

Propuesta de un Programa de prevención del suicidio en la cárcel

Proposal for a suicide prevention program in prison.

Inés Illana

Helena Thomas Currás

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Email de correspondencia (autor principal): inesillanallorens@gmail.com

Resumen

El suicidio en la cárcel es un problema grave existente en los centros penitenciarios. A pesar de programas de prevención, como el Programa Marco de Prevención de Suicidios 5/2014 sigue estando presente actualmente. Se revisan diferentes programas de prevención tanto nacionales como internacionales, las recomendaciones de la OMS, así como intervenciones realizadas basadas en la evidencia- Tras analizar los resultados, se presenta una propuesta de intervención para un programa de prevención del suicidio en las cárceles, abordando la problemática con la intervención de todos los agentes implicados. Se pretende sensibilizar y concienciar a la población penitenciaria sobre el problema, la formación de funcionarios de prisiones y la creación de un protocolo para mejorar la detección de posibles sujetos en riesgo. La propuesta incluye también una intervención aplicando la Terapia Cognitivo Conductual y la aplicación de medidas de seguridad adicionales así como la incorporación de internos de apoyo al programa.

Palabras Clave

Programa de prevención de suicidio, Instituciones Penitenciarias, presos en riesgo de suicidio, factores de riesgo.

Abstract

Suicide in prison is a serious problem existing in correctional facilities. Despite prevention programs, such as the Suicide Prevention Program 5/2014 it is still present today. Different prevention programs both national and international, WHO recommendations, as well as evidence-based interventions are reviewed- After analyzing the results, an intervention proposal for a suicide prevention program in prisons is presented, addressing the problem with the intervention of all the agents involved. The aim is to raise awareness and sensitize the prison population about the problem, the training of prison officers and the creation of a protocol to improve the detection of possible subjects at risk. The proposal also includes an intervention applying Cognitive Behavioral Therapy and the application of additional security measures as well as the incorporation of support inmates to the program.

Keywords

Intervention Program Proposal, Correctional Institutions, Prisoners at suicide Risk, Risk Factors

I. INTRODUCCIÓN

A. *Definición del problema*

Se producen más tasas de suicidio en las cárceles que en la población total. En la presente Propuesta de Programa de Intervención del suicidio en los centros penitenciarios se pretende salvaguardar la salud mental de los presos para prevenir la conducta suicida.

La palabra suicidio viene del latín *suicidium* siendo *sui* (de sí mismo) y *-cidium* (asesinato, muerte). Según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), es la “Acción y efecto de suicidarse” o la “Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”. En otras palabras, el suicidio viene a ser el acto deliberado de quitarse la vida.

Este término hace referencia a la última fase de un proceso denominado conducta suicida. Este proceso está compuesto por tres etapas. En primer lugar, se produce la ideación suicida que consiste en el pensamiento de realizar este tipo de acto. Puede variar en intensidad y elaboración. La segunda fase es el gesto o intento suicida. El intento suicida viene a ser toda acción autoinflingida en contra de la vida pero que por otras razones, el resultado de acabar con la vida no sucede. Por último, está la fase de suicidio consumado que como ya se ha mencionado anteriormente, es el momento en el que la persona logra quitarse la vida mediante un acto deliberado (Maroto y Castillo, 2017).

El hecho de que el comportamiento suicida conlleve diferentes fases separadas en el tiempo, permite en la mayoría de los casos poder intervenir y prevenirlo, siempre y cuando se logren detectar a tiempo indicadores de riesgo.

A nivel mundial, el suicidio es una de las veinte causas principales de muerte convirtiéndose así en un problema de salud pública. En 2019 se suicidaron más de 700.000 personas en el mundo, lo que viene a ser una de cada 100 muertes eran por suicidio (Infocop, 2021).

Atendiendo a las tasas por países o poblaciones, en Europa, según los datos extraídos de Eurostat, en 2014, se produjeron 58.000 suicidios. El Instituto Nacional de Estadística (INE) daba el dato de que en España en el año 2018 hubo un total de 3.539 suicidios consumados.

Las estadísticas elaboradas por la Organización Mundial

de la Salud, reflejan los índices de suicidio por cada 100.000 habitantes. En 2019, en España, el índice era de 7.7, en Italia de 6.7, en Francia de 13.8 y en Alemania de 12.3.

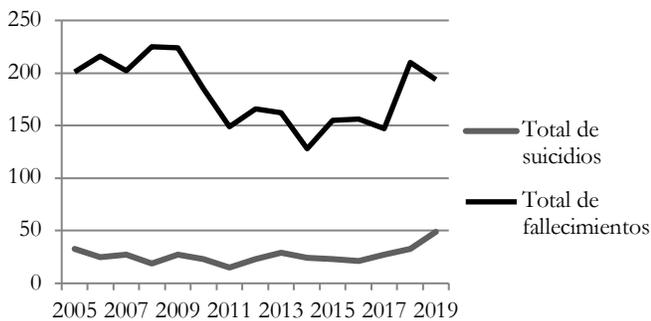
En España la conducta suicida no se considera un delito a nivel legal, pero el Estado tiene el deber de proteger la vida de sus ciudadanos para garantizar el correcto cumplimiento del artículo 15 de la Constitución Española. Éste expresa que toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas, penas o tratamientos inhumanos o degradantes. Debido a que el suicidio se considere como una conducta deliberada, en muchas ocasiones son los diversos factores biopsicosociales los que pueden influir y afectar la decisión de la víctima.

