



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

Suicidio en el Ámbito Penitenciario:

Análisis de la Situación Actual y Estrategias de Prevención

Autora: Beatriz Moreno Vallejo

Director: Fernando García Sánchez

Madrid

2020/2021

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Abstract	3
3. Introducción	4
4. Metodología	5
5. Efectos derivados de la estancia en prisión	5
5.1. Consecuencias físicas	5
5.2. Consecuencias psicológicas	6
6. Incidencia de la Conducta Suicida en el Ámbito Penitenciario	9
6.1. Dificultades en la clasificación	9
6.2. Prevalencia en diferentes países.....	10
7. Estrategias de Prevención en el Ámbito Penitenciario	13
7.1. Prevención del Suicidio según la Organización Mundial de la Salud	13
7.2. Programa Marco de Prevención de Suicidios (PPS)	16
7.3. Nuevas Estrategias para la Prevención de Suicidios.....	22
8. Conclusiones	23
9. Bibliografía	26
10. Anexo	31
10.1. Abreviaturas	31
10.2. Medidas Programa Prevención de Suicidio Español (Anexo A)	31

1. Resumen

El suicidio se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, como confirma la Organización Mundial de la Salud. Concretamente, la población penitenciaria es un colectivo que acumula un mayor número factores de riesgo para la ideación suicida, tanto por características individuales y sociales, como por las propiedades del ambiente carcelario y las experiencias que le acompañan. El objetivo del presente trabajo es profundizar sobre las conductas suicidas en el ámbito penitenciario y las estrategias de prevención que se aplican en la actualidad. Para ello, a través de una revisión bibliográfica, se han determinado los efectos negativos físico y psicológicos derivados de la vida en prisión, la incidencia del suicidio en esta población y estrategias de prevención nacionales e internacionales.

Se ha comprobado una alta incidencia del suicidio en convictos y liberados, con diferencias según características sociodemográficas y situación penitenciaria. Además, se ha encontrado consenso en que el ambiente carcelario es dañino para la salud física y mental. De la misma manera, a pesar de los programas de prevención, deben seguir desarrollándose nuevas estrategias por la falta de disminución del número de suicidios.

Palabras clave: Suicidio, población penitenciaria, Centro Penitenciario, prevención, Programa de Prevención del Suicidio (PPS).

2. Abstract

As confirmed by the World Health Organization, suicide has become a public health problem worldwide. Specifically, the penitentiary population is a group that accumulates a higher number of risk factors for suicidal ideation, due to individual and social characteristics, as well as the peculiarities of the prison environment and the experiences that accompany it. The objective of this work is to study in depth suicidal behavior in the prison environment and the prevention strategies that are currently being applied. For this, through a bibliographic review, we determined the negative physical and psychological effects caused by living in prison, the incidence of suicide in this population and national and international prevention strategies.

A high suicide incidence has been found in convicts and those released, with differences according to sociodemographic characteristics and penitentiary situation. Furthermore, a consensus that the prison environment is harmful to physical and mental health has been found. In the same way, despite prevention programs, new strategies must continue to be developed due to the lack of decrease in the number of suicides.

Key words: suicide, penitentiary population, jail, prison, prevention, Suicide Prevention Program (PPS).

3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el suicidio un problema de salud pública y prioriza su reducción a nivel mundial. En su informe “Suicide in the world. Global Health Estimates” (2019) estimó que 800.000 personas se suicidan anualmente, lo que la sitúa entre las 20 causas principales de muerte, por encima de las guerras y los homicidios.

El Observatorio del Suicidio en España en su último informe, “Suicidios. España, 2018” (2019) la Fundación Española para Prevención del Suicidio notifica 3.539 suicidios en España en el año 2018, lo cual supone un ligero descenso con respecto al año anterior, con 3.679 casos. Sin embargo, es la principal causa de muerte externa en nuestro país, por encima de accidentes de tráfico, homicidios y víctimas de violencia de género.

