

Asunto: PROGRAMA MARCO DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS.

Área de aplicación: Tratamiento, Sanidad y Vigilancia.

Descriptor: Detección y prevención de riesgo. Aplicación de programas.
Evaluación.

1.- INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la conducta suicida supone un problema de salud pública de primer orden debido al gran número de personas afectas por año en el mundo.

El suicidio se considera un trastorno multidimensional que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

La conducta suicida es uno de los más graves problemas de la Institución Penitenciaria a nivel europeo.

Las prisiones son depositarias de grupos tradicionalmente considerados vulnerables en lo que se refiere a las tasas altas de suicidio, tales como jóvenes, enfermos mentales, marginados sociales, toxicómanos. Como factores más concretos, encontramos:

- El impacto psicológico de la detención y el encarcelamiento o del estrés cotidiano asociado a la vida de la prisión puede exceder las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables.
- La afectación que la comisión del delito y de modo singular los delitos contra las personas, contra la libertad sexual y de violencia familiar, producen en algunas personas, no sólo al iniciar su estancia en prisión, sino también cuando la prolongación de la condena debilita los resortes del equilibrio emotivo.
- La resonancia que ejerce sobre el recluso ver publicada en los medios su actividad delictiva.

- El abatimiento que la reducción a un género de vida penitenciario produce en personas que han cometido delitos de carácter económico y ven esfumarse un prototipo de realidad económica largamente soñado y al que han dedicado muchos años de vida.
- La añoranza, separación, pérdida de los lazos familiares y del medio social ordinario.
- Por último, las modificaciones legales efectuadas en los últimos años respecto al cumplimiento íntegro de las penas y las condiciones para la obtención de los beneficios penitenciarios han contribuido a incrementar el número de los reclusos, la duración de las estancias en prisión y han disminuido el nivel de esperanza de numerosos reclusos que en la situación legal anterior habrían alcanzado la libertad condicional, estarían en régimen abierto o con una mayor frecuencia de permisos de salida.

2.- PROGRAMA MARCO: CARACTERÍSTICAS

Corresponde a la Institución Penitenciaria “velar por la vida, la integridad y la salud de los internos” (artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria). Consciente de ello la Administración Penitenciaria viene desarrollando en todos los Establecimientos Penitenciarios programas de detección y prevención de conductas autolíticas.

Requerido a todos los Centros Penitenciarios la evaluación y rectificación de sus programas específicos de prevención de suicidios, a la luz de las orientaciones de la OMS, los contenidos de las publicaciones en materia de predicción y reducción del suicidio, parece oportuno establecer un nuevo programa marco que, recogiendo las experiencias basadas en la Orden Circular 16/98, estimulen a cuantos trabajan en las Instituciones Penitenciarias en la sistematización de los programas de cada Centro Penitenciario en orden a disminuir la incidencia del suicidio.

La trascendencia del suicidio obliga a afirmar que este asunto exige la máxima atención y dedicación de cuantos intervienen en la Administración Penitenciaria: Funcionarios, Personal Laboral y Voluntariado.

Es a todo el personal de la Administración Penitenciaria a quienes compete la preocupación por detectar una posible conducta suicida.

Extremando el control externo del recluso, todo el personal, en cumplimiento de la obligación de “conocer a los internos de la Unidad e informar sobre sus comportamiento” (artículo 309 del Reglamento Penitenciario de 1981, aún vigente), debe procurar la observación y el conocimiento de los internos a su cargo en una escucha activa que posibilite la comprensión, el dialogo y la intervención inmediata que deberá transformarse en intervención técnica con un necesario refrendo documental.

El estudio de perfiles proclives a conductas suicidas, con ser imprescindible, resulta de tremenda amplitud ya que la totalidad de la población penitenciaria podría incluirse en grupo de riesgo. Urge, por tanto, añadir a estos rasgos de la persona el análisis de las

situaciones de especial riesgo del ámbito penitenciario que pueden convertirse en desencadenantes de conductas autolíticas.

Se requiere que la llamada de atención producida en cualquier punto y motivada por la escucha activa de cualquier persona de la Institución Penitenciaria produzca una inmediata adopción de medidas.

A esta inmediatez de respuesta, con la toma de medias provisionales, debe seguir con agilidad, prontitud y eficacia la intervención del Psicólogo y del Médico.

Es necesario que estos dos profesionales transformen la detección inmediata de posibles conductas suicidas en un estudio conjunto de la situación anímica del interno.

Dentro de los principios de agilidad y eficacia, mediante decisión colegiada, ponderada y cuantificada en la medida en la que sea posible, el Subdirector de Tratamiento y ambos profesionales, contando con la documentación aportada por cuantos colaboran en las tareas de tratamiento, sanidad y vigilancia, propondrán al Director, responsable de cuantas tareas se desarrollan en el Centro Penitenciario, la inclusión en el programa de prevención de suicidios y las medidas a adoptar.

Igualmente esta evaluación efectuada conjuntamente por Psicólogo, Médico y Subdirector de Tratamiento permitirá, con la suficiente prudencia, no incluir en la prevención de suicidios un buen número de casos, permitiendo así optimizar los recursos humanos, siempre limitados, y dedicándolos a la intervención y seguimiento de los internos incluidos en el programa. Se suma así la sensibilidad en la detección con la especificidad en su aplicación.

La Orden de Dirección, incluyendo a un interno en el Programa de Prevención de Suicidio (P.P.S.) y determinando las medidas impuestas, debe tener la difusión necesaria entre el personal de Tratamiento, Sanitario y de Vigilancia, así como el refrendo documental, "libro de Registro del P.P.S.", oficinas de Régimen, Tratamiento y Sanidad.

Este programa marco debe recordar la importancia de la tarea del Funcionario de Vigilancia tanto en la inmediatez de la detección ,como en el control de las medidas impuestas.

Así mismo se resalta la importancia de la colaboración del grupo de "internos de apoyo", dando lugar a un colectivo de reclusos que puedan obtener importantes beneficios a través de unas actividades que requieren la formación, dedicación y buena conducta penitenciaria.

Este programa marco pretende abrir una actitud de fluidez de información e intercambio de experiencias para que cada Centro perfeccione de modo continuado su programa específico.

Desde el Centro Directivo y con la directa intervención de las Subdirecciones de Tratamiento –Áreas de Tratamiento, Régimen y Central de Observación-, Sanidad e Inspección, 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.
- Profundizar en 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” y de los tres grupos entre sí, debe constituir una garantía para este programa marco de prevención de suicidios que incluye los tres fines principales del quehacer penitenciario: custodia, tratamiento y asistencia.

3.- LA DETECCIÓN DE CASOS

El derecho de los internos a que la Administración Penitenciaria vele por sus vidas, su integridad y su salud, obliga a que todo el personal adscrito a los centros penitenciarios participe activamente en este programa. Es por ello que aún circunscribiendo las labores de información, propuesta o autorización a determinados órganos del centro penitenciario, las tareas de detección de situaciones de crisis que pudieran abocar a un interno al suicidio, de seguimiento de los internos incluidos en el programa de prevención de suicidios o de valoración de internos a los que se les ha dejado de aplicar el mencionado programa, debe ser llevado a cabo por cualesquiera de los profesionales del centro. Los profesionales en contacto con los internos, ya sea por funciones de observación y vigilancia, o por funciones de diagnóstico e intervención, deberán informar a la mayor celeridad sobre cualquier incidencia bien al Jefe de Servicios, o bien al Subdirector de Tratamiento o Psicólogo del departamento, o bien al Subdirector Médico o Médico del departamento en que se encuentre ubicado el interno.

En todo caso, inspirará este procedimiento la celeridad administrativa y la inmediatez, de forma que lejos de burocratizar la información al respecto, los profesionales que detectasen situaciones de riesgo deberán evacuar informe verbal o escrito en el que describan las mencionadas situaciones, a la mayor brevedad posible.

El ingreso en el Establecimiento Penitenciario

No cabe duda de que el momento del ingreso resulta clave para detectar a los internos que por sus características sean susceptibles de serles aplicado el P.P.S. La Oficina de Régimen proporcionará diariamente una relación detallada de los internos que ingresan en el establecimiento y los delitos que motivan el ingreso.