La responsabilidad del Estado en este tipo de conducta se ve reflejada en los suicidios que se producen bajo régimen penitenciario pues, son las Instituciones Penitenciarias quienes están a cargo de la protección y correcto cumplimiento de los derechos del preso. Entre ellos, el de la vida, la integridad y la salud (Artículo 3.4 LOGP 1/1979). Es por ello que desde 2005 se implanta un Programa Marco de Prevención de Suicidios con el fin de reducir la incidencia de este tipo de conductas en los centros penitenciarios de España. En 2014, debido al mantenimiento de los casos de suicidio producidos en los centros penitenciarios a pesar de la disminución del número de fallecimientos totales, de diversa índole, se revisa el programa de 2005 y se implanta el Programa Marco de Prevención de Suicidios 5/2014 siendo éste más estricto y completo.

Puede observarse en la Gráfico 1 cómo la tasa de fallecimiento por suicidio se sigue manteniendo de manera constante a pesar de la implantación del Programa de 2014 pues aun así, las muertes por suicidio siguen siendo la cuarta causa de fallecimiento en las cárceles.

En base a estos datos se observa que, el índice de suicidio en Instituciones Penitenciarias de nuestro país es mayor al de la comunidad en general (Aguilar, 2018) es por ello la gran relevancia de este problema y el gran interés por intentar disminuir la tasa de este tipo de fallecimientos en los centros penitenciarios.

Gráfico 1 . Número de casos de suicidio en centros penitenciario en España de 2005 a 2019



Fuente: Datos extraídos desde los Boletines Epidemiológicos de las Instituciones Penitenciarias, El Salto (2021), Calero (2019)

El ingreso en prisión es uno de los momentos en todo el proceso judicial que genera mayor impacto en el condenado. Según Barber (2019), las cárceles son lugares en los que su estancia puede suponer una experiencia traumática para el interno, debido a que se dan diversos fenómenos que pueden desarrollar emociones intensas perjudicando a la persona. Algunos de estos fenómenos pueden ser el miedo constante a ser agredido, el estilo autoritario del ambiente en un centro penitenciario, la ausencia de los seres queridos así como una constante incertidumbre que genera niveles altos de estrés.

Si el preso no posee unas estrategias de afrontamiento adecuadas así como unos recursos individuales suficientes y una personalidad resiliente, los estresores ambientales, las condiciones higiénicas y médicas deficientes, la falta de entretenimiento y distracción, el hacinamiento, la ausencia de intimidad y la separación con las fuentes principales de apoyo, son factores ambientales, entre otros, que pueden dificultar su adaptación durante los primeros días del internamiento (Ruiz et al., 2002).

B. Factores de riesgo y de protección

Actualmente se compara el suicidio con la figura del iceberg donde la parte externa del iceberg serían los comportamientos autodestructivos como la planificación suicida, ideación suicida, conductas autolesivas. Por otro lado, el aire o el entorno externo que está en contacto con el iceberg serían los trastornos psicopatológicos como la

depresión o el consumo de alcohol. La parte del iceberg sumergida en el mar los procesos psicológicos subyacentes entre los cuales se halla el dolor psicológico o la desesperanza, el fracaso, etc. y por último, el agua serían las variables orgánicas, la biografía del sujeto, su forma de construir el mundo, su estilo de afrontamiento, el apoyo social que tiene, etc.

Desde este símil se percibe el suicidio como el resultado de un conjunto de variables moduladoras, determinantes y precipitantes (González, et al, 2021). Por ello, para poder realizar una correcta prevención de este tipo de conductas es esencial conocer los factores de riesgo, toda circunstancia que aumenta la probabilidad de padecer un problema de salud o de enfermedad, así como los factores protectores (Tabla 1), siendo éstos los recursos que cada persona tiene, sean sociales, personales, psicológicos, biológicos, socioculturales o institucionales que favorecen su desarrollo y su capacidad de afrontar adversidades.

Según los estudios realizados por Marzano et al., (2016), El Programa de Prevención de Suicidios 5/2014 de la SGIP, el artículo Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios de Saavedra y López (2013) y el Plan de Salud mental de Castilla La Mancha 2018-2025 se observan un conjunto de factores de riesgo y de protección de la conducta suicida.

Tabla 1. Factores de riesgo y de protección de la conducta suicida

Factores de riesgo	Factores de protección
Edad (18-53 años)	Relaciones personales sólidas
Historial previo de intento de suicidio	Apoyo social, emocional, financiero
Historial familiar de suicidio	Apoyo familiar
Encarcelamiento previo	Creencias religiosas
Primeras semanas después del ingreso	Habilidades de afrontamiento
Aislamiento	Habilidades de comunicación
Trastornos mentales	
Depresión	
Consumo crónico de sustancias	

Fuente: Marzano et al., (2012), el Programa Marco de Prevención de Suicidios 5/2014, Saavedra y López (2013) y el Plan de Salud mental de Castilla La Mancha 2018-2025.