Las conductas suicidas tienen una mayor presencia en el ámbito penitenciario que en el general. El estudio realizado por Kaster y colaboradores (2017) encontró tasas de suicidio consumado ocho veces más elevadas en esta población que en la general. Estudios transversales han mostrado que la población penitenciaria de diferentes países presenta tasas de entre un 31 y un 47% en lo que a intentos suicidas se refiere (Butler et al., 2018) y entre un 18 y un 37% en historial de autolesión sin intención suicida (Stewart et al., 2018). Ambos datos son posteriores al ingreso carcelario.

Por tanto, la condición de convicto o exconvicto se convierte en factor de riesgo para la ideación y la conducta suicida, independientemente del resultado, como consecuencia de las características del ambiente carcelario (Butler et al., 2018; Kaster et al., 2017; Stewart et al., 2018). No obstante, normalmente se presentan otros factores de riesgo añadidos, siendo los más habituales el consumo de sustancias y otras enfermedades mentales (Haglund et al., 2014). A su vez, estas patologías mentales son más frecuentes en esta población que en la general, las cuales siguen subiendo en gran parte de los países (Franke et al., 2019). Esto genera diferentes niveles de riesgo según las características individuales de cada interno.

En cuanto a la prevención de este tipo de conductas, se diferencian dos fases fundamentales: primero, detectar sujetos con posibles ideas suicidas y, segundo, evitar los intentos suicidas aplicando medidas eficaces en estos internos. Por lo que es necesario un estudio exhaustivo de los factores de riesgo para la conducta suicida y, en concreto, los que pueden estar influyendo en cada caso individual. Una vez obtenida esta información, deben aplicarse herramientas que resulten eficaces para aplacar el efecto de estos factores y reducir el deseo suicida.

En la actualidad, la aparición de nuevas medidas de prevención han demostrado la necesidad de aplicar cambios, así como nuevas investigaciones que permitan seguir

perfeccionando estas estrategias (Marzano et al., 2016). Algunos ejemplos son una mayor individualización del tratamiento farmacológico y psicológico, programas de tratamiento para reducir posibles facilitadores, como es la impulsividad, y generar sentimiento de comunidad entre los internos y estos con los funcionarios.

4. Metodología

En este Trabajo Fin de Grado se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la realidad de la conducta suicida en el ámbito penitenciario. Se ha procedido a la búsqueda de material bibliográfico en varias bases de datos, concretamente: Academic Search Complete, Open Dissertations, Psychology and Behavioral Sciences Collection, APA PsycInfo, Social Work Abstracts, SocINDEX, PSICODOC y MEDLINE Complete, puestas a disposición por la Universidad Pontificia de Comillas. Además, se ha extraído información de varias instituciones relevantes como la Organización Mundial de la Salud, Secretaria General de Instituciones Penitenciaria de España y Ministerio del Interior de España.

De los resultados obtenidos, se seleccionaron varios documentos para su lectura y análisis, de los cuales, a su vez, se extrajeron otros documentos útiles con los que también se han trabajado. De la misma manera, en un primer momento se aplicaron filtros por fecha de publicación, concretamente a partir del año 2000, aunque posteriormente se ampliaron a años anteriores porque su información se consideró relevante y aún con peso en las investigaciones actuales.

5. Efectos derivados de la estancia en prisión

5.1. Consecuencias físicas

En los últimos años ha habido un incremento de los estudios centrado en el impacto en la salud que provoca el internamiento y residencia en Centros Penitenciarios (Massoglia, 2008; Schnittker et al., 2012). No son escasos los factores de riesgo para el desarrollo de patologías, además de la predisposición del colectivo penitenciario a la acumulación de situaciones vitales proclives a la enfermedad (Ríos & Cabrera, 1998).