En el supuesto de ingreso procedente de otro Establecimiento Penitenciario, bien por asignación de Centro Penitenciario de destino, por diligencias judiciales o por tránsito en órdenes de traslado, se procederá a examinar la documentación que acompaña al interno, y en especial la existencia previa de intentos de suicidio o la inclusión en el

programa de prevención de suicidios. En todo caso, en los traslados de internos se consignará esta circunstancia en la portada del expediente personal del interno y en la documentación sanitaria que obligatoriamente ha de acompañar a toda persona en el momento del traslado.

Los profesionales que, conforme al artículo 20 del Reglamento Penitenciario, 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 se produce por el Médico o el Psicólogo éstos procederán directamente a la evaluación.

Durante el internamiento

Conforme al artículo 66 del Reglamento Penitenciario, en cualquier momento del periodo de internamiento, cuando los funcionarios, en virtud de las tareas de observación, detectasen manifestación de ideas o presentación de conductas que pudieran determinar su inclusión en el P.P.S., lo pondrán inmediatamente en conocimiento de su superior jerárquico o de los profesionales de las áreas sanitarias o de tratamiento adscritos al departamento.

Situaciones especiales de riesgo

1. Especial consideración merece la detección de las situaciones de crisis en periodos de tiempo en los que no pueda llevarse a cabo la correspondiente evaluación –fines de semana o periodos de ausencia de los correspondientes profesionales-. En estos casos, la detección de dichas situaciones determinará la inmediata evaluación por el Médico de guardia y adopción cautelar, en su caso, de medidas provisionales de prevención de suicidio, hasta que por el Subdirector de Tratamiento, Médico y el Psicólogo del Establecimiento se produzca la evaluación precisa que eleve o no a definitiva la programación cautelar adoptada.
2. Internos acogidos voluntariamente a limitaciones regimentales del artículo 75.2 Reglamento Penitenciario: La situación de acogimiento a limitaciones regimentales de aseguramiento de la persona del interno voluntariamente interesada por éste determina la necesidad de adoptar medidas cautelares con anterioridad a la aplicación de las mismas. Recibida petición de un interno de acogimiento a limitaciones regimentales, se procederá a su examen por el Médico y Psicólogo, quienes emitirán un informe sobre si el interno está sometido a situaciones de riesgo de suicidio, procediéndose en su caso a adoptar las mismas medidas que para cualquier otro interno respecto del protocolo de prevención de suicidios recogido en la presente Instrucción.

En todo caso, con independencia de la aplicación del protocolo de prevención de suicidios, se procederá por el Educador a entrevistar al interno acogido a las limitaciones regimentales del artículo 75.2 Reglamento Penitenciario, al menos una vez a la semana, y a ser examinado por el Médico y el Psicólogo del Establecimiento, conforme a sus consultas programadas y, en todo caso, al menos una vez al mes.

3. Conflictos familiares o afectivos graves: La incidencia que determinados acontecimientos puedan tener en los internos determina la necesidad de establecer medidas de detección en situaciones de conflictos familiares o afectivos graves.

Los funcionarios de servicio en el departamento de Comunicaciones pondrán en conocimiento del Jefe de Servicios, para su traslado al Subdirector de Tratamiento o al mando de incidencias, si la gravedad de lo ocurrido lo aconseja, cualquier hecho o noticia recibida por los internos durante las comunicaciones y relacionadas con su situación sociofamiliar de las que hayan tenido conocimiento, directa o indirectamente, durante el servicio y que pudieran ser relevantes a los efectos de este programa. El Subdirector de Tratamiento requerirá del Trabajador Social que corresponda la valoración de lo ocurrido y su incidencia en el estado emocional del interno.

De igual forma si cualquier miembro del Equipo Técnico, en especial Trabajador Social o Educador, tuvieran conocimiento de conflictos familiares o afectivos lo pondrá en conocimiento del Subdirector de Tratamiento a los mismos efectos.

4. Especial análisis tendrá cualquier modificación en la situación procesal, penal y penitenciaria de los internos que pudiera ser vivenciada por éstos de forma negativa. A estos efectos la detección de la situación de riesgo, la observación y el seguimiento serán tomadas en especial consideración por el Jurista y Educador, en el ámbito de sus respectivas competencias.
5. Asimismo se valorará la proximidad de la excarcelación como situación de riesgo. El Trabajador Social tendrá en cuenta las dificultades de reinserción social, familiar y laboral por si supusieran un plus de riesgo a los efectos de este programa.
6. La situación de aislamiento del interno, conforme al artículo 43 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, se cumplirá con informe médico del interno. El Médico del Establecimiento recogerá expresamente en su informe al Director la posible incidencia de situación de riesgo de suicidio del interno.
7. Por último, se tomará en especial consideración el seguimiento de la detección de posibles situaciones de riesgo de suicidio posterior a la comunicación al interno de resoluciones administrativas o judiciales que comporten una involución tratamental –regresiones de grado de tratamiento, no autorización de permisos de salida, denegación de libertad condicional...-. En estos casos se procederá por el Educador y Jurista del Establecimiento a la detección de la situación de riesgo, realizando el Educador la observación y el seguimiento del interno.

4.- DIAGNÓSTICO DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA.

Ante la detección de una posible conducta suicida, procedente de cualquier trabajador o colaborador de la Institución Penitenciaria, se inicia un proceso diagnóstico para su

posible inclusión con la evaluación por Psicólogo y Médico, todo ello con independencia de las medidas urgentes y provisionales que por la Jefatura de Servicios puedan adoptarse.

A tal efecto será inmediatamente visitado por el Psicólogo y por el Médico.

Efectuadas ambas entrevistas se reunirán los dos profesionales, en sesión conjunta con el Subdirector de Tratamiento, aportando:

- a) En el supuesto de interno de nuevo ingreso.
 - Psicólogo:
 - Instrumento de detección incluido en anexo o el que el profesional estime conveniente.
 - Médico:
 - Resultado de la evaluación al ingreso (Modelo Sanitario-5 de obligado cumplimiento).
 - Información sobre antecedentes de enfermedades mentales si se dispone.
 - El Subdirector de Tratamiento aportará los resúmenes de las entrevistas efectuadas en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 20 del Reglamento Penitenciario.

- b) En el resto de los casos:
 - Psicólogo:
 - Instrumentos de detección y evaluación incluidos en los anexos o los que el profesional estime conveniente.
 - Evaluaciones psicológicas previas de que disponga.
 - Médico:
 - Evaluación de riesgo de acuerdo a la Escala de Plutchick y los antecedentes sobre enfermedades mentales de que disponga.
 - El Subdirector de Tratamiento, aportará la información de utilidad de que se disponga en el expediente y el protocolo, así como cuanta información se considere oportuna.

Como resultado de la deliberación y evaluación conjunta propondrán al Director la inclusión, si procede, en el PPS, así como las medidas a adoptar.

El Director del Establecimiento emitirá la Orden de Dirección, responsabilizándose de su cumplimiento los diversos departamentos y de modo concreto a las áreas de Tratamiento, Sanidad e Interior.

En la Subdirección de Tratamiento existirá un "Registro de altas y bajas en PPS".

Igualmente se dispondrá de una “Carpeta personal del interno en PPS”, en la que se recogerá cuanta documentación genere la situación del interno en el programa, así como cuantos datos de detección o control aporte el personal del Centro Penitenciario.

5.- MEDIDAS.

1. MEDIDAS PREVENTIVAS

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

2. MEDIDAS PROVISIONALES URGENTES

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

3. MEDIDAS PROGRAMADAS.

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

- Potenciar participación en actividades:
 - Ocupacionales, deportivas, de tiempo libre.
 - Remuneradas.
 - Otras (especificar):

4. MEDIDAS ESPECIALES

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

6.- INTERNOS DE APOYO (IA)

A fin de contribuir en las tareas de seguimiento, apoyo y atención entre iguales de aquellos internos que se encuentren dados de alta en el PPS o en situaciones de malestar emocional significativo, se preparará un grupo de internos en todos los Centros Penitenciarios.

Selección:

La incorporación al grupo de internos de apoyo se efectuará mediante solicitud del candidato, informada por el Funcionario Encargado del Módulo en que resida el interno y por su Educador.