II. MÉTODO

Mediante una búsqueda bibliográfica realizada en

diversas bases de datos entre las cuales se hallan *Psychinfo* y *Dialnet* así como la lectura de diversos Programas de prevención del suicidio como el Protocolo para la Detección y Manejo de la Ideación suicida, las Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolítica de Castilla la Mancha o el Protocolo de Colaboración interinstitucional así como diversos programas de intervención psicológica aplicados en cárceles, se plantean un conjunto de acciones tanto preventivas como los Talleres formativos para los funcionarios, Talleres informativos para los presos y la elaboración de un protocolo para la detección temprana de los presos en riesgo los orientadas así como interventivas, entre las cuales hallamos la aplicación de medidas de seguridad adicionales en los presos de riesgo, la incorporación de los internos de apoyo en la PPP y por último un programa de intervención psicológica en los presos de riesgo. Los talleres formativos se desarrollarán de forma grupal y la valoración de la aplicación de las medidas interventivas se realizará de forma individualizada, razonada y proporcional en función del nivel de riesgo evaluado por el Equipo Técnico de los centros penitenciarios, en especial los psicólogos.

A. *Objetivos*

La PPP se orienta hacia dos objetivos generales con sus respectivos objetivos específicos.

En primer lugar, el Objetivo General 1: Mejorar la concienciación y el conocimiento del problema, se pretende alcanzar mediante los objetivos específicos siguientes; Aportar conocimientos sobre el problema a todo el personal del centro penitenciario y Desarrollar una correcta detección temprana de presos en riesgo de suicidio por los trabajadores de la prisión.

En segundo lugar, el Objetivo General 2: Reducir la incidencia del número de conductas suicidas en las Instituciones Penitenciarias, recoge los objetivos específicos; Aplicar medidas de seguridad garantizando la protección de los presos de riesgo, Adoptar una participación activa de la comunidad mediante el voluntariado o presos de apoyo y Establecer una atención psicológica a los presos de riesgo.

B. *Desarrollo del programa*

1) **Talleres formativos para los funcionarios**

El objetivo de esta acción es aportar conocimientos sobre el problema a todo el personal de la prisión. Los funcionarios penitenciarios deben estar formados para poder detectar eficientemente posibles presos en riesgo y así derivarlos para una evaluación psicológica completa por los profesionales autorizados. De la misma forma, no se trata solamente de aprender a detectar señales de riesgo sino de conocer estrategias y recursos para manejar las situaciones mediante la escucha activa y empática.

La formación se basa en un programa de cinco horas compuesto por cinco bloques de una hora cada uno. Esta formación debe ser constante y la deben de realizar tanto los funcionarios presentes en los centros penitenciarios como cada nueva incorporación a lo largo del tiempo.

Estos cinco bloques son: ¿Qué es la PPP?, ¿Qué es el suicidio?, Factores de riesgo y factores protectores, Falsos mitos del suicidio y por último, señales de alerta y habilidades de escucha.

2) **Talleres informativos para los presos**

Esta acción se aplica con el fin de aportar conocimientos sobre el problema a todos los internos del centro penitenciario.

Se requiere una prevención integral donde intervienen todos los componentes del centro penitenciario, incluido los internos. Educar sobre el problema, visibilizarlo así como romper el tabú del suicidio entre los internos es muy importante. Por ello se plantean un conjunto de módulos como: Introducción al PPP, las emociones y el suicidio, Falsos mitos y ¿Cómo puedo ayudar?.

Cada módulo durará aproximadamente 1 hora y se realizará en horarios diferentes en función de los módulos.

Es muy importante comprender las emociones negativas en los primeros ingresos y en los primeros días del ingreso así como los cambios que supone en la vida personal de cada interno. Como refleja Ruiz et al., (2002), la ruptura con el medio de vida habitual, la soledad, la violación de la intimidad, el aislamiento afectivo, la ausencia de comunicación positiva, la ausencia de

relaciones sexuales, el estrés moral, la tensión psicológica, etc. son algunos factores que dificultan la adaptación al centro penitenciario.

3) Elaboración del Protocolo para la detección temprana de los presos en riesgo

En este caso se pretende desarrollar una correcta detección temprana de presos en riesgo de suicidio para los trabajadores de la prisión.

Para ello se debe evaluar tanto a los nuevos ingresos en prisión como a los presos que ya están ingresados. Para ello, se requiere personal específicamente cualificado y formado.

Para elaborar este protocolo, se tienen en cuenta las pautas del Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida de 2013 el cual se compone en 3 pasos: la identificación de la presencia de factores de riesgo y de protección generales, la evaluación del riesgo actual y por último, la valoración del riesgo de suicidio. (Tabla 2).

4) Puesta en marcha de las medidas de seguridad adicionales en los presos de riesgo

Con el objetivo de aplicar medidas de seguridad garantizando la protección de los presos de riesgo, se elabora un protocolo de actuación en función del nivel de riesgo (Tabla 3).