Uno de los efectos más habituales es la pérdida de capacidades perceptivas por la monotonía del propio entorno, específicamente auditiva, gustativa y olfativa. La pérdida de visión se deriva de la escasa iluminación y, en concreto, la vista de larga distancia por la ausencia del uso de la misma al no poder fijarla con regularidad en objetos situados en la lejanía; en cuanto al gusto y el olfato, la comida habitualmente pobre en sabor y el gran uso de productos precocinados provocan una disminución del interés por la misma, y, como consecuencia, el uso deficitario de estos sentidos (Ríos & Cabrera, 1998).

Relacionado con la alimentación, también se encuentran abundantes problemas digestivos, como son gastritis y úlceras. Se han asociado con una baja calidad de los alimentos, dificultades para asegurar dietas individualizadas a las necesidades de cada interno y horarios poco beneficiosos (Ríos & Cabrera, 1998). También pueden derivarse de somatizaciones propias del estrés que padecen, en lo que se profundizará más adelante. De la misma manera, se asocia el alto estrés a patologías cardíacas como es la hipertensión (Binswanger et al., 2009).

No obstante, una de las grandes preocupaciones es la presencia y contagio de enfermedades infecciosas. Entre estas podemos encontrar algunas de menor preocupación, como son hongos, y otras de mayor gravedad, como VIH, hepatitis y tuberculosis (Ríos & Cabrera, 1998; Massoglia, 2008; National Research Council, 2014). La alta incidencia de estas enfermedades se deriva principalmente de las condiciones habituales de baja salubridad y altos niveles de hacinamiento característicos de los Centros Penitenciarios (CCPP), los cuales son denunciados por los internos y los funcionarios (Cabrera, 2002).

Daza y colaboradores (2020) crearon un esquema del desarrollo vital de personas que habían cumplido alguna pena privativa de libertad. Se inicia con la encarcelación y acaba en una muerte precoz en comparación a la población ordinaria. En él, se tienen en cuenta los efectos negativos derivados del tiempo de encarcelamiento y los propios del momento de reinserción en la sociedad, como son el estigma, el estrés, las enfermedades y sintomatología de carácter psicológico y psiquiátrico, entornos criminales y la exclusión social. El resultado final es una mayor mortalidad, cuyas causas se comienzan a desarrollar con el ingreso en prisión, incluso posiblemente antes. Por tanto, el deterioro físico y psicológico que se produce como consecuencia de la entrada en cárcel y otras experiencias vitales habituales en la población exconvicta provocan una mayor mortalidad en la misma.

5.2. Consecuencias psicológicas

Los estudios coinciden en que las consecuencias de cumplir una pena privativa de libertad no sólo tienen efectos a nivel físico, sino también psicológico. La vida en prisión se convierte en un punto de inflexión a partir de la cual la vida de la persona cambia, afectando a nivel físico, psicológico, laboral y familiar (Western, 2002; Wildeman & Muller, 2012).

El estrés mantenido en el tiempo, con el que viven los internos, se asocia a gran parte de las consecuencias a nivel psicológico que suelen aparecer (Lochner, 2004; Massoglia, 2008; Pager, 2003). La inseguridad física y la imprevisibilidad de las amenazas generan sentimientos de indefensión e impotencia por no tener las capacidades ni de anticipación ni de protección ante los posibles peligros (Ríos & Cabrera, 1998). La alta amenaza de violencia, así como las victimizaciones reales, ya sean padecidas en primera persona como observadas en otros,

provocan una hipervigilancia y la desconfianza en el resto de compañeros (Rideau & Wikberg, 1992; Ríos & Cabrera, 1998; Turner, et al., 2006; Steptoe & Whitehead, 2010). También debe añadirse el peligro a contraer una enfermedad infecciosa, como VIH o hepatitis, ya comentadas.