La Junta de Tratamiento del Establecimiento Penitenciario resolverá sobre la incorporación . procurando seleccionar aquellos internos que:

- Presenten la adecuada capacitación, actitud y motivación.
- Presenten una situación estable en el Centro, buen comportamiento y sin traslado previsible.
- Les reste para el cumplimiento definitivo o fecha de concesión de la Libertad Condicional, un tiempo superior a un año.
- Sin sanciones por conductas tipificadas en el artículo 108 y en el artículo 109 apartados a, b, c, y también i.
- Sin historia de autolesiones ni tratamiento psiquiátricos continuados por enfermedad psiquiátrica.
- Sin consumo activo de drogas en el momento de la selección.

Formación:

La Junta de Tratamiento, mediante la colaboración de los distintos profesionales y de los expertos de las ONG(s) que desarrollen programas en el Establecimiento Penitenciario, organizará un cursillo de formación para los internos seleccionados para desempeñar la actividad de interno de apoyo.

La formación tendrá una duración mínima de 30 horas, a impartir en un máximo de 15 días.

Con la formación se pretende que el interno de apoyo adquiera conciencia de la actividad que va a desempeñar, objetivos para los que se solicita su colaboración, importancia de la actividad, detección de circunstancias clínicas de riesgo, técnicas de escucha activa, comunicación interpersonal, conocimientos básicos sobre depresión y primeros auxilios, todo ello impartido a nivel básico con una metodología activa y eminentemente participativa.

La falta de interés o la ausencia injustificada a dos sesiones motivará que por la Junta de Tratamiento se acuerde la baja en el cursillo y en el programa.

El cursillo de formación se impartirá cuantas veces sea necesario para garantizar que el grupo de internos de apoyo alcance el 2% de la población que albergue el Establecimiento Penitenciario, iniciándose el primero de ellos en los treinta días siguientes a entrada en vigor de esta Instrucción.

Por el Centro de Estudios y la Central Penitenciaria de Observación se prestará la orientación necesaria para la programación de estos cursillos.

Actualización:

El Subdirector de Tratamiento mantendrá una sesión mensual de trabajo con todos los internos de apoyo del Centro Penitenciario.

A esta reunión acudirán aquellos profesionales que la Subdirección convoque a efectos de comunicación, reiteración de conocimientos y control del programa de prevención de suicidios. También asistirán todos los Educadores del Establecimiento Penitenciario.

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

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

Incorporación a la actividad:

Para su incorporación a un caso concreto de apoyo, el interno recibirá las instrucciones específicas impartidas por el Técnico o Educador que el Subdirector de Tratamiento designe. Estas instrucciones se impartirán en presencia del Funcionario Encargado de la Vigilancia del Módulo en el que vaya a desempeñar la actividad.

Transitoriamente y hasta que se haya impartido el cursillo de formación, podrán seguir asignándose internos de apoyo, procurándose la mejor capacitación y motivación de los internos seleccionados.

Baja en la actividad:

La falta de interés en el desempeño de la actividad, la notoria incapacidad, el incumplimiento de las normas que se le impartan o la ausencia injustificada a las reuniones de coordinación y actualización que se convoquen, serán causa de exclusión del grupo de internos de apoyo, mediante acuerdo de la Junta de Tratamiento.

Los internos de apoyo que se encuentren acogidos a la relación laboral especial penitenciaria se regirán por la normativa de aplicación en la mencionada relación laboral.

Recompensas:

Dado que la actividad de interno de apoyo requiere de un alto grado de especialización, implicación y responsabilidad en la tarea, será especialmente evaluada por los órganos competentes, de cara a la consecución de beneficios penitenciarios previstos en los arts 202 y siguientes del Reglamento Penitenciario y para el desempeño del puesto de trabajo.

En consecuencia:

- En el supuesto de que alcanzados los 120 días anteriores a la fecha prevista para la libertad condicional (cumplimiento de los 2/3 de la pena), el interno de apoyo no hubiese sido clasificado en tercer grado, se efectuará comunicación, debidamente motivada, a la Central Penitenciaria de Observación, a los efectos de su posible revisión.
- El interno de apoyo que desempeñe correctamente la actividad encomendada percibirá la mayor valoración posible en orden a la obtención de recompensas.
- Aquellos internos integrados en la actividad de interno de apoyo que sean demandantes de puesto de trabajo en los talleres productivos del Establecimiento, obtendrán el adelantamiento de un puesto en la lista de espera por cada dos días completos de actividad como interno de apoyo, siempre que continúen en el desempeño de esta actividad y con el respeto, en todo caso, de los criterios de prelación del art. 3 del R.D. 782/2001.
- Por los Consejos de Dirección de cada Centro se establecerá, con la periodicidad que se determine, un turno de comunicaciones extraordinarias a los internos pertenecientes al grupo de internos de apoyo que lo soliciten.

- La Junta de Tratamiento podrá determinar otro tipo de recompensas específicas, en relación con la actividad desarrollada por alguno de estos internos y sus circunstancias personales.
- El puesto de interno de apoyo podrá ser solicitado en igualdad de condiciones por los internos preventivos.

Se procurará que los internos incluidos en el grupo de internos de apoyo no sean trasladados, salvo que lo soliciten voluntariamente. En este caso se procurará que los internos trasladados puedan ser incluidos en el mencionado grupo en el Centro al que sean destinados.

7.- BAJA EN EL PROGRAMA DE P.P.S.

La Junta de Tratamiento en su sesión semanal resolverá la continuidad o modificación de las medidas acordadas.

Controladas las causas que condujeron a la inclusión en el P.P.S. y mediante acuerdo motivado, la Junta de Tratamiento propondrá a su Presidente que emita Orden de Dirección para que el interno sea dado de baja en el P.P.S.

La Orden de Dirección quedará reflejada en el expediente, protocolo y en el historial sanitario del interno produciendo igualmente la conveniente anotación en el "Registro de Altas y Bajas del P.P.S."

La carpeta personal de seguimiento del interno en el P.P.S., se unirá a su protocolo.

La Orden de Dirección de baja en el P.P.S. no se emitirá en vísperas o fin de semana o festivo.

La retirada de medidas tendrá un carácter progresivo según criterio de psicólogo y médico quienes efectuarán evaluaciones periódicas, como mínimo, al mes, tres meses y seis meses para su estudio por la Junta de Tratamiento.

Especial atención merecerán los pacientes en tratamiento antidepresivo que no se darán de baja en el P.P.S., hasta que por criterio médico y psicólogo así se determine.

Si la baja en el P.P.S. conlleva cambio de ubicación residencial, el interno no será dado de baja en el P.P.S. hasta que haya transcurrido una semana de adaptación a su nueva residencia.

El Educador efectuará el seguimiento del interno dado de alta contando con la colaboración del personal, aportando cuanta información obtenga en las sesiones de recuerdo prescritas en el párrafo segundo del apartado "Evaluación".

8.- ANÁLISIS INCIDENTAL DE CASOS

Con independencia de la obligada comunicación de los casos de suicidio, consumados o en grado de tentativa, a la Inspección Penitenciaria, el Consejo de Dirección en sesión ordinaria, valorará las acciones de suicidio, consumadas o en grado de tentativa, recabando toda la información necesaria de los distintos funcionarios y departamentos implicados, evaluando la aplicación del programa en el Centro y en su caso adoptando las medidas a implementar.

9.- EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Semanalmente se evaluará por la Junta de Tratamiento las medidas acordadas en el programa de prevención de suicidios de cada uno de los internos incluidos en el protocolo de prevención de suicidios.

Igualmente, la Junta de Tratamiento revisará la evolución de aquellos internos que hayan sido dados de baja del programa de prevención de suicidios, de forma ordinaria al mes, a los tres meses y a los seis meses desde la fecha de la baja en el P.P.S. En las revisiones de grado de tratamiento de internos se tomará siempre en cuenta la anterior inclusión en P.P.S y se evaluará, de entre otras circunstancias, la situación histórica de aplicación de programa de prevención de suicidios.