Tabla 2. Clasificación del riesgo de suicidio por niveles e indicadores

Niveles de Riesgo	Indicadores
Sin riesgo	Presenta menos de 2 factores de riesgo Inexistencia de planificación suicida Síntomas de ánimo depresivo bajo
Riesgo bajo-medio (1)	Presente entre 2 y 4 factores de riesgo No hay planificación suicida Valores altos de desesperanza, culpa y ausencia de apoyo social Ánimo depresivo moderado
Riesgo medio-alto (2)	Presenta entre 4 y 6 factores de riesgo Existencia de planificación suicida Estado de ánimo depresivo severo
Riesgo alto (3)	Presenta 6 o más factores de riesgo Existencia de planificación suicida Estado de ánimo depresivo grave

Fuente: Martí, (2013)

La protección de las personas en riesgo de suicidio es esencial para una correcta prevención. En el momento en el que se tiene conocimiento de que una persona puede llegar a cometer una conducta autolítica o suicida, se deben aplicar un conjunto de medidas de seguridad con el fin de adaptar el entorno a las necesidades y características del interno para una máxima protección.

La Organización Mundial de la Salud (2007) menciona que los factores que intensifican la aparición del suicidio es el aislamiento social y físico y que la mayoría de los suicidios se suelen dar cuando el recluso está aislado. Del mismo modo, los métodos más utilizados según la OMS son el ahorcamiento usando sábanas, cordones de zapatos o ropa.

Por otro lado, el riesgo de suicidio es más alto en las primeras semanas de encarcelamiento y suele ocurrir cuando el preso está solo (Marzano et al., 2016).

En esta Propuesta de Programa de Prevención se organiza una intervención con los internos de nivel de riesgo bajo-medio (1) y nivel de riesgo medio-alto (2).

Tabla 3. Medidas de protección en función del nivel de riesgo

Medidas de protección	Nivel de riesgo bajo-medio (1)	Nivel de riesgo medio-alto (2)
Limitar el acceso a los medios utilizados para el suicidio, todo tipo de material con el que el preso pueda ahorcarse, zapatos sin cordones, adaptación de las sábanas, ropa protectora.	X	X
Aumentar la vigilancia de los funcionarios sobre este tipo de presos, observación 24 horas y coordinación entre profesionales	X	X
Instalar al preso en celdas compartidas habilitadas y preservando siempre su intimidad, con el fin de evitar el aislamiento	X	X
Reforzar la vigilancia y la observación de los funcionarios mediante cámaras de observación		X
Acompañamiento diario de los presos de riesgo mediante los presos de apoyo o presos voluntarios formados		X

Fuente: Marzano et., al (2016), la OMS (2007) y el Programa Marco de Prevención de Suicidios 5/2014

5) Incorporación de los internos de apoyo en la PPI

El objetivo de esta acción es adoptar una participación activa de la comunidad mediante el voluntariado o presos de apoyo.

Esta medida se aplica en el Programa Marco de Prevención de Suicidios 5/2014 de la SGIP en España, por ello esta acción se adapta a las directrices aplicadas en el actual programa de la SGIP.

La incorporación de presos de apoyo es muy importante para alcanzar una mejor prevención y acompañamiento a los presos que estén en riesgo de suicidio. En primer lugar, permite tanto un acompañamiento diario al interno con riesgo de suicidio así como, una observación preventiva.

Las funciones de los internos de apoyo son: transmitir información relevante a los profesionales, mejorar la autoestima de los internos de riesgo, prestar atención a los cambios bruscos del estado de ánimo, detectar y estimular intereses que puedan ayudar al preso que está en riesgo de suicidio y ser un posible modelo con el que los internos puedan identificarse (Nieto, 2016).

Este conjunto de funciones se engloba dentro de la acción primordial que es la del acompañamiento las 24 horas del día al preso que está en riesgo, compartiendo celda, acompañando en actividades no colectivas variando la intensidad del acompañamiento en función de la situación y la evolución del preso. (Nieto, 2016).

Es importante destacar que para poder ofrecerse como voluntario a interno de apoyo, se requieren un conjunto de requisitos recogidos en el Programa Marco de Prevención de Suicidios de la SGIP entre los cuales se hallan mantener una adecuada capacitación, motivación y actitud, mantener una situación estable en el centro (sin traslado previsible), ausencia de sanciones sin cancelar por faltas muy graves o graves, carecer de antecedentes de autolesiones o de enfermedad mental grave así como no presentar un consumo activo de drogas.

Por último, reflejar la importancia de incentivar la participación en estos trabajos dejando constancia de su colaboración y participación en el Expediente Personal del Interno para tenerlo en cuenta a la hora de valorar la

concesión de beneficios penitenciarios y recompensas.

6) Programa de intervención psicológica (PIP) en los presos de riesgo.

El objetivo específico de esta acción es establecer una atención psicológica a los presos de riesgo.

La salud mental no es sólo la ausencia de un trastorno mental, sino que consiste en un estado de bienestar en el que la persona puede lidiar con el estrés, desarrollar sus habilidades y ser productiva. Algunas características personales como la baja autoestima, los juicios negativos hacia uno mismo, la vergüenza y el enfado están altamente relacionados con la conducta suicida por ello esta acción se enfoca en la atención psicológica que deben recibir las personas con riesgo de suicidio en un centro penitenciario.

