TEMA 62

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

INTRODUCCIÓN

En primer lugar, el suicidio y las conductas suicidas no son un trastorno mental ni un síntoma de ninguna «enfermedad» mental. Se trataría, entonces, de un fenómeno humano complejo, multidimensional y multifactorial, en el que participan simultáneamente realidades de diferente tipo y orden: culturales-sociales-institucionales, psico(pato)lógicas o clínicas y biológico-corporales, donde cualquier reduccionismo implica disolver la esencia misma del fenómeno.

Si bien la definición de suicidio parece relativamente clara etimológica y conceptualmente (muerte producida por uno mismo con la intención determinada de poner fin a la propia vida), el término resulta *polisémico.* De hecho, más allá del suicidio consumado, las conductas suicidas que aparecen en la clínica psicológica se presentan de forma muy diversa, responden a motivaciones distintas y requieren, por ello, de vías de intervención también diferentes.

El suicidio es una urgencia vital ubicada no solo en un *contexto biográfico* de pérdida de la salud de la persona, sino también de *debilitamiento de sus redes afectivas y sociales*. Así, en la toma de decisiones de una persona que se implica en una conducta suicida hay tres componentes básicos:

***a*)** *a nivel emocional,* un sufrimiento intenso;
***b*)** *a nivel conductual*, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente, y
***c*)** *a nivel cognitivo,* una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida.

Por ello, el suicidio no es un problema moral. Es decir, quienes intentan suicidarse no son cobardes ni valientes; solo son personas que sufren, que están desbordadas por el sufrimiento y que no tienen la más mínima esperanza en el futuro *(Bobes, Giner y Saiz, 2011).*

Sin embargo, muchas personas que llevan a cabo una conducta suicida no quieren morirse (de hecho, son muchas más las tentativas suicidas que los suicidios consumados); lo único que quieren es dejar de sufrir y, por eso, pueden estar contentos de no haber muerto una vez que el sufrimiento se ha *controlado* (Spirito y Donaldson, 1998). No obstante, Hay situaciones en que el suicidio es inevitable; la persona está firmemente convencida de su decisión y ninguna intervención puede modificar su idea.

En ocasiones el intento suicida responde a la consecución de otros objetivos: chantaje, atención, autoafirmación, culpabilizar a alguien, manipulación calculada para influir o agredir a alguien, o simplemente como modo de conseguir algo; aún así, siempre hay un

riesgo latente, incluso en los intentos manipulativos, porque pueden haber calculado mal el grado de letalidad de su método.

VARIANTES DE LA CONDUCTA SUICIDA

Las conductas suicidas se pueden manifestar de distintas formas en la clínica. A un nivel conductual, la conducta suicida puede mostrar diferentes caras:

- *El suicidio consumado.*
- *El suicidio frustrado.*
- *Las tentativas de suicidio o parasuicidios.*
- *Los equivalentes suicidas.*

Suicidio consumado

En el caso del *suicidio consumado* el sujeto consigue intencionadamente acabar con su vida. Los métodos utilizados son muy expeditivos: ahorcamiento, precipitación desde un edificio o un puente, arrojarse a las vías del tren, lanzarse a un río o al mar, pegarse un tiro o clavarse un arma blanca en una zona sensible, etcétera.

Suicidio frustrado

Por el contrario, en el caso del *suicidio frustrado,* a pesar de que el sujeto tiene una intención inequívocamente suicida y de que ha utilizado un procedimiento habitualmente letal (ahorcamiento, precipitación, arma de fuego), el suicidio no se consuma por la inexperiencia del sujeto en el manejo del método, por la rápida intervención de los servicios médicos o de la comunidad familiar o social o, simplemente, por azar (Spirito y Donaldson, 1998).

Tentativas de suicidio o parasuicidios

Mención aparte merecen las *tentativas de suicidio* o *parasuicidios*. La persona se causa deliberadamente un daño, *sin la intención aparente de quitarse la vida*, con consecuencias no-fatales, pero que pueden accidentalmente llevar a la muerte, y con el recurso a procedimientos habitualmente no letales, tales como la ingestión de fármacos o las autolesiones superficiales. El objetivo de esta conducta extrema es manipular a personas próximas y producir cambios en el entorno. Se trata de una llamada de atención con diversas finalidades: *vengarse de alguien, mostrar lo desesperado que se está, buscar ayuda, averiguar si alguien le quiere realmente, huir temporalmente de algo insoportable o mostrar lo mucho que se le quiere a una persona*. Con frecuencia el sujeto está en una posición ambivalente: desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se producen cambios significativos en ella (Blasco-Fontecilla et al., 2010).

Es importante en estos casos llevar a cabo el diagnóstico diferencial entre el suicidio frustrado y el parasuicidio. En el primer caso se realiza una planificación por adelantado, el método elegido es objetivamente muy peligroso y el sujeto se arrepiente claramente de no haber conseguido su objetivo. Así, por ejemplo, cualquier persona que planifique detenidamente su muerte o decida quitarse la vida ahorcándose, ahogándose o mediante el uso de armas de fuego o con saltos al vacío y no lo consiga, es muy probable que lo vuelva a intentar y lo logre (Tiffón, González- Fernández y Arroyo, 2009).

Equivalentes suicidas

A su vez, *los equivalentes suicidas* se refieren a conductas habituales en las que una persona se expone voluntariamente de forma regular a situaciones de riesgo o peligro extremo que escapan a su control, como la conducción temeraria de vehículos o la

implicación al límite en deportes de riesgo, o se involucra en conductas que deterioran gravemente su salud, recurriendo, por ejemplo, al consumo abusivo de alcohol o drogas.

Amenazas suicidas e ideación suicida

A un nivel cognitivo, pueden aparecer *las amenazas suicidas,* que suponen una ideación suicida específica expresada al entorno, pero en la que todavía no existen conductas encaminadas a la consecución de la muerte. Sin embargo, las amenazas, sobre todo, cuando vienen acompañadas de *un plan suicida,* pueden predecir una posible conducta suicida en un futuro cercano. Cualquier amenaza suicida debe considerarse como realizable.

Por último, **LA *IDEACIÓN SUICIDA,*** frecuentemente no expresada a otras personas por motivos de vergüenza, se refiere a pensamientos sobre el suicidio que suelen ser duraderos en el tiempo. No se trata meramente de una falta de ganas de vivir, sino de *un deseo activo persistente de poner fin a la vida que se mantiene de forma reiterada en la mente de la persona.*

En definitiva, el suicidio se mueve a lo largo de un continuo de diferente naturaleza y gravedad, que oscila desde la mera ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte, ideación suicida y amenazas) hasta la gradación conductual creciente (gestos, tentativas y suicidio consumado) (Spirito y Donaldson).

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

La muerte por suicidio sigue siendo la **primera causa externa de defunción de España**, desde hace más de una década. En 2018**,** último año del que se tienen datos oficiales procedentes del Instituto Nacional de Estadística (INE), fallecieron en nuestro país 3.539 personas por suicidio (2.619 hombres y 920 mujeres), duplicando a las muertes por accidente de tráfico. Sin embargo, las iniciativas para su prevención son escasas o nulas. Como si el problema no existiera, cuando se trata de un importante problema de salud pública, agravado en los últimos meses con la pandemia del COVID19.

A pesar que la OMS (2014) en su publicación*, "la prevención del suicidio: Un imperativo Global"* recomienda desarrollar estrategias nacionales con carácter integral focalizadas en la prevención del suicio**, en España** no existe ningún *"Plan Nacional para la Prevención del Suicidio"* a nivel estatal ni estrategia específica alguna en su *Sistema Nacional de Salud*, las experiencias se limitan a iniciativas autonómicas y, sobre todo, locales.

Por otro lado, el hecho de que no exista una estrategia nacional integral plenamente desarrollada en un país, no quiere decir ni impide acciones a nivel más focalizado (*prevención selectiva*), que muchas veces pueden contribuir al desarrollo de estrategias más globales.

A este nivel de prevención selectiva, algunas cárceles y prisiones han emprendido programas integrales para la prevención del suicidio y algunos países han establecido estándares y directrices nacionales para la prevención del suicidio en *escenarios penitenciario*s comprobando que una vez que se han implementado los programas integrales de prevención, se puede lograr reducir significativamente el número de suicidios e intentos suicidas.

Partimos de la base de que el comportamiento suicida, puede ***predecirse, intervenirse, revertirse*** y por tanto, es prevenible mediante una oportuna intervención conjunta de distintos profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, educadores, personal funcionario y de asociaciones o ongs colaboradoras, etc.).

La conducta suicida en prisión es una de las causas de muerte bajo custodia más comunes en todo el mundo, obteniendo tasas considerablemente más altas que en la población general. Las altas tasas suicidas en prisión se deben al hecho de que los internos representan una población vulnerable para el riesgo suicida ***antes del encarcelamiento*** *(vulnerabilidades importadas por el sujeto: factores demográficos, factores del entorno social y familiar y factores individuales clínicos y psicológicos del recluso)* ***y a la presencia de ciertos estresores que aumentan en el riesgo durante su estancia en prisión*** (*vulnerabilidades añadidas tras el encarcelamiento: factores judiciales y criminológicos, factores ambientales y de la calidad de vida en prisión).*

El suicidio en prisión es es un importante problema de salud pública y la reducción del número de suicidios en las prisiones se ha convertido en una prioridad de atención sanitaria internacional. Los estudios demuestran que el factor del encarcelamiento, multiplica las tasas de suicidio y constituye una causa común de muerte en prisión en todos los países.Se ha establecido por la **OMS** como una prioridad para la atención médica en las cárceles.

Para afrontar eficazmente esta problemática en las instituciones penitenciarias, ***se debe realizar una evaluación clínica del riesgo de suicidio de los reclusos***. Esta evaluación debe ser un proceso continuo y dinámico que todo el personal de *asistencia sanitaria penitenciaria* debe estar bien capacitado y listo para llevar a cabo en cualquier encuentro clínico. La detección del riesgo de suicidio es una intervención tan vital como todas las demás.

En España, para entender la responsabilidad administrativa y del personal penitenciario frente a los casos de suicidio, partimos de una obligación legal genérica que recae sobre la administración penitenciaria española**: "La obligación de velar por la vida, integridad y salud de los internos".** Se indica, además, que este deber se cumplimentará mediante *medidas de vigilancia y seguridad* dirigidas a proteger a los internos de agresiones de todo tipo por parte de otros compañeros e incluso de sí mismos (autolesiones, suicidios). En el Reglamento Penitenciario se especifica que esta medida se llevará a cabo sobre todo ***mediante la asistencia sanitaria***: *"Tendrá carácter integral* ***y estará orientada tanto a la prevención****, como a la curación y rehabilitación".*

En cuanto a la detección de posibles casos suicidas, se debe iniciar en el momento del ingreso del interno. El Reglamento Penitenciario encomienda esta tarea ***tanto al personal sanitario, como social o de tratamiento***, cumpliendo una labor que corresponde con el deber de asistencia inicial al recluso. Después de producirse el ingreso, el deber de detección de posibles conductas o características que nos indiquen riesgo suicida, ***le corresponde a todo el personal de la institución.*** El fin que se persigue es incluirlo cuanto antes en *el Programa de Prevención del Suicidio (PPS),* programa vigente en los establecimientos penitenciarios españoles, dadas las altas tasas de suicidios entre los reclusos, y que pretende ser un instrumento para la detección e intervención en los internos con riesgo**.** La presencia de factores predictores es especialmente relevante a la hora de que el profesional encargado decida incluirlo en el programa.

A continuación describiremos los programas actuales vigentes en las cárceles españolas para la detección de los reclusos con perfiles de riesgo y la prevención de la conducta suicida.

EL PROGRAMA MARCO DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS aprobado en la Instrucción 14/2005.

Este programa se realiza en todos los centros y contiene un protocolo destinado a todos los profesionales penitenciarios, tanto para detectar las situaciones personales o sociales que puedan suponer un alto riesgo de suicidio como para aplicar las medidas más adecuadas encaminadas a evitar que una conducta autolesiva se produzca. Se complementa con la figura del *"interno de apoyo".* Esta persona, que previamente ha recibido una formación especializada a través de un curso de capacitación, acompaña en su actividad diaria al interno en programa.

Este programa se fundamenta y organiza conforme a una serie de principios de ejecución lo que conlleva:

→ ***La Participación de todo el personal penitenciario en el conocimiento del recluso*** a través de la observación, la escucha activa que posibilite la comprensión, el dialogo y la intervención inmediata que facilite la adopción de las correspondientes medidas en supuestos de riesgo.

→ ***La Comunicación directa e inmediata de todo el personal penitenciario*** acerca de las posibles situaciones de riesgo que detecta, canalizada a través de cualesquiera de las áreas implicadas en la toma de decisión de la aplicación del programa de prevención de suicidios -área de vigilancia, sanitaria o de tratamiento- o directamente a través de los profesionales encargados de la evaluación directa del interno.

→ Una ***garantla de la continuidad*** en los programas de prevención de suicidios a propósito de los traslados de internos a través de comunicación directa de los Directores y soporte documental al efecto.

→ ***Unificación de la información*** en el alta, seguimiento y baja en los programas de prevención de suicidios en los subdirectores responsables de las áreas de detección e intervención: Subdirector de Tratamiento, Subdirector Médico y Subdirector de Seguridad para la oportuna decisión del Director respecto al programa de prevención de suicidios.

→ ***Trascendencia de la Orden de Dirección de alta en el programa de prevención de suicidios,*** determinando las medidas impuestas, garantizando la difusión necesaria entre el personal de Tratamiento, Sanitario y de Vigilancia, así como el refrendo documental, "libro de Registro del PPS", oficina de Gestión.

→ Por ello, aun residenciando las labores de información, propuesta o autorización en los órganos del centro penitenciario señalados, resulta necesario concluir que *en las tareas de detección de situaciones de crisis y de seguimiento de los internos incluidos en el programa o de observación sobre aquellos que han causado ya baja en el mismo deben participar todos los profesionales del centro.*

→ **Desde el Centro Directivo** y con la directa intervención de los Directores de los centros Penitenciarios ***se estimularán y completarán*** aquellos aspectos y acciones que permitan un continuo perfeccionamiento del sistema, mereciendo especial atención:

- ☞ Las acciones para la formación del personal, en detección y prevención de conductas suicidas, que se programan en el ***Centro de Estudios Penitenciarios*** *(con nueva sede en Cuenca).*
- ☞ Profundizaren una cultura de la intervención cerca de los internos, incrementando las actividades.
- ☞ Perfeccionar el sistema de coordinación de la información.
- ☞ *Intensificar la coordinación entre los profesionales de "vigilancia, tratamiento, sanidad",* que constituye una garantía para este programa marco de prevención de suicidios que incluye los tres fines principales del quehacer penitenciario: *custodia, tratamiento y asistencia sanitaria.*

- **El Programa de PPS implica la Participación de TODOS LOS PROFESIONALES del C.P**

➢ **Art 3.4 LOGP**: Deber de la administración de velar por la vida e integridad y salud de los internos. A través de :

1) **La comunicación directa e inmediata de las situaciones de riesgo** detectada (todos los profesionales en las diferentes áreas de trabajo)
2) **Garantía de la continuidad del programa** con ocasión del traslado de C.P (director y subdirecciones)
3) **Unificación de la información** en el alta, seguimiento y baja en el programa (subdirecciones)
4) Trascendencia de la orden de dirección de alta en PPS. **Difusión necesaria** en todas las áreas. Libro de registro del PPS
5) **Detección** situaciones de crisis. **Seguimiento** de los internos incluidos. **Observación** de los internos en baja (Todos los profesionales)

- **CENTRO DIRECTIVO Y CONSEJO DE DIRECCION potenciaran:**

6) **La Formación** del personal penitenciario
7) Profundizar en la **cultura de la intervención** y actividades
8) Intensificar la **coordinación entre profesionales** de vigilancia, tratamiento y sanidad.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES (PAIEM)

Como se ha comentado, los problemas de salud mental son mucho más frecuentes en la población reclusa que en la población general. De hecho, el 25 por 100 de los reclusos padecen algún trastorno mental: un 7-8 por 100 del total pueden tener una psicosis o contar con problemas graves de salud mental, especialmente trastornos severos de personalidad. Si la tasa media de esquizofrenia en la población es del 1 por 100, en las prisiones oscila entre el 5 por 100 y el 15 por 100. Asimismo, las tasas de suicidio son considerablemente más altas que en la población general. La cárcel no es, por razones obvias, el lugar más adecuado para estas personas. Ante tales necesidades psiquiátricas concretas de esta población, nace el **PAIEM.** El primer programa se crea en el 2009, pero tras un Informe de Evaluación del PAIEM, surge un nuevo programa renovado en el 2013. Su objetivo es la detección temprana de los problemas de salud mental, la rehabilitación y la adecuada derivación de los reclusos a recursos asistenciales en la comunidad, con el fin de favorecer su reinserción social.

El equipo del personal penitenciario encargado de llevar a cabo el funcionamiento de este programa debe ser **multidisciplinar**, compuesto por personal sanitario, psicólogos, educadores y trabajadores sociales.Dentro del personal sanitario se especifica que los médicos, el psiquiatra del centro y el personal de enfermería adquieren funciones dentro del programa, siendo los responsables de intervenir desde el momento de la detección del sujeto hasta su salida del centro. También se especifica que la detección de los enfermos con problemas de salud mental se debe realizar en el ingreso o durante su estancia, siendo cualquier profesional del centro óptimo para detectar el posible diagnóstico.

Si presentar un diagnóstico psicopatológico es uno de los predictores más potentes para detectar el perfil de riesgo suicida, es importante analizar el funcionamiento de este programa. ***Detectar un problema de salud mental grave a tiempo en un recluso para comenzar el tratamiento adecuado que lo estabilice puede prevenir sin duda una futura conducta suicida a tiempo.***

El Programa PAIEM Se articula en tres líneas de actuación: la **detección** del caso y su **atención** clínica, el programa de **rehabilitación i**ndividualizado y la **incorporación** social. **El objetivo** es facilitar un entorno adaptado normativa y terapéuticamente para conseguir en la medida de lo posible en la recuperación de las capacidades personales.
Para lograr estos objetivos, se requiere de un **equipo multidisciplinar** formado entre otros, por personal sanitario, funcionarios de vigilancia, jurista, psicólogo, educador, trabajador social, monitor ocupacional, monitor deportivo, maestro, asociaciones profesionales y entidades del tercer sector.

De acuerdo a las características clínicas los internos dados de alta en el programa se incluyen en uno de los **niveles de intervención:**

Nivel 1, buena respuesta. buena autonomía con ausencia de conductas dismptivas, realizan vida normal en los módulos.
Nivel 2, respuesta parcial, requieren seguimiento estrecho, persisten síntomas que interfieren con el funcionarnienío normal, hacen vida en módulos específicos o módulos ordinarios.
Nivel 3, mala respuesta, requieren seguimiento estrecho en la enfermería.

Las actividades de rehabilitación que se realizan en los centros penitenciarios sobre internos incluidos en PAIEM comprenden: actividades de **mejora del funcionamiento** psicosocial y autonomía, **psicoeducación**, rehabilitación de **déficits cognitivos**, prevención de **recaídas** del consumo de drogas, **habilidades sociales**, actividades de potenciación de la vida diaria tanto básicas de **autocuidados** como instrumentales o de autonomía, **psicomotricidad**, actividades de utilización del **ocio**, cultura y tiempo libre, actividades de terapia asistida con animales **(TACA)**, actividades académicas, preparación para la salida-permisos, actividades **formativo-laborales** y de **integración laboral.**

Es de destacar en este programa el alto valor que desarrollan los **internos de apoyo** que reciben una formación específica por medio de un curso de 300 horas de duración organizado por el TPFE, obteniendo la titulación de Auxiliar de Enfermería en Salud Mental y Toxicomanía.

En medio abierto, desde el año 2010, se desarrolla el **Programa Puente de Mediación Social**, que coordina a las administraciones implicadas en facilitar los recursos disponibles para recuperar fuera de la institución penitenciaria al enfermo mental sobre el que ha recaído algún tipo de responsabilidad judicial. El equipo multidisciplinar de profesionales que se establece en los CIS se denomina **Unidad Puente**.

Esta coordinación entre el programa PAIEM de los centros penitenciarios y ***el programa PUENTE de los CIS*** es un procedimiento muy eficaz para consolidar, en los internos con TMG, la adquisición de habilidades y conocimientos de inserción, las redes sociales, la gestión de trámites y la continuación del tratamiento en los centros comunitarios.

2.- FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Factores psicológicos de riesgo y protección de la ideación y conducta suicida

Personalidad	— Desesperanza. — Impulsividad. — Perfeccionismo. — Neuroticismo y extroversión. — Optimismo. — Resiliencia.
Factores cognitivos	— Rigidez cognitiva. — Rumiación. — Supresión de pensamiento. — Sesgos en la memoria autobiográfica. — Pertenencia y sobrecarga. — Tolerancia al miedo al daño y a la muerte. — Insensibilidad al dolor. — Resolución de problemas y afrontamiento. — Agitación. — Asociaciones implícitas. — Sesgos atencionales. — Pensamiento del futuro. — Ajuste de metas. — Razones para vivir. — Derrota y atrapamiento.
Factores sociales	— Transmisión social. — Modelado. — Contagio. — Atracción entre iguales. — Exposición a la muerte por suicidio de otros. — Aislamiento social.
Eventos negativos de la vida	— Adversidades de la infancia. — Eventos traumáticos en la vida adulta. — Enfermedades físicas. — Otros estresores interpersonales. — Respuesta psicofisiológica al estrés.

O'Connor y Nock (2014)

Variables clínicas tradicionales:

- -Depresión grave
- -Disminución de la actividad o incapacidad general del paciente
- -La desesperanza

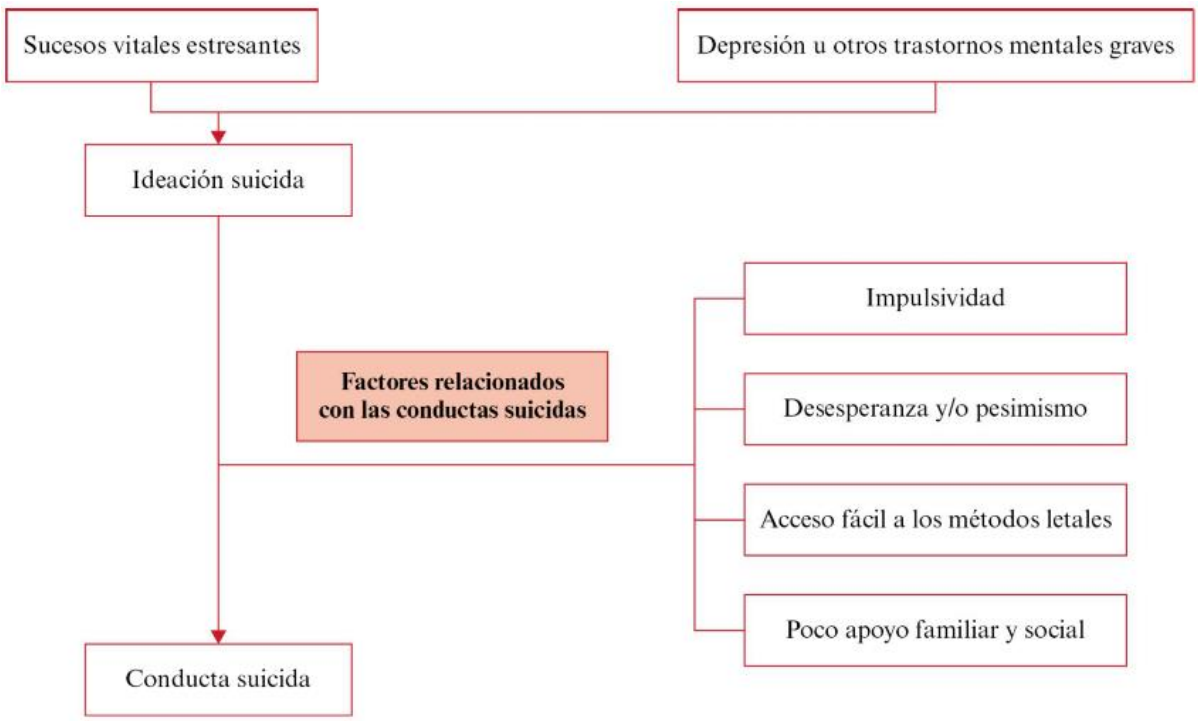
Variables que predicen la ocurrencia de suicidio a 1 año, según estudios epidemiológicos de asistencia primaria.