Con periodicidad mensual será remitida por la Subdirección de Tratamiento de los distintos Centros Penitenciarios, a la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, Área de Tratamiento, relación detallada de los internos incluidos en el protocolo de prevención de suicidios y periodo de tiempo de permanencia en el mismo. Todo ello con independencia del mantenimiento de las comunicaciones que se vienen efectuando como incidencia a la Inspección, seguimiento de casos a la Central de Observación y notificación del suceso a Sanidad.

El Consejo de Dirección realizará anualmente una evaluación de la aplicación del programa en el centro, adaptaciones del Programa Marco realizadas en el establecimiento y propuestas que se elevan para su posible implantación general. Dicha evaluación se remitirá junto con el informe-memoria anual (anexo 4) a la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria –Área de Tratamiento- antes del 30 de enero de cada año.

Por la Dirección General se evaluará permanentemente el funcionamiento del P.P.S. analizando los casos ocurridos a fin de detectar nuevas situaciones de especial riesgo y demás factores que promueven la decisión de asumir conductas autolíticas.

10.- ENTRADA EN VIGOR

La presente Instrucción entrará en vigor al día siguiente de su recepción en los centros penitenciarios.

11.- DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Queda derogada la instrucción 12/2005 de fecha 28 de julio de 2005.

12.- DISPOSICIONES FINALES

Se dará lectura de la presente Instrucción en la primera sesión del Consejo de Dirección y de la Junta de Tratamiento que se celebren tras su recepción, procediéndose a su difusión en los términos establecidos en el art. 280.2 14ª del Reglamento Penitenciario.

En el plazo de 3 meses se procederá a la acomodación de los Programas de Prevención de Suicidios existentes en todos los establecimientos a las directrices de la presente Instrucción.

Madrid, 10 de agosto de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Mercedes Gallizo Llamas

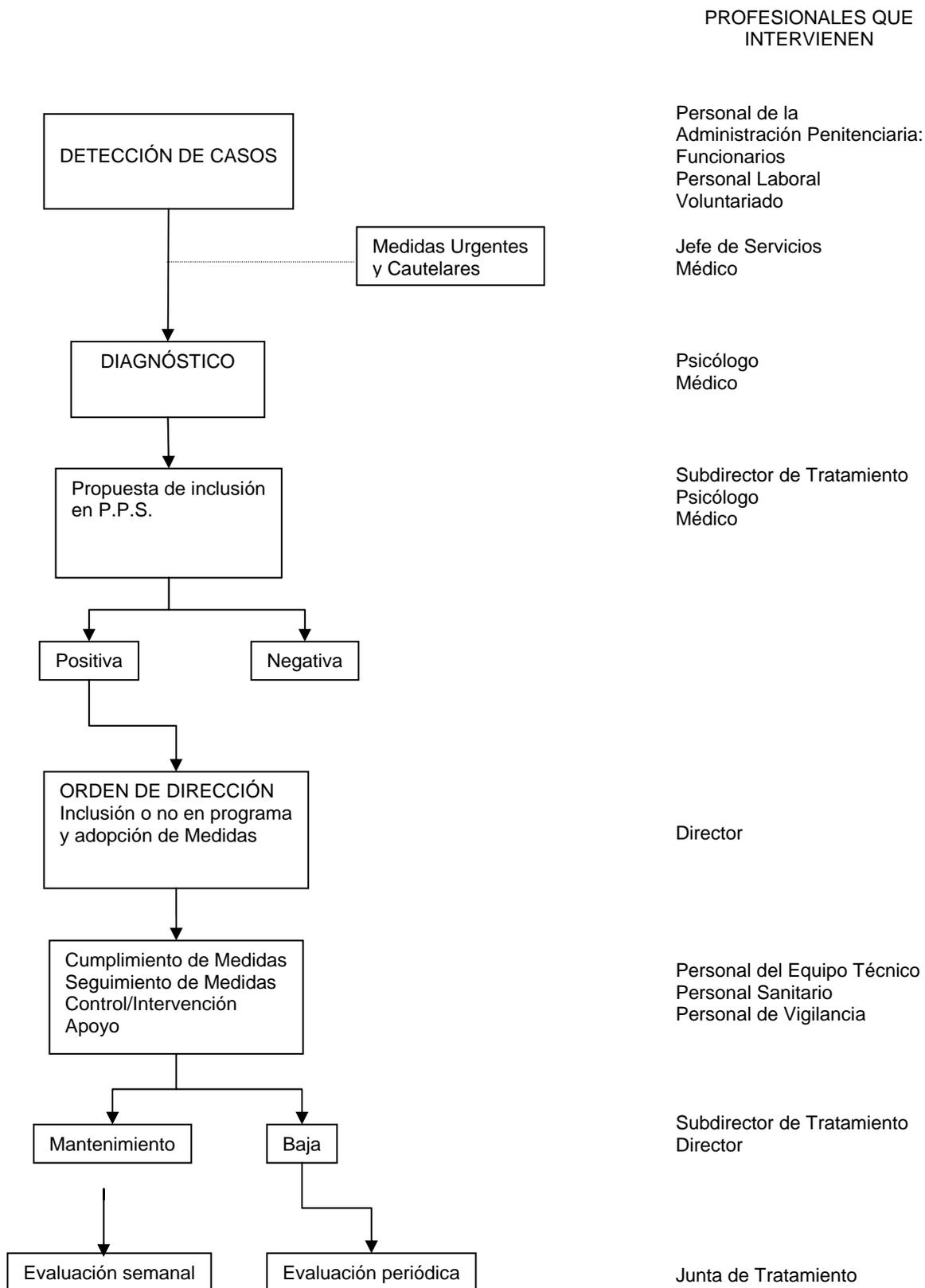
RELACIÓN DE ANEXOS

Uso preferente por:

1. Diagrama del programa	General
2. Propuesta de inclusión en el PPS	Sub. Ttº, Médico y Psicólogo
3. Orden de dirección de aplicación del PPS	Director
4. Informe-memoria anual	Subdirector de Tratamiento
5. Modelo San. 5	Médico
6. Escala de Plutchick	“
7. Detección de situación de crisis	Psicólogo
8. Qué hacer en la primera ayuda psicológica	“
9. Guión de entrevista	“
10. Cuestionario de evaluación de PPS	“
11. Escala de desesperanza	“

- | | |
|---|---------|
| 12. Variables de riesgo de suicidio en prisión | “ |
| 13. Modelo de detección de posible riesgo de suicidio | General |
| 14. Mitos y realidades sobre el suicidio en prisión | “ |
| 15. Bibliografía y enlaces | “ |

DIAGRAMA DEL PROGRAMA.



PROPUESTA DE INCLUSIÓN EN EL P.P.S.

PPS-Anexo 2

CONFIDENCIAL

CENTRO PENITENCIARIO:

INTERNO:.....NIS:

Fecha:

Informe psicológico:

Informe Médico:

Inclusión PPS:

SI:

NO:

MEDIDAS PROGRAMADAS:

- Seguimiento por los Servicios Médicos:
 - Consulta médica programada.
 - Derivación para valoración por especialista en psiquiatría.
 - Ingreso en enfermería para observación y tratamiento médico.

- Seguimiento por los Servicios de Tratamiento:
 - Consulta psicológica programada.
 - Seguimiento directo por su Educador.
 - Valoración por el Trabajador Social.

- Régimen de vida (con carácter general en su departamento)
 - Acompañamiento continuo (24 horas) por interno de apoyo.
 - Acompañamiento por interno de apoyo en horas de cierre y actividades no comunitarias.
 - Favorecer comunicaciones con la familia y medio social.
 - Potenciar participación en actividades:
 - Ocupacionales, deportivas, de tiempo libre.
 - Remuneradas.
 - Otras (especificar):

MEDIDAS ESPECIALES:

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

EL Médico

El Psicólogo

El Subdirector de Tratamiento

Sr. Director del Centro Penitenciario de:

(B)

ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE _____

ORDEN DIRECCIÓN**ASUNTO: INCLUSIÓN EN EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS (P.P.S.)****INTERNO:****NIS:****MÓDULO:**

En aplicación de la Instrucción sobre la Prevención de Suicidios, por la presente se tomarán las siguientes medidas respecto al interno arriba referenciado, que se modificarán o suprimirán en función de su seguimiento:

MEDIDAS PROGRAMADAS.