Una terapia psicológica no puede realizarse sin la voluntariedad del paciente. En este caso, como las Instituciones Penitenciarias deben salvaguardar la vida del preso, se debe garantizar una correcta prevención y protección de todo preso que esté en riesgo de conductas suicidas. Por ello, la intervención psicológica no es la única medida implantada en el centro penitenciario para la prevención de este problema pues va acompañada de manera paralela de un conjunto de medidas alternativas enfocadas en una intervención con y en el entorno más que en una intervención con la persona.

A la hora de realizar una intervención psicológica es importante conocer previamente el análisis funcional de la conducta suicida (AFCS). El AFCS consiste en un conjunto de hipótesis basadas en modelos de aprendizaje con el fin de explicar el origen y mantenimiento de la problemática en la persona. Es decir, se identifican en el AFCS relaciones funcionales importantes para posteriormente, adaptar la intervención a la problemática.

Según Ronald Toro (2013) se pueden comprender las causas de aparición y mantenimiento de la conducta suicida desde diversas perspectivas. Desde la perspectiva neurobiológica y psicológica se tienen en cuenta el déficit en control de impulsos, la propensión al dolor psicológico intenso y los patrones cognitivos de procesamiento de la información, creencias disfuncionales y mecanismos de

preservación esquemática. En lo referente a los patrones cognitivos de procesamiento de la información y creencias disfuncionales hacen referencia a las interpretaciones que una persona realiza sobre una situación dada. Estas interpretaciones aparecen formuladas mediante pensamientos automáticos los cuales están influidos por las experiencias y vivencias de la persona.

Algunos de esos pensamientos automáticos pueden ser: “nadie se preocupa por mí”, “soy un fracaso y merezco morir”, “nunca mejoraré y no vale la pena que siga viviendo” (De la Torre, 2013, p.12). A estas formas tan catastrofistas y negativas de pensar se le añade una gran desesperanza y una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. Es importante recordar que la depresión es uno de los factores de riesgo más significativos de la conducta de suicidio.

En cuanto a la explicación del mantenimiento de la ideación y proceso de pensamientos suicidas, desde las Teorías del aprendizaje, esa ideación, planificación o intención de quitarse la vida vienen a tener como finalidad la reducción de ese malestar generado por esas percepciones de inviabilidad de soluciones, imposibilidad de solucionar los problemas, la ansiedad, la angustia, etc. siendo así un refuerzo negativo para el sujeto. (Pérez, 2016).

El Programa de Intervención Psicológica que se propone (PIP) consiste en una Terapia Cognitivo Conductual entre 12 y 20 sesiones combinada con psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, técnicas de relajación (Winicov, 2019) y un módulo de prevención de recaídas. (Tabla 4)

Las dos primeras sesiones van orientadas a una evaluación inicial con la finalidad de conocer el AFCS del interno así como afianzar la alianza terapéutica.

Con la psicoeducación informar sobre las finalidades de la terapia, trabajar la educación emocional así como la detección de factores ambientales, biológicos y psicológicos que pueden desencadenar la conducta dada.

Por otro lado, Suárez (2012) considera la Inteligencia Emocional como un factor protector del suicidio. Durante las sesiones de psicoeducación, se exponen y explican el

conjunto de habilidades que componen la Inteligencia Emocional así como los beneficios de la regulación emocional para el control de los impulsos, pensamientos intrusivos y agitación emocional.

En cuanto a la Reestructuración cognitiva, diversas investigaciones han destacado la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en pacientes con ideación suicida debido a que trabajan las distorsiones cognitivas y las conductas desadaptativas las cuales desencadenan emociones, actitudes y comportamientos que desequilibran emocionalmente al paciente.

Las terapias cognitivas intervienen sobre las cogniciones para reajustar el comportamiento pues las conductas son el resultado de los pensamientos del individuo, cómo el individuo interpreta el ambiente, así como las creencias desarrolladas durante su experiencia vital sobre él, el mundo y los otros (Baltonado y Márquez, 2014).

Tabla 4. Técnicas del PIP

Psicoeducación	<ol style="list-style-type: none"> 1- Explicación de la conducta suicida en base a las teorías cognitivas 2- Emociones: el impacto de las emociones y sus mensajes, Habilidades de Inteligencia Emocional 3- El impacto de la depresión en la conducta: Búsqueda de actividades placenteras, Listado de fortalezas.
Reestructuración cognitiva	Terapia Racional Emotiva de Ellis
Resolución de problemas	Detectar problema, buscar alternativas, elección de la alternativa más adecuada. Enseñar habilidades de afrontamiento
Técnicas de relajación	Técnica de relajación progresiva de Jacobson Técnica de Respiración Diafragmática
Prevención de recaídas	Elaboración de un <i>kit</i> de seguridad (Robles et al., 2013) <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de resolución de problemas - Listado de motivos y razones para vivir - Detección situaciones de riesgo - Listado de contactos de emergencia - Listado de señales de alerta

Con lo que respecta la Terapia de Solución de Problemas, en trastornos afectivos como la depresión debido a la intensidad emocional que los pacientes sufren, así como a las distorsiones cognitivas, las conductas que suelen realizar para afrontar ciertos problemas suelen ser disfuncionales agravando la sensación de malestar y la situación problemática. En lo referente al suicidio, muchas veces la ideación, la planificación o la comisión de intentos de suicidio suele darse para huir de ese malestar intenso.