- Un episodio depresivo reciente
- Alto nivel de ansiedad
- Alto nivel de anhedonia
- Insomnio
- Disminución de la concentración
- Indecisión
- Consumo excesivo de alcohol
- Ataques de pánico

Si todas las personas que tienen un trastorno mental grave o que sufren un suceso vital adverso de gran intensidad no acaban por suicidarse, ello quiere decir que ***hay factores de riesgo*** y ***factores de protección*** que modulan la decisión adoptada. La estimación del riesgo suicida de un paciente debe tener en cuenta este tipo de factores.

FACTORES DE RIESGO

En las personas en riesgo puede haber algunos ***factores predisponentes***, como haber sufrido sucesos traumáticos en la infancia, tener una historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia, mostrar un nivel alto de impulsividad/inestabilidad emocional o carecer de recursos de afrontamiento adecuados. Esta predisposición puede interactuar con ciertos ***factores precipitantes***, que se definen como ciertos sucesos de la vida que son percibidos como estresantes y que probablemente agoten los recursos personales para afrontarlos y que pueden actuar como factores facilitadores del suicidioen un momento dado como conflictos familiares, circunstancias penales-penitenciarias, problemas derivados de las adicciones, ver la exposición mediática de su caso, la fase aguda de un trastorno mental, los pensamientos suicidas presentes, el fácil acceso a métodos letales, el acoso o algún acontecimiento vital adverso reciente, sobre todo si genera humillación profunda. ***La vulnerabilidad psicológica se acentúa si se suman ciertas circunstancias psicosociales,*** como estar separado o sin pareja, o verse obligado a hacer frente a situaciones vitales estresantes intensas o duraderas, como una enfermedad crónica e invalidante, el abandono de sus seres queridos o la pérdida de estatus social. Así, por ejemplo***, estar en prisión aumenta en seis veces la probabilidad de suicidio***. En concreto, el aislamiento social es especialmente relevante en ancianos y adolescentes (Blasco-Fontecilla et al., 2010).



Uno de los ***modelos de diatesis-estrés*** más recientes es *la teoría biopsicosocial del riesgo suicida de Turecki y Brent (2016)*. Según esta teoria, además de ***los factores predisponentes y precipitantes***, se incluyen unos ***factores de desarrollo o mediadores*** tales como *rasgos de personalidad, déficits cognitivos y el abuso crónico de sustancias.*

Algunos de estos ***factores son modificables*** (trastornos mentales, situaciones de estrés, estrategias de afrontamiento o aislamiento social), pero otros, sin embargo, resultan ***factores inmodificables*** (sexo, edad, historia familiar, conducta suicida previa o enfermedades crónicas graves) (Bobes et al., 2011; WHO, 2014).

El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros en función de las circunstancias individuales de cada persona.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Muchas personas pueden estar afectadas a lo largo de su vida por sucesos adversos, enfermedades crónicas dolorosas, trastornos mentales o situaciones de soledad y, sin embargo, se muestran resistentes a los pensamientos y conductas suicidas (Ayuso-Mateos et al., 2012).

Esta capacidad de resistencia se relaciona con algunas ***dimensiones de personalidad,*** como una autoestima adecuada, una flexibilidad cognitiva o una impulsividad controlada, con una estabilidad emocional y con unos recursos psicológicos de afrontamiento apropiados, especialmente en el ámbito de la resolución de conflictos o de las habilidades sociales. Asimismo, el repertorio de valores del sujeto, de tipo religioso, espiritual o altruista, puede neutralizar hasta cierto punto los pensamientos derrotistas o la ideación suicida (Mann et al., 2005).

Ciertos ***factores sociales y familiares*** desempeñan también un papel protector. Así, por ejemplo, tener unas relaciones sociales ricas, estar integrado culturalmente, contar ***con apoyo familiar y tener hijos pequeños (sobre todo, en el caso de las mujeres)*** potencian la capacidad de resistencia ante el suicidio. Incluso los animales domésticos (los perros especialmente) pueden constituir un escudo protector contra las tendencias suicidas de sus dueños porque son expresivos, ofrecen compañía y alegran a sus propietarios (WHO, 2014).

Un factor protector de gran importancia es **ponerse en tratamiento médico o psicológico** (y seguir adecuadamente las prescripciones terapéuticas) cuando una persona está afectada por un trastorno mental grave o por un dolor crónico (WHO,2014).

Ejemplos de factores de protección:

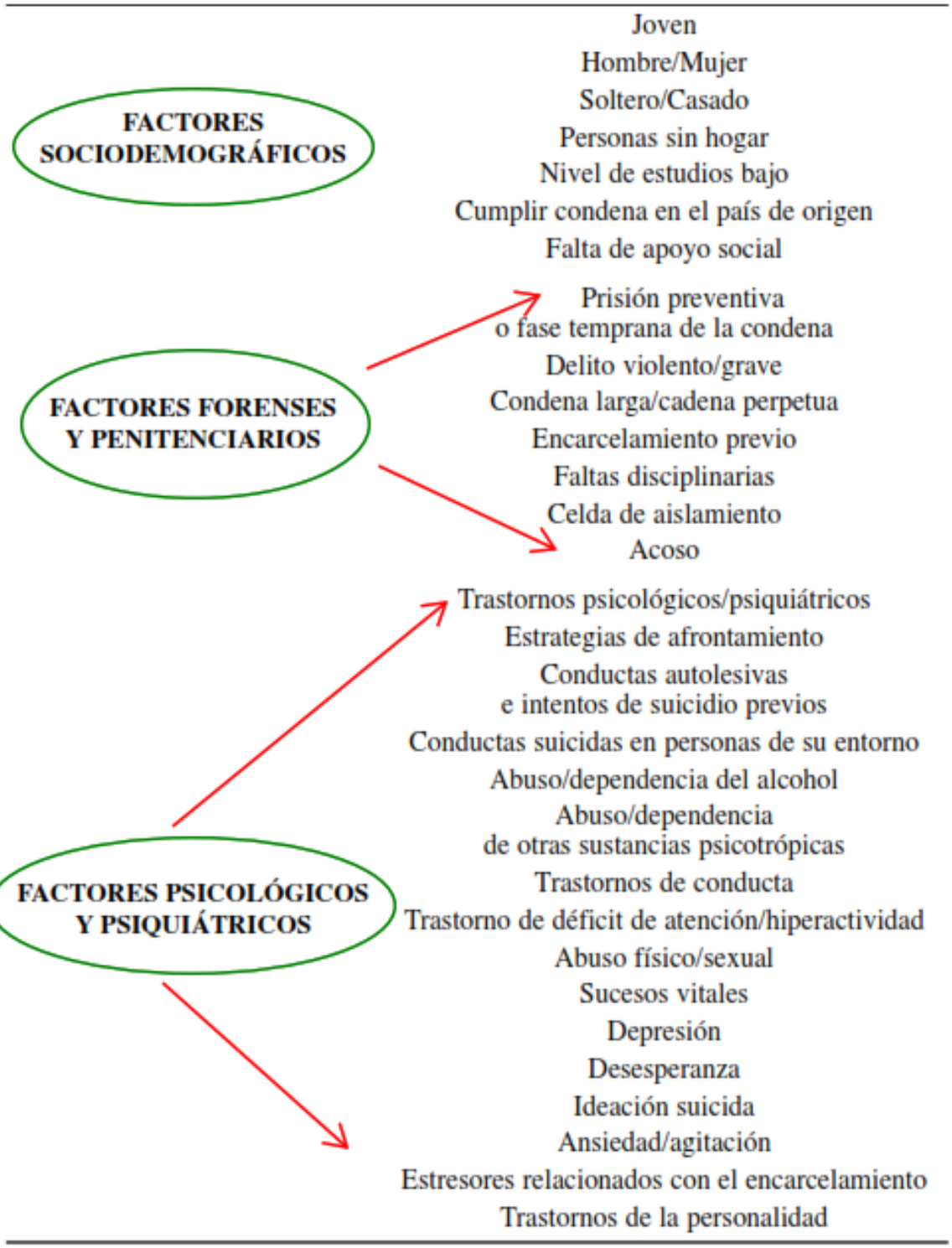
Son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo.

- Sentimientos de valía personal.
- Confianza en uno mismo.
- Búsqueda de ayuda ante problemas, de consejo ante toma de decisiones.
- Flexibilidad cognitiva: Apertura a experiencias y soluciones de otros, a nuevos conocimientos.
- Estrategias de afrontamiento y habilidades en la resolución de conflictos o problemas
- Habilidades de comunicación.
- Buenas relaciones y apoyo.
- Paternidad comprometida y consistente (sobre todo en las mujeres):
- Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su consistencia y calidad.
- Integración social (a través del deporte, trabajo)
- Adopción de valores prosociales o positivos: respeto, solidaridad, cooperación, justicia y la amistad.
- Creencias religiosas
- Hábitos de vida saludable (alimentación, descanso, ejercicio físico)
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol y sustancias

EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

Laura Negredo López, Francesca Melis Pont y Óscar Herrero Mejías

Factores de riesgo de suicidio en la población penitenciaria



La Instrucción 5/2014, *PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS (PPS),* reproduce en su introducción cuáles son los **factores predisponentes** que pueden propiciar la conducta suicida en prisión:

- Impacto psicológico de la detención y el encarcelamiento. Estrés cotidiano asociado a la vida en prisión.
- Delitos contra las personas, contra la libertad sexual o violencia de género.
- Medios de comunicación. impacto mediático.
- Delitos económicos. Frustración derivada de la súbita alteración del estilo de vida.
- Perdida de lazos familiares.
- Cambios en la situación procesal, penal y penitenciaria.
- Enfermedad mental
- Abuso de sustancias , en particular el alcohol.
- Historial previo de suicidio (personal y familiar)

Del seguimiento previsto de **la Instrucción 5/2014 del PPS** a través de los Informes Anuales de la Memorias de PPS podemos entresacar **las variables y factores de riesgo** que se han observado más frecuentemente en los casos habidosde suicidio consumado y de tentativas durante estos años.

En el informe de Memoria de PPS que analizaba los casos ocurridos durante todo el año 2016, se ponía de manifiesto:

2. Ha aumentado el nivel de atención, tanto en porcentaje de población evaluada como incluida en PPS. A pesar de este notable esfuerzo hay algunos aspectos que deben ser puestos de manifiesto:

   Se ha incrementado la proporción de internos preventivos que han consumado el suicidio. En el caso de las tentativas el dato es similar al del año anterior. Pese a que el principal motivo para aplicar un PPS es el impacto del ingreso en prisión, parece que éste también debe conjugarse con otras circunstancias, como la prolongación temporal de la prisión provisional, modificaciones en el proceso penal, presiones o psicopatología, por citar aquellas observadas en los casos consumados.

4. Igualmente han disminuido los suicidios consumados y las tentativas en situación de aislamiento o limitación regimental, si bien este descenso es leve, y a diferencia de ocasiones anteriores se observa una mayor presencia de internos clasificados en primer grado. Como en el caso anterior se trata de una situación de riesgo específicamente señalada en la I 5/2014. Ello conduce a aumentar el esfuerzo para detectar la existencia de *factores* de riesgo concurrentes con estas *situaciones*, tales como enfermedad o patología mental, trastorno de personalidad, rasgos característicos como la impulsividad, consumo de drogas, problemas familiares, etc.

En el informe de Memoria de PPS que analiza los casos habidos durante todo el año 2017:

1. En relación con el mismo periodo del año 2016, han aumentado tanto los casos de suicidio consumado como de tentativa, alcanzando unas cifras que exigen extremar las actuaciones preventivas en todos los niveles competenciales de cada establecimiento.

7. Se constata que de los suicidios acaecidos a lo largo de 2017, un 45,8% cuenta con un perfil de trastorno de la personalidad, a los que también se ha de sumar aquellos con diagnóstico de trastorno mental grave. La gran mayoría de estos casos contaban con antecedentes de aplicación del P.P.S. durante el presente ingreso. Es por ello que cuando se tenga conocimiento de la coincidencia de ambas variables, es decir trastorno de personalidad y antecedentes de tentativas suicidas o autolesivas al menos durante los últimos seis meses, debe ser obligatoriamente elevada al Director propuesta de inclusión en P.P.S.

8. La representación de la violencia de género como delito principal se ha visto incrementada de forma importante tanto en suicidio como en tentativa. Deben aumentarse por tanto las precauciones con este tipo de internos.

9. En el 70% de los casos de suicidio el interno se encontraba solo en su celda, sin que estuviese sometido a limitaciones regimentales.

En el Informa de Memoria de PPS correspondiente al año 2020 presentado por la SGIP acerca de los casos habidos de suicidio consumado y de las tentativas producidas en los CP durante todo el año 2019 y hasta agosto de 2020, se recogen las siguientes ***variables y factores de riesgo*** que más frecuentemente han sido observados como:

a. **Edad:**

- El 67% se encuentra en edades comprendidas entre los 18 y los 40 años.
- **15 de los fallecidos durante el periodo 2019-20 eran menores de 25 años** (18,5%). De los cuales **9 se encontraban sometidos a limitaciones regimentales** en el momento de los hechos.

b. **Delito:**

- Los delitos contra la propiedad son los más frecuentes (42%). **Sin embargo se está observando un incremento respecto a periodos anteriores de la representación de los delitos violentos contra las personas, y especialmente los delitos relacionados con la violencia de género.**

c. **Tentativas o autolesiones previas:**

- Como media de los dos años, **el 45% de los internos tenían antecedentes de autolesiones y tentativas**. En 2019 el porcentaje de internos con estos antecedentes se situó en un 57%, mientras que en lo que en el presente año se encuentra en el 33%.
- **Veinticinco casos han estado incluidos en PPS previamente (30%)** y seis lo estaban en el momento del suceso (de éstos, cuatro también con antecedente PPS).

d. **Problemas de consumo de drogas:**

- Se encontraba presente en el 76 % de los fallecidos en 2019 y en el 66% durante el presente año.

e. **Situación de aislamiento en el momento del suceso:**

- **El 33,3% se encontraba en esta situación**. De los 27 internos, 5 se encontraban en aislamiento sanitario, mientras que el resto lo estaba por motivos regimentales.

f. **Situación familiar negativa**

- **Casi en la mitad de los casos** (44,4 %) tenían problemas familiares o de pareja y/o una ausencia o escaso apoyo familiar.

g. **Trastorno de la Personalidad y otros trastornos mentales graves**

- En 2019 el 39, 5% tenía diagnosticado un Trastorno de Personalidad y el 9,3 % otro tipo de trastorno mental grave. **Lo que entre ambos se acerca al 50%.**

- En 2020 es el Trastorno mental grave (TMG) más representativo que los trastornos de personalidad (36,8% y 21% respectivamente). **La suma de ambos supera la del año anterior (57,8%)**

h. **Inadaptación conductual en prisión**

- El **23% de los internos** mostraba una conducta desadaptada en el momento del suceso.

Recientemente, *Laura Fontanet*, en su trabajo fin de grado: *El papel de la enfermería en la detección y prevención del suicidio penitenciario: una revisión narrativa* ***(2020),*** realiza una recopilación, evaluación y síntesis de 26 estudios seleccionados por su relevancia y publicados en los últimos diez años acerca de **los factores de riesgo predictores de la conducta suicida en prisión** y los agrupa en ámbitos diferenciales según ***las características propias del individuo*** y ***las características propias del encarcelamiento***, ***que lo hacen más susceptible a la conducta suicida.***

Tras el análisis de la información de los 26 artículos seleccionados en la revisión, la autora concreta ***cuatro características predictoras*** del riesgo de suicidio en la población reclusa que se mencionan con ***alta frecuencia***.

1ª) El factor que se asocia con mayor frecuencia a la conducta suicida es sin duda alguna la existencia de algún problema de salud mental. Las investigaciones acerca del suicidio en general, muestran que los trastornos mentales pasados o actuales son un fuerte factor de riesgo independiente y potencialmente precipitante para la ideación y el intento suicida.*El riesgo de suicidio es hasta 15 veces mayor en personas con trastornos mentales*. Los estudios afirman que los prisioneros tienen tasas más altas de trastornos mentales en comparación con la población en general, lo que de entrada les convierte en sujetos más susceptibles de pensamientos y conducta suicida.Se estima *que la prevalencia de trastornos mentales en mujeres encarceladas corresponde entorno al 75% y en reclusos varones entorno al 63%.* Además, los trastornos mentales en prisión suelen estar asociados con el abuso de sustancias convirtiéndose frecuentemente en una patología dual que aumenta aún más el riesgo de suicidio debido a un considerable incremento de la impulsividad del sujeto.

2ª) En segundo lugar, encontraríamos el historial de autolesiones e intentos de suicidio previos como factores de riesgo importantes para el suicidio posterior. La carga de autolesiones previas en los reclusos es sustancial, afecta al 5-6% de los reclusos y

20-24% reclusas cada año. Un historial de intento de suicidios y autolesiones es un factor de riesgo importante y un factor predictor independiente de la conducta suicida**.** Además se asocia con una probabilidad mayor de ideación suicida.

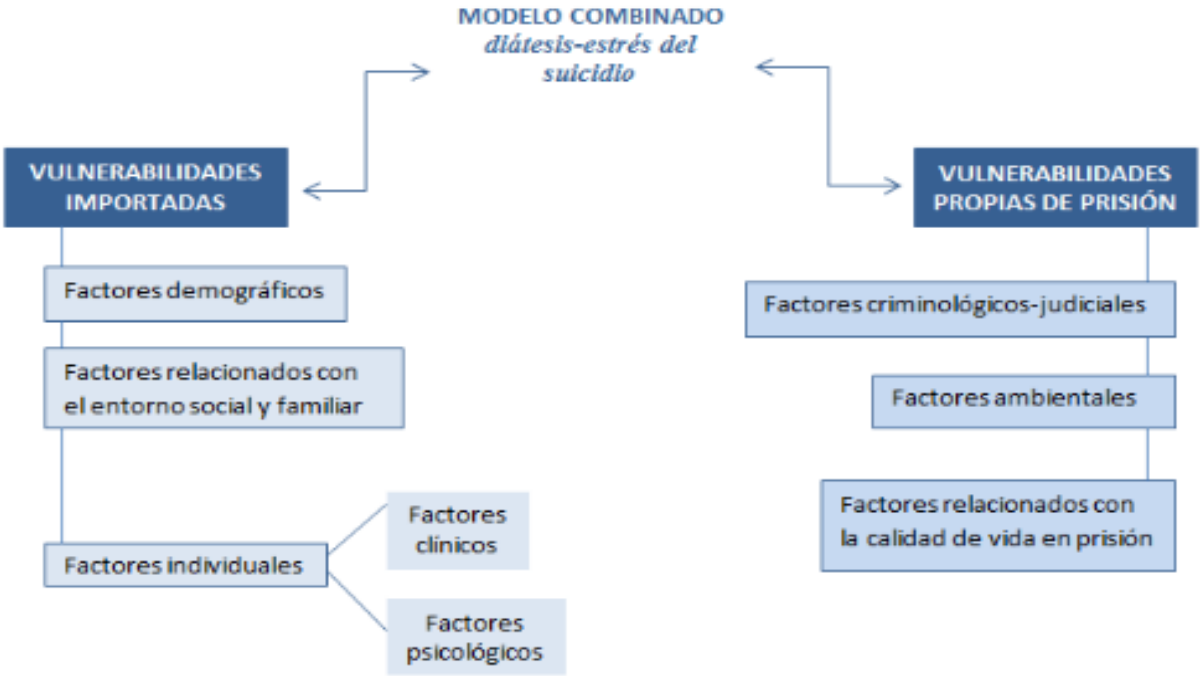
3ª) Muy relacionadas con los factores de mayor prevalencia ya comentados, se sitúan **las experiencias de maltrato infantil**, cuya incidencia es significativa en la población carcelaria, asumiendo así un importante factor de riesgo específico en esta población.*Los estudios muestran que dentro de los reclusos con riesgo de suicidio, un 40-50% había experimentado un maltrato infantil grave en su infancia. En las cárceles españolas se detectó que un 4% de los reclusos que había intentado suicidarse presentaban antecedentes de abuso infantil.*

La nueva *Ley Orgánica 8/2021 de Protección Integral a la infancia y a la adolescencia contra la violencia* entiende por **maltrato/violencia infanti**l toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de 18 años de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere en su desarrollo su ordenado desarrollo físico, psicológico o social, con independencia de su forma y medio de comisión. **Se entiende por violencia** el maltrato físico, psicológico o emocional, los castigos físicos humillantes o denigrantes, el descuido o trato negligente, las amenazas, las injurias, la explotación, incluyendo la violencia sexual, la corrupción, la pornografía infantil, la prostitución, el acoso escolar, el sexual, el ciberacoso, la violencia de género, la extorsión sexual, la trata de seres humanos con cualquier fin, etc.

Las experiencias de abuso infantil están asociadas con el aumento de ideación suicida y el aumento de la probabilidad de mayor número de intentos suicidas. También están muy relacionadas con la existencia de alguna enfermedad mental. Los presos con antecedentes de abuso infantil tienen mayor proporción de enfermedades mentales que los presos sin antecedentes. Por ello, se observa con frecuencia un perfil psicológico en prisión caracterizado por personas que han tenido una *alta frecuencia a la exposición de experiencias infantiles traumáticas, con problemas de salud mental y abuso de sustancias.* Estas tres características son significativamente más comunes entre reclusos que en población general.