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

MEDIDAS ESPECIALES

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

FECHA DE ALTA:

En _____, a ____ de _____ de _____

EL DIRECTOR

Informe-Memoria anual del PPS

Centro Penitenciario de _____ Año evaluado _____

1. Eventos de suicidio

	Incluidos PPS	No incluidos PPS	Total
Consumados			
Tentativas			

2. Aplicación de programas

2.1 Detección de casos (internos evaluados)

Circunstancias de la detección

Al ingreso en el establecimiento	
Situación de traslado o tránsito	
Sometido a limitaciones art. 75 R.P.	
Régimen cerrado	
Modificaciones penales o penitenciarias	
Crisis personales o familiares	
Proximidad a la excarcelación	
Otras situaciones de crisis	
Total de casos evaluados	

2.2 Internos incluidos en el programa

2.2.1 Factores determinantes de la inclusión en PPS

Impacto ingreso en prisión	
Tipología actividad delictiva	
Antecedentes tentativa suicidio	
Descubrimiento enfermedad grave	
Pérdidas o rupturas familiares	
Aislamiento social	
Trastornos psicopatológicos	
Otros	

Nota: un mismo caso puede presentar más de un factor determinante

2.2.2 Medidas adoptadas

Medidas programadas

Seguimiento por los servicios médicos:

Consulta médica programada.

Derivación para la valoración por especialista en psiquiatría.

Ingreso en enfermería para la observación y tratamiento médico.

Seguimiento por los servicios de tratamiento:

Consulta psicológica programada.

Seguimiento directo por su educador.

Valoración por el Trabajador Social.

Régimen de vida (con carácter general en su departamento):

Acompañamiento continuo (24 h.) por interno de apoyo.

Acompañamiento por interno de apoyo en horas de cierre
y actividades no comunitarias.

Favorecer las comunicaciones con la familia y el medio social.

Potenciar participación en actividades:

Ocupacionales, deportivas, de tiempo libre

Remuneradas

Otras (especificar):.....

Medidas especiales

Vigilancia especial por los funcionarios.

Retirada de material de riesgo.

Ubicación en celda especial de observación (si se dispone).

Seguimiento de incidencias en las comunicaciones.

Otras (especificar):

2.2.3 Duración de las aplicaciones

> 7 días	8 – 14 días	15 – 28 días	> 28 días
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.2.4 Casos en seguimiento tras baja en PPS

3. Variables de los internos con aplicación del PPS

3.1 Sexo

Hombre	<input type="text"/>
Mujer	<input type="text"/>

3.2 Edad

< 20	21-30	31-40	41-60	> 60
<input type="text"/>				

3.3 Situación procesal

Preventivo	Penado c/p	Penado s/c	Clasificado	Internado judicial
<input type="text"/>				

3.4 Situación penitenciaria

Régimen cerrado	Régimen ordinario	Régimen abierto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ministerio del Interior Dirección General de II.PP. Subdirección General de Sanidad Centro Penitenciario Fecha...../...../...../ Hora.....	Identificación del paciente Apellidos..... Nombre..... NIS.....
HOJA DE EXPLORACIÓN AL INGRESO DE LIBERTAD	

ALERGIAS:

DETERMINACIÓN RIESGO DE SUICIDIO	Valoración (*)	
1 Delito motivo del ingreso: Parricidio/Homicidio/Asesinato/Contra la Libertad Sexual/Violencia de Género	3	
2 Depresión en el momento actual	6	
3 Ideas recientes de suicidio en el último mes	5	
4 Ha planeado recientemente la manera de cómo podría suicidarse en el último mes	9	
5 Intento de suicidio en los últimos tres meses	9	
6 Intento de suicidio hace más de tres meses	5	
7 Trastorno psicótico	6	
8 Padecimiento de una enfermedad crónica grave, terminal, invalidante, o dolorosa	3	
9 Pérdida reciente de algún familiar/allegado o ruptura de pareja	3	
10 Falta de apoyo familiar, social o económico	3	
SE CONSIDERA POSITIVO TODO VALOR IGUAL O SUPERIOR A 9 PUNTOS	TOTAL	

(*) Se puede disminuir la valoración máxima de cada "item" si a juicio del facultativo se considera excesiva para el caso en estudio.

Se recomiendan medidas provisionales de prevención de suicidio: NO SI

DETERMINACIÓN POSIBLE SÍNDROME DE ABSTINENCIA			
		NO	SI
Abuso de:	Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Opiáceos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Benzodiacepinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signos de venopunción:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones ¹			

DETECCIÓN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

		NO	SI	
Parasitosis cutáneas:	Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(completar exploración de cuero cabelludo y corporal)

Exploración:

Tuberculosis:	tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tiempo de evolución:.....
	expectoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	hemoptisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sudoración nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cuantificar:.....Kilos

Diagnóstico reciente de Tbc: No Si

Completó el ttº: No Si

Otras enfermedades transmisibles:

VALORACIÓN DE LESIONES

Presenta alguna lesión

NO

SI (realizar parte de lesiones)

DISCAPACIDADES

Físicas (especificar):

Sospecha de discapacidad intelectual:

ENFERMEDADES QUE REFIERE

TRATAMIENTOS QUE REFIERE

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TRATAMIENTO PRESCRITO/MEDIDAS A SEGUIR

NOMBRE	HOJA DE EXPLORACIÓN AL INGRESO DE LIBERTAD
BLOQUE	2º: HISTORIA CLÍNICA (subcarpeta color verde)
MOD.SAN.	5

Este impreso se realizará a todos los internos que ingresen en un centro penitenciario, procedentes de LIBERTAD, por el facultativo correspondiente a la mayor brevedad posible y, en todo caso, en el plazo de 24 horas, de acuerdo con lo previsto en el art. 214 del R.P.

Su objetivo es el de recoger una serie de datos considerados imprescindibles para una rápida valoración y detección de aquellas circunstancias que requieran una actuación inmediata.

Su contenido es:

- Determinación del riesgo de suicidio, que contempla una serie de ítems, con su correspondiente valoración, que se tendrán en cuenta para obtener una puntuación total del enfermo. Si esta puntuación es igual o superior a 9 determinará la aplicación de medidas provisionales de prevención de suicidios y la propuesta de inclusión del paciente en el **programa de prevención de suicidios**. Se puede disminuir la valoración máxima de cada ítem si a juicio del facultativo se considera excesiva para el caso en estudio. Cuando la puntuación sea inferior a 9, no se propondrá la inclusión en el programa de prevención de suicidios, salvo que el médico lo estime oportuno. Para la valoración de la presencia o no de depresión y de trastorno psicótico se puede utilizar las escalas del MINI y/o Hamilton.

- Determinación posible síndrome de abstinencia. Para la valoración del abuso de sustancias, puede utilizarse la escala MINI.

- Detección de enfermedades transmisibles.

- Valoración de lesiones, de manera que si a su ingreso el paciente presenta alguna lesión, se cumplimentará el **Parte de asistencia por lesiones**).□(Mod. San. 17, Bloque 7

- Valoración de discapacidades.

- Enfermedades que refiere.

- Tratamientos que refiere.

- Impresión diagnóstica.

- Tratamiento prescrito/Medidas a seguir.

Nombre

Centro Penitenciario Fecha

ESCALA DE PLUTCHICKSe trata de un cuestionario **autoadministrado****INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Valoración: Un valor superior a 6 indica riesgo de suicidio. Cuanto mayor es el valor obtenido mayor es el riesgo de suicidio. No fotocopiar esta valoración.