Muchas personas tienen dificultades para detectar problemas, buscar diversas soluciones a dificultades de la vida o circunstancias que deben resolver y tomar decisiones adecuadas para resolver esos problemas. Por ello, esta técnica se centra en la búsqueda racional de soluciones para afrontar ciertas demandas internas o del entorno mediante un conjunto de estrategias y el entrenamiento en habilidades básicas de resolución de problemas

Para finalizar, el entrenamiento en técnicas de relajación es esencial para aprender a regular la activación emocional con el fin de disminuir la sensación de malestar así como regular el control de impulsos y aumentar la sensación de control sobre las sensaciones fisiológicas que se sienten debido a los diversos acontecimientos del día a día. De la misma forma, el módulo de prevención de recaídas permite también aumentar la sensación de control sobre los pensamientos, emociones, cogniciones y acontecimientos que surgen así como crear tanto un entorno seguro como un listado de herramientas para utilizar en caso de necesidad.

C. Seguimiento

La evaluación de un programa es un proceso indispensable durante la intervención y tiene como objetivo la aportación de información útil para asegurar que la toma de decisiones referentes al mismo permite alcanzar los objetivos planteados (Blanco y Rodríguez, 2007). En otras palabras, es un proceso de constante aprendizaje y actualización sobre la situación planteada.

1) Evaluación de los resultados

Según Blanco y Rodríguez (2007), en la evaluación de resultados es necesario tener en cuenta tres elementos: qué resultados o efectos se van a evaluar, qué estrategias

se van a utilizar para poder relacionar los cambios encontrados con el programa de intervención, cómo se van a analizar los cambios

En cuanto al objetivo A.1, se realizará la evaluación de la consecución de este objetivo, por un lado, mediante una prueba de evaluación objetiva a los funcionarios en la cual se examinará la adquisición de los conocimientos impartidos en los talleres formativos. Por otro lado, los presos responderán a un cuestionario de satisfacción en el que evaluarán la pertinencia, así como la impartición de los talleres informativos.

En lo referente al objetivo A.2, se evaluará mediante la aplicación del protocolo de detección de Riesgo, la clasificación por riesgo de suicidio y las tasas de presos que han sido evaluados. De esta forma, se observará si se está realizando una correcta detección y derivación de posibles presos de riesgo para una posterior evaluación diagnóstica por el equipo de psicólogos.

Por otro lado, se realizará un grupo de discusión multidisciplinar en el que participarán miembros representantes de todo el personal penitenciario, sanitario y funcionario, así como representantes del conjunto de presos y de los presos de apoyo. La finalidad de este grupo de discusión es evaluar la coordinación y la eficacia de la aplicación del Protocolo

En tercer lugar, en cuanto al objetivo B.1, se evaluará de dos formas. En primer lugar, mediante la recopilación de las tasas de intentos de suicidio realizadas. Estas tasas se compararán pre-post a través de las tasas de intentos de suicidio (consumado y no consumado) previas a la aplicación del programa y las mismas tasas posteriores a la aplicación del programa anualmente. En segundo lugar, se llevará un registro que deberá ser completado cada vez que se aplican las medidas a un preso en riesgo y se revisará analizándolo

En lo referente al objetivo B.2, se tendrán en cuenta por un lado las Tasas de presos participativos en el programa de presos de apoyo. También los presos de riesgo responderán a un cuestionario en el cual evaluarán la eficacia y la relevancia de la actitud de los presos de apoyo, así como el impacto de esta medida en el preso en riesgo. Del mismo modo, los presos de apoyo deberán registrar

cada día las horas invertidas con el preso en riesgo de suicidio así como las actividades realizadas conjuntamente o de supervisión y acompañamiento.

Por último, el último objetivo B.3, será reevaluado mediante las mismas escalas que responderán aquellos presos que habrán sido evaluados por el Protocolo de detección temprana, la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik así como la Escala de Satisfacción con la vida (SWLS). Estas escalas se responderán una vez finalizada la intervención psicológica, aplicada por el personal psicológico autorizado y la diferencia de tiempo entre la primera aplicación y ésta última permite evitar que se produzca el sesgo de aprendizaje. Así mismo, como se mencionó anteriormente, una vez finalizada la intervención psicológica, se mantendrá un seguimiento de los sujetos mediante una sesión evaluativa, una vez al mes, durante seis meses para apoyarle durante su progreso.

2) Evaluación de la implementación

Este programa no tiene un límite temporal debido a que son medidas que deben estar constantemente activadas para garantizar una correcta prevención y atención a los presos en riesgo de suicidio. Por ello, se debe realizar un seguimiento constante que garantice que la aplicación de las medidas se están realizando tal y como fueron desarrolladas y poder corregir posibles incidencias o desviaciones de lo previsto.