4º) Por último, los problemas de salud mental, los intentos de suicidio y autolesiones y las experiencias de trauma infantil se asocian fuertemente con el aumento de la ideación suicida. De ahí **la importancia de la ideación suicida para identificar a los individuos de mayor riesgo**.Más de la mitad de los participantes que informaron de ideas suicidas, informaron de un intento suicida y casi todos los que informan de intento, informan de idea suicida previa*. La ideación suicida de por vida es mucho más prevalente en la población carcelaria, siendo 4,2 veces mayor que la ideación suicida hallada en la población general.* El 34-44% de los reclusos informan por sí mismos de un historial de ideas suicidas de por vida.Esta alta prevalencia es motivo de preocupación, ya que se estima que *la probabilidad de suicidio es 15 veces mayor entre presos con ideación suicida.*

Su conclusión es que a pesar de la existencia de unos factores de riesgo que parecen ser más predictores que otros, se debe tener en cuenta que el resultado de la conducta suicida en prisión no es debido a una sola causa. Se debe a una acumulación e interacción entre factores propios del individuo y factores propios de la situación en prisión. La literatura actual sugiere que el suicidio en prisión probablemente sea resultado de una interacción entre vulnerabilidades individuales importadas de los prisioneros y vulnerabilidades ambientales añadidas por el entorno de privación. Se apoyan en un **modelo**, utilizado en la psiquiatría, llamado **diátesis-estrés** del suicidio que define una interacción dinámica entre la predisposición del individuo para responder con el acto suicida ante situaciones de estrés debido a su vulnerabilidad psiquiátrica y las experiencias estresantes de la situación en prisión.



Para conocer la descripción y contenido de los factores, ver anexo.

Se dispone de varios modelos teóricos para explicar la conducta y el riesgo de suicidio. Por un lado, están ***los modelos de diátesis-estrés***, y por otro ***las teorías de-la-ideación-a-la-acción***. El primer autor en plantear ***un modelo de vulnerabilidad*** del suicidio fue J. Mann (Mann, Waternaux,1999), quien postuló la existencia de ciertos factores biológicos predisponentes que, en interacción con factores de estrés precipitantes, explicarían la conducta suicida.

En los últimos años se viene sugiriendo que muchos de los factores clásicos de riesgo que predicen *la ideación suicida (depresión, desesperanza o impulsividad)* **fallan a la hora de predecir** *quiénes de esas personas, cómo y cuándo van a realizar conductas suicidas*. Según algunos autores, se precisa de una comprensión más adecuada de los factores que inciden en el *proceso que va desde la idea al suicidio consumado* (Klonsky, Saffer,2018).

Para arrojar luz a este problema, se va abriendo paso un nuevo marco teórico y de investigación llamado *Ideation-to-Action Theories o Suicide.* Pretende discriminar los factores que influyen en el desarrollo de la ideación suicida y lo que hace que se pase desde la ideación al intento. Dentro de estas **teorías**, se han integrado las siguientes:

- ⇒ *Teoría interpersonal del suicidio (IPTS) (Joiner, 2005)*
- ⇒ *Modelo volitivo-motivacional integrado (IMV) (O"Connor 2011)*
- ⇒ *Teoría de los tres pasos (3ST) (Klonsky y May, 2015)*
- ⇒ *Teoria de la vulnerabilidad fluida (FVT) (Rudd, 2006).*

La tabla presenta los factores implicados en cada uno de los dos procesos según cada teoría:

Factores asociados a los procesos de ideación y de ideación-acción

Teoría	Ideación suicida	Progresión de la ideación a la ejecución de conductas suicidas
IPTS	Sensación frustrada de pertenencia o de ser una carga para los demás.	Capacidad adquirida de actuar letalmente contra uno mismo.
IMV	Sensación de derrota/humillación y de atrapamiento (facilitados por moderadores de amenaza del yo y motivacionales).	Capacidad adquirida de actuar letalmente contra uno mismo. Impulsividad. Acceso a métodos letales. Intención/planificación. Imitación.
3ST	Dolor y desesperanza, especialmente cuando el dolor supera el sentido de conectividad.	Variables disposicionales, adquiridas y prácticas.
FVT	Sistema de creencias suicidas.	Inflexibilidad cognitiva y déficit de regulación emocional.

Otros factores no incluidos en la revisión son **el dolor psicológico** (Ducasse et al., 2018) y **la presencia y búsqueda de sentido en la vida** (Costanza, Baertschi,Weber, Pompili y Canuto, 2020).

Anuario de Psicología Jurídica 2023

Los Factores Psicosociales en el Suicidio de Presos en Prisiones Europeas: una Revisión Sistemática y Metaanálisis

Máxima Alcántara-Jiménez[a], Isabel Torres-Parra[a], Alejandro Guillén-Riquelme[b] y Raúl Quevedo-Blasco[a]

El suicidio, entendido como el comportamiento de planificación, conductas autolesivas, ideación, intentos y suicidio consumado, sigue siendo a día de hoy un importante problema de salud pública y la primera causa de muerte no natural en todo el mundo (Álvarez Ariza y Triñanes Pego, 2020; Cano-Montalbán y Quevedo-Blasco, 2018; the World Health Organization [WHO, 2019b]). En población reclusa, la prevalencia de la conducta suicida se incrementa si la comparamos con la población general debido a la influencia de numerosos factores y al impacto psicológico que conlleva la estancia en prisión (Pratt y Foster, 2020; Zadravec Šedivy et al., 2020). De hecho, el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud estableció que el 13.5% de las muertes en prisión fueron por suicidio, siendo la ratio de mortalidad mayor en hombres que en mujeres presas (WHO, 2019b). En la literatura científica se ha observado que aquellos factores psicológicos y sociodemográficos con mayor influencia serían el estado civil, el apoyo familiar, no ser inmigrante, tener hijos, el abuso de sustancias, los trastornos mentales y el historial previo de autolesiones e intento suicida (ver para estas variables concretas el estudio de Fazel et al., 2017). Pese a todo, hay multitud de variables relacionadas, pero que han sido estudiadas con una menor frecuencia.

En los últimos años ha habido un interés creciente en investigar cómo las variables criminológicas (tiempo de condena, tipo de celda, trabajo dentro de prisión y tipo de delito) pueden influir en el suicidio. En este sentido, es importante considerar que la cultura o la zona geográfica pueden condicionar o influir en el comportamiento suicida. De este modo, se ha incluido la variable "tipo de delito", catalogándose en función de las clasificaciones europeas encontradas en las diferentes investigaciones (Rabe, 2012; Zhong et al., 2021).

Por ello, los objetivos de este estudio van encaminados a (1) identificar la influencia de variables sociodemográficas, criminológicas y clínicas en el suicidio con respecto a los adultos penados en prisiones europeas y, (2) observar si existen diferencias estadísticamente significativas, en función del sexo, de aquellos países con suficiente muestra que permitan tal distinción.

Conclusiones

La presente investigación encontró que los factores de riesgo suicida en población carcelaria serían el hecho de haber cometido delitos violentos, estar en una celda individual, reclusos varones jóvenes y/o mayores de 50 años, presencia de historia previa de autolesiones e intentos suicidas, abuso de sustancias o adicciones y presencia de trastorno mental (Bonilla-Algovia y Rivas-Rivero, 2022; López-Barranco et al., 2022). Además, el apoyo familiar y social, tener hijos, ser inmigrante y trabajar en prisión, actuarían como factores protectores frente al suicidio. En relación con el tipo de conducta suicida, se ha visto que las mujeres presentan mayores tasas de ideación, autolesiones e intentos suicidas, mientras que los hombres muestran mayor número de suicidios consumado. Por último, es importante destacar los insuficientes protocolos de prevención e intervención de conductas suicidas tanto en prisión como en población general, siendo un problema generalizado a nivel mundial.

3.- SEÑALES DE ALERTA

En la mayoría de los casos de suicidio, antes de consumarlo, se evidencian una serie de síntomas y signos que posibilitan la detección del riesgo de suicidio. De ahí la importancia de conocer este tipo de señales para detectar este riesgo y aplicar las pautas de prevención desde su entorno más cercano.

Esto no significa que en todos los casos de suicidio aparezcan este tipo de señales. Es posible que las personas que están en riesgo de comportamiento suicida no busquen tratamiento por razones como las siguientes:

- Creen que nada va a ayudar.
- No desean contarle a nadie que tienen problemas.
- Piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad.
- No saben cómo o adónde acudir para pedir ayuda

Los principales signos de alarma son los siguientes:

Los intentos previos de suicidio, sobre todo si se ha recurrido a métodos potencialmente letales; **los antecedentes de suicidio en la familia**; y **la expresión verbal,** más o menos explícita, de un sufrimiento desbordante y **del propósito de matarse** (en forma de gestos o amenazas suicidas), mucho **más aún cuando hay una planificación de la muerte** (*cambios en el* testamento *o notas de despedida*) (Mann, Apter, Bertolote, 2005).

Todo ello se potencia cuando hay un **agravamiento de un trastorno psicopatológico** o de una **enfermedad crónica dolorosa, o se produce un aislamiento social indeseado**. Por lo que se refiere a **las tensiones vitales múltiples**, como la *conflictividad familiar, la pérdida de empleo y una situación económica desfavorable, el descubrimiento de un escándalo político o económico, los desengaños amorosos o el fallecimiento reciente de un familiar cercano, estas tienen un valor predictivo solo en personalidades vulnerables con tendencias impulsivas y agresivas y con pocas respuestas de afrontamiento* (Blasco-Fontecilla et al., 2010).

***A nivel cognitivo*, la desesperanza**, sobre todo cuando viene acompañada de pensamientos suicidas reiterados (anticipación imaginaria de la muerte), es probablemente **el sentimiento *más suicidógeno*.** De hecho, convendría invertir el dicho popular de *«mientras hay vida, hay esperanza»* por lo contrario: *«mientras hay esperanza, hay vida».* A veces la desesperanza puede venir acompañada de ira, rabia o deseos de venganza. En estos casos hay una expresión de un gran sufrimiento o de angustia emocional.

Según *la Asociación Psicológica Americana (Fuente: Teen Suicide is Preventable- APA)*, algunas **de las señales de advertencia** son las siguientes:

— *Comentarios reiterados sobre la muerte*, con menciones más o menos explícitas, tales como desaparecer del mapa, dejar de estorbar o acabar ya.

— *Pérdida reciente:* haber vivido en los últimos meses alguna muerte cercana, un divorcio o la ruptura de una relación; haber perdido la confianza en sí mismo; mostrar una pérdida de interés por los amigos o por la vida.

— *Cambio de personalidad*: triste, retraído, irritable, ansioso, cansado, indeciso, apático.

— *Cambio de comportamiento:* dificultad enorme para concentrarse en las tareas escolares, laborales o rutinarias, aumento de quejas somáticas o incapacidad para disfrutar de actividades previamente gratificantes.

— Cambio en los patrones de sueño: insomnio, a menudo con despertar temprano, o dormir demasiado, y pesadillas recurrentes.

— *Cambio en los hábitos de alimentación:* pérdida de apetito o de peso, o lo contrario, comer en exceso.

— *Miedo a perder el control*, lo que le lleva a actuar erráticamente o a perjudicarse a sí mismo o a los demás.

— *Baja autoestima:* sentirse inferior o mostrar vergüenza, culpa u odio a uno mismo, o expresar verbalizaciones derrotistas tales como «todo el mundo estaría mejor sin mí», «no valgo para nada», «pronto esto acabará», «me voy a quitar de en medio», etcétera.

— *No tener esperanza en el futuro*: creer que las cosas nunca mejorarán o que nada cambiará.

En prisión, los internos que tienen una intencionalidad clara suelen presentar cambios en su "rutina de vida" o conducta habitual de ahí la importancia de estar atentos a detalles de conducta concretos como notas o cartas de despedida, que el interno no quiera realizar comunicaciones de ningún tipo o a rupturas o cierre de asuntos pendientes con sus familiares, que no quiera participar en actividades o se de baja sin motivo , que regale o reparta sus pertenencias personales u objetos apreciados, que acumule medios letaes o lesivos como medicación prescrita u otro tipo de sustancias ilegales o darse cuenta si rechaza la medicación prescrita, no viene a recogerla o pide que le aumenten la dosis, o si no quiere o se niega a hablar con ningún profesional: funcionarios de módulo, médico, psicólogo, educador, trabajador/a social, convirtiéndose así *en internos indetectables o "invisibles"* para el sistema; ver si su compañero de celda informa de cambios bruscos en su comportamiento como pasar de un estado previo de agitación o con crisis de llanto a levantarse al día siguiente con calma y tranquilidad repentina, observar si se abandona en su aspecto e higiene personal, o si ha dejado de

pasear o relacionarse en el patio, o si en el comedor reparte su comida o devuélvela la bandeja sin haber comido, si es objeto de "presiones internas" por parte de otros internos, fijarnos en su comunicación no verbal: si se le observa decaído, triste, cabizbajo, cansado, irritado, aislado sin hablar con nadie, etc.

Por otra parte, también resulta relevante prestar atención a los internos en busca de posibles indicios de riesgo en los momentos de cambios que afectan a su situación de vida en prisión, tal como se recomienda en el *Programa de Prevención de Suicidios (PPS)*

SITUACIONES ESPECIALES DE RIESGO:

- Periodos con menor presencia de profesionales. Evaluación inmediata por el Médico de guardia y la adopción cautelar de medidas provisionales.
- Limitaciones regimentales Art.75.2.Informe del médico y psicólogo tras petición del interno, valorando el riesgo de suicidio. Obligación de examinar al interno al menos, una vez al mes por parte de estos profesionales.
- Situaciones de aislamiento Art 72 y 75 (Informe del médico)
- Situaciones familiares o afectivas graves. Especial interés las comunicaciones.
- Repercusión mediática de su ingreso en prisión, delito, condena o cualquier otra vicisitud penitenciaria. (Proceso de Etiquetamiento/estigmatización)
- Modificación de la situación de cumplimiento que pueden ser vivenciadas como negativas.
- Próxima excarcelación. También las temporales.
- La enfermedad mental. Esquizofrenia, el trastorno bipolar y los cuadros depresivos graves. PAIEM
- Abuso crónico de sustancias. Alcohol.
- Tipología delictiva. Violencia de género, en el ámbito familiar, contra las personas o contra la libertad o indemnidad sexual.
- Momentos de descenso de actividades afectando al estado de ánimo.
- Intentos de suicidio previos y conductas autolesivas

4. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

La evaluación clínica de la conducta suicida ha pivotado tradicionalmente en torno a un enfoque que trata de evaluar la ideación y otras conductas suicidas con vistas a su predicción y prevención. Sin embargo,esta tendencia parte de dos supuestos:

1. La mejor manera de prevenir o reducir el suicidio es mediante *la predicción de la conducta suicida.*
2. La mayoría de personas que intentan suicidarse lo hacen por efecto de algún *trastorno mental*, ergo la soluciónes tratar el trastorno subyacente].

Como efecto de estos dos supuestos, *la evaluación de las conductas suicidas* se ha enfocado prioritariamente hacia la estimación del riesgo, sobre todo en las personas con trastornos graves, mediante el uso de escalas de cribado (screening) y preguntas directas y específicas, descuidando la comprensión biográfica y la individualidad irrepetible de cada persona en su relación con el suicidio (Barrio-Martínez y García Pascual) (2020).

Este enfoque de intervención tradicional que se centra exclusivamente en la clínica psicopatológica ha sido cuestionado en los últimos años por **el modelo contextual-existencial** que se postula más como un enfoque complementario que al tradicional, ya que no renuncia al uso de fármacos considerado como "consuelo farmacológico", ni a la

hospitalización cuando se precisan. Tan solo dice que esta ayudas, por sí solas, ni son efectivas, ni son curativas a largo plazo, como a veces se proclama.

Este enfoque aboga por programas de prevención y tratamiento que vayan más allá de los síntomas y trastornos psicopatológicos y de los comportamientos audodestructivos. Una ayuda reducida a y reductora de síntomatología *(apetito, sueño, ánimo, ideación suicida, etc.)* no servirá para salir del drama existencial del suicidio. *El control de síntomas*, sin más, no producirá mejoras *si nada cambia en la persona a nivel contextual, familiar y existencial,* dará como resultado predecible un aumento del malestar y, correlativamente, un aumento del riesgo y de nuevos tratamientos, que pueden llegar incluso a medidas coercitivas como el ingreso involuntario, tan necesario como muchas veces evitable. ***O`connor*** se refiere en este sentido a la primacía de una intervención centrada en tratar un cuadro clínico *(modelo de intervención dominante)* en lugar de ayudar a la persona en su experiencia de *"atrapamiento" y "sufrimiento existencial"*. Como han señalado ***Rogers y Soyka*** este abordaje-tipo centrado en la sintomatología produce un *"efecto deshumanizante":* crea distancia (aisla), construye una *identidad suicida* e *induce desesperanza e indefensión* respecto de las posibilidades de solución.

Se precisa escuchar la narrativa suicida. Si dejamos hablar, cada vez se deja hablar menos, emergerá una *trama de contextos vitales problemáticos dentro de los cuales la persona se halla atrapada, enredada y desesperada*, a menudo todo ello oculto bajo un cortejo de síntomas depresivos. Es por ello fundamental trabajar siempre con una hipótesis de por qué esa persona concreta a la que asistimos verbaliza deseos de morir o intenta quitarse la vida, más allá de tener prisa por diagnosticar. Si no contamos con una ***hipótesis (existencial-biográfica-familiar-contextual),*** la que se activa por defecto o por hábito, según ***Bourdieu***, es la explicación diagnóstico-céntrica.

También es característico de este enfoque *no solo centrarse en lo que va mal,* sino que potencia los factores de protección, tanto individuales, como grupales y sociales, *incluyendo los apoyos socio-emocionales*. *La prevención* no sería únicamente, o principalmente, control del riesgo y manejo de la seguridad (vigilancia de la intimidad) sino potenciación de los deseos de vida potenciando los factores de protección.

Se trataría, en definitiva, **de apostar por un enfoque más contextual** que individual-subjetivo o corporal-biológico y más centrado en comprender *el sentido/próposito/o función* de las experiencias suicidas que en descubrir causas naturales explicativas de la conducta suicida.

Requiere de un nuevo modo de pensar el suicidio que ayude al profesional a comprender el **drama biográfico del suicidio,** *a aceptar que las personas puedan tener vivencias de muerte y suicidio* ***a falta de otras perspectivas mejores***, y, sobre todo, *a tolerar la angustia sin precipitarse en decisiones-actuaciones innecesarias o iatrogénicas*: *derivar sin contener, dar pautas de sentido común, cambiar medicación, ingresar, vigilar, controlar, dar de alta en pps, etc.* A menudo se cumple aquí el principio según el cual es mejor calmante para la angustia del clínico prescribir o pedir que prescriban un fármaco sedativo al paciente, a sabiendas, muchas veces, salvo autoengaño, de que esa no es la solución.

Desde este paradigma los protocolos de atención-prevención del suicidio no debieran consistir sólo en impedir la muerte *(dispositivos de vigilancia, control farmacológico, adherencia al tratamiento farmacológico e ingreso hospitalario…*), ***sino en ayudar a las personas a engancharse a la vida,*** *para lo cual se requiere no sólo saber lo que tiene, sino entender lo que pasa*; *construir una narrativa biográfica de sentido (cómo he llegado hasta aquí) y de futuro (construir un horizonte de esperanza).*

Por tanto***, es importante contar con una hipótesis de por qué esa persona concreta desea morir o intenta quitarse la vida***, más allá de caer en la trampa (modelo biomédico) según la cual serían los diagnósticos los que explicarian las conductas y experiencias problemáticas. Se trataría de evaluar las razones o motivaciones que llevan a una persona a querer quitarse la vida, y no tanto las supuestas causas o mecanismos del suicidio. Por analogía con la frase de Pérez-Álvarez (2012) respecto de la psicosis («nadie se vuelve loco sin una razón»), podría decirse que nadie piensa en suicidarse sin un motivo.

Diferencias entre la evaluación diagnóstico-céntrica y la funcional-contextual

Diagnóstico-céntrica	Funcional-contextual
Enfoque frecuentista-epidemiológico.	Enfoque psicológico transteórico.
Centrado en la estimación y estratificación del nivel de riesgo suicida.	Centrado en la evaluación de la persona y su circunstancia biográfica: contextos vitales problemáticos.
Factores de riesgo, especialmente el trastorno mental.	Factores de riesgo y factores de protección.
Escalas de estimación (principalmente) y entrevista clínica.	Entrevista clínica (principalmente) y otras escalas.
Centrado principalmente en la evaluación y diagnóstico del trastorno mental.	Centrado en algoritmos que ayuden a los clínicos a determinar el nivel de riesgo de las personas.
Centrado en los parámetros topográficos y cuantitativos de la conducta suicida.	Centrado en el análisis funcional y la formulación clínica del caso.
Centrado en la toma de decisiones (derivación o ingreso) y en el tratamiento farmacológico del trastorno mental.	Centrado en la relación terapéutica y el tratamiento psicológico.

Se propone aquí, ***un enfoque complementario, contextual-fenomenológico, basado en la comprensión, la relación terapéutica y el tratamiento psicológico*** (*González González, García-Raro y García-Pascual, 2019).* Así, **importa evaluar** la vivencia en primera persona, la historia personal y la situación vital problemática, aspectos todos ellos fundamentales para conocer la experiencia y el significado de la conducta suicida, más allá de consideraciones topográfico-diagnósticas. *Este tipo de exploración va más allá del enfoque diagnostico diagnostico-céntrico* al uso y converge en lo que se llama evaluación fenomenológica centrada en la persona (Pérez-Álvarez y García Montes, 2018, 2019).

En esta misma línea, autores como ***Chiles, Strosahl y Roberts (2019) diferencian dos enfoques de evaluación***: uno que enfatiza el manejo del riesgo y la prevención, y otro que se centra en el tratamiento. El primero partiría de la asunción de la conducta suicida como el problema a prevenir, mientras que el segundo trataría de verla conducta suicida como la solución a un problema que no se sabe o no puede resolver de otra manera.

Desde un punto de vista psicológico interesaría, además de la ideación y de la conducta suicida*, la valoración del dolor psicológico, del estilo personal,de las estrategias de afrontamiento, así como el análisis funcional de la conducta suicida en el contexto biográfico de la persona.* Siguiendo ***el modelo de evaluación psicológica propuesto por Carrasco Ortiz (2019)***, se propone dividir la evaluación clínica de las conductas suicidas en tres momentos:

1) análisis fenomenológico-descriptivo
2) análisis funcional y formulación clínica del caso
3) evaluación del cambio y del tratamiento.

La entrevista clínica y la relación terapéutica serían aqui los instrumentos fundamentales de la evaluación. Interesa mencionar la reciente validación al español de ***La Escala Columbia para la evaluación de riesgo de suicidio (C-SSRS, por sus siglas en inglés) (Al-Halabi et al., 2016)***, que cuenta con el mayor respaldo científico (Interian et al., 2018).

LA ENTREVISTA CLÍNICA es el instrumento esencial del que disponemos para la valoración del riesgo de suicidio. Además de tener un importante papel en su evaluación, supone el inicio de la interacción entre el interno y el psicólogo, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida.

Entre las medidas preventivas que vienen recogidas en ***la Instrucción 5/2014 (PPS)*** conviene destacar aquí las siguiente:

"e. El psicólogo del Equipo Técnico de Ingresos ***entrevistará*** *en el departamento de ingresos,* ***a los internos que ingresen de libertad****. Más allá de la función de clasificación interior propia de este primer momento, desempeñará su labor cllnica detectando cualquier estado o situación que aconseje* actuaciones inmediatas o a medio plazo, de acuerdo con la presente Instrucción".

También, conviene recordar respecto a la entrevista de ingresos las referencias hechas en *el Informe de la Memoria Anual de 2017 de seguimiento PPS*:

" **La entrevista de ingresos** efectuada por los profesionales de las áreas de tratamiento y sanidad **debe ser mucho más exhaustiva e incidir en aspectos fundamentales de la detección del suicidio**. Además de la entrevista, y tal como se recoge en la Instrucción, los profesionales pueden valorar la aplicación de las pruebas de diagnóstico que consideren pertinentes.Esto es extensible durante todo el periodo de internamiento".

*"**En la entrevista al ingreso debemos valorar si concurren o no, la existencia de especiales circunstancias de riesgo de suicidio en el interno** y en su caso identificarlas. Toda **ideación suicida** o conducta relativa a ésta, debe ser tomada en serio y sin ninguna ambigüedad".*

Lo que reafirma la necesidad de que ***debe explorarse con detalle todos los aspectos relacionados con el suicidio,*** sin ningún tipo de prevención ni rodeos, porque solo de esta manera se estará en las mejores condiciones de evaluar el riesgo y actuar en consecuencia. Si un interno no expresa directamente pensamientos suicidas, pero es un sujeto de riesgo (con trastornos mentales graves, con enfermedades crónicas incapacitantes, con intentos suicidas previo o con un profundo malestar emocional), hay que preguntarle directamente por ellos. Esto no aumenta el riesgo de suicidio.

Entrevista estructurada sobre potencialidad suicida

— ¿Ha pensado últimamente en la muerte con más frecuencia?
— ¿Ha pensado en que para vivir así es mejor morir?
— ¿Se le ha pasado la idea de quitarse la vida?
— ¿Ha pensado en la forma de hacerlo?
— ¿Se considera capaz de quitarse la vida?
— ¿Ha hecho algún preparativo para quitarse la vida?
— ¿Ha intentado últimamente quitarse la vida?
— ¿Con anterioridad lo intentó en alguna ocasión?

Así pues, deberemos **identificar y valorar en qué medida están presentes o ausentes los factores/señales o variables** que estén asociados al riesgo de conducta de suicidio en el interno ***en el momento de realizar la entrevista de ingresos y realizar una valoración del riesgo suicida: Ausente/Presente a un nivel:***

Clasificación del Riesgo Suicida
- Riesgo Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse año. No hay intención evidente aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica.
- Riesgo Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.
- Riesgo Grave: hay una reparación concreta para hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.
- Riesgo Extremo: varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente como agravante la auto agresión.

La entrevista, **siempre:** ***los autoinformes (inventarios, cuestionarios y escalas)*** son un complemento ideal de la entrevista, pero nunca han de sustituirla. A favor del uso combinado de entrevista y autoinforme estaría el hecho de que muchas personas revelan información a través del cuestionario que no se atreven a expresar en la entrevista, y viceversa.

FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

En la práctica profesional disponemos de diversas fuentes de obtención de información que pueden aportarnos datos útiles y relevantes en el proceso de toma de decisiones así como en la emisión del respectivo informe psicológico. Señalaremos las más utilizadas en la valoración del riesgo de suicidio.

1) **IMPRESIÓN CLINICA:** Entrevista. Observación directa

2) **PRUEBAS DIAGNOSTICAS** :
- PARA MÁS DETALLE VER ANEXO.

Escala de Plutchik,
Escala de desesperanza de Beck,
Escala de intencionalidad suicida de Beck,
Escalas de impulsividad,
Pruebas de screening de diagnóstico psicopatológico.

3) **INFORMACION DOCUMENTAL :**
- Expediente penitenciario y protocolo del interno
- SIP: Resumen Procesal-penal-penitenciario
- Protocolo social: antecedentes de salud menta

4) **INFORMES VERBALES sobre comportamiento diario:**
- miembros del equipo técnico
- funcionarios de vigilancia
- internos del módulo (ej: compañero de celda)

5) VALORACION CONJUNTA CON EL MEDICO: especial cuidado con los datos del expediente médico (especialmente protegidos por la ley de protección de datos)

Además, *EL Programa Marco de Prevención de Suicidios (PPS*) contiene a disposición del psicólogo: **El Cuestionario de Evaluación PPS, El Guión de Entrevista para la Valoración del Suicidio y El Cribado de Riesgo de Suicidios en CP de la OMS**

CRIBADO DEL RIESGO DE SUICIDIO EN CENTROS PENITENCIARIOS

Fuente: Organización Mundial de la Salud[1]

Las respuestas afirmativas a uno o más de los siguientes elementos pudieran usarse para indicar un mayor riesgo de suicidio y la necesidad de mayor intervención:

- El recluso está intoxicado y/o tiene una historia de abuso de sustancias.
- El recluso expresa altos e inusuales niveles de vergüenza, culpa y preocupación durante el arresto y encarcelamiento.
- El recluso expresa desesperanza o temor sobre el futuro, o muestra señales de depresión, tales como llanto, falta de emociones, falta de expresión verbal.
- El recluso ha recibido tratamiento previo para un problema de salud mental.
- El recluso padece actualmente una condición psiquiátrica o actúa de una manera inusual o bizarra, por ejemplo, tiene dificultad para concentrarse, habla solo, oye voces.
- El recluso ha tenido uno o más intentos suicidas previos y/o admite que el suicidio es actualmente una opción aceptable.
- El recluso admite tener ideas actuales relacionadas con el suicidio (es un error creer que es malo preguntarle a una persona si está actualmente pensando en el suicidio, para no dar lugar a ello).
- El recluso admite que tiene planes actuales de suicidarse (también se debe tener en consideración contactar a la familia y reclusos vecinos).
- El recluso admite o parece tener pocos recursos de apoyo interno y/o externo.
- El funcionario encargado de su conducción cree que el recluso está en riesgo de suicidio.
- Los registros del centro penitenciario indican que el recluso estuvo en riesgo de suicidio durante una reclusión anterior.

ENTREVISTA PARA VALORACIÓN DEL SUICIDIO (Guión).

ASPECTOS A EVALUAR:

1º **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.

2º **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.

3º **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.

4º **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.
7. Atender solo a lo que la persona dice sin tener en cuenta su comunicación no verbal: postura, gestos, tono de voz, etc.
8.-Tratar de convencerle a toda costa de lo inadecuado de su conducta.

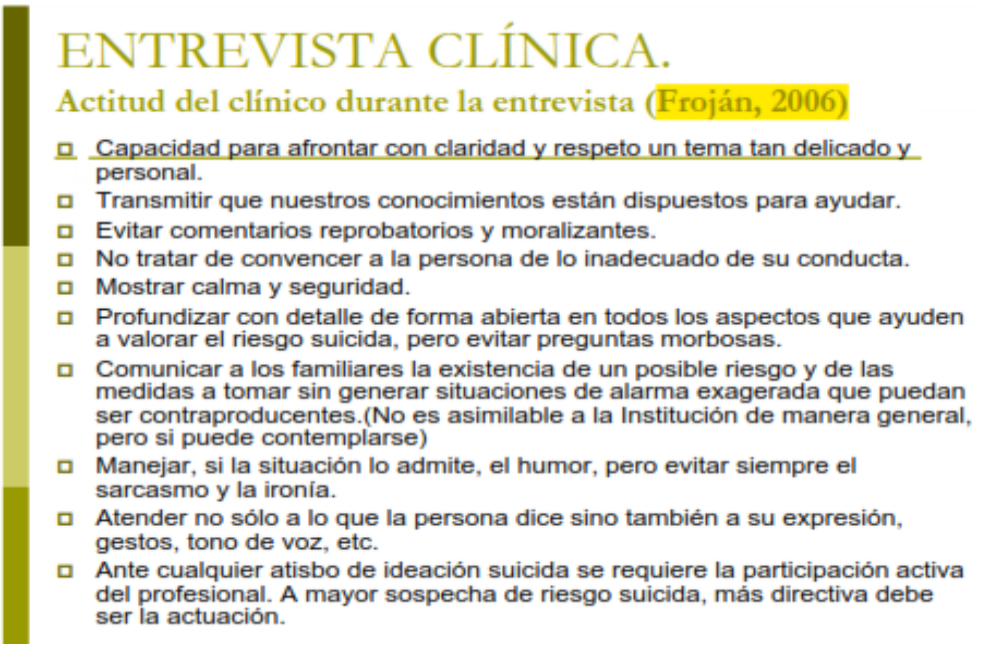
ACTITUD TERAPÉUTICA.

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.



CONSIDERACIONES PRÁCTICAS SOBRE LA ENTREVISTA Y EL USO DE INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

-Saber hacer o el valor de la presencia: tanto o más importante que conocer los instrumentos, y saber aplicarlos bien, *es saber estar-ahí* delante de la persona con ideación suicida, manejando las emociones y conteniendo la angustia. Nunca se insistirá lo suficiente en señalar la importancia del entrenamiento y dominio de habilidades de entrevista terapéutica en la evaluación y ayuda a las personas en riesgo suicida. ¿Por qué? Por la propia naturaleza *interactiva abierta-contextual-dinámica-existencial* del riesgo y del fenómeno suicida*. En la crisis suicida*, hay siempre una gran ambivalencia o conflicto dilemático entre permanecer en la vida y decidir morir. Por un lado, la persona desea morir si su vida continúa de la misma manera, pero por otro desea vivir si se producen pequeños cambios significativos en ella. Hay momentos o situaciones donde la balanza puede inclinarse hacia un lado u otro. De acuerdo con esta naturaleza fluctuante e interactiva del proceso suicida, influenciable por la propia evaluación (*Pérez-Álvarez,20l8b*), la forma en que preguntamos, lo que preguntamos y cuándo, cómo evaluamos o estimamos el riesgo y lo manejamos, motivamos, etc., tendrá un papel nada desdeñable en la propia evolución del riesgo de suicidio que no deja de ser un proceso dinámico.

-Habilidades terapéuticas: en la evaluación de personas potencialmente suicidas el manejo de habilidades de entrevista terapéutica resulta, sencillamente, decisivo. Hay que saber mantener un equilibrio entre el deseo de ayuda y una prudente actitud de respeto a la autonomía de la persona; entre la valoración de las dificultades y la validación de los recursos personales, entre la valoración de los recursos de riesgo y protección; entre una ayuda centrada en la prevención de conductas suicida y un apoyo que busca aumentar las razones para vivir (Malone, Oquendo, Ellis y Mann). Se trataría no solo de saber evaluar, sino de devolver a la persona en crisis una comprensión empática de su problema de modo que, a través de dicha comprensión, pueda regular sus emociones, y desde ahí,desde una disminución de la intensidad de la crisis emocional, ponderar posibles soluciones alternativas.

No conviene olvidar que saber reconocer las limitaciones y dificultades en la tarea evaluadora es una virtud clínica. Hay que saber derivar a otro profesional o dispositivo de ayuda cuando proceda. Con palabras de ***Knaap,2020,«Good psycotherapy saves lives»*** (la buena psicoterapia salva vidas). Sirva esto para resaltar la importancia de alcanzar unas buenas competencias profesionales y un entrenamiento y formación específicos en el manejo de la conducta suicida.Tales competencias deben incluir elecciones con respaldo científico, sin olvidar la importancia de una actitud amable y de los valores de la persona como guía para tomar decisiones terapéuticas.

5.- INTERVENCIÓN EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Una crisis es un estado temporal de trastorno, que se caracteriza por una desorganización reflejada en una incapacidad para enfrentar la situación adversa que se está viviendo, manejar adecuadamente las emociones, enfocar el pensamiento y la conducta en resolver el problema.

En las crisis fallan los mecanismos normales para hacer frente a las situaciones estresantes, se presenta un deterioro funcional significativo, existe una clara evidencia de sufrimiento, dolor y aflicción. Se produce un estado de confusión y/o agitación y se responde con reacciones de estrés general que traen consigo distintos síntomas como: sentimientos de cansancio, agotamiento, desamparo, tristeza, inadecuación, confusión, ansiedad, angustia, frustración, enojo, rabia, cólera; además de síntomas físicos como llanto, sudoración, palpitación, temblor.

La intervención en crisis es la estrategia que se aplica en el momento de una crisis, su objetivo es que la persona se recupere de este estado de trastorno y recupere la funcionalidad para poder afrontar el evento a nivel emocional, conductual y racional (***Osorio Vigil, Amalia,2017).***

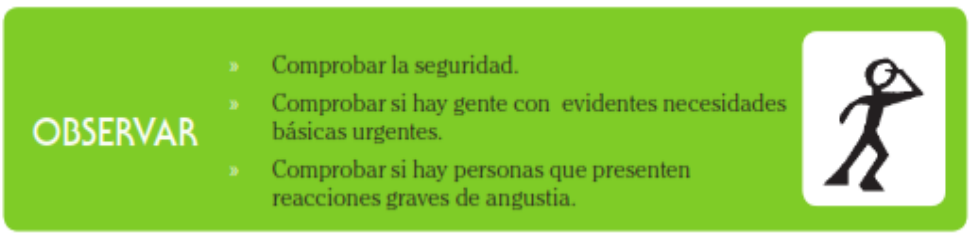
La intervención en crisis se divide en:

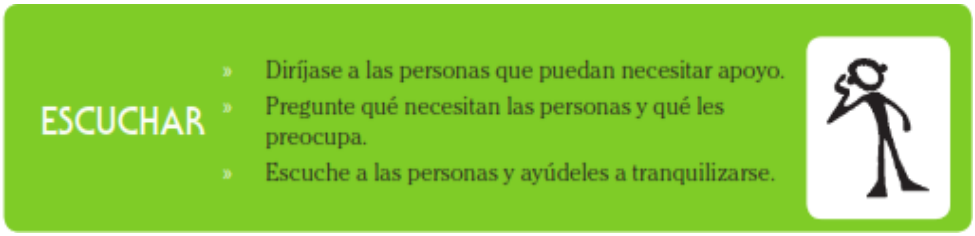
1) ***Intervención en 1ª instancia***: consiste en dar los primeros auxilios psicológicos y restablecer el enfrentamiento inmediato ante la crisis que se está viviendo.
2) ***Intervención en 2ª instancia:*** consiste en brindar a las personas que lo requieren un proceso psicoterapéutico dirigido a ayudar

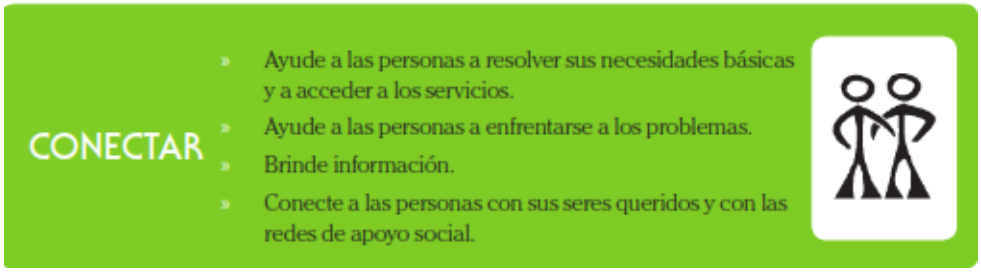
LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Los orígenes de los PAP se remontan a mediados 2000, con los estudios de ***Hobfoll y cols. (2007)***, quienes plantearon ***cinco elementos*** principales para la intervención inmediata de una crisis: *calma, seguridad, autoeficacia, conexión y esperanza.*

Posteriormente, la OMS (2012) adoptará como *modelo de principios de actuación en la primera ayuda psicológica* el siguiente: **OBSERVAR-ESCUCHAR-CONECTAR**







La OMS en su publicación: *"Primera ayuda psicológica, una guía para trabajadores de campo (2012),* **describe la primera ayuda psicológica (PAP)** como una técnica de primera respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda, en el momento de afectación ante un acontecimiento reciente crítico y grave, tan pronto se pueda establecer contacto con la persona que está en situación de angustia en un lugar seguro, protegido y privado.

Para ofrecer PAP no es necesario ser un profesional de la salud o tener experiencia o formación para ayudar en situaciones de crisis; sin embargo, según la OMS, pueden darse situaciones en las que la persona necesite apoyo inmediato mucho más avanzado o experto por parte de profesionales como prioridad para salvar la vida como:

- personas con lesiones graves que ponen en riesgo la vida y que necesiten atención
- médica urgente.
- personas que están tan alteradas que no pueden ocuparse de sí mismas o de sus hijos.
- ***personas que pueden hacerse daño a sí mismas.***
- ***personas que pueden hacer daño a otros.***

El suicidio es, por definición, una situación urgente que requiere tomar decisiones trascendentales tanto para la vida de una persona (el presunto suicida), como para la salud psicológica de quien se hace cargo del caso.

Así pues, en este apartado, nos centraremos en los PAP que debe prestar los psicólogos penitenciarios ante "las crisis suicidas" que puedan acontecer en su quehacer profesional.

La crisis suicida implica que la idea suicida está más elaborada y se ha concretado en un plan suicida, con posibilidad de llevarse a la práctica. El riesgo de muerte es mayor y por lo tanto habrá que tomar las medidas oportunas para que el plan suicida no se realice. Lo fundamental es mantener con vida a la persona en riesgo, hasta que pase la crisis, por ello es necesario que todas las personas sepan como ayudar a una persona en crisis suicida

Toda crisis y urgencia tiene sus particularidades, por lo tanto, una intervención nunca será igual a otra intervención; podrán compartir algunas expresiones en común pero los factores desencadenantes son siempre diversos

La primera ayuda psicológica en una intervención en crisis se da durante los primeros minutos y horas, después de la crisis, *entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual (social).*

La intervención psicosocial/psicoterapéutica debe estar dirigida a aliviar la intensa afectación emocional de la persona; reducir los estados de tensión; reducir los sentimientos de impotencia, desamparo, confusión, tristeza, desasosiego, ansiedad o desorganización por los cuales puede estar atravesando el interno.

En las situaciones de crisis es importante intervenir en el contexto más próximo de la persona, se debe conocer la situación en la que se produce y sobre los factores desencadenantes: factores estresantes y de riesgo para la persona (pérdidas, malas noticias sobre su situación penal o penitenciaria, desarraigo, episodios de violencia, etc.), posibles situaciones de carencia (física, emocional y social), su historial delictivo, penitenciario y clínico en relación a enfermedades/padecimientos previos, entre otros. En las situaciones de crisis, también se debe incluir el análisis de los aspectos familiares y sociales, culturales y ocupacionales de la persona.

Los PAP proporcionan apoyo, reducen el peligro, brindan herramientas de afrontamiento y conectan a la persona en crisis con los recursos de ayuda. *La meta de los primeros auxilios psicológicos es que la persona salga del shock y active sus recursos para recuperar su capacidad de afrontamiento de la crisis,* lo cual incluye la conceptualización del hecho, la clarificación de los pensamientos, el manejo adecuado de las emociones y sentimientos, el control de la subjetividad, de la fantasía catastrófica, de la sensación de amenaza y comenzar así el proceso de solución del problema, ya que la persona se siente incapaz de afrontar lo que está viviendo, debido a un colapso en sus habilidades de afrontamiento.

Es importante concretar **cuáles son los primeros auxilios psicológicos que se aplican en los momentos de crisis,** ya que la aplicación de estos,permitirá al psicólogo penitenciario afrontar de manera eficiente y eficaz la situación de emergencia.

La característica común es que solamente se va a realizar una sola intervención y lo fundamental es que se pueda contener la vivencia suicida, posibilitar un tratamiento convencional posterior (psicoterapéutico o/y farmacológico) y en todo caso facilitar al interno la posibilidad de exteriorizar su deseo de muerte y la comprensión de su comportamiento suicida.

Alejandro Rocamora en su manual: *Intervención en crisis en las conductas suicidas* utiliza **El *modelo de intervención en crisis* (AFVA)** que tiene **cuatro pasos:**

- ⇒ **Acoger.**
- ⇒ **Focalizar el problema.**
- ⇒ **Valorar la gravedad.**
- ⇒ **Actuar.**

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN PERSONAS QUE MANIFIESTAN IDEACIÓN SUICIDA

1. Acoger
- Facilitar la verbalización
- Evitar los eufemismos
- Favorecer la transferencia positiva.

2. Focalizar el problema
- Trabajar los sentimientos suicidas
- Señalar los rasgos positivos de la personalidad
- Detectar las formas sanas de solucionar problemas anteriores.

3. Valorar la gravedad
• Analizar las posibilidades reales de llegar al suicidio
• Valorar los apoyos familiares y sociales
• Valorar las formas de afrontamiento en situaciones de crisis parecidas anteriormente.

4. Actuar
• Señalamiento de las posibles pistas de solución.
• Necesidad o no de seguir un tratamiento psicoterapéutico convencional
• Consulta de seguimiento

Protocolo de intervención en personas que han realizado un intento autolítico
• No pasar de largo ante la conducta suicida
• Alianza con el sufrimiento del suicida
• Explorar las fortalezas del sujeto
• Identificación del problema nuclear
• Posibilidad de un ingreso hospitalario
• Establecer un plan terapéutico.

Protocolo de intervención en personas que han realizado un gesto suicida
• Atención a las lesiones físicas, si las hubiere
• Exploración exhaustiva para descartar la intencionalidad de muerte
• No minimizar este tipo de conducta y siempre explorar las motivaciones profundas.

Protocolo de intervención en personas que han realizado un suicidio frustrado
• Atención a las lesiones físicas, si las hubiere
• Exploración de la vivencia suicida y valoración si persiste "la lógica suicida"
• Tratamiento psiquiátrico (farmacológico o incluso el internamiento) para neutralizar la patología psicopatológica subyacente.

Otros autores como Slaikeu, Pérez Barrero o Amalia Osorio utilizan un modelo similar para los Primeros auxilios psicológicos basado en cinco pasos:

La Primera Ayuda Psicológica (Pérez Barrero

Etapa	Lo que se debe hacer	Lo que No se debe hacer
1ª Etapa: Tomar contacto	Escuchar.	Contar su propia historia.
	Reflejar sentimientos	Ignorar sentimientos.
	Aceptación	Bromear, no dar importancia
2ª Etapa: Conocer la dimensión del problema	Formular preguntas abiertas para facilitar expresión de sentimientos y conocerlos	Atenerse a preguntas con respuestas si o no
	Evaluar el peligro suicida. Preguntar directamente si es necesario	Ignorar o no evaluar el peligro suicida
3ª Etapa: Posibles Soluciones	Abordar los obstáculos directamente	No explorar los obstáculos
	Establecer prioridades	Visión de túnel o estrechamiento del foco de atención[3]
4ª Etapa: Acción concreta	Tomar una medida a tiempo	Ser tímido, ser indeciso
	Ser directivo, confrontar	Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario
5ª Etapa: Seguimiento	Realizar nuevos contactos para evaluar progreso o retroceso	Dejar la evaluación a otro que no conoce lo sucedido

1. Contacto psicológico: El primer contacto es la sintonización con los sentimientos y necesidades de la persona en crisis. Este contacto es para la escucha: la persona habla sobre lo sucedido, sobre reacciones (sentimientos encontrados y actitudes) y tiene que sentir que se la escucha, acepta, entiende y apoya; lo que lleva a una disminución en la intensidad de sus ansiedades. El contacto psicológico no siempre se hace solo mediante comunicaciones verbales. Algunas veces el contacto físico, no verbal, es más efectivo para crear realmente un vínculo de confianza y seguridad; por ejemplo, tocar o abrazar a una persona que está muy perturbada, mirarla directamente a los ojos, tomarla de las manos, asegurarle que ya no está sola, que está acompañada y que están juntos en esto. En algunas situaciones, como en nuestro ámbito penitenciario, el tocar a la persona es inadecuado o puede no ser bien recibido por el interno/a y puede disminuir la interacción terapéutica.

2. Analizar el problema: El análisis de los problemas tiene en cuenta tanto el pasado inmediato, como el presente y el futuro inmediato. El pasado inmediato se refiere a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis, en especial al incidente específico que desató, disparó o precipitó la crisis. El objetivo principal de este segundo aspecto de los primeros auxilios psicológicos es trabajar hacia un orden jerárquico de las necesidades de la persona dentro de dos categorías (Slaikeu, 2000):

- Conflictos que necesitan manejarse de manera inmediata
- Conflictos que pueden dejarse para después

3. **Valorar soluciones:** Se trata de identificar y generar alternativas y analizar los problemas para su ejecución. Se analizan las alternativas, las ganancias y pérdidas, los pros y contras de cada solución. Una cuestión importante es analizar los obstáculos para la ejecución de un plan en particular.

4. **Pasar a la acción:** Implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta, con una actitud facilitadora o directiva. El objetivo es dar un siguiente paso, el mejor que se pueda dada la situación. Por lo tanto, se contemplan dos escenarios que dependerán de la gravedad del suceso y de la capacidad de afrontamiento que demuestre el interno/a en ese momento:

- una actitud facilitadora, que favorece el afrontamiento de la persona por ella misma y
- una actitud directiva donde el afrontamiento se hace más guiado y acompañado.

5. **Darle seguimiento:** La principal actividad del profesional asistente aquí es especificar un procedimiento para que él y el interno/a estén en contacto en un tiempo posterior. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara. El objetivo del seguimiento es completar el circuito de retroalimentación, determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos. Además, el seguimiento facilita otros pasos hacia la resolución de la crisis y si es necesario se conecta al interno/a con una segunda instancia de intervención.

Intervención en segunda instancia

Una vez pasada la crisis, si se detecta que la persona que la sufrió, está experimentando secuelas, como estrés post-traumático, trastorno de estrés post-traumático, ataques de pánico, manías o fobias, pensamiento catastrófico u obsesivo, se recomienda canalizarlo a una intervención de segunda instancia, la cual tiene una duración más larga y puede ser de semanas e incluso meses, esta intervención es llevada a cabo por profesionales especializados del área de la salud, como psicólogos, psicoterapeutas o psiquiatras.

Se encamina por tanto a la resolución de la crisis, a asistir a la persona a que exprese sus sentimientos y los vaya aprendiendo a manejar, a que adquiera dominio cognoscitivo sobre la situación y actúe de manera asertiva en la vida, de forma que el incidente se integre a su historia vital de manera natural y objetiva.

PAUTAS PARA EL ABORDAJE PSICOSOCIAL/PSICOTERAPÉUTICO DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

Existen muchas **ideas erróneas y prejuicios sobre la conducta suicida,** estos mitos se contradicen con lo que nos muestra la realidad *(OMS, 2014).*
Conocer algunas de estas creencias erróneas y acercarnos a la realidad del suicidio nos permitirá poder dar un apoyo más efectivo a los internos/as que se encuentran en una situación de riesgo y a sus familiares.

- **No es cierto que las personas que hablan de suicidarse no lo hagan.**
- **No es cierto que si se reta a un suicida no lo realizará**. Retar al suicida es un acto irresponsable.
- **No es cierto que todos los que intentan suicidarse sufran una enfermedad mental.**
- **No es cierto que si una persona está decidida a suicidarse nada ni nadie se lo impedirá.** La mayoría de los suicidas no quieren morir; sólo quieren librarse del dolor emocional y pueden tener sentimientos mezclados de vida y muerte hasta el último momento.
- No es cierto que **solo la gente mayor** y **las personas con problemas graves se suicidan**, por tanto, en la infancia y la adolescencia no se suicidan"
- **No es cierto que la mejoría después de una crisis suicida significa que ya no existe riesgo de suicidio**.
- **No es cierto que todas las personas que realizan el acto suicida sufren una depresión o que cuando mejoran de una depresión grave ya no hay riesgo de suicidio.**
- **No es cierto que la conducta suicida sea hereditaria.** Lo que puede suceder es que se herede la predisposición a padecer determinadas enfermedades en las que la conducta suicida pueda ocurrir (esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo).
- **No es cierto que todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.**
- **No es cierto que si se habla con una persona que esté en riesgo suicida se le puede incitar a que lo realice,** al contrario, está comprobado que esto reduce el riesgo, y es la primera posibilidad, quizás irrepetible, de iniciar su prevención.
- **No es cierto que el suicidio no pueda ser prevenido, ya que ocurre por impulso.** Toda persona, antes de cometer un suicidio, evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como ***Síndrome Presuicidal***, consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.
- **No es cierto que sólo los profesionales de la salud mental (psiquiatraspsicólogos) pueden prevenir el suicidio.** Cualquier persona puede ayudar a la prevención del mismo.
- **No es cierto que abordar a una persona en crisis suicida sin preparación para ello, sólo mediante el sentido común, sea una pérdida de tiempo**.

A continuación hemos recopilado una serie de orientaciones y pautas sobre la conducta suicida que es necesario analizar y conocer para poder realizar actividades de apoyo y prevención en PAP:

⇒ En primer lugar, ***SIEMPRE*** hay que creer al interno en una situación en que amenaza con suicidarse. Cualquier tentativa de suicidio debe ser tomada en serio. No se deben banalizar ni menospreciar las amenazas suicidas.Tampoco pensar que lo que quiere es llamar la atención. Tenemos que tener presente que **el deseo de morir es ambivalente y a menudo transitorio.** Durante *la crisis suicida*, los pensamientos e ideas sobre el suicidio se hacen más fuertes y convincentes, pero al mismo tiempo, coexisten los deseos de seguir viviendo si *"las cosas mejoraran",* si se les brindara un poco de ayuda. ***El escucharles, asistirles y acompañarles***, es expresión de esa ayuda que están buscando. El profesional que presta ayuda *deberá esforzarse en apoyar el deseo de vivir, enfatizar en el interno/a la necesidad de recibir ayuda y ofrecer una esperanza de solución.*

⇒ Como en toda actuación de emergencia la primera obligación será **"asegurar la escena",** esto es, garantizar la seguridad personal de los implicados y del contexto. ***La "prioridad es la supervivencia" y la prevención del daño físico durante la crisis***. En el caso de un interno/a que esté amenazando con suicidarse, **lo primero es no dejarlo solo/a**. Habrá que valorar la posibilidad de que también ocasione daños a terceros (otras compañeros/as de reclusión, personal de la prisión). Si el riesgo de agresividad es elevado, el encuentro podrá ser realizado con la puerta abierta, excepcionalmente con colaboración de otras personas (funcionario, educador). Deberemos tomar medidas inmediatas para disminuir los riesgos no dejando al alcance objetos potencialmente de riesgo para realizar el acto suicida y prestaremos atención a que no tenga consigo el interno/a dichos elementos.

⇒ Al enfrentarnos a esta situación, aunque no contamos con mucho tiempo, deberemos **recabar el máximo de información relevante acerca del interno**: posibles causas, datos sociodemográficos, nombre, actividad delictiva y penitenciaria, situación procesal, notificaciones recientes o comunicaciones realizadas, pérdidas recientes, etc. No se aconseja la intervención directa de terceros conocidos, o no, de la persona que intenta suicidarse.

⇒ Tenemos que **establecer un vínculo de confianza**. La forma en que nos acerquemos y el tiempo que pasemos con el interno/a son primordiales. Hay que cuidar mucho lo que se hace en los primeros momentos. **El primer contacto** con el suicida debe realizarse en un ambiente tranquilo, evitando interrupciones, en la medida de lo posible y adoptando una actitud de escucha activa y comprensión. ***Irse ganando la confianza***, acercándose despacio y pidiendo permiso. Primero personalizar, saber cómo se llama y presentarnos; segundo, establecer contacto verbal y, si puede ser, visual ya que nuestra "arma" es la palabra. No se trata de "razonar": posiblemente el interno/a esté convencido de tener buenas razones para acabar con su vida. La clave está en ***adoptar una actitud terapéutica empática, de respeto e interés, con calidez y afecto, comprensiva***, aunque no compartimos su decisión final, **pero sin crítica** (no culpabilizarle, no prejuzgarle, ni se interroga, ni se aconseja, ni se opina). Se favorece un clima de confianza, creando un ambiente de apoyo y aceptación incondicional, que permita que el interno se deshahogue y exprese sus sentimientos. ***Se trata de "ganar tiempo" para cambiar su estado emocional y para controlar su impulsividad.***

⇒ Debemos **disponer -y darnos- el tiempo necesario para la atención, acompañar y prestar apoyo durante el despliegue del malestar del interno**. Habilitar siempre un espacio para la escucha. Asegurar una comunicación clara, comprensiva y *sensible a las diferencias de edad, género, culturales, religiosas o idiomáticas del colectivo de internos/as.* Disponer de un ambiente de privacidad. ***El Trato respetuoso y receptivo***, posibilitará que el interno pueda expresarse con calma. Es importante respetar sus tiempos y sus silencios; invitarle a "hablar sobre lo que pasa". Permitir llorar (relajación) y enfadarse, no permitir gritar (descontrol emocional). ***Hablarle en forma tranquila y pausada.*** Se deben usar frases cortas (no debemos hablar más que el interno/a) que hagan que se sienta comprendido y tomado en serio (por ejemplo, "me imagino", "entiendo", "claro", "no es para menos",etc.). Formular preguntas abiertas para facilitar la expresión de los sentimientos y los pensamientos; reformular en síntesis los mismos, parafrasear, etc. Preguntas del tipo ¿te encuentras bien?, ¿tienes frío?, ¿quieres algo?, pueden cambiar el foco de atención suicida y hacerle sentirse atendido y cuidado. ***Hablar en positivo***: "te vamos a ayudar", "tienes derecho a sentirte mal". No debemos decir: "no pienses en eso", "no llores", "no lo hagas", etc. Atender a su conducta no verbal.

⇒ **El objetivo de esta primera ayuda es conocer cómo se siente el interno/a "aquí y ahora".** Generalmente, las personas en crisis suicida se sienten muy solas, sin nadie interesado en entenderlas. Suelen sumergirse en un profundo aislamiento, lo que acrecienta los sentimientos de soledad. Con frecuencia consideran que la vida no tiene sentido alguno. Se puede producir en el interno un hastío de la vida en prisión y, consiguientemente, una pérdida radical del deseo de vivir. Piensan que las demás personas (familia, amigos,) estarían mejor si dejara de existir. ***Se sienten pesimistas, creen que nada les ha salido, les sale ni les saldrá bien en sus vidas y que no tienen futuro***. Se sienten atrapadas en una especie de drama autobiográfico de balance negativo que les hace experimentar vivencias de muerte y suicidio ***a falta de otras perspectivas mejores.*** Esta situación se agrava cuando el estado de salud es negativo y les supone una limitación añadida e importante en su vida cotidiana en la cárcel.

⇒ **Proporcionar herramientas** para que el interno/a identifique la circunstancia actual o motivo que ha desencadenado la situación de crisis. ***Generar alternativas y estrategias*** ante los problemas que plantee sin dar consejos. ***Tomar decisiones prácticas*** para proteger al interno/a con riesgo suicida, siendo directivo e implicando al personal del equipo de técnico y familiares.

⇒ **Negociar:** buscar posibles salidas compatibles con la vida. Ofrecerle ganancias reales y posibles que puedan ser interesantes para el interno/a a cambio de la desestimación de su conducta: *"te pondremos en contacto con esa persona", "te vamos a ayudar a que no se vuelva a dar esa situación", "¿qué podemos hacer por ti?, etc.*

⇒ **Crear ambivalencias:** Ponderar aspectos positivos y negativos de la acción suicida. Despertar motivaciones tanto positivas como negativas. Debemos intentar conducir la conversación haciendo que la persona vea que *"pesan"* más los aspectos negativos o efectos secundarios (daños colaterales) de la ejecución de su conducta, que lo *"positivo"* de realizarla; para ello utilizaremos la información que nos facilita en la conversación e información de la que dispongamos de la persona y que sea útil a tal efecto y momento.

Las consecuencias del suicidio harán sufrir a determinadas personas: *¿Crees que así se resolverán los problemas?, ¿sufrirán otras personas?, ¿no hay otra salida?*,

Además, hacer énfasis de que su acción podría no tener las consecuencias esperadas, por ejemplo, quedarse con secuelas físicas irreversibles (tetrapléjico).

Si está en una etapa de decisión firme, debe valorarse el intentar generar intensa ambivalencia, para facilitar que existan posibilidades de cortocircuitar la situación actual de decisión firme que tiene.Para ello habrá que analizar qué aspectos o situaciones personales, familiares, sociales, religiosas, etc., pueden facilitar que dicha ambivalencia sea generada en cada caso y que previamente el sujeto, valoró o no lo hizo profundamente.

⇒ **Identificar los referentes vinculares que pudieran resultar tranquilizadores y colaborar en el proceso de ayuda,** en particular la existencia de la red de apoyo sociofamiliar del interno. En los momentos de crisis y/o urgencia ***es importante indagar e identificar cómo la persona nombra a su familia y/o referentes***, de modo tal que a partir de esa referencia el equipo evalúe a ese grupo familiar y/o vincular como continente, vulnerable, de riesgo, otros. Estas primeras observaciones pueden constituirse en una brújula para intervenciones posteriores.

⇒ **Tomar en consideración** su autonomía e independencia y **la participación activa del interno/a en la toma de decisiones consensuando soluciones** en base a las propuestas que haga a lo largo del proceso de intervención, respetando sus derechos en relación con los profesionales y la institución.

⇒ ***Evaluar el peligro/riesgo suicida*** y preguntar directamente si es necesario***, no se puede ignorar o no explorar el peligro suicida***. Preguntarle el porqué de su conducta con preguntas directas y cortas: esto hace explícita la situación, la objetiviza para la persona y la tranquiliza, también nos ayuda a valorar el riesgo.

En la evaluación del interno/a que ha realizado intento de suicidio, es necesario ***evaluar la gravedad del intento***, valorando lo siguiente:

- **La eficacia y letalidad del método elegido** (la persona se asombra de seguir viva): Los métodos violentos, como el lanzarse de altura o al metro, el ahorcamiento, las armas blancas, guardan una estrecha relación con la intencionalidad letal. Por el contrario, las intoxicaciones con medicamentos suelen considerarse tentativas menos graves, aunque esto depende del conocimiento subjetivo del paciente hacia la sustancia utilizada.

- **El momento elegido**, la posibilidad de ser descubierto: Debe tenerse en cuenta si se ha llevado a cabo maniobras para mantener la privacidad del acto o evitar el rescate, lo que implica una mayor gravedad.

- **La impulsividad y grado de planificación** (a mayor planificación, mayor riesgo suicida): La ausencia de factores desencadenantes, la existencia de notas de despedida, realización de testamento o seguros de vida, orientan hacia una premeditación del acto, y por tanto, una mayor gravedad.

- **La finalidad del acto suicida** (poner fin a la vida, llamada de atención, demanda de ayuda): Debe evaluarse la posibilidad de que exista una ganancia secundaria en la conducta suicida, lo que implicaría un menor riesgo de consumación del acto.

- **La experimentación que siente al ser salvado**: Es muy importante prestar atención a la actitud después del intento y a la disposición para el tratamiento. No es lo mismo manifestar alivio por ver que se está vivo, sentirse arrepentido por lo hecho o agradecido a quienes le han ayudado que sentirse fracasado por no haber culminado el intento (tabla 9.2) (Ayuso-Mateos y Saiz et al., 2014).

- **El cambio o no de las circunstancias vitales que determinaron la decisión**. También debe tenerse en cuenta que, en muchas ocasiones, los internos que desean suicidarse pueden negar deliberadamente estas ideas. Así, ante cambios súbitos en la actitud del interno evaluado (por ejemplo, estaba agitado y súbitamente se calma, pasar de no colaborar a hacerlo, etc.) habrá que considerar que pueda tratarse de una mejoría engañosa o falsa y que haya tomado la decisión de suicidarse. (Ministerio de Salud, 2018).

Se debe recomendar ingreso en enfermería y alta en programa PPS:

- En caso de conducta suicida grave reciente
- Cuando se objetiva un riesgo alto de repetición del intento
- Cuando hay antecedentes de intentos previos
- Si el interno/a presenta una alta impulsividad
- Si se produce expresión de intencionalidad suicida
- Si el intento actual presenta un plan estructurado y con elevada letalidad
- Cuando el interno/a presenta síntomas psicóticos o patología psiquiátrica de base o la presencia de comorbilidades.
- Si la red de apoyo sociofamiliar e institucional es escasa o no ofrece soporte.

Cuando se evalúa que el riesgo suicida es bajo y el intento fue de baja gravedad, **puede considerarse el alta en PPS y posterior seguimiento ambulatorio en módulo,** siempre que exista los adecuados apoyos que actúen como medio de contención y monitorización del interno y se haya constatado:

- alivio tras los PAP
- expresión de intención de control de impulsos suicidas
- aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
- ausencia de factores clínicos de riesgo: alucinaciones, delirios, depresión moderada / grave y
- apoyo sociofamiliar efectivo.

A continuación se presentan una serie de recomendaciones acerca de lo que hacer y decir, así como de lo que **no** decir **ni** hacer. Lo más importante es que sea Ud. mismo, que sea genuino y sincero a la hora de ofrecer su ayuda y sus cuidados.

Lo que debemos hacer y decir ✓

- Intente encontrar un lugar tranquilo para hablar, minimizando las distracciones externas.
- Respete la privacidad y mantenga la confidencialidad de la historia salvo razones de fuerza mayor.
- Sitúese cerca de la persona pero guardando la distancia apropiada según su edad, género y cultura.
- Hágale entender que está escuchando, p. ej. asintiendo con la cabeza o diciendo "hmmm...".
- Tenga paciencia y mantenga la calma.
- Ofrezca información concreta en caso de que disponga de ella. Sea honesto acerca de lo que sabe y de lo que no sabe. "No lo sé, pero intentaré averiguárselo".
- Dé la información de un modo en que la persona la pueda entender; es decir, de forma simple.
- Hágale saber que comprende cómo se sienten y que lamenta sus pérdidas y lo que les ha pasado, como haberse quedado sin hogar o haber perdido a un ser querido. "Lo siento mucho. Imagino que esto es muy triste para Ud.".
- Hágale saber que reconoce sus fortalezas y la manera en que se están ayudando a sí mismos.
- Deje espacios para el silencio.

Lo que no debemos hacer ni decir ✗

- No presione a la persona para que le cuente su historia.
- No interrumpa ni apure a la persona mientras cuenta su historia (por ejemplo, no mire la hora, ni hable demasiado rápido).
- No toque a la persona si no está seguro de que sea apropiado.
- No juzgue lo que hayan hecho o dejado de hacer ni sus sentimientos. No diga cosas como "No debería sentirse así", "Debería sentirse afortunado de sobrevivir".
- No invente cosas que no sabe.
- No utilice expresiones demasiado técnicas.
- No cuente la historia de otra persona.
- No le hable de sus propios problemas.
- No haga falsas promesas ni dé falsos argumentos tranquilizadores.
- No piense ni actúe como si tuviera que resolver todos los problemas de la persona en su lugar.
- No le quite su fortaleza, su sensación de poder cuidarse a sí mismo/a.
- No hable de otras personas en términos negativos (por ejemplo llamándoles "locos" o "desorganizados").

Mantenga presente la buena comunicación mientras **observa, escucha y conecta** (principios de actuación de PAP

La intervención terapeútica en relación con el suicidio en el medio penitenciario puede tener una triple vertiente:

1. Internos que tienen ideación suicida pero aún no lo han expresado verbalmente
2. Los internos que manifiestan reiterados pensamientos suicidas
3. Los internos que ya han protagonizado alguna tentativas suicida, conducta autolítica o equivalente.

1) La presencia o sospecha de *ideación suicida* requiere la atención a la posible patología de base y la definición de los objetivos terapéuticos a corto plazo que se van a abordar en la entrevista con el interno: *los pensamientos suicidas, la desesperanza o la prevención de conductas suicidas. E*n la entrevista se debe favorecer la comunicación de los síntomas, sentimientos y pensamientos del paciente, así como facilitar que este y sus allegados se impliquen en la toma de decisiones.

Si un interno/a no expresa directamente pensamientos suicidas, pero es una persona de riesgo *(con trastornos mentales graves, con enfermedades crónicas incapacitantes, con intentos suicidas previos o con un profundo malestar emocional), hay que preguntarle directamente por ellos.* Esto no aumenta el riesgo de suicidio.

2) Cuando un interno nos consulta directamente por ideación suicida, ***LA ESCUCHA EMPÁTICA*** contribuye a aliviar el malestar emocional. La estrategia básica en estos casos es el intento del terapeuta de restablecer algún atisbo de esperanza y contrarrestar la anticipación imaginaria de su muerte con otras formas efectivas de solución de problemas.*El clínico debe favorecer el autocontrol y la autoestima y la capacidad de hacer frente a los problemas, así como promover una mayor participación e integración en el entorno carcelario a la par que se busca favorecer los apoyos externos*, tanto *familiares como de grupo de amigos o del ámbito de asociaciones o ongs colaboradoras*. La Organización Mundial de la Salud da unas orientaciones específicas sobre la manera de preguntar, el momento de hacerlo y el contenido de las preguntas.

3) Si un interno/a ha tenido ya un intento de suicidio, sobre todo, si ha sido reciente, el riesgo de consumación del suicidio aumenta en las semanas posteriores, por lo que es preciso ***un seguimiento exhaustivo*** en los días siguientes (ayuda terapéutica, red de apoyo familiar y social, organizaciones comunitarias), así como una ***atención específica a los problemas psicológicos o trastornos mentales planteados.*** La adopción de un método suicida letal, como por ejemplo el intento fallido de ahorcamiento en la propia celda, y la planificación por adelantado agravan el problema y requieren una intervención más intensiva, con el recurso de la hospitalización o el alta en enfermería si es preciso.

En todos los casos es importante prestar atención a la **visión en túnel**. El interno/a que entra en la lógica suicida no ve otra salida, por lo que hay que abrirle el horizonte, hacerle ver que no está solo y que siempre hay caminos alternativos. Por ello, hay que prestar atención específica a los problemas actuales que tenga, las situaciones de estrés, los trastornos mentales, las enfermedades físicas, el consumo de alcohol/drogas y la presencia de ideación suicida. *Se trata de potenciar las fortalezas del paciente y sus recursos de afrontamiento, así como de consolidar el apoyo familiar y social existente y, en su caso, de los grupos comunitarios o de entidades/asociaciones/ongs de voluntariado* (Chesney y Goddwin, 2014).

Sea cual sea el tratamiento psicológico utilizado, es recomendable promover la formación de **una *alianza terapéutica sólida*** entre el interno/a y el terapeuta, y contar con el apoyo del entorno cercano o más próximo. **Los objetivos terapéuticos** pueden centrarse, según los casos, *en las autolesiones, la ideación suicida, la desesperanza o las conductas suicidas.* **Los tratamientos** *cognitivo-conductuales*, basados en sesiones individuales, son los que han mostrado mayor evidencia empírica, junto con *la terapia conductual- dialéctica* en el caso de los pacientes aquejados de TLP (Tarrier, Taylor y Gooding, 2008*). La terapia interpersonal* ha mostrado también ser útil en adultos con conducta suicida, en mayores de 60 años con depresión e ideación suicida y en adolescentes con riesgo de suicidio (Heisel, Talbot, King, Tu y Duberstein, 2015).

Durante los últimos años van ganando peso **otras terapias psicológicas,** pero que aún necesitan de más investigación para verificar su eficacia, como ***las intervenciones basadas en mindfulness (***Chesin, Brodsky, Beeler, Benjamin-Phillips, Taghavi y Stanley, 2018; Collins, Stritzke, Page, Brown y Wylde, 2018), ***la terapia basada en la mentalización*** (Malda-Castillo, Browne y Pérez-Algorta, 2019) y ***la terapia de aceptación y compromiso*** (ACT) (Ducasse et al., 2018; Tighe, Nicholas, Shand y Christensen, 2018). A este conjunto de terapias cabría añadirle ***la terapia existencial,*** por la importancia que este enfoque pudiera tener en un fenómeno de las características del suicidio. Parece razonable pensar que un problema existencial (Camus, 1942/2006) podría verse beneficiado por intervenciones coherentes con un enfoque existencial (Gautreau, 2018).

Finalmente, abordaremos algunos tratamientos para las «crisis suicidas›› de especial relevancia provenientes de **las intervenciones breves** que pueden ser utilizadas en diferentes entornos clínicos y que permiten poner a salvo a la persona en riesgo de suicidio.

Plan de Seguridad de Stanley y Brown

La intervención clínica llamada **«plan de seguridad»(Safety Planning Intervention, SPI** en adelante por sus siglas en inglés) fue desarrollada por **Stanley y Brown (2012)**, está considerada como una delas mejores prácticas de intervención breve (SAMH-SA, 2015). **Esta intervención incorpora estrategias basadas en la evidencia científica para la reducción del riesgo suicida, y está pensada para utilizarse en una única sesión**, por lo que puede llevarse a cabo en cualquier contexto **y resulta muy útil para las crisis suicidas**, que habitualmente no suelen durar mucho tiempo (Stanley et al., 2018). El SPI debe llevarse a cabo tras una evaluación minuciosa y comprehensiva del riesgo suicida y en colaboración con la persona que necesita ayuda. ***Los componentes básicos del SPI son seis:***

1. Reconocer las señales de alarma de una crisis suicida inminente.
2. Emplear estrategias internas de afrontamiento.
3. Utilizar los contactos sociales como un medio de distracción de los pensamientos suicidas.
4. Ponerse en contacto con familiares o amigos que pueden ayudar a resolver la crisis suicida.
5. Ponerse en contacto con profesionales de salud mental o con instituciones especializadas
6. Reducir el acceso a medios potencialmente letales

Programa de Intervención Breve en Tentativas de Suicidio

El programa de intervención breve en tentativa de suicidio **(The Attempted Sucide Short Intervetion Program, ASSIP en adelante por sus siglas en inglés)** es relativamente novedoso (***Michel, Valach Gysin-Maillart, 2017)*** y en él se combinan diferentes componentes, tales como elementos del SPI, psicoeducación y grabaciones de la narrativa de la persona acerca de su crisis de suicido más reciente. Se administra en tres sesiones semanales durante la terapia presencial e incluye cartas personalizadas para los participantes durante 24 meses.

Un ECA (ensayo clínico aleatorio) ha mostrado su eficacia frente al tratamiento habitual en la reducción de tentativas de suicidio (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert y Michel, 2016) y en la mejoría en estrategias de afrontamiento (GysinMaillart, Soravia y Schwab, 2020), *aunque no en la ideación suicida*, que parece estar más relacionada con la satisfacción de la persona con la relación terapéutica (Ring y Gysin-Maillart, 2020).

Hoja Voluntaria de Ayuda

La Hoja Voluntaria de Ayuda (Volitional Help Sheet, VHS en adelante por sus siglas en inglés) es un tipo de intervención breve recientemente diseñada para mejorar el propio compromiso de la persona con no autolesionarse. Consta de una hoja con una tabla compuesta por dos columnas: en una de las columnas se recogen las situaciones críticas que pueden <<*disparar*›› las conductas autolíticas y en la otra se enumeran las posibles respuestas alternativas a tales autolesiones. En el ECA (ensayo clínico aleatorio) realizado por O"Connor et al. (2017) **la VHS**, frente al tratamiento habitual, podría ser eficaz para reducir las repeticiones de conductas autolíticas en personas que fueron previamente hospitalizadas por autolesiones. No obstante, aún se requiere de más investigación (Turecki et al., 2019).

6.- CONTENIDOS BÁSICOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN. PLANES DE SEGUIMIENTO.

De acuerdo con **Knaap (2020)** se recogen **aspectos/componentes transversales importantes en las intervenciones con las personas en riesgo de suicidio independientemente del tratamiento seleccionado** que deben ser tenidos en cuenta para realizar una buena intervención como:

Aspectos transdiagnósticos de las intervenciones para personas con conductas suicidas

Independientemente del tratamiento psicológico, una buena intervención debería:	
Qué ↓	Cómo ↓
Dar autoridad y empoderar.	Más allá de la mera firma del consentimiento informado hay que escuchar cuidadosamente las preocupaciones de la persona, solicitando su opinión durante el tratamiento y explicando los procedimientos para manejar su riesgo de suicidio.
Valorar la relación terapéutica.	Es una característica nuclear de todos los tratamientos eficaces, pero es especialmente importante para reducir la sensación de aislamiento social que suelen sentir las personas con riesgo de suicidio.
Motivar.	Es necesario hacer un esfuerzo para involucrar, apoyar y aumentar la adherencia de la persona al tratamiento. Dadas las consecuencias que puede tener la conducta suicida, el compromiso con la terapia es, literalmente, vital.
Desarrollar un plan de seguridad eficaz para las crisis suicidas.	La elaboración de un plan de seguridad o de manejo de crisis incluye habilidades para reducir el malestar, acceder a personas de apoyo cuando sean necesarias y reducir el acceso a medios potencialmente letales.
Enseñar a regular las emociones.	Uno de los aspectos nucleares de las terapias psicológicas consiste en enseñar técnicas para identificar y aprender a manejar las emociones conflictivas.
Abordar las conductas de suicidio.	Durante el curso del tratamiento pueden tener lugar tentativas de suicidio o amenazas suicidas. Es necesario afrontarlas de forma específica.

La OMS en su publicación de 2007: *"Prevención de Suicidio en Cárceles y Prisiones"*
Indica que todos los centros penitenciarios, independientemente del tamaño, deben tener una política razonable e integral para la prevención del suicidio **que aborde los siguientes componentes claves en un programa de prevención del suicidio**:

Capacitación
Evaluación Inicial
Observación posterior a la admisión
Manejo después de la Evaluación
Monitoreo
Comunicación
Intervención Social
Ambiente Físico y Arquitectura
Tratamiento de Salud Mental

Del resumen de **"las mejores prácticas"** (OMS) destacamos, en primer lugar, que la cultura y cooperación del personal parecen ser decisivas para la implementación exitosa de los programas de prevención del suicidio en las prisiones **y los siguientes elementos:**

→ **Un programa de capacitación** (incluyendo actualizaciones) para el personal funcionarios-vigilancia, tratamental, médico-sanitario e internos de apoyo, con el fin de ayudarlos a reconocer/detectar a los internos/as con riesgo suicida y de responder apropiadamente a las "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 y de vida de los presos** es crucial para la minimización de las conductas suicidas. Aunque las prisiones nunca pueden ser ambientes libres de estrés, las autoridades 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.

→ **Procedimientos para evaluar sistemáticamente** a los reclusos **a su ingreso en el establecimiento y durante toda su estancia** con el fin de identificar a aquéllos que puedan estar en riesgo de suicidio.
Un mecanismo para mantener la **comunicación/coordinación** entre los miembros del personal en relación con los internos/as que tengan riesgo de conducta suicida.

→ **Procedimientos escritos que describan protocolos** mínimos para alojar a los 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 de evaluación y seguimiento** para comunicar y analizar la información sobre la ocurrencia de un episodio suicidio (consumado, frustrado o tentativa) con el fin de identificar las formas de mejorar la detección, monitoreo y manejo del suicidio en los escenarios penitenciarios.

En conclusión, aunque algunas veces no tenemos la capacidad para predecir con precisión si un recluso tendrá un intento suicida o cometerá suicidio, los funcionarios de la prisión y el personal de tratamiento, de atención médica y salud mental están en la mejor posición para **identificar, evaluar y tratar la conducta potencialmente suicida**. Aun cuando no todos los suicidios de los reclusos se pueden prevenir *(muchos se pueden),* puede ocurrir una reducción sistemática de estas muertes si se implementan programas integrales de prevención del suicidio en los centros penitenciarios alrededor del mundo.

En este apartado del tema nos centraremos en los **contenidos básicos del programa marco de Prevención de Suicidios (I. 5/2014-PPS)** en el contexto de la intervención psicológica. Dicho programa, de obligado cumplimiento en cualquier Centro Penitenciario, articula un procedimiento de intervención comprehensivo basado en la evidencia aportada por la evaluación continuada y la revisión de procedimientos como los previstos en la anterior *Instrucción 5/2005 de PPS*. Este modelo propone un programa global e integral de cuidados para las personas con riesgo de suicidio: evaluar, intervenir y monitorizar para la prevención del suicidio.

El Programa de PPS implica la Participación de TODOS PROFESIONALES del C.P

En el documento oficial del *Programa Marco de Prevención de Suicidios del 2014*, se establece que **todo el personal penitenciario** debe participar en el reconocimiento del recluso a través de la observación, escucha activa, diálogo e intervención inmediata para paliar el riesgo, ***comunicando de manera directa e inmediata la posible situación de riesgo al resto del personal penitenciario y a los profesionales encargados de la evaluación directa del interno.***
La organización del programa se divide en ***cuatro niveles de responsabilidad y participación*** para que el programa tenga una respuesta ágil:

1. **El Director:** Encargado de la inclusión y las bajas de los reclusos en el programa.
2. **Tres Subdirectores** (Médico, de Tratamiento y de Seguridad): Responsables de las decisiones de organización y ejecución de las intervenciones y el seguimiento del programa.
3. **Médico y Psicólogo:** Encargados de **la evaluación directa del interno y de las intervenciones en los reclusos.** Determinarán las propuestas de alta y baja del programa.
4. **La totalidad del colectivo:** Profesionales con posiciones más próximas a los internos y elementos clave para la detección de posibles casos y para el apoyo en las diferentes intervenciones.

El cumplimiento de este programa se fundamenta en el deber de todos los trabajadores de establecimientos penitenciarios recogido en **el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria**, definido de la siguiente manera : **"velar por la vida, integridad y la salud de los internos" A TRAVÉS DE:**

- **La comunicación directa e inmediata de las situaciones de** riesgo detectadas (todos los profesionales en las diferentes áreas de trabajo)
- **La garantía de la continuidad del programa** con ocasión del traslado de C.P (director y subdirecciones)
- **La Unificación de la información** en el alta, seguimiento y baja en el programa (subdirecciones).
- La Trascendencia de la orden de dirección de alta en PPS. **Difusión necesaria en todas las áreas**. Libro de registro del PPS
- **La Detección** situaciones de crisis. **Seguimiento** de los internos incluidos. **Observación** de los internos en baja (Todos los profesionales)

CENTRO DIRECTIVO Y CONSEJO DE DIRECCION potenciaran:

- **La Formación** del personal penitenciario
- Profundizar en la **cultura de la intervención** y actividades
- Intensificar la **coordinación entre profesionales** de vigilancia, tratamiento y sanidad.

A continuación describe las estrategias de **DETECCIÓN e INTERVENCIÓN** para evitar la conducta suicida que serán presididas por los principios de celeridad e inmediatez administrativa:

- Importancia de la implicación del personal de vigilancia
- Informe verbal o escrito a la mayor brevedad posible
- Comunicación Jefe de Servicio o Subdirector que proceda.

A) En la DETECCIÓN DE CASOS diferencia ***cuatro momentos o situaciones***:

1. Al ingreso en prisión en el Establecimiento.
2. Durante el Internamiento.
3. En los Traslados y Tránsitos entre Establecimientos.
4. Situaciones Especiales de Riesgo

1. Al ingreso en el Establecimiento

Los profesionales que, conforme al artículo 20 del RP (trabajor social, educador) e Instrucción 14/2011 (los penados de nuevo ingreso serán valorados por el psicólogo del CP), 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** (los examina/reconoce en las primeras 24 horas del ingreso) **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 un funcionario tenga conocimiento de la existencia de ideaciones suicidas (Observación directa del comportamiento Art 66) 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.
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. (vistas en otro apartado).

B) INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA

El funcionamiento del programa seguiría el siguiente **procedimiento.** Cualquier trabajador de la institución que detecte una posible conducta o característica de riesgo, lo pondrá inmediatamente en conocimiento del **Médico y Psicólogo**, encargados de realizar la evaluación directa al recluso y de deliberar de manera conjunta la propuesta de inclusión o no inclusión en el programa. Esta propuesta se derivará a **los tres Subdirectores encargados** que, a su vez, presentarán la propuesta junto con las medidas que consideren oportunas y el tiempo de duración **al Director** del establecimiento.

Una vez se haya incluido al recluso en el PPS, se realizará una labor de **seguimiento**. La duración mínima en el programa es de 2 semanas y se extenderá lo que se considere necesario, evitando una baja prematura del programa que pueda volver a poner al individuo en riesgo. Cuando se decide una **baja del programa**, se establecen revisiones periódicas de los recursos para evaluar la evolución del mismo. Si se evidencia por parte de cualquier miembro del equipo alguna circunstancia que pueda volver a incrementar la situación de riesgo, se informa inmediatamente al médico o psicólogo encargados de evaluar nuevamente al paciente y valorar una nueva inclusión en el programa.

Otra figura a destacar en el programa es **el interno de apoyo.** Todos los establecimientos contarán con un grupo de internos, cumplidores de una serie de características, que de manera voluntaria desempeñen la tarea de acompañamiento y observación de posibles riesgos en sus compañeros reclusos que se encuentren en el PPS o que acaben de recibir el alta del programa. Sus tareas van desde compartir celda o acompañamiento en las actividades no colectivas, hasta observación preventiva en momentos y espacios especialmente sensibles. Se les proporciona conocimientos acerca de la detección de características de riesgo, técnicas de escucha activa,comunicación interpersonal, conocimientos básicos sobre depresión y primeros auxilios en caso de situación extrema.

Para dotar al centro de una adecuada población de internos de apoyo tanto en número como en disponibilidad modular, se seleccionara **un mínimo de dos internos de cada**

uno de los módulos de convivencia, estableciendo una especial atención a los **módulos de ingresos y enfermería**. La selección de internos se llevara a cabo en dos fases:

1. una pre-selección llevada a cabo por los educadores de los diferentes módulo del centro en atención al comportamiento y actividades desempeñadas por los internos en su módulo de convivencia.
2. una segunda fase de selección llevada a cabo por el psicólogo encargado del programa en atención a la motivación de los mismos así como a las aptitudes del interno de cara a desempeñar adecuadamente las funciones de interno de apoyo.

En todo momento se tendrán en cuenta los criterios establecidos en la instrucción 05/14 para la selección de internos de apoyo.

1.3.INCLUSION EN EL PROGRAMA

- Proceso complejo y ágil
- Se establecen **CUATRO NIVELES DE RESPONSABILIDAD :**

NIVEL 1. DIRECTOR: Inclusión en el programa

NIVEL 2: SUBDIRECTOR DE TRATAMIENTO, MEDICO, SEGURIDAD: Organización, intervenciones concretas, seguimiento permanente.

NIVEL 3: PROFESIONALES CONCRETOS. Evaluación e intervención

Fijados por el correspondiente subdirector. PSICOLOGO Y MEDICO siempre estarán presentes (Propuestas de alta y baja)

NIVEL 4: RESTO DEL COLECTIVO. Profesionales y voluntarios. Detección y apoyo

- **PROCEDIMIENTO**

(1) CUALQUIER TRABAJADOR que aprecie una conducta o circunstancia que implique riesgo de suicidio se dirigirá a

⇨ **a)** superior jerárquico

⇨ **b)** Profesional encargado de la evaluación

- El interno será valorado por **(2) MEDICO Y PSICOLOGO** que :

1) APORTARAN(en el caso del psicólogo): a) NUEVO INGRESO : instrumento de detección del anexo o cualquier otro que estimen conveniente y b) RESTO DE CASOS : instrumentos de evaluación y evaluaciones psicológicas previas sobre las que se disponga

2) Se REUNIRAN y como resultado de la deliberación y evaluación conjunta

3) PROPONDRAN ⇨ **(3) SUBDIRECTORES (tratam, médico y de seguridad) :** la INCLUSION o NO INCLUSION en el PPS

- **Los subdirectores de Tratamiento, médico y de seguridad :**
  1) FIJARAN (en su caso) la propuesta de Inclusión en PPS que contendrá :
     a) Medidas a aplicar
     b) Duración de las mismas (no inferior a dos semanas)

2) ELEVARAN dicha propuesta a ⇨ **(4) DIRECTOR** del centro que EMITIRA la **orden de dirección de inclusión en PPS** responsabilizándose de su cumplimiento

- La orden de dirección de inclusión en PPS se pondrá en conocimiento de la **(5) JUNTA DE TRATAMIENO** en la primera sesión ordinaria
- Se dispondrá de una **"carpeta personal del interno en PPS"** que se integrara en su protocolo y recogerá cuanta documentación genere el interno

MEDIDAS A APLICAR

Tres tipos de medidas con el objeto de prevenir o disminuir el hecho suicida:

1. MEDIDAS PREVENTIVAS. Son de naturaleza organizacional para la aplicación general en el funcionamiento del Establecimiento Penitenciario incidiendo sobre determinados espacios, momentos y procedimientos
2. MEDIDAS PROVISIONALES (Para internos concretos).
3. MEDIDAS PROGRAMADAS (para internos concretos).

MEDIDAS PREVENTIVAS

a. Se vigilará la correcta composición en todo momento del Equipo Técnico de atención a Ingresos, establecido por I. 14/2011 y el buen funcionamiento del Protocolo de acogida de internos al ingreso, conscientes del carácter crítico que este momento posee, sobre todo para los ingresos primarios procedentes de libertad. A dicho Equipo Técnico se hará llegar en cuanto se encuentre disponible la información sobre ingresos a que hace referencia el punto 2.1 de esta Instrucción.

b. El Equipo Técnico de Ingresos procurará que los funcionarios que prestan servicio en los departamentos de Ingresos y Tránsitos (donde lo hubiera) dispongan de una información y sensibilización adecuadas para detectar cualquier situación o comportamiento de un interno que aconseje la inmediata puesta conocimiento del Jefe de Servicios para adoptar, si procede, alguna medida urgente.

c. En los departamentos de ingresos existirá siempre un interno de apoyo, bien con carácter fijo o rotatorio dentro del grupo que de estos internos posea el establecimiento.

d. Con carácter general, los ingresos permanecerán en **celda compartida**, evitando así situaciones de aislamiento. En los momentos en los que su número sea impar se completarán las parejas con el interno de apoyo o alguno otro de confianza.

e. El psicólogo del Equipo Técnico de Ingresos entrevistará en el departamento de ingresos, a los internos que ingresen de libertad. Más allá de la función de clasificación interior propia de este primer momento, desempeñará su **labor clínica** detectando cualquier estado o situación que aconseje actuaciones inmediatas o a medio plazo, de acuerdo con la presente Instrucción.

f. Con el fin de posibilitar la debida observación de los internos que tengan aplicado el PPS, **se evitará su ubicación en Módulos de Respeto de alta exigencia o nivel 3** (I. 18/11).

g. Los traslados entre establecimientos penitenciarios de internos que tengan aplicado el protocolo de prevención de suicidios (PPS), sin perjuicio de otras medidas establecidas, conllevan obligatoriamente que el director del centro de origen remitirá al menos con 24 horas de antelación **un correo electrónico** a las direcciones oficiales del Director y Subdirector de Seguridad del centro de destino, en el que se informe de tal condición y de las medidas que tenga aplicadas. Dicho correo se remitirá con copia a los indicados responsables de los establecimientos de tránsito, si éstos se conocieran.

h. Cuando **se traslade de establecimiento a un interno que tenga aplicado el PPS**, constará claramente tal condición en la portada de su expediente, en la historia clínica y en la documentación sanitaria de traslados.

i. Asimismo, con carácter general, los tránsitos estarán en **celda compartida** evitando situaciones de aislamiento, especialmente en las situaciones de riesgo y, en todo caso, si tienen ya aplicado el PPS por el centro de origen. Los funcionarios de vigilancia mantendrán una observación directa lo más frecuente posible de los internos en tránsito.

j. En el Departamento de Ingresos y Tránsitos, siempre que lo permitan las circunstancias y principios de orden regimental de cada establecimiento, **se evitará** la prolongación de la permanencia en situación de **aislamiento** más allá del tiempo imprescindible.

k. Se **facilitarán las llamadas** reglamentarias a las familias en el momento del ingreso y siempre que se considere procedente por razón de una circunstancia especial sobrevenida.

MEDIDAS PROVISIONALES URGENTES

Cuando la detección de posibles situaciones de crisis se lleve a cabo en *fines de semana o periodos de ausencia de los correspondientes profesionales*, 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.

a. Derivación urgente al Hospital de referencia, en caso de urgencia psiquiátrica
b. Dispensa farmacológica mediante tratamiento médico directamente observado (TDO).
c. Inmovilización terapéutica acompañada de observación.
d. Asignación urgente de interno de apoyo.
e. Retirada de material de riesgo.
f. Vigilancia especial por los funcionarios.
g. Ubicación del interno en celda especial

MEDIDAS PROGRAMADAS

a. Control por los Servicios Médicos:

- Consulta médica programada.
- Derivación para valoración por especialista en psiquiatría.
- Dispensa farmacológica mediante tratamiento médico directamente observado (TDO).
- Ingreso en enfermería para observación y tratamiento médico.

b. Intervención desde los Servicios de Tratamiento:

- Consulta psicológica programada.
- Seguimiento directo por Educador.
- Valoración por Trabajador Social.
- Contacto y asesoramiento familiar.

c. Control por las Unidades de vigilancia:

- Vigilancia nocturna.
- Vigilancia especial.
- Retirada de material de riesgo.
- Ubicación en celda especial de observación.
- Seguimiento de incidencias en las comunicaciones

d. Régimen de vida

- Acompañamiento continuo (24 horas) por interno de apoyo.
- Acompañamiento por interno de apoyo en horas de cierre y actividades no comunitarias.
- Favorecer comunicaciones, telefónicas o presenciales, con la familia y medio social.
- Potenciar participación en actividades.

e. Cualquier **otra medida** que el Equipo Técnico estime pertinente al caso.

PLANES DE SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO DEL INTERNO

☐**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** al Subdirector de su Área Funcional, que recogerá:

- ⇨ 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.

☐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 1ªrevisión por la Junta de Tratamiento (entre las que se recogerá siempre el acompañamiento en celda) la
- ⇨ fecha en la que se efectuará la primera revisión que cómo máximo será transcurrido un mes.

BAJA EN PPS Y POSTERIORES REVISIONES

☐**EL DIRECTOR:**

☐Oído el parecer de los tres Subdirectores.