La suma de estas realidades provoca, a su vez, dificultades para establecer relaciones de confianza entre los presos. Esto se añade al desarraigo familiar y social que genera el ingreso en una institución penitenciaria, con la consecuente pérdida de apoyo y deterioro del bienestar personal (Ospina-Gómez & Bedoya-Gallego, 2019).

La sensación mencionada de falta de control sobre la propia existencia también se deriva de la imposibilidad de tomar las decisiones más sencillas sobre su propia vida, como qué y cuándo comer, en qué momento realizar las actividades de ocio, poca diversidad en los productos del economato y un largo etcétera (Ríos & Cabrera, 1998).

Por otro lado, se suceden situaciones que derivan en la despersonalización: ausencia de intimidad al compartir todos los lugares en los que se habita o estar bajo vigilancia institucional casi constante, hacinamiento, cacheos con desnudos integrales, registros nocturnos e, incluso, la clasificación de los internos en base a números (Cabrera, 2002).

Clemmer (1958, como se citó en Novo et al., 2017) en los años cuarenta introdujo el concepto de prisionalización, haciendo referencia a la incorporación de una serie de normas propias de estos entornos que determinan las conductas, pensamientos y sentimientos que se consideran más adecuados en los mismos (Haney, 2002; Novo et al., 2017). Aunque haya disminuido la rigidez de esta cultura carcelaria como resultado de las mejoras que se han ido sucediendo en los últimos años en estas instituciones, aún se mantiene e implica un cambio personal significativo en los internos a todos los niveles (Crewe, 2005). De hecho, para los propios reclusos proporciona muchas veces una fuente de justificación ante las conductas que mantienen dentro de cárcel o, incluso, fuera de la misma (Copes et al., 2016).

Algunas de las pautas que se adquieren en este proceso son la propia jerga, distancia en la relación interpersonal con los funcionarios, no maltrato a los internos con los que se establece relaciones cercanas, junto a una desconfianza y hostilidad generalizada (Ospina-Gómez & Bedoya-Gallego, 2019). No obstante, hay que destacar que existen diferencias individuales que afectan a este proceso de prisionalización, siendo muy relevante la propia carrera delictiva. Cuando la carrera delictiva se sostiene en el tiempo y las actitudes prosociales son escasas, se produce una integración mayor de estas normas y valores (Echeverri, 2010).

La suma de estas situaciones vitales concluye en el desarrollo de sintomatología o patologías de carácter psicológico, entre las que destacan trastornos depresivos, trastornos de ansiedad como fobias o ansiedad generalizada, insomnio, somatizaciones, pensamientos

obsesivos, incluso sintomatología psicótica (Ríos & Cabrera, 1998; Cabrera, 2002; Echeverri, 2010; Daza et al., 2020). Como consecuencia de esta realidad tan patologizante a nivel psíquico, aparece un alto nivel de demanda de medicación y de autolesiones (Ríos & Cabrera, 1998; Daza et al., 2020). Las autolesiones pueden tener fines diferentes, como son la búsqueda de atención, el deseo de dejar de sentir el sufrimiento psicológico a través del dolor físico intenso y la intención de acabar definitivamente con la propia vida (Ríos & Cabrera, 1998).

Algunos autores han incluido dentro del proceso de prisionalización el desarrollo de los síntomas y enfermedades mentales anteriores, como un elemento ligado inevitablemente al ingreso en centros penitenciarios (Haney, 2002).

En la actualidad, la aparición de la pandemia mundial y los confinamientos residenciales impuestos en gran parte de los países han permitido que la población ordinaria se acerque en cierta medida a las vivencias carcelarias. Consecuentemente, las condiciones de aislamiento de los internos se han visto agravadas aun más. Se han restringido más las comunicaciones presenciales, las cuales ya eran escasas, sin posibilidad de interacción por videollamada. Los familiares en el exterior han vivido situaciones personales y económicas delicadas y el no poder estar con ellos puede generar sentimientos de frustración, desasosiego, tristeza, etc. Tampoco es de extrañar que muchos de los internos hayan tenido que vivir la pérdida repentina de algún ser querido, siendo necesario enfrentarse a un duelo en condiciones complicadas. Además, los procesos judiciales han sufrido demoras por la paralización de la actividad judicial, lo que supone ingresos preventivos más prolongados y mayor incertidumbre con relación a las causas penales.

Diversos estudios recogen un aumento notable en diversos países de síntomas depresivos, ansiosos, insomnio, e incluso del consumo de alcohol, en población ordinaria. Además, se han detectado numerosos suicidios o intentos de suicidio a raíz de la pandemia. Algunos motivos son: pérdida de familiares, miedo a contagiar, incertidumbre ante una enfermedad desconocida, reducción de tratamientos psiquiátricos o psicológicos y problemas económicos (Sher, 2020). Ahmed y sus colaboradores (2020) encontraron en una muestra de 1074 chinos un aumento de ansiedad, depresión, abuso de alcohol y disminución del bienestar mental, siendo los más afectados los sujetos entre los 21 y los 40 años.

Debe destacarse que los efectos derivados de las medidas para evitar la propagación del virus son propiamente factores de riesgo en personas con problemas mentales, patologías y sintomatología previa e ideación suicida. El aislamiento, la soledad, la falta de contacto social, la incertidumbre, el miedo a la enfermedad y muerte propia y de seres queridos, son algunos de ellos (Lieberman & Olfson, 2020).

Siendo este el panorama actual en la población ordinaria, cabe esperar que la alta incidencia de problemas psicológicos y psiquiátricos en CCPP se vea reforzada. Profesionales de estas instituciones ya comentan la preocupación por el aumento del malestar de los presos a todos los niveles, incluso con un mayor número de autolesiones que, a medio y largo plazo, pueden traducirse en ideaciones suicidas.

6. Incidencia de la Conducta Suicida en el Ámbito Penitenciario

6.1. Dificultades en la clasificación

Las tasas de prevalencia de conductas suicidas con resultado de muerte en el ámbito penitenciario varían dependiendo de las investigaciones a las que se atiendan y del país al que se estén refiriendo. Una de las principales causas que se ha asociado a esta variabilidad es la heterogeneidad de los criterios que se utilizan para introducir un suceso en la categoría de suicidio o en otras. Las causas principales de muerte son, no necesariamente en este orden, enfermedades infecciosas, enfermedades no infecciosas, suicidio y sobredosis, entre otras.

Fazel y colaboradores (2017) realizaron un estudio sobre la prevalencia de las conductas suicidas en 24 países, en el que especificaron los criterios que usaban cada uno de ellos para considerar la inclusión de un fallecimiento en esta categoría. No obstante, la existencia de diferencias entre los países en varios criterios afecta a la incidencia acumulada. Una de las razones que se ha considerado relevante por provocar una estimación inferior a la real es el no considerar como suicidios aquellos que culminan con la muerte en un hospital por criterios desconocidos (Anasseril, 2006).

No obstante, se unen otras dificultades para que la estimación de la incidencia sea lo más fidedigna posible. Entre ellas, la existencia de subgrupos dentro de la población penitenciaria con mayor riesgo que otros para la conducta suicida, como son jóvenes o internos con condenas derivadas de delitos contra la vida, la integridad física o la libertad sexual (Radeloff et al., 2019). Los autores relacionan la diferente incidencia en los autores de delitos de dicha índole con una mayor impulsividad, mayor duración de las penas, mayor reproche social por los hechos cometidos y la aparición de intensos sentimientos de culpa y vergüenza. En cuanto a la mayor incidencia en jóvenes, señalan que podría deberse a la ruptura drástica social y vital que supone la prisión en comparación con el estilo de vida antes de la misma. Como resultado, los Centros Penitenciarios en los que haya una mayor representación de estos grupos tendrán una alta probabilidad de obtener tasