismo para **mantener la comunicación entre los miembros del personal** en relación con los reclusos de alto riesgo.
- Procedimientos escritos que describan los **requisitos mínimos** para alojar a los reclusos de alto riesgo; suministro de apoyo social, exámenes visuales de rutina y observación constante para detectar a los reclusos agudamente suicidas; y el uso apropiado de dispositivos de contención como un último recurso para controlar a los reclusos auto destructivos.
- Los reclusos con **trastornos mentales** en necesidad de tratamiento deben recibirlo (intervenciones farmacológicas o psicosociales) y deben mantenerse bajo estricta observación.
- Desarrollo de **recursos o enlaces internos suficientes** con los servicios externos de salud mental basados en la comunidad para garantizar el acceso al personal de salud mental cuando se requiera mayor evaluación y tratamiento.
- Una estrategia para **rendir información** sobre la ocurrencia de un suicidio con el fin de identificar las formas de mejorar la detección, monitoreo y manejo del suicidio en los escenarios penitenciarios.

Ejemplo de programa de intervención en IIPP:

- **Número de sesiones:** 10
- **Profesional:** psicólogo

- **Objetivos del programa:**

El curso de formación se realizará mediante sesiones semanales con una duración aproximada de 2 horas. La duración total del curso se estima de aproximadamente tres meses.

- Adquirir un conocimiento más amplio de PPS.
- Reconocer la sintomatología de los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.
- Entrenar en la escucha activa y la comunicación interpersonal.
- Aprender a discriminar situaciones de riesgo.
- Enseñarle a comunicar mensajes de esperanza.
- Colaborar con el personal penitenciario poniendo en conocimiento del mismo, incidencias de conducta.
- Aprender técnicas de actuación en situaciones de emergencia y primeros auxilios.



PARTE A: CONOCIMIENTOS BÁSICOS

Sesión 1 presentación del programa:

- Profesionales que lo imparten
- Dinámicas de presentación de los internos
- Objetivos del programa
- Normas de conducta
- Descripción del programa
- Evaluación (prueba de conocimiento sobre el suicidio)

Sesión 2 -¿Qué es un interno de apoyo?:

- Motivación y funciones del IA (importancia del IA)
- Tipos de IA
- Carga emocional de los IA: ventajas y desventajas (beneficios penitenciarios)

Sesión 3 Emociones y su relación con la conducta suicida

- Emociones básicas (emociones básicas negativas)
 - Ira
 - Tristeza
 - miedo
- Estado de ánimo (identificadores)
 - cognitivo
 - conductual
 - fisiológico
- Identificación de ideas suicidas
- Definición de conducta suicida

Sesión 4 y 5 Situaciones de vulnerabilidad en prisión para el suicidio

- Depresión y sus señales
- La enfermedad mental y el suicidio



- Patología dual
- Trastorno bipolar
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos psicóticos
- Señales y situaciones de riesgo
- Medios de ejecución

Sesión 6 Mitos sobre el suicidio

- Mitos sobre el suicidio
- Errores frecuentes

PARTE B: INTERVENCIÓN

Sesión 7 Habilidades sociales

- Escucha activa
- Empatía
- Comunicación interpersonal
- Asertividad

Sesión 8 y 9 Estrategias para abordar situaciones de crisis

- Técnicas de intervención
- Técnicas de autocontrol
- Primeros auxilios

Sesión 10 resolución de casos prácticos y cierre del programa

- Resolución de casos prácticos

*señalar para cada caso:

- 1 Variables de riesgo del caso concreto
 - 2 Actuaciones inmediatas a llevar a cabo
 - 3 Actuaciones a medio-largo plazo
- Cierre del programa



La figura del interno de apoyo

Lejos de cumplir una única función, la principal, cual es el acompañamiento del interno suicida cuenta con otros cometidos:

La principal de éstos es el **ACOMPAÑAMIENTO** de compañeros de internamiento en los que se ha valorado la existencia de riesgo suicida en mayor o menor grado. La mayor ventaja de dicha tarea es que ésta se realiza en la cotidianidad del módulo, actuando como agente de salud en el lugar dónde se encuentra el interno incluido en Programa de prevención de suicidios, ofreciendo escucha activa, contención, apoyo y comprensión, acercándolo a los profesionales que intervienen con el interno con ideación suicida. El Interno de Apoyo puede aliviar el dolor que lo inmoviliza y reforzar las posibilidades de acceder a algún bienestar, por pequeño que sea.

Dicho acompañamiento no es un todo o nada, sino que dependerá de la evaluación realizada de la situación, y que irá variando a lo largo de la ejecución del programa, siendo la retirada paulatina. Por ello se contemplan varias opciones:

- Compartir celda
- Acompañamiento, además, en todas las actividades no colectivas.
- Acompañamiento las 24 horas (Coloquialmente llamado interno de apoyo sombra).

La presencia de los Internos de Apoyo adquiere especial importancia en el Departamento de Ingresos dónde su labor de acogida no se limita a recibir e informar, sino que lo más relevante es el ofrecimiento de cuidado y ayuda, pudiendo reducir el impacto de la situación en estos primeros momentos de internamiento.

Enfrentarse al impacto psicológico de la detención y encarcelamiento, la desocialización del ingreso en prisión y el etiquetamiento social son situaciones de riesgo que precisan de una especial atención en el departamento de ingresos, que por sus características suele tener una despersonalización por ser un lugar de tránsito y estancias cortas de los internos, que genera sentimientos de culpa y soledad en quien allí lo habita transitoriamente tras ingresar.

No obstante el etiquetamiento social y el impacto del encarcelamiento no es siempre igual, porque como señala NIETO GARCÍA, varía en función de:

1) si el interno ingresa en prisión, recién cometidos los hechos delictivos, momento en el que el impacto de la actividad delictiva, del etiquetado criminal por la sociedad y/o su círculo sociofamiliar cercano se ven unidos al impacto de la entrada en un medio hostil y desconocido para él, como lo es el medio penitenciario.

El impacto penitenciario será idéntico aunque se verá minimizado el etiquetamiento criminal si la entrada en el Establecimiento Penitenciario por primera vez se produce con un margen de tiempo desde la comisión de la actividad delictiva y su imputación en la misma.

2) si el ingreso se produce para el cumplimiento de una condena tras haber permanecido en libertad provisional desde la comisión de la actividad delictiva hasta la ejecución de la condena, momento en el que el impacto del ingreso penitenciario es inevitable, si bien, el impacto de la comisión de la actividad delictiva y del etiquetado criminal probablemente sean menores, salvo en supuestos en que el condenado esperase una sentencia absolutoria para su causa.

3) si el ingreso en prisión resulta, bien como preventivo o como penado, en una segunda ocasión, tras haber ingresado una primera vez previamente en prisión provisional, decretándose por los hechos delictivos la libertad provisional y reingresando de nuevo por la misma causa en situación



de preventivo, de nuevo, o ya como penado. El impacto penitenciario en la autoestima y en el etiquetamiento criminal se verá mermado o incluso eliminado en la medida que se produjo en el primer ingreso. La autoestigmatización penitenciaria será inexistente y tan sólo perdurará en la medida que deba asumir la imposición de nuevo de la prisión provisional o la imposición de una condena criminal.

Un interno de apoyo es una persona que contribuye en las tareas de seguimiento, apoyo y atención entre iguales de aquellos internos que se encuentren dados de alta en el PPS o en situaciones de malestar emocional significativo.

Con respecto a las funciones principales encontramos:

1. **-Apoyo psicológico:** Este apoyo se desarrollará mediante la escucha activa de las problemáticas que presenten los internos incluidos en PPS.

2. **-Motivación:** Esto hace relación con la necesidad de que los internos de PPS consigan una mayor participación en las actividades, que disminuyan su aislamiento social y que sigan realizando las actividades específicas de su tratamiento.

3. **-Detección de sintomatología ansioso-depresiva:** A modo de introducción se le explicará que una de sus funciones será detectar determinados tipos de pensamientos negativos y emociones, tales como la desesperanza que caracterizan a la depresión.

4. **-Detección de situaciones de riesgo:** Se les explicará que existen determinados factores como el apoyo familiar, la cuantía de la condena, si padece un trastorno psicopatológico que incrementan el riesgo de suicidio. Por ello, es importante que sepan reconocer este tipo de situaciones para mejorar la eficacia de su labor preventiva.

5. **-Vigilancia:** Esta tarea consiste en observar al interno, tanto los aspectos verbales como no verbales. Esto nos ayudará a detectar las señales de riesgo, por tanto se podrán poner en marcha las actuaciones necesarias.

6. **-Intervención en crisis:** Esta labor supondrá la puesta en marcha de diversas técnicas de autocontrol para la prevención de intentos autolíticos y para disminuir el malestar psicológico de los internos de PPS.

Tipos de IA

El interno de apoyo (IA) prestará su colaboración en tres modalidades:

- IA que comparte celda con el recluso en PPS.
- IA que, además de compartir celda, acompaña al interno en todas las actividades que no tengan carácter colectivo.
- IA sombra (24 horas).

Los internos que deseen ser IA **deberán solicitarlo**. Tal solicitud será informada por el/la Funcionario/a encargado del módulo y el/la Educador/a. Asimismo, el candidato será entrevistado a la mayor brevedad posible por el **Psicólogo y Médico** de la Enfermería que comprobarán la idoneidad del candidato en relación a las tareas a desempeñar.



7. PLANIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO

El seguimiento adecuado de los reclusos suicidas es crucial, especialmente durante el turno nocturno (cuando hay menos personal) y en establecimientos donde el personal no siempre está asignado a un área (tales como cárceles en estaciones de policía). El nivel de monitoreo debe concordar con el nivel de riesgo. Los reclusos que son considerados suicidas activos requieren supervisión constante. Los reclusos que han levantado sospechas de suicidio en el personal, pero que no admiten ser activamente suicidas, pueden no requerir supervisión constante, pero necesitan ser observados con más frecuencia (por ejemplo, observación estrecha en intervalos escalonados de 5-15 minutos).

Sin embargo, teniendo en cuenta que un intento de suicidio por ahorcamiento puede tomar solo tres minutos para causar daño cerebral permanente y de 5 a 7 minutos para ser letal, aun las rondas a intervalos de cada 10-15 minutos podrían no ser suficientes para un recluso agudamente suicida. Se debe proporcionar supervisión ininterrumpida y contacto humano cuando se mantiene a un recluso en segregación. La consejería individual puede ser una oportunidad para la auto-expresión del recluso y una posibilidad para el monitoreo clínico.

Los presos en riesgo no deben ser dejados solos, sino que se les debe observar y proporcionar acompañamiento.

La permanencia mínima de un interno en el programa PPS será de dos semanas. Su duración máxima estará en función, lógicamente, de su evolución en el mismo. No es deseable una cronificación de la inclusión en PPS, pero se debe ser especialmente precavido para no efectuar un levantamiento prematuro de las medidas aplicadas ante una aparente modificación externa del comportamiento o la mera verbalización del interno sobre su mejoría, que podría encubrir una actitud instrumental para la elusión del programa. Se procurará, además, que no se realice el levantamiento de todas las medidas a la vez, sino éste se lleve a cabo de forma progresiva. Los Subdirectores Médico, de Tratamiento y de Seguridad, de forma conjunta, son los responsables del seguimiento de la evolución de los internos incluidos en el PPS hasta que se haya producido su baja en el mismo. A tal efecto:

- *Decidirán los profesionales concretos que deben de llevar a cabo las tareas de observación e intervención sobre los internos.*
- *Velarán para que estas actividades se realicen de forma efectiva y óptima.*
- *Valorarán los informes periódicos efectuados por los profesionales*
- *Acordarán los cambios que deban de introducirse en las medidas y estrategias seguidas.*
- *Propondrán la baja al Director en el momento que consideren oportuno.*

La observación e intervención con los internos incluidos en el PPS se llevará a cabo por los miembros del Equipo Técnico, Médico y Jefe de Servicios que acuerde el mencionado Equipo de Subdirectores; serán, normalmente, los profesionales que correspondan al interno en función de su ubicación o clasificación interior durante el programa.

Cada uno de estos profesionales realizará semanalmente un breve informe que recogerá, de forma sucinta pero concreta, los momentos de la intervención con el interno, el comportamiento observado y si procede, a su juicio, introducir algún cambio, atenuación o supresión de las medidas al interno. Harán llegar dichos informes al Subdirector de su área funcional.



A la vista de tales informes, el Equipo de Subdirectores valorará las decisiones a adoptar, revisando semanalmente con el Director todos los casos que se encuentren incluidos en el PPS y proponiéndole las bajas en el momento que consideren oportuno.

Las propuestas de baja recogerán la temporalización y forma como deberá de producirse ésta, las medidas a adoptar en un primer momento hasta que tenga lugar la 1ª revisión por la Junta de Tratamiento (entre las que se recogerá siempre el acompañamiento en celda), así como la fecha en la que se efectuará la primera revisión de la evolución del interno, que como máximo será transcurrido un mes.

Baja en el programa y posteriores revisiones:

Oído el parecer de los tres Subdirectores, el Director adoptará los acuerdos de baja en el programa que considere procedentes. En los casos de duda o disparidad de criterios, deben de primar principios de protección sobre el interno y de minoración del riesgo.

El Director del establecimiento posee en todo momento la última decisión y responsabilidad sobre la aplicación y mantenimiento del programa a cada interno concreto.

Cuando la baja en el programa conlleve un cambio en la ubicación interior, la baja en el programa se demorará al menos una semana, hasta cerciorarse de la adaptación del interno a la nueva separación interior. Se evitará igualmente efectuar la baja de forma previa a un traslado previsto de establecimiento. Las órdenes de baja se recogerán en la documentación del interno y se comunicarán a la Junta de Tratamiento que, a partir de ese momento, como órgano responsable del seguimiento del interno, adoptará directamente y hará ejecutar todas aquellas medidas que deban de adoptarse sobre quienes han causado baja en el PPS.

La **primera revisión** de los internos que han causado baja se realizará en la fecha fijada en ella, con independencia de que cualquier circunstancia sobrevenida aconseje examinar de nuevo el caso. En función de la evolución observada, la Junta de Tratamiento adaptará las medidas a incluir o mantener y fijará la cadencia de las sucesivas revisiones. Los resultados de dichos seguimientos quedarán reflejados en la carpeta del PPS, de forma que el seguimiento no se interrumpa en el supuesto de un posible traslado de establecimiento.

Obviamente, si el seguimiento de los internos que han causado baja en el PPS evidencia síntomas o circunstancias que incrementan la situación de riesgo, tal eventualidad se pondrá lo antes posible en conocimiento de Médico y Psicólogo, a través de los dos Subdirectores miembros de la Junta, con el fin de que pueda evaluarse una posible nueva aplicación del PPS.

Los antecedentes de inclusión en el PPS se valorarán y quedarán reflejados en las sucesivas decisiones que se planteen sobre el interno (revisiones de grado, propuesta de permisos, etc.). Igualmente deberán de ser contemplados y valorados en el caso de que se produzca algún incidente regimental.