☐En los casos de duda o disparidad de criterios, primarán los principios de protección sobre el interno y de minoración del riesgo.

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

Se evitará:

☐**Coincida el Cambio en la ubicación interior** con la baja en el programa demorándose ésta una semana más para facilitar la adaptación del interno a la nueva ubicación. la baja en el programa se demorará al menos una semana

☐dar la baja de forma previa a un **traslado** previsto de establecimiento.

☐**JUNTA DE TRATAMIENTO**

☐Se comunicarán las bajas

☐ 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.

☐**POSTERIORES REVISIONES**
☐ 1ª fijada en la baja 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
☐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.

SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA PPS

ANALISIS DE CASOS Y EVALUACION DEL PROGRAMA

- El CONSEJO DE DIRECCION valorará los **sucesos de tentativa** (consumadas y frustradas) que se hubieran producido durante el mes, realizando un análisis crítico del programa
- **Se remitirán los casos** de tentativa a la INSPECCION PENITENCIARIA así como a la SUB.GENERAL DE TRATAMIENTO Y GESTION (área programas)
- Se procederá a una **evaluación anual** del programa
- LA COMISION DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION analizará la aplicación de la instrucción

Nota= Actualmente en vez de Subdirección General de Tratamiento y Gestión entenderemos Dirección General de Ejecución Penal y Reinserción Social (área programas).

La SGIP realiza **SEGUIMIENTOS ANUALES PLANIFICADOS** de la **Instrucción 5/2014, sobre el programa de prevención de Suicidios** para ello se cuenta, desde septiembre de 2013, con una ***Comisión de Seguimiento y Evaluación de la Instrucción*** en donde se realizan constantes análisis de los datos que son recabados habitualmente con ocasión de los casos de suicidios consumados, frustrados y de las tentativas producidas cada año en los Centros Penitenciarios. Los datos son analizados y valorados y proceden de diversas fuentes como la información aportada de la Inspección Penitenciaria y por el Grupo de Trabajo de Análisis de casos de suicidio y por los Equipos Directivos de los Centros, así como de las diversas recomendacions emitidas por la Institución del Defensor del Pueblo.

Como resultado se realizan una serie de consideraciones e instrucciones que se publican a través del **Informe de Memoria Anual de PPS,** que tienen carácter normativo o de instrucción, como por ejemplo, las indicaciones y estrategias que obliga a implementar el Informe de Memoria Anual de PPS del **año 2020**, que recoge el análisis de casos de suicidio habidos en los CP durante todo el año 2019 hasta agosto de 2020.

2. Indicaciones y estrategias a implementar a partir de este momento.

a. **Constitución de un equipo específico multidisciplinar** que se encargue de la valoración, análisis y seguimiento de los internos e internas incluidos en Programa de Prevención de Suicidios.

b. De igual modo, deberá realizarse un **seguimiento de los de aquellas personas que han causado baja en dicho Programa**.

c. Es necesario recordar muy específicamente a equipos directivos y profesionales que intervienen en estos casos, el **especial tratamiento que merecen las situaciones de aislamiento o de limitaciones regimentales** recogidas en la Instrucción 5/2014, de 7 de marzo.

d. En este sentido, queda claramente recogido en dicha Instrucción, que el Consejo de Dirección, en sesión ordinaria y una vez recabada la información necesaria de los diferentes funcionarios y departamentos implicados, valorará los sucesos, tentados, consumados o frustrados que puedan haberse producido durante el mes, ***evaluando de forma crítica la aplicación del programa en el Centro y adoptando, en su caso, las medidas a implementar que aconseje la experiencia para incrementar la fortaleza y eficacia del programa.***

e. En los **despachos diarios del equipo directivo se realizará un pormenorizado análisis de todos los casos que pudieran haberse producido** con resultado de autolesión.

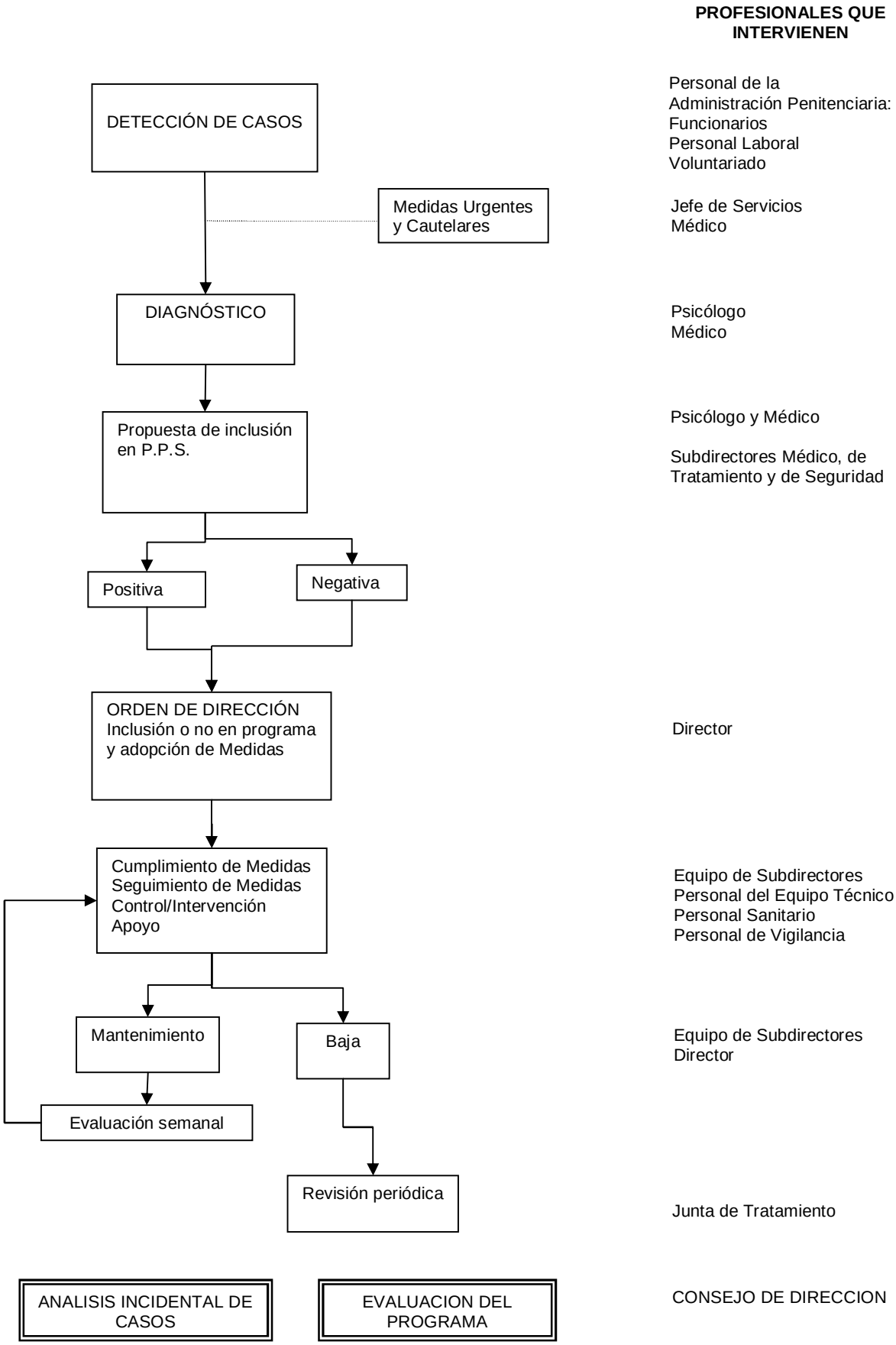
f. En este mismo sentido, **todos los casos de incidentes con resultado de autolesión serán incluidos de forma individualizada entre los asuntos a tratar en las reuniones periódicas de los distintos equipos técnicos, a los efectos de conocimiento del caso, estudio y valoración de la situación**.

INTERNOS DE APOYO

- **SELECCIÓN Y NOMBRAMIENTO**
  - Será acordada por la JT tras evaluación por el psicólogo
  - CRITERIOS DE SELECCIÓN :
    - Situación estable en el centro
    - Sin sanciones sin cancelar
    - No tengan antecedentes de autolesiones o enfermedad mental
    - No consumo activo de drogas
- **FORMACION CONTINUADA**
  - Grupo de interno que alcance al menos 2-3% población penitenciaria
  - No ejercer funciones IA sin la formación específica (salvo urgencia)
  - Reuniones de Trabajo de Subdirector de tratamiento con IA cada 3 meses
- **INCORPORACION Y CESE DE LA ACTIVIDAD**
  - Subdirector Tratamiento seleccionará internos que ejercerán sus funciones concretas con el interno incluido en PPS
  - Educador mantendrá contacto diario con IA en activo
  - Exclusión por falta de interés, incapacidad o incumplimiento (acuerdo de la junta de tratamiento)
- **INCENTIVOS**
  - Se trata de una Actividad voluntaria y no remunerada
  - Ha de ser reconocida por la administración y Profesionales
  - Registro en el SIP (resumen procesal-penal-penitenciario)
  - Listados en jefatura de servicios
  - ACTIVIDAD INCENTIVADA : Recompensas

*****

DIAGRAMA DEL PROGRAMA.



ANEXO-1-

ESCALAS DE EVALUACIÓN AUTO Y HETEROAPLICADAS

- Instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio que suelen basarse, bien en la valoración directa de ideas/ conductas suicidas y factores de riesgo, bien en síntomas o síndromes asociados al suicidio, como la desesperanza, la depresión, etc
- *Estos instrumentos pueden ser una ayuda complementaria a la entrevista y al juicio clínico, pero nunca deben sustituirlos*
- De las escalas revisadas aquellas que han demostrado adecuadas propiedades de valoración del riesgo suicida son:
  - **Escala de Desesperanza de Beck**
  - **Escala de Ideación suicida de Beck**
  - **Escala de Intencionalidad Suicida de Beck ,**
  - **Item de la escala de depresión de Beck**
  - **Item sobre la conducta suicida de la Escala de depresión de Hamiltonº**
- Aunque no validados en España y sin estudios que demuestren sus propiedades psicométricas, los acrónimos SAD PERSONS e IS PATH WARM pueden ser útiles por su facilidad de aplicación en la evaluación del paciente con conducta suicida.

ESCALAS DE EVALUACIÓN AUTO Y HETEROAPLICADAS

- ***Escala de desesperanza de Beck***

- La escala de desesperanza de Beck (*Beck Hopelesness Scale*, fue diseñada para medir el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. La desesperanza es uno de los factores de riesgo que más se han asociado a la conducta suicida y la APA propone que la desesperanza medida con la BHS debería ser considerada un factor de riesgo de suicidio y, en consecuencia, uno de los objetivos del tratamiento. Una puntuación de 9 o mayor indicaría riesgo de suicidio.
- La BHS consta de 20 preguntas de verdadero o falso. Cada respuesta se puntúa 0 o 1, por lo que el rango de puntuación oscila de 0 a 20.
- Autoaplicada

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (Hopelessness Scale, HS)

Autores A. T. Beck, A.Weissman, D. Lester, L. Trexler.
Referencia: *The measurement of pessimism: The hopelessness scale.* J Consult Clin Psychol 1974; 42: 861-865.
Evalúa Expectativas de la persona sobre su futuro.
N.º de ítems 20.
Administración Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN

- La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.
- Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.
- Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.
- Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen un 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos
- Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:
  - Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
  - Factor motivacional (pérdida de motivación).
  - Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).
- **La puntuación total** se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.
- La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
- La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.
- En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes **PUNTOS DE CORTE:**
  - 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
    - 0-3: ninguno o mínimo.
    - 4-8: leve.
  - 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
    - 9-14: moderado.
    - 15-20: alto.

ESCALAS DE EVALUACIÓN AUTO Y HETEROAPLICADAS

- *Escala de depresión de Beck (ítem sobre conducta suicida)*

- El Inventario de depresión de Beck, (*Beck Depression Inventory*, BDI) en sus dos versiones, BDI y BDI-II ,,incluye el mismo ítem orientado a valorar la presencia de ideación o intencionalidad suicida a través de 4 opciones de respuesta .En cuanto a la validez concurrente, este ítem ha mostrado una correlación moderada con la escala de ideación suicida de Beck (r= 0,56 a 0,58) y respecto a la validez predictiva, se observó que los pacientes que puntúan 2 o más tienen un riesgo 6,9 veces mayor de suicidarse que los que obtiene puntuaciones inferiores.

  - No tengo pensamientos de hacerme daño 1
  - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo 2
  - Me gustaría quitarme la vida 3
  - Me mataría si pudiera 4

  Autoaplicada

ESCALAS DE EVALUACIÓN AUTO Y HETEROAPLICADAS

- **ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI BECK)**
- Heteroaplicada

  La Escala de ideación suicida (*Scale for Suicide Ideation*, SSI) fue diseñada por Beck para cuantificar y evaluar, en el contexto de una entrevista semiestructurada, el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas en el momento actual o retrospectivamente. Consta de 19 ítems distribuidos en cuatro apartados: actitud ante la vida/muerte, características de la ideación suicida, características de la tentativa y preparativos realizados.

ESCALAS DE EVALUACIÓN AUTO Y HETEROAPLICADAS

- **ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA (SIS BECK)**

  La Escala de Intencionalidad suicida (Suicide Intent Scale, SIS) de Beck, cuantific la gravedad de la conducta suicida reciente y su uso está indicado tras un intento de suicidio.

  Fue diseñada para valorar aspectos verbales y no verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio.

  ¿Validez predictiva? El item sobre las precauciones tomadas para evitar el descubrimiento/ intervención se ha asociado a un incremento de riesgo de suicidio.

  Existe una versión SIS adaptada y validada.

  Items se valoran de 0 a 2, la puntuación total oscila entre 0 y 30 items (15 items que se puntúan, del 16 al 20 no se puntúa)

  Items 1-8 se refiere a las circunstancias objetivas q rodean al intento de suicidio (grado de preparación del intento, contexto,`precauciones contra el descubrimiento/intervención etc)

  Items 9-15, es autoinformada y cubre las percepciones sobre la letalidad del método, expectativas sobre la posibilidad de rescate e intervención, etc

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK
(Suicide Intent Scale, SIS)

Autores A. T. Beck, D. Schuyler, I.Herman.
Referencia *Development of suicidal intent scales.* En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds.
The prediction of suicide. Bowie: Charles Press, 1974; 45-56.
Evalúa Características de la tentativa suicida.
N.º de ítems 20.
Administración Heteroaplicada.

DESCRIPCIÓN

- La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.
- Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.
- Consta de tres partes bien diferenciadas:
    - Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8).
    - Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).
    - Otros aspectos (ítems 16 a 20).
    .
- Es un instrumento heteroaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan).
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

ESCALAS DE EVALUACIÓN AUTO Y HETEROAPLICADAS

- ***ESCALA DE VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE HAMILTON (ÍTEM SOBRE CONDUCTA SUICIDA)***

- La Escala de valoración de la depresión de Hamilton (*Hamilton Rating Scale for Depression*, HRSD) es una escala heteroaplicada diseñada para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva y se incluye en este apartado ya que incluye un ítem destinado a valorar la ausencia o presencia de ideación/conducta suicidas .
- Este ítem presentó una alta correlación con la SSI y con el ítem de conducta suicida del BDI. También ha demostrado ser un predictor adecuado de la conducta suicida, ya que se observó un incremento del riesgo de suicidio de 4,9 veces en aquellos pacientes cuya puntuación en este ítem era 2 o superior .

- Ausente 0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 2
- Ideas de suicidio o amenazas 3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 4

- Existe validación de la escala en castellano.

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.

Escala de Impulsividad de BARRAT BIS-11

DESCRIPCION:

La 11ª versión de la Escala de Barratt es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de IMPULSIVIDAD. Fue diseñada por Barratt y ha sido validada por Oquendo y cols. Su aplicación es autoadministrada.

Consta de 30 cuestiones, agrupadas en tres subescalas:

Impulsividad Cognitiva: (8 ítems) 4,7,10,13,,16,19,24 y 27
Impulsividad Motora: (10 ítems) 2,6,9,12,15,18,21,23,26 y 29
Impulsividad no Planeada: (12 ítems) 1,3,5,8,11,14,17,20,25,28 y 30.

Cada una de las cuestiones tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre) que puntúan como 0-1-3-4, salvo los ítems (1,5,6,7,8,10,11,13,17,19,22 y 23) que lo hacen al revés (4-3-1-0).

La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas.

INTERPRETACION:

Posee mayor valor la puntuación total que las de las subescalas. No existen puntos de corte, aunque se ha propuesto la mediana de la distribución.

En el estudio de validación española las medianas obtenidas en una muestra de pacientes psiquiátricos fueron:

Impulsividad Cognitiva: 9,5
Impulsividad Motora: 9,5
Impulsividad no Planeada: 14
Puntuación Total: 32,5

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Tanto los parámetros de fiabilidad como de validez son adecuados.

Fiabilidad:

La consistencia interna es elevada, alrededor de 0,8. La fiabilidad Test-Retest tras dos meses es de 0,89.

Validez:

En el análisis factorial se han propuesto varias soluciones con 3 ó 6 factores principales.

En la validación española la equivalencia lingüistica, la equivalencia conceptual y la equivalencia de la escala fueron correctas. La proporción de concordancia entre la versión inglesa y la castellana oscila entre 0,67 y 0,80.

INTERNO_____FECHA_____

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las frases. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: lea cada frase al paciente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

	Raramente o nunca (0)	**Ocasional-mente (1)**	**A menudo (3)**	**Siempre o casi siempre (4)**
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a durante largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo durante largos períodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compro cosas impulsivamente				
22. Termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar durante un largo período de tiempo)				
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Escala de I. de Barratt

ESCALA DE IMPULSIVIDAD PLUTCHIK

CLAVE DEL INTERNO:_____

***Instrucciones*. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones. Señale en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso.**

	Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?				
2. ¿Hace cosas impulsivamente?				
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?				
4. ¿Planea cosas con anticipación?				
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?				
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?				
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?				
8. ¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?				
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?				
10. ¿Es usted impulsivo/a?				
11. ¿Termina las cosas que empieza?				
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?				
13. ¿Se distrae fácilmente?				
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?				
15. ¿Es usted cuidadoso o cauteloso?				

La escala consta de 15 ítems que se refieren a la tendencia que pueda tener el paciente para hacer cosas sin pensar o de forma impulsiva. Todos ellos se relacionan con una posible falta de control sobre determinadas conductas:

- Capacidad para planificar (3 ítems): 4, 11, 15
- Control de los estados emocionales (3 ítems): 5, 10, 12
- Control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relacionas sexuales (3 ítems): 3, 7, 9
- Control de otras conductas: (6 ítems): 1, 2, 6, 8, 13, 14

Se entiende que se otorgan 0 puntos cuando la respuesta es “nunca”, 1 “a veces”, 2 “a menudo”…

La puntuación total puede oscilar entre 0 y 45. En la versión española los autores proponen un punto de corte de 20, mientras que en las escalas específicas a mayor puntuación mayor nivel de dicha dimensión.

Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living, RFL)

Autores M. M. Linehan, J. L. Goodstein, S. L.Nielsen, J. A. Chiles.
Referencia *Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory.* J Consult Clin Psychol 1983; 51: 276-286.
Evalúa Razones para vivir.
N.º de ítems 48.
Administración Autoaplicada.

DESCRIPCIÓN

- El RFL es un instrumento diseñado para evaluar las razones que una persona tendría para no suicidarse.
- Consta de 48 ítems que se agrupan en 7 subescalas diferentes:
    - Supervivencia y afrontamiento (24 ítems: 2, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 22, 24, 25, 29, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 42, 44 y 45).
    - Responsabilidad con la familia (7 ítems: 1, 7, 9, 16, 30, 47 y 48).
    - Preocupación por los hijos (3 ítems: 11, 21 y 28).
    - Miedo al suicidio (7 ítems: 6, 15, 18, 26, 33, 38 y 46).
    - Miedo a la desaprobación social (3 ítems: 31, 41 y 43).
    - Objeciones morales (4 ítems: 5, 23, 27 y 34).

- Cada ítem presenta 6 posibles respuestas (1, sin ninguna importancia; 2, de muy poca importancia; 3, de poca importancia; 4, de alguna importancia; 5, de mucha importancia; 6, de suma importancia).
- Es un instrumento autoaplicado

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem.
- Los puntos de corte propuestos por los autores para cada una de las subescalas son los siguientes:
    - Supervivencia y afrontamiento: 4,94.
    - Responsabilidad con la familia: 4,17.
    - Preocupación por los hijos: 4,02.
    - Miedo al suicidio: 2,13.
    - Miedo a la desaprobación social: 2,44.
    - Objeciones morales: 3,22.
- No existe punto de corte propuesto. A mayor puntuación, menor posibilidad de comisión de conductas suicidas.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

Oquendo MA, Graver R, Baca-García E,Morales M, De la Cruz V,Mann JJ. Spanish adaptation of the Reasons for
Living Inventory (RFL).Hispanic J Behav Sci 2000; 22: 369-380.

Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living Inventory, RFL)

Muchas personas han pensado en el suicidio por lo menos una vez. Otras nunca lo han considerado. Así, lo haya considerado usted o no, nos interesan las razones que usted tendría para no suicidarse, si es que la idea se le ocurriera o si alguien se lo sugiriera.

En las siguientes páginas, hay razones que las personas a veces dan para no suicidarse. Quisiéramos saber cuán importante sería cada una de estas posibles razones para usted, en este momento, para no matarse. Por favor, anote esto en el blanco a mano derecha de cada pregunta

A cada razón puede dársele importancia que varía del 1 (sin ninguna importancia) al 6 (de suma importancia). Si la razón no se aplica en su caso o si usted no cree que la oración sea cierta, es poco probable que la razón fuera importante para usted y por lo tanto debe asignarle un 1. Por favor, use todos los números disponibles para que no resulte que la mayoría de las respuestas estén sólo en el medio (2, 3, 4, 5) o sólo en los extremos (1, 6).

Detrás de cada frase ponga el número que indique la importancia que tiene cada razón para no quitarse la vida en su caso.