En otras palabras, la evaluación de la implementación consiste en aclarar en qué medida la intervención se está llevando a cabo tal y como estaba planificada (Blanco y Rodríguez, 2007).

Para ello se tendrá en cuenta un seguimiento constante de la PPP mediante la adopción de diversas medidas evaluativas

En primer lugar, reuniones semanales con representantes de todos los puestos de trabajo del centro penitenciario para informar y coordinar la evolución y seguimiento de todos los presos en riesgo de suicidio y sobre los cuales se van a aplicar o se están aplicando las medidas anteriores

Mediante las reuniones semanales, se pretende

garantizar una constante coordinación entre todo el personal penitenciario implicado, para mejorar la comunicación entre los profesionales con la finalidad de mantener activo y constante la aplicación de la PPP

En segundo lugar, se realizará una revisión cada seis meses de las tasas de los presos derivados a una evaluación mediante el Protocolo para la detección temprana de los presos en riesgo y el porcentaje de presos evaluados que han sido clasificados como presos de riesgo. También se revisarán las tasas de presos que, una vez finalizado todo el proceso de la PPP, con el tiempo vuelven a tener pensamientos autolíticos.

De la misma forma, para un control constante de la implementación de la PPI, el servicio de psicología hará un seguimiento de la aplicación de las diferentes medidas de apoyo y seguridad sobre el preso en riesgo de suicidio. Cada seis meses, uno de los psicólogos del equipo será el encargado de realizar un seguimiento intensivo de la evaluación y la aplicación de las múltiples medidas mencionadas anteriormente sobre un preso evaluado de riesgo tras la aplicación del Protocolo. Este seguimiento será registrado en un informe en el que se dejará constancia de la correcta, o no, aplicación de la PPI en presos de riesgo.

Por otro lado, se tendrá en cuenta una revisión anual de las tasas de recaídas de presos de aquellos que han finalizado su participación en la PPP.

Este conjunto de medidas de evaluación permite revisar constantemente si el programa se está aplicando tal y como debe aplicarse, así como ver errores y tomar decisiones para modificarlo y adaptarlo a las nuevas demandas o situaciones que puedan producirse.

III. CONCLUSIÓN

El suicidio es uno de los problemas más significativos y graves que existen actualmente en la sociedad y sobre todo en los centros penitenciarios. El ingreso en prisión conlleva un conjunto de factores como la privación de libertad, la ausencia de relaciones sociales y sexuales, la falta de consumo de drogas, la ausencia de intimidad, un ambiente autoritario y amenazante constante y la falta de

higiene entre otros que pueden llevar a alterar y dificultar la adaptación del preso en este nuevo entorno pudiendo desencadenar trastornos del estado del ánimo o trastornos mentales siendo un factor de riesgo importante para el desarrollo de la conducta suicida.

Dicha Propuesta de Programa de Intervención agrupa seis acciones concretas enfocadas en una intervención integradora actuando sobre el ambiente, la población penitenciaria y los presos de riesgo. Mediante estas acciones se pretende abarcar los dos objetivos principales de la PPP, Mejorar la concienciación y el conocimiento del problema y Reducir la incidencia del número de conductas suicidas en Instituciones Penitenciarias.

A través de la PPP se ha pretendido crear una comunidad concienciada, actualizada y alerta ante posibles presos en riesgo de suicidio para garantizar una evaluación e intervención eficiente. Por ello, se revisarán los resultados mediante un conjunto de indicadores y herramientas que nos aportarán información cualitativa y cuantitativa acerca de si los objetivos se están alcanzando para así, poder detectar fallos y tomar decisiones para adaptar el Programa a las nuevas demandas. Del mismo modo, la implementación del programa será constantemente evaluada mediante reuniones semanales multidisciplinares, revisión de las tasas de los presos derivados a una evaluación por el Protocolo de detección y el porcentaje de esos presos que han sido clasificados de riesgo, revisión anual de las tasas de recaídas de presos y se realizará cada seis meses una observación por el psicólogo de prisiones sobre la evolución y la implementación de las acciones en un caso concreto.

De esta forma, esta Propuesta de Prevención del suicidio en Instituciones Penitenciarias presenta una alternativa de propuesta de intervención al actual Programa Marco de Prevención del Suicidio de Instituciones Penitenciarias regulado por la Instrucción 5/2014 dándole especial importancia a la implicación comunitaria (trabajadores penitenciarios e internos) en la prevención y detección de posibles factores de riesgo para garantizar una intervención temprana creando un entorno de diálogo y seguro visibilizando así el problema, entendiéndolo y sabiendo como pedir ayuda. De ahí que la mejor forma de detectar posibles factores de riesgo como verbalizaciones,

cambios de rutina, conductas extrañas, etc. es desde el entorno más cercano y diario del interno.

Para finalizar, recalcar las dificultades en el abordaje sobre esta problemática, en primer lugar, las Instituciones Penitenciarias es un organismo muy estructurado y sistemático lo cual dificulta la obtención de información acerca del funcionamiento de las mismas. Por otro lado, la gran estructuración de las cárceles así como la limitación de comunicación entre presos y módulos dificulta la realización de grupos terapéuticos para la intervención del suicidio en prisión..