CONFIDENCIAL

DETECCIÓN DE SITUACION DE CRISIS (Psicólogo)

Interno:		NIS:
Fecha :	Hora:	Entrevistador/a:

VARIABLES	Puntuación entre:	Puntuación asignada
1. Ingreso reciente (menos de 7 días)	0 - 3	
2. Tipología delictiva (homicidio, asesinato, libertad sexual, violencia doméstica)	0 - 3	
*3. Sintomatología depresiva (disforia, agitación, ideas suicidas inespecíficas, sentimientos de culpa, alteración del apetito o del sueño)	0 - 5	
4. Intentos previos de suicidio (últimos 3 meses)	0 - 3	
5. Problemática tóxico-alcohólica presente	0 - 3	
6. Pérdidas familiares recientes	0 - 3	
7. Diagnóstico reciente enfermedad grave (últimos 3 meses) o estado avanzado	0 - 3	
8. Ausencia o pérdida de apoyo exterior	0 - 3	
9. Variables de personalidad: impulsividad, vulnerabilidad, indefensión, recursos personales deficitarios.	0 - 3	
10. Trastorno mental actual	0 - 3	
*11. Ideación suicida o planes de suicidio en la actualidad.	0 - 5	
PUNTUACIÓN		

Una puntuación **igual o superior a 9** será suficiente para la adopción de medidas preventivas preliminares hasta la valoración conjunta del caso.

* Una puntuación máxima (5) en la **variable 3 u 11** será suficiente para la adopción de medidas preventivas preliminares.

QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER EN LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

	HACER	NO HACER
a) Contacto:	<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar atentamente - Resumir sentimientos y hechos. - Transmitir aceptación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contar “nuestra propia historia”. - Ignorar hechos y/o sentimientos. - Juzgar o tomar partido.
b) Dimensiones del problema:	<ul style="list-style-type: none"> - Formular preguntas abiertas. - Pedirle concreción y precisión. - Evaluación del riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenerse a preguntas tipo si/no. - Permitirle abstracciones continuas. - Ignorar señales de alarma o peligro.
c) Posibles soluciones:	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular la inspiración espontánea. - Abordar directamente los obstáculos. - Establecer prioridades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir la visión “en túnel”. - Dejar obstáculos sin explorar. - Tolerar la “mezcla” de necesidades.
d) Acciones concretas:	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar una medida a un tiempo. - Establecer objetivos específicos a corto plazo. - Ser directivo, si se debe ser. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intentar resolver todo ahora. - Tomar decisiones obligatorias a largo plazo. - Ser indeciso. - Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario.
e) Seguimiento:	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un contrato conductual o pacto para el recontacto. - Evaluar etapas o actuaciones concretas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dejar detalles “en el aire” o suponer que el interno seguirá con el plan de trabajo bajo su propia responsabilidad.

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.
6. Dejarse influir por el pesimismo del suicida y ver como única salida el suicidio.

ACTITUD TERAPÉUTICA.

Utilizar de manera progresiva 3 estrategias psicológicas básicas:

- a) Fase inicial:
 - *Escucha empática*: animar al interno a expresar sus ideas y sentimientos con una actitud de escucha no-crítica.
- b) Fase intermedia:
 - *Análisis del problema y propuesta de alternativas*: proponer y analizar con el interno las dimensiones del problema y plantear posibles alternativas al mismo, recabando su opinión.
- c) Fase final:
 - *Compromiso con el interno*: acordar con el interno la intervención o la actuación oportuna y el acuerdo de encuentros sucesivos.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PPS

Fecha de evaluación:

APELLIDOS Y NOMBRE:

Lugar/Fecha nacimiento:

Edad:

Actividad laboral/Profesion:

Pareja:

Estado civil:

Hijos:

Ingresó en CP:

Módulo:

C.P. procedencia:

Primario/reincidente:

Tiempo en prisión:

Delito/s

Condena:

Examen psicológico:

Enlentecimiento psicomotor

Descofiado, suspicaz

Histriónico

Humor depresivo

Ansioso, tenso, inquieto

Euforia

Incongruente, emociones planas

Delirios

Pensamiento perturbado

Alucinaciones

Inteligencia disminuida

Excesiva preocupación

Diagnóstico/s psiquiátrico/s:

Medicación prescrita:

Toxicomanía (sustancias, consumo actual, tratamiento):

Alcohol:

Historial de intentos de suicidio previos:

Fecha:

CP:

Indicios:

Plan:

Medios:

Frustrado por:

Intervención :

Duración:

I. Suceso/s Precipitante/s:

¿Qué suceso produjo la crisis?:

¿Cuándo ocurrió?:

¿Quién estuvo involucrado (además del interno)?:

- Sucesos similares anteriores:

II. Problema presente:

- Descripción del problema por el interno:

- ¿Cómo quiere solucionarlo?:

- ¿Qué quiere lograr?

III. Problemas contextuales:

- Problemática penitenciaria, influenciada por:

- Tipología delictiva:
- Extensión condena:
- Tiempo continuado en prisión:
- Clasificación penitenciaria:
- Inadaptación (sanciones, aislamiento)
- Inactividad (destinos, actividades)
- Otras:

- Problemática psicosocial:

- Falta de apoyo sociofamiliar:
- Rupturas, pérdidas (recientes)
- Relaciones conflictivas
- Otras:

- Problemática personal:

- Psicopatología:
- Toxicomanía:
- Minusvalía:
- Enfermedad:
- Deficiencias:
- Otras:

IV. Funcionamiento por Áreas: (describir cómo afecta el suceso o estado de crisis al interno)

1. Funcionamiento conductual:

AREAS	CAMBIO OCURRIDO. Especificar:	NO IMPACTO
Actividades/destinos:		
Deporte/Ocio:		
Hábitos alimenticios:		
Tabaco/Drogas:		
Sueño:		
Autocontrol:		
Otros:		

Observaciones:

2. Funcionamiento afectivo:

Examinar los sentimientos más característicos del interno en estos momentos:

<input type="checkbox"/> exaltado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> agobiado	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ansioso	
<input type="checkbox"/> enojado	<input type="checkbox"/> tenso
<input type="checkbox"/> solitario	<input type="checkbox"/> enérgico
<input type="checkbox"/> feliz	<input type="checkbox"/> culpable
<input type="checkbox"/> inquieto	<input type="checkbox"/> cómodo
<input type="checkbox"/> triste	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> temeroso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> aburrido	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> aturdido	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> celoso	<input type="checkbox"/> exhausto
<input type="checkbox"/> relajado	
<input type="checkbox"/> Otros:	
- ¿En qué situaciones se siente más trastornado?	
- ¿En qué situaciones se siente más relajado?	
- ¿Qué situaciones, acontecimientos, experiencias podrían hacerle más feliz?	
- ¿Qué situaciones, acontecimientos podrían hacerle sentirse más desgraciado?	
Observaciones:	

3. Funcionamiento somático:

- Dolencias físicas actuales:
- Somatizaciones:
- Tratamiento médico:
- Nivel de tensión: (de 1 a 10, 1= extremadamente relajado y 10= extremadamente tenso)
- Algún otro aspecto físico no incluido:

4. Funcionamiento social:

Relaciones del interno con otras personas que pueda facilitar o impedir la resolución de la crisis.

- Vínculos con:
 - Familia origen: si no
Tipo relación:
 - Familia adquirida: si no
Tipo relación:
 - Amigos: si no
Tipo relación:
 - Otros : si no
(ONGs, Pastoral,...)
Tipo relación:
- ¿Quién es la persona más importante de su vida?
- ¿Quién podría obstruir o impedir que su situación mejore o se resuelva?
- Estilo interpersonal del interno:
 - introvertido agresivo
 - dependiente
 - asertivo
 - asociativo
 - rechazado
 - independiente
 - Otros:

5. Funcionamiento cognitivo:

Examinar cómo percibe e interpreta el interno la situación:

Datos	Verdadero	Falso	Comentarios
Existe suceso/s precipitante/s de la crisis			
Si existen, amenazan la realización de algún objetivo altamente valorado del interno. ¿Cómo?			
¿Se siente culpable o responsable?			
¿Rumia excesivamente sobre el hecho o sus consecuencias?			
¿Tiene pesadillas o fantasías destructivas?			
¿Ideación autodestructiva?			
¿Está afectada su autoimagen?			

- Otros aspectos no mencionados:

RESUMEN:

- Área/s de mayor dificultad:
- Problema más fácil de tratar:
- Áreas no afectadas por la crisis:
- Recursos personales y /o sociales más evidentes:

PLAN DE INTERVENCIÓN:

- Actividades específicas para:
 - Supervivencia física:
 - Expresión de sentimientos:
 - Dominio cognitivo:
 - Adaptación conductual/interpersonal:

ESCALA DE DESESPERANZA (ED)

Beek, Weissman, Lester y Trexler (1974)
 Adaptación al castellano: F. Bas y V. Andrés (1986)

Responda colocando un aspa (X) debajo de la letra V (verdadero) o de la letra F (falso), según que cada frase la considere en la actualidad, y para Vd.; de uno u otro modo.