1 = Sin ninguna importancia (como razón para no quitarse la vida, o no aplica en mi caso, o no creo en esto en lo absoluto)
2 = De muy poca importancia
3 = De poca importancia
4 = De alguna importancia
5 = De mucha importancia
6 = De suma importancia (como razón para no quitarse la vida, o creo mucho en esto y es extremadamente importante)

Aun si usted nunca ha considerado quitarse la vida o si cree que nunca consideraría seriamente matarse, sigue siendo importante que usted le asigne un número a cada razón. En tal caso, asigne el número basándose en por qué el matarse no es o nunca sería una opción para usted

1. Soy responsable y estoy comprometido con mi familia	
2. Creo poder aprender a adaptarme y a lidiar con mis problemas	
3. Creo tener control sobre mi vida y mi destino	
4. Deseo vivir	
5. Creo que sólo Dios tiene derecho a quitar una vida	
6. Le tengo miedo a la muerte	
7. Mi familia podría pensar que no los quisiera	
8. No creo que las cosas lleguen a ponerse tan miserables e irremediables que prefiriera estar muerto	
9. Mi familia depende de mí y me necesita	
10. No quiero morir	
11. Quiero ver a mis hijos crecer	
12. La vida es lo único que tenemos y es mejor que no tener nada	
13. Tengo planes para el futuro que me gustaría llevar a cabo	
14. Por mal que me sienta, sé que no durará	
15. Le tengo miedo a lo desconocido	
16. Quiero a mi familia y disfruto de ellos demasiado para dejarlos	
17. Quiero vivir todo lo que la vida ofrece y hay muchas experiencias que aún no he tenido que quisiera tener	
18. Temo que mi método de matarme no funcionaría	
19. Yo mismo me aprecio lo suficiente para seguir viviendo	
20. La vida es demasiado bella y preciada para ponerle fin	
21. No sería justo dejar mis hijos para que otros los cuiden	
22. Creo poder encontrar otras soluciones a mis problemas	
23. Tengo miedo de ir al infierno	
24. Amo la vida	

Aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación y/o conducta suicidas

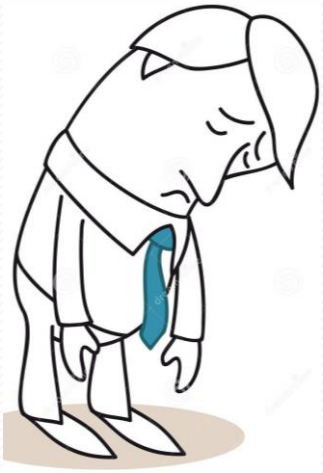
<table>
<tr><td></td><td colspan="2">DATOS PERSONALES</td><td></td></tr>
<tr><td>– Sexo
– Edad</td><td colspan="2">– País de origen
– Grupo étnico</td><td>– Estado civil
– Ocupación</td></tr>
<tr><td colspan="2">FACTORES DE RIESGO</td><td colspan="2">FACTORES PROTECTORES</td></tr>
<tr><td colspan="2">– Presencia de trastornos mentales
– Intentos previos de suicidio
– Desesperanza
– Presencia de ideación suicida
– Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad
– Historia familiar de suicidio
– Presencia de eventos vitales estresantes
– Factores sociales y ambientales
– Antecedentes de suicidio en el entorno</td><td colspan="2">– Habilidades de resolución de problemas
– Confianza en uno mismo
– Habilidades sociales
– Flexibilidad cognitiva
– Hijos
– Calidad del apoyo familiar y social
– Integración social
– Religión, espiritualidad o valores positivos
– Adopción de valores culturales y tradicionales
– Tratamiento integral de la enfermedad física/mental</td></tr>
<tr><td colspan="2">CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA</td><td colspan="2">CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO</td></tr>
<tr><td colspan="2">– Planificación
– Evolución
– Frecuencia
– Valoración de la Intencionalidad y determinación</td><td colspan="2">– Desencadenantes
– Valoración de la Intencionalidad
– Letalidad de la conducta
– Método
• Intoxicación medicamentosa
• Intoxicación por otro producto químico
• Daño físico
– Actitud ante la conducta suicida actual
– Medidas de evitación de rescate
– Despedida en los días previos</td></tr>
<tr><td colspan="2">EVALUACIÓN CLÍNICA</td><td colspan="2">TIPO DE CONDUCTA SUICIDA</td></tr>
<tr><td colspan="2">– Alteración del nivel de conciencia
– Afectación de la capacidad mental
– Intoxicación por alcohol u otras drogas
– Enfermedades mentales
– Estado de ánimo
– Planes de suicidio
– Capacidad de otorgar un consentimiento informado
– Necesidad de valoración por parte de especialista</td><td colspan="2">– Ideación suicida
– Comunicación suicida
– Conducta suicida</td></tr>
</table>

Fuente: elaboración propia.

ANEXO

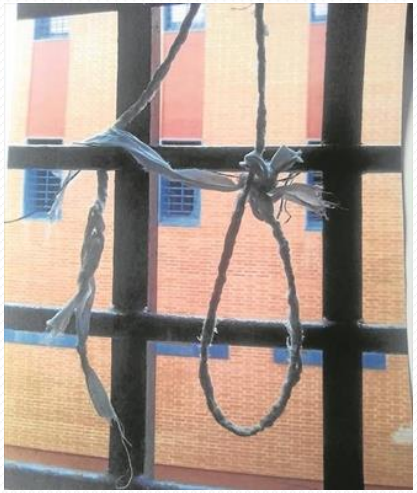
CURSO FORMACIÓN TÉCNICOS JULIO-2023

INFORMES DE VALORACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO (PPS Y AISLAMIENTO)



- **Tipos de informe** que implican valoración del riesgo de suicidio:

  - Valoración de **inclusión en PPS** (o no) tras detección de riesgo
  - **Seguimiento** de interno que ya está en PPS (mantenimiento y baja)
  - Situaciones de **aislamiento** (art 72 RP y art 75.2 RP)
  - Casos de **sobredosis**



- **Sobre qué** nos pronunciamos:

1. **Existencia de riesgo** de suicidio y **nivel** de ese riesgo (bajo-medio-alto)
2. **Medidas concretas** adecuadas a dicho nivel de riesgo

   (*Ficha medidas programadas Instrucción 5/2014*)

- **Sobre qué NO** nos pronunciamos: - sobre si el interno debe o no ser aislado

  - sobre si el interno va a M. Respeto

¡¡¡No somos subdirector de seguridad ni director!!!

❖ **DE DÓNDE obtenemos información**:

- **Portada Expediente** penitenciario: debería constar PPS

- **Hechos probados** sentencia: Tipo de delito, detalles del delito

  Atentos a: delitos vergonzantes, con gran alarma social, que puedan tener consecuencias familiares indeseadas: agr. sexuales, VGº u homicidios

- **Resumen penal y penitenciario**:

  - Muchos años de condena (desesperanza)
  - Reciente ingreso
  - Primario o con largo historial
  - Incidencias/sanciones: aparecen intentos autolíticos

- **Entrevista clínica**:

  - Antecedentes familiares y del interno de trastorno depresivo e intentos suicidio
  - Preguntas **muy directas** y concretas
  - Explorar todas las áreas relevantes: sintomatología física, cognitiva, emocional, situación familiar, situación penitenciaria, expectativas de futuro

- **Instrumentos detección** depresión e intencionalidad suicida; **Inst. 5/2014** propone 3:

  - Escala Plutchick: **/-**
  - Escala Desesperanza Beck: **+/-**
  - Escala Intencionalidad Suicida Beck: **+/-**

- **Servicio médico**: IMPORTANTE, alertan de síntomas depresivos, ansiosos…

- **Funcionarios vigilancia**: detectan síntomas y cambios comportamiento

❖ **EN QUÉ ORDEN obtenemos la información:**

1) Revisar expediente del interno

2) Hablar con médicos (si lo han visto) y funcionarios vigilancia módulo

3) Entrevista

❖ REDACCIÓN del informe de valoración riesgo suicidio:

- Ajustado a dos parámetros: **quién** nos lo pide y **para qué**
- Sencillo, **al grano** (si hay riesgo y de qué nivel) y con **recomendaciones concretas**
- Distinguir entre la **información**:
  - que recojo para mi uso o el de mis compañeros psicólogos (+datos / + técnica)
  - que facilito al destinatario del informe (equipo directivo que decide)

ANEXO 2: EJEMPLOS DE CASOS

En el presente ANEXO se presentan una serie de casos prácticos resueltos fundamentados en casos reales (nombres simulados) con el objetivo de que los alumnos se puedan aproximar a algunas de los perfiles y situaciones que pueden presentarse de forma habitual en su práctica profesional. Cada uno de ellos responde a un perfil distintivo, con los que se invita a los alumnos a identificar los elementos más relevantes de cara a realizar una valoración de riesgo de suicidio.

En la práctica real, los psicólogos de prisiones disponemos de diferentes y potenciales fuentes de información respecto al interno que nos ayudan a emitir un pronóstico de riesgo, no obstante es habitual que se nos demande nuestra valoración de forma urgente. Fundamentar nuestra valoración clínica en datos objetivos de valor técnico- predictivo pero que permitan a su vez un juicio rápido y a su vez útil en el proceso de toma de decisiones supone en muchas ocasiones uno de los mayores retos de nuestra práctica profesional

A continuación lee atentamente cada uno de los casos y trata de considerar los siguientes aspectos:

1- *¿Con que tipo de información adicional nos gustaría contar a la hora de emitir una propuesta de inclusión/ NO inclusión en PPS? ¿De qué forma se podría disponer de dicha información?*

2- *¿Qué elementos del presente caso son a tu juicio relevantes a la hora de valorar el riesgo de suicidio?*

3- *Con la información existente. ¿Por qué tipo de propuesta te inclinarías a la hora de emitir tu informe psicológico? PROPUESTA DE INCLUSION-NO INCLUSION EN PPS*

CASO 1: KASRAOUI, MOHAMED ALI

El interno ingresa en el C.P de Madrid VII procedente del C.P de Navalcarnero donde el interno ha protagonizado graves incidentes a consecuencia del "pulso regimental" que venía manteniendo con los funcionarios de servicio de vigilancia a consecuencia de la pretensión del interno de incumplir la normativa institucional así como de alterar la ordenada convivencia.

Dentro de los incidentes protagonizados por el mismo podemos destacar innumerables autolesiones e incluso una tentativa real de suicidio mediante ahorcamiento

Tras una primera valoración clínica el interno no nos refiere un estado de ánimo depresivo, ni elevados niveles de desesperanza hacia el futuro, se presenta en la

entrevista perfectamente orientado, con un discurso coherente y organizado, emocionalmente estable y con una actitud muy colaboradora

El interno es trasladado a la enfermería del centro penitenciario donde mantiene un estado anímico estable y un comportamiento adaptado, cumpliendo con toda la normativa regimental, manteniendo buenas relaciones con los internos de apoyo así como una actitud en todo momento colaboradora con los funcionarios de vigilancia. Se informa al interno que ha sido regresado de grado a raíz de los incidentes protagonizados en el C.P Navalcarnero y que una vez desaparezcan las circunstancias que motivaron la prescripción facultativa de acompañamiento en celda deberá continuar su cumplimiento en un módulo de régimen cerrado, aspecto que inicialmente desestabiliza al interno, aunque de forma posterior refiere comprender su motivación.

Una vez que el interno es trasladado al módulo de régimen cerrado, en su primer día de cumplimiento durante el reparto del desayuno el interno protagoniza un nuevo intento autolítico mediante ahorcamiento, con unos jirones de sabana trenzados y anudados en la ventana, el cual logra evitarse mediante la rápida actuación de los funcionarios de servicio de vigilancia. El interno es trasladado a enfermería revistiendo lesiones consistentes en hematomas alrededor del cuello

El interno es valorado por el psicólogo en el día posterior a su intento autolítico. El interno permanece ya estabilizado, cumpliendo perfectamente con la normativa y colaborando en las actividades del centro.

VALORACION DEL CASO: En el presente caso podemos observar un interno que por perfil psicológico y de comportamiento no ofrece ningún signo que nos inviten a considerar un riesgo de suicidio. El interno permanece psicológicamente estable y no ofrece vulnerabilidad psicológica. No obstante se han dado en el interno varios internos autolíticos el último de ellos de extrema gravedad.

Se trata de un perfil muy común en los centros penitenciarios; internos que llevan a cabo conductas autoliticas pero en la que no identificamos una verdadera intencionalidad suicida (cortes en la parte externa del antebrazo, por ejemplo). En estos casos es importante el identificar si estas conductas responden a un elevado estado de ansiedad por parte del interno o tienen una finalidad instrumental, como la de conseguir algún tipo de modificación en su situación regimental (autolesión manipulativa). En este caso parece evidente que el interno tiene el claro objetivo de evitar el cumplimiento en régimen cerrado y hacerlo en el módulo de enfermería.

Llama la atención la rápida intervención de los funcionarios en el intento de ahorcamiento, lo que nos puede invitar a considerar la posibilidad de que el interno ha llevado a cabo tan extrema acción en el mismo momento que ha escuchado a los funcionarios aproximarse a su celda (el haberse producido en el horario fijo de recuento apoyaría esta sospecha)

Se trata por tanto de un caso en el que podríamos considerar que las acciones autoliticas NO tienen una verdadera finalidad suicida, y que con la inclusión en PPS el interno podría obtener algunos de sus objetivos pero que a su vez son acciones

autoliticas que revisten de una EXTREMA gravedad y que en el caso de menospreciarlas, podrían tener incluso consecuencias letales para el interno. Una propuesta de NO INCLUSION en PPS acompañada de la medida de ACOMPAÑAMIENTO EN CELDA podría ser una solución que atendiera a ambos aspectos

CASO 2: DAVID GUILLEN FERNANDEZ

El interno ingresa en el C.P Madrid VII procedente del C.P PISCASENT. El interno fue incluido el 8 de octubre de 2018 en el Protocolo de Prevención de suicidios en dicho centro penitenciario. Se trata de un interno de 34 años, cumple condena desde hace más de 12 años por un delito de agresión sexual con tentativa de homicidio. El interno ha disfrutado de dos permios de salida en el C.P Picassent, en el segundo de ellos (27 de septiembre 2018) el interno supuestamente ha cometido otros dos delitos de agresión sexual, hechos que en la actualidad se encuentran judicializados (D.P 1965/2018 J.I. Valencia 5) y que apuntan a una nueva condena por agresión sexual, teniendo las fechas de libertad definitiva ya muy lejanas. A consecuencia de estos hechos y de la alarma social generada en la región el interno ha sido trasladado a este centro. El interno reconoce la comisión de los hechos

El interno permanece en todo momento orientado, ofrece un discurso coherente manifestando un buen repertorio de habilidades sociales. Muy colaborador durante la entrevista. A pesar de ello manifiesta un estado emocional alterado, que obedece fundamentalmente a los sentimientos de culpa por el daño causado (el interno refiere pensamientos recurrentes sobre el mismo) así como elevados niveles de ansiedad por las consecuencias penales y penitenciarias de este hecho.

El interno nos refiere antecedentes de alteraciones en la esfera psicopatológica, tiene diagnosticado un trastorno sádico de la personalidad por forense del juzgado que le condeno en su primera entrada. Nos refiere que ha estado recibiendo tratamiento farmacológico con antipsicótico (Xeplion) durante años y que a consecuencia del incidente durante el último permiso se lo han vuelto a prescribir

El interno manifiesta la total ausencia de vinculación con ninguno de los miembros de su familia o círculo de amistades. No comunica con nadie. Evidencia planificación futura a corto plazo, demandando su participación en actividades ocupacionales y terapéuticas lo antes posible, lo que consideramos un importante factor de protección. El interno no manifiesta tampoco ideación suicida.

VALORACION DEL CASO: En el presente caso nos encontramos con un interno en el que de entrada identificamos varios de los factores de riesgo de suicidio: tipología delictiva, larga condenas, ausencia de apoyo familiar por el traslado, situación penal/penitenciaria inestable, antecedentes de trastorno psicopatológico, etc.) además de considerar el hecho de la alarma social generada que podría suponer una presión añadida en el estado emocional del interno (y que podría tener afectación sobre su estado psicopatológico en base al modelo de vulnerabilidad/estrés para trastornos psicóticos).

Independientemente que el interno ofrezca un estado emocional estable y que se muestre calmado, debemos considerar que la deseabilidad social suele ser muy alta para este tipo de delitos y que podría camuflar una elevada vulnerabilidad.

En estos casos (perfiles de riesgo) recomendaríamos una propuesta de INCLUSION EN PPS aunque sea con la finalidad preventiva de hacer un seguimiento más pormenorizado de un interno, que no conocemos y que se enfrenta a sus primeros días de cumplimiento en un entorno nuevo y en una situación de incertidumbre para el interno.

CASO 3: DOMINIC STANCIU

Interno de 28 años de nacionalidad Rumana. Integrado en la cultura nacional a pesar de no haber desempeñado actividad laboral regularizada. Informa que obtenía una serie de ingresos a través de su actividad de Boxeador, compitiendo en combates clandestinos organizados en diferentes puntos del territorio nacional y extranjero.

El interno ingresa en el C.P Madrid VII el 8 de septiembre de 2017. No ha tenido hasta la fecha faltas disciplinarias y muestra un comportamiento adaptado en el módulo, participando de las diferentes actividades y mostrando una actitud cordial y colaboradora con los funcionarios de servicio interior así como con el equipo técnico, aunque se muestra algo distante y desconfiado en las entrevistas que mantiene con la trabajadora social.

El interno cumple condena por un delito de Violencia de Genero, presenta orden de alejamiento de su expareja y victima hasta septiembre de 2021. En la actualidad refiere tener otra pareja con la que tiene un hijo de 3 años, comunica regularmente mediante llamadas telefónicas, comunicaciones orales e íntimas.

El interno es evaluado urgentemente pues en el día de hoy a comunicado al encargado de modulo que ha recibido una fatal noticia. Su hijo pequeño ha fallecido a consecuencia del ataque de su perro de raza American Stanford.

Durante la entrevista el interno ofrece un estado de ánimo extremadamente agitado, llanto ocasional, mostrándose muy nervioso. Ofrece un discurso atropellado e impreciso de los acontecimientos de los que ha sido informado por fuentes externas. El interno finalmente nos informa que:

1- *Su actual pareja y su hijo se encontraban de viaje en Rumania visitando unos familiares, y que en un momento de descuido el perro de la familia "se ha vuelto loco" y que ha atacado al niño causándole la muerte.*
2- *Su mujer ha sido detenida por las autoridades Rumanas y que ha sido puesta en libertad provisional con cargos, imputada por sendos delitos de abandono familiar y tenencia de animales peligrosos (en ese país se encuentra penado)*
3- *Su mujer viaja a España con el objeto de eludir la acción de la justicia*
4- *No nos puede informar de cómo ha obtenido esta información para proteger a terceras personas (aunque no niega que haya sido informado a través de su mujer)*

El interno nos refiere que No va a cometer ninguna "locura" pero que se encuentra profundamente abatido porque fue él mismo el que compro el perro , y que se encuentra desesperado por desconocer los detalles de todo lo ocurrido por lo que nos suplica encarecidamente poder hacer una llamada excepcional en el departamento de ingresos al móvil de un familiar, para obtener algo más de información, dado que el móvil que tiene autorizado (el de su actual pareja) se encuentra retenido por la Policía de aquel país.

VALORACION DEL CASO: En este caso el interno nos ha revelado una circunstancia extrema, el fallecimiento de su hijo pequeño en circunstancias especialmente violentas en la que podríamos considerar un impacto emocional desmedido y que por sí solas podrían justificar su inclusión en PPS.

No obstante en este caso (caso real como hemos señalado) cabe destacar el hecho de que no parece quedar muy claro la manera en la que el interno ha obtenido la información que nos precisa, especialmente si la demanda del interno es la de obtener una llamada para "aclarar" lo sucedido. Una vez investigado el caso y comprobado el número de teléfono al que solicita llamar el interno nos pudimos informar que se trataba de un número de teléfono no autorizado (el de una pareja del interno con la que mantiene una orden de alejamiento). La trabajadora social se puso también en contacto con la mujer del interno y nos aseguró que su hijo se encontraba perfectamente, concluyendo que el interno invento una historia tan funesta con el solo objetivo de obtener una llamada en ingresos (sin restricción de autorización).

Obviamente este caso se concluyó con la NO INCLUSION en PPS y la incoación de un expediente disciplinario para el interno (108.H RP). Se expone el caso con el objetivo de ilustrar (aunque se trate de un caso poco común) el grado de instrumentalidad con el que en ocasiones puede ofrecer el interno.

FIRMADO

I - 9 - 2022	**DG**

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

Área de Aplicación: Sanidad, Tratamiento y Vigilancia

Descriptores: 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 seº 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.

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUJJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

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 suicido 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:

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUJJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

- 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,

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUUJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

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**
Factores precipitantes	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 *et al*., 2014; Barroso, 2019). Desempleo (Zorreguieta, 2010).
Consumo de alcohol y drogas	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 et al., 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).

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUJJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

Edad	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).
Relaciones y violencia en la pareja.	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 *et al*., 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).
Víctimas de abusos	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 *et al*. 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).
Enfermedad mental	Mayor prevalencia de enfermedades mentales en mujeres que en hombres en prisión. Las mujeres duplican en diagnóstico de ansiedad y	Infradiagnosticados: Piden ayuda con menor frecuencia que las mujeres (Rhodes *et al*., 2014; Millán, Pérez, Maroto, 2020). La decisión de pedir ayuda se hace

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUUJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

	depresión a los hombres, y cuadriplican a estos en el consumo de antidepresivos y ansiolíticos (Millán, Pérez, Maroto, 2020).	dentro de una situación de crisis, y no 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).
Otros factores psicosociales de riesgo	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). 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). Sufrir anorexia nerviosa (Zorreguieta, 2010; Schrijvers et al., 2012).	Impulsividad (Barroso, 2019), agresividad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Schrijvers *et al*., 2012). 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).
Estancia en prisión	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. (Liebling 1999; Pollack 2002).	
Método empleado	Métodos menos mortíferos y con mayor facilidad para el rescate: envenenamiento y consumo de medicamentos (Barroso, 2019).	Métodos más crueles, efectivos, y letales: ahorcamiento, objetos punzantes y defenestración (Barroso, 2019).

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUUJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

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

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUJJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

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

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUJJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

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

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUUJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

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.

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUJJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

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

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUJJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es

FIRMADO

ANEXO

DIAGRAMA PERSPECTIVA DE GÉNERO

DETECCION DE CASOS	EVALUAR LOS FACTORES DE RIESGO COMUNES Y ESPECÍFICOS DE GENERO
DIAGNÓSTICO	PRESTAR ATENCIÓN A LAS DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN SALUD MENTAL (más depresión y ansiedad en mujeres, más infravaloración de síntomas en hombres, etc.) EVALUAR LA VICTIMIZACIÓN EN LA MUJER
ORDEN DE DIRECCIÓN	APLICAR MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA FACILITAR EL ACCESO A ACTIVIDADES A MUJERES EN PPS EN IGUALDAD DE CONDICIONES QUE LOS HOMBRES FAVORECER O SUSPENDER COMUNICACIONES, EN FUNCIÓN DEL CASO.
MEDIDAS PROGRAMADAS	INTERVENIR CON PERSPECTIVA DE GÉNERO, ATENDIENDO A LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS DE HOMBRES Y MUJERES.
EVALUACIÓN (Para bajas o mantenimiento en PPS)	EVALUAR EN QUÉ MEDIDA SE HAN DISMINUIDO LOS FACTORES DE RIESGO Y SE HAN DESARROLLADO LOS FACTORES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICOS POR GÉNERO.
ANÁLISIS INCIDENTAL DE CASOS	DESGLOSAR LA INFORMACIÓN POR SEXO Y HACER UN ANALISISIS DIFERENCIADO DE LOS FACTORES QUE HAN PODIDO INFLUIR, TENIENDO EN CUENTA EL ENFOQUE DE GÉNERO.
EVALUACION ANUAL (MEMORIA)	DESGLOSAR LA INFORMACIÓN POR SEXO.

ANGEL LUIS ORTIZ GONZALEZ - 2022-11-15 16:47:47 CET, cargo=Secretario General de Instituciones Penitenciarias, unidad=Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Puede comprobar la autenticidad de esta copia mediante CSV: OIP_YPKTVUJJGYJLAOFHI9EY3SVWBA76 en https://www.pap.hacienda.gob.es