IV. REFERENCIAS

- Aguilar, M. M. (2018). Tipología de la conducta suicida. *Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*, 3(3). 1-51.
- Baltonado, M., y Márquez, M. (2014). Ideación suicida en privados de libertad: Una propuesta para su atención. *InterSedes*, 15(32). <https://doi.org/10.15517/isucr.v15i32.17805>
- Barber, V. (2019). *Más allá del bien y del mal*. Penguin Random House.
- Blanco, A., y Rodríguez, J. (2007). *Intervención psicosocial*. Prentice Hall.
- Calero, J. (enero 18, 2019). Aumenta el número de suicidios protagonizados por presos en las cárceles españolas. *El Cierre Digital*. <https://elcierredigital.com/sucesos/542200428/suicidios-carceles.html>
- De la Torre, M. (2013). Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Centro de Psicología Aplicada (CPA). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.
- El Salto. (abril 2021). España se sitúa entre los países europeos con más suicidios en las cárceles. *El Salto*. <https://www.elsaltodiario.com/carceles/consejo-europa-condenas-extranjeros-espana-situa-paises-europeos-suicidios-carceles>
- Eurostat. (2017). Almost 60 000 suicides in the EU. <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170517-1>

- González, M. G., García-Haro, J. M., García-Pascual, H., Pérez, M. T. S., Barrio-Martínez, S. y Oviedo, J. V. (2021). Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención. *Clínica Contemporánea*, 12(1), Artículo e1. <https://doi.org/10.5093/cc2021a3>
- Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha. (2018). *Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas Castilla-La Mancha*. Toledo: Junta de Castilla-La Mancha, SESCAM y Pland e Salud Mental de Castilla-la Mancha 2018-25. https://sanidad.castillalamancha.es/files/estrategias_para_la_prevencion_del_suicidio_ok.pdf
- Infocop. (julio 2021). El suicidio en cifras, informe de la OMS. *Infocop online*. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=18251
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). Defunciones según la causa de muerte 2018: suicidios por edad y sexo. <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/10/&file=05001.px4>
- Maroto, A., y Castillo, C. (2017). El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: Los resultados del diagnóstico de Santa María de Dota, San José, Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 43, 447-472. <https://doi.org/10.15517/aeca.v1i1.28856>
- Martí, M. (2013) Protocolo para detección y manejo inicial de la ideación suicida
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M., y Fazel, S. (2016). Prevention of suicidal behavior in prisons: An overview of initiatives based on a systematic review of research on near-lethal suicide attempts. *Crisis*, 37(5), 323–334. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000394>
- Nieto, A.J. (2016). *Prevención de suicidios, la figura del interno de apoyo y el resto de medidas de prevención de la conducta suicida*. Melilla. <http://amep.org.es/wp-content/uploads/2012/files/suicidio.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. (2007). *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*. Organización Panamericana de la Salud. Ginebra. 1-34.
- Pérez, M. (2016). Conducta Suicida. Protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2(1), 233-250. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>
- RAE (1984). *Diccionario de la Real Academia Española*. Espasa – Calpe, S.A.
- Robles, J.I., Acinas, M.A., y Pérez-Iñigo, J.L. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Editorial Síntesis.
- Ruiz, J.I., Gómez, I., Landazabal, M.L., Morales, S., y Sánchez, V. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*. 1,(11), 99–114. <http://dx.doi.org/10.15446/rcp>
- Saavedra, J., y López, M. (2013). Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios, *Revista de psiquiatría y salud mental*. 8 (4), 224-231. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.07.004>
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2007). Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2005. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (12)1, 1-4.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2008). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2006*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (13)1, 1-4.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2009). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2007*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (14)1, 1-4.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2010). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2008*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (15)1, 1-4.

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2011). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2009*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (16)1, 1-4. http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2018_12615039X.pdf/8a50dca8-8e28-4fbe-bd44-b5c95f12393a
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2012). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2010*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (17)1, 1-4. http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2019_12615039X.pdf/6c227fde-3cee-43f7-b061-666bca7ac514
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2013). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2011*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (18)1, 1-4.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2012*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (19)1, 1-4.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). *Programa Marco de Prevención de Suicidios*. Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2015). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2013*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (20)1, 1-4.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2016a). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2014*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (21)1, 1-4.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2016b). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias 2016*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2017). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2015*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (22)1, 1-4.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2018). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2016*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (34)1, 1-4.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2018). *Informe General 2018*. Ministerio del Interior.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2019). *Informe General 2019*. Ministerio del Interior. http://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2019_12615039X.pdf/6c227fde-3cee-43f7-b061-666bca7ac514
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2019). *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2017*. Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. (24)1, 1-4.
- Suárez, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 182-200.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psychologia. Avances de la Disciplina*. 7(1), 93-102. <https://doi.org/10.21500/19002386.1197>
- Winicov, N. (2019). A systematic review of behavioral health interventions for suicidal and self-harming individuals in prisons and jails, *Heliyon*.5. 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02379>
- World Health Organization. Suicide rate estimates, crude. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>