	V	F
1. Espero el futuro con entusiasmo y esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Debería dejarlo porque no puedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando las cosas van mal, me ayuda saber que no hay nada que dure siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No puedo imaginar que mi vida podría mantenerse igual en 10 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que deseo hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En lo que a mí respecta espero más éxitos en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi futuro me parece oscuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Espero obtener más cosas buenas en la vida que el promedio de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ahora no tengo ninguna oportunidad y no hay razón para creer que la tenga en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Todo lo que veo delante de mi es más desagradable que agradable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No espero conseguir lo que realmente quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando miro adelante, al futuro, espero ser más feliz de lo que soy ahora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Las cosas no se solucionan de la forma que yo quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tengo gran fe en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Como nunca obtengo lo que deseo, es estúpido desear cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Es muy improbable que pueda obtener cualquier satisfacción real en el futuro
18. Mi futuro parece vago e incierto
19. Puedo esperar más buenos tiempos que malos
20. En realidad no tiene sentido tratar de conseguir cualquier cosa que desee, ya que probablemente no la voy a obtener

ANÁLISIS FACTORIAL, DE BECK Y COL (1974)

Factor 1: Sentimientos acerca del futuro:

Items 1,6,13,15 y 19.

Explica el 41,7% de la varianza.

Factor 2. Pérdida de motivación:

Items 2,3,9,11,12,16,17 y 20.

Factor 3. Expectativas de futuro:

Items 4,7,8,14 y 18.

Existen nueve respuestas falsas: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19; y once respuestas verdaderas: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20. Cada respuesta que el sujeto rellena en este sentido recibe un punto.

En algunos trabajos, mi puntuación de 9 o más aparece como uno de los mejores predictores de la conducta suicida (Beck y col., 1985; Beck, 1986) en grupos de sujetos con internos suicidas seguidos entre 5 y 10 años, en otros estudios el punto de corte se ha situado en 6 (ver Beck y col., 1989).

Otros comentarios acerca de este cuestionario pueden verse en Bas y Andrés (1993 b).

VARIABLES DE RIESGO DE SUICIDIO EN PRISIÓN

Entre paréntesis se expresa la puntuación ponderada de cada una de las variables.

- 1. Variables generales**
 - 1.1. Sexo**
 - 1.1.1. Hombre (2)
 - 1.1.2. Mujer (1)
 - 1.2. Edad**
 - 1.2.1. < 21 años (5)
 - 1.2.2. 21-30 años (4)
 - 1.2.3. > 50 años (3)
 - 1.2.4. 31-40 años (2)
 - 1.2.5. 41-50 años (1)
 - 1.3. Nacionalidad**
 - 1.3.1. Español (2)
 - 1.3.2. Extranjero (1)
 - 1.4. Estado civil**
 - 1.4.1. Separado-Viudo (4)
 - 1.4.2. Soltero (3)
 - 1.4.3. Convivencia (2)
 - 1.4.4. Casado (1)

- 2. Variables criminológicas**
 - 2.1. Antecedentes**
 - 2.1.1. Internamiento judicial (3)
 - 2.1.2. Penado (2)
 - 2.1.3. Preventivo (1)
 - 2.1.4. No (0)

 - 2.2. Carrera delictiva**
 - 2.2.1. En aumento (4)
 - 2.2.2. En su línea (3)
 - 2.2.3. En disminución (2)
 - 2.2.4. Confiesa cifra negra (1)
 - 2.2.5. No (0)

 - 2.3. Tipo delictivo actual**
 - 2.3.1. C/ las personas (5)
 - 2.3.2. C/ la libertad sexual (4)
 - 2.3.3. C/ salud pública (3)
 - 2.3.4. C/ propiedad (2)
 - 2.3.5. Otros (1)

- 3. Variables institucionales**
 - 3.1. Clasificación penitenciaria**
 - 3.1.1. Internamiento judicial (4)
 - 3.1.2. 1º grado (3)
 - 3.1.3. Sin clasificar (2)
 - 3.1.4. Otros (1)

3.2. Tiempo continuado prisión

- 3.2.1. 2-4 años (5)
- 3.2.2. 3-12 meses (4)
- 3.2.3. 1-3 meses (3)
- 3.2.4. 1-30 días (2)
- 3.2.5. > 4 años (1)

3.3. Aislamiento regimental

- 3.3.1. Aislamiento celda (3)
- 3.3.2. 75.1 RP (2)
- 3.3.3. Otros (1)
- 3.3.4. No (0)

4. Variables de interacción

4.1. Participación destinos / ocupación

- 4.1.1. No (1)
- 4.1.2. Sí (0)

4.2. Historia de infracciones

- 4.2.1. Sí (1)
- 4.2.2. No (0)

4.3. Permisos / Salidas

- 4.3.1. No (1)
- 4.3.2. Sí (0)

4.4. Conducta grupal

- 4.4.1. Solitario + rechazado (4)
- 4.4.2. Colonizador + rechazado (3)
- 4.4.3. Solitario (2)
- 4.4.4. Colonizador (1)
- 4.4.5. Colaborador (0)

4.5. Apoyos exteriores

4.5.1. De familia adquirida

- 4.5.1.1. No (4)
- 4.5.1.2. Sí (0)

4.5.2. De familia de origen

- 4.5.2.1. No (3)
- 4.5.2.2. Sí (0)

4.5.3. De amigos...

- 4.5.3.1. No (2)
- 4.5.3.2. Sí (0)

4.5.4. De Asociaciones, ONGs,...

- 4.5.4.1. No (1)
- 4.5.4.2. Sí (0)

4.6. Relaciones conflictivas

4.6.1. Con internos

- 4.6.1.1. Sí (4)
- 4.6.1.2. No (0)

4.6.2. Con familia adquirida

- 4.6.2.1. Sí (3)
- 4.6.2.2. No (0)

4.6.3. Con familia de origen

- 4.6.3.1. Sí (2)
- 4.6.3.2. No (0)

4.6.4. Con funcionarios

- 4.6.4.1. Sí (1)
- 4.6.4.2. No (0)

- 5. Variables clínicas**
- 5.1. Incidentes estresantes recientes (menos de 3 meses)**
- 5.1.1. Pérdida gran prestigio social (6)
 - 5.1.2. Pérdida personas significativas (5)
 - 5.1.3. Pérdida propiedades (4)
 - 5.1.4. Pérdida trabajo (3)
 - 5.1.5. Pérdida órgano-miembro principal (2)
 - 5.1.6. Pérdida órgano-miembro no princ. (1)
 - 5.1.7. Sin incidentes (0)
- 5.2. Impacto primeros días prisión**
- 5.2.1. Extremadamente alto (4)
 - 5.2.2. Alto (3)
 - 5.2.3. Bajo (2)
 - 5.2.4. No se aprecia (1)
- 5.3. Historia personal de intentos suicidas**
- 5.3.1. Suicidio frustrado (5)
 - 5.3.2. Parasuicidios (4)
 - 5.3.3. Internamiento psiquiátrico (3)
 - 5.3.4. Tratamiento específico (2)
 - 5.3.5. Ideación suicida (1)
 - 5.3.6. No (0)
- 5.4. Historia familiar de intentos suicidas**
- 5.4.1. Consumados /frustrados (3)
 - 5.4.2. Internamiento psiquiátrico (2)
 - 5.4.3. Tratamiento específico (1)
 - 5.4.4. No (0)
- 5.5. Falta de salud**
- 5.5.1. Muy grave (2)
 - 5.5.2. Grave (1)
 - 5.5.3. No (0)
- 5.6. Minusvalía**
- 5.6.1. Muy grave (2)
 - 5.6.2. Grave (1)
 - 5.6.3. No (0)
- 5.7. Deformidad física**
- 5.7.1. Muy grave (2)
 - 5.7.2. Grave (1)
 - 5.7.3. No (0)
- 5.8. Diagnósticos**
- 5.8.1. Trastorno depresivo mayor, esquizofrenia (6)
 - 5.8.2. Alcoholismo – drogodependencias (5)
 - 5.8.3. Trastornos adaptativos – TAP – SHDA ... (4)
 - 5.8.4. Estados de ánimo extrem. disfórico-irritable (3)
 - 5.8.5. Amenazas, advertencias ... (2)
 - 5.8.6. Fobias significativas ... (1)
 - 5.8.7. No (0)

- 6. Con intento de suicidio previo**
 - 6.1. Método**
 - 6.1.1. Ahorcamiento (4)
 - 6.1.2. Ingesta ... (3)
 - 6.1.3. Autolaceración (2)
 - 6.1.4. Otros (1)
 - 6.2. Hora**
 - 6.2.1. 14 – 22 horas (3)
 - 6.2.2. 22 - 08 horas (2)
 - 6.2.3. 08 -14 horas (1)
 - 6.3. Desencadenante – Precipitante del curso vital**
 - 6.3.1. Problemas regimentales (3)
 - 6.3.2. Problemas familiares (2)
 - 6.3.3. Trastornos de personalidad (1)
 - 6.4. Lugar**
 - 6.4.1. Celda (2)
 - 6.4.2. Otros (1)
 - 6.5. Frustrado por**
 - 6.5.1. Terceros (3)
 - 6.5.2. Fallo técnico (2)
 - 6.5.3. El mismo (1)
 - 6.6. Intervención profesional previa**
 - 6.6.1. Sí (1)
 - 6.6.2. No (2)

MODELO DE DETECCIÓN DE POSIBLE RIESGO DE SUICIDIO

INTERNO: _____

DEPARTAMENTO: _____

Tras la entrevista mantenida con el interno citado, este funcionario aprecia lo siguiente:

(poner una cruz en una o varias de las afirmaciones que se consideran ciertas en el comportamiento de los últimos días)

- El interno rechaza la toma de medicación prescrita o pide un incremento de la dosis.
- El interno no suele hacer vida ordinaria, se mantiene apartado de las actividades del Centro.
- El interno muestra poco interés en las relaciones con otros compañeros, su estilo de comportamiento es principalmente solitario.
- Se ve al interno decaído, cabizbajo y parece triste.
- El interno llora mientras se produce la entrevista.
- El interno no ve el final de su condena, cree que nunca podrá salir de la prisión.
- El interno se encuentra más irritado de lo que es habitual en él, enfadándose por aspectos que no tienen demasiada importancia.
- Afirma no tener ganas de comer y se observa (o comentan otros internos) que ingiere pequeñas cantidades de alimento.
- Refiere tener problemas para conciliar el sueño, despertarse agitado durante la noche y este aspecto no se había producido con anterioridad.
- En la conversación con el interno, se percibe que su forma de hablar es demasiado lenta y le cuesta hilar las ideas.
- En la conversación con el interno, se percibe que su forma de hablar es demasiado rápida y salta de un tema a otro constantemente.
- El interno cuenta que se siente muy culpable por algún acontecimiento que ha sucedido en el Centro o en su vida en libertad.
- El interno afirma querer acabar con su vida.
- El interno ha relatado a algún interno o funcionario que ya ha pensado el plan para acabar con su vida.
- El interno ha regalado posesiones u objetos personales que apreciaba

Lo que comunico a Vd. a los efectos que proceda.

En _____ a _____ de _____ de 2005

Firma el funcionario N°

MITOS Y REALIDADES SOBRE EL SUICIDIO EN PRISIÓN

Mito: Los internos que hacen manifestaciones o amenazas sobre el suicidio no se suicidan.

Hecho: La mayoría de los internos que se suicidan han hecho bien directa o indirectamente manifestaciones sobre sus intenciones suicidas

Mito: El suicidio sucede de repente y sin aviso.

Hecho: La mayoría de los actos suicidas suponen una estrategia cognitiva elaborada para hacer frente a diferentes problemas personales.

Mito: Los internos que intentaron suicidarse fue porque perdieron el control en un momento determinado pero no volverá a ocurrir.

Hecho: Un interno con un historial de uno o más intentos de suicidio está en un riesgo más elevado que aquellos internos que nunca lo intentaron.

Mito: El interno suicida ha decidido morir.

Hecho: La mayoría de los suicidas tienen sentimientos confusos sobre el suicidio, tienen sentimientos ambiguos sobre vivir o no, no tienen claro la necesidad de morir y la mayoría desea ser "rescatado".

Mito: Preguntar al interno e indagar sobre sus pensamientos o conductas suicidas puede provocar que se quiten la vida.

Hecho: No se incita al interno al suicidio cuando se le muestra interés por su vida hablando sobre la posibilidad de suicidio.

Mito: Todos los internos suicidas están mentalmente trastornados.

Hecho: Aunque la persona suicida se siente extremadamente desgraciada, no está necesariamente trastornado.

Mito: Los internos potencialmente suicidas pueden ser fácilmente diferenciados de aquellos que se autolesionan con fines manipulativos .

Hecho: La calificación de intención manipulativa en una autolesión no resulta útil a la hora de distinguir los intentos más letales de los menos letales.

Mito: Si alguien se quiere suicidar verdaderamente, no hay nada que podamos hacer en realidad.

Hecho: Con una buena preparación y un buen programa casi todos los suicidios penitenciarios se pueden evitar.



BIBLIOGRAFIA

- Brown, Gregory K. (2002). A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. University of Pennsylvania.
- Buendía, J. (Ed.) (1993): Estrés y Psicopatología. Madrid. Pirámide.
- Daigle, M. (1999): La prévention des comportements suicidaires en milieu carcéral. Rev. Sc. Crim (2) avr-juin 99, 303-309.
- Gomáriz, R.(1990): Algunas consideraciones sobre las huelgas de hambre y las autolesiones en el ámbito penitenciario. Rev. La Ley, 1990, 903-911.
- Hayes, Lindsay M. et al. (1995) : Prison Suicide: An overview and guide to prevention. U S Department of Justice.
- Juanatey, C. (1994): Derecho, suicidio y eutanasia. Madrid. Secretaría G. Técnica M^o Justicia e Interior.
- Liebling, A. (1995): Vulnerability and prison suicide. Brit. J. Crim. 34(2), 173-187.
- López, B. et al. (1993): El suicidio: Aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. Rev. Derecho Penal y Crim., 3, 309-411.
- Moreno, B. et al.(1997): La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. Rev. Ps. Trab. y Organ. 3(2), 185-207.
- Moreno-Jiménez, B y Peñacoba, C.(1995): Prevención y control del estrés laboral. Rev. Ans. y Est. 1(2-3), 255-264.
- Organización Mundial de la Salud. La Prevención del Suicidio. Estudio de intervención multicentro sobre comportamientos suicidas SUPRE-MISS. Protocolo de SUPRE-MISS.
- Organización Mundial de la Salud. La Prevención del Suicidio. Indicaciones para el personal penitenciario. Ref.: WHO/MNH/MBD/00.5
- Organización Mundial de la Salud. La Prevención del Suicidio. Indicaciones para los médicos generalistas. Ref.: WHO/MNH/MBD/00.1
- Organización Mundial de la Salud. La Prevención del Suicidio. Indicaciones para el personal de atención primaria. Ref.: WHO/MNH/MBD/00.4
- Plutchik, R.(1998): Evaluación y predicción del suicidio. Arch. Neurobiol (Madrid) 1998, 61(2), 93-106.
- Sánchez, C.(1991): Programa general de prevención del suicidio en el Centro Penitenciario de Jóvenes de Monterroso (Lugo). Rev. Est. Penit. 245, 95-106.
- Sandín, B. Y Bermúdez, J. (Eds.) (1989): Procesos emocionales y salud. Madrid. UNED.
- Sarró, B.(1998): Las conductas suicidas. Arch. Neurobiol (Madrid) 1998, 61(2), 82-92.
- Villardón, L. (1993): El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Universidad de Deusto.

RECURSOS INTRANET

Documentación disponible en el directorio Público en "Sauce", carpeta BIBLIO, subcarpeta PPS.



RECURSOS WEB – OMS

<http://www.who.int/topics/suicide/es/>

http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/index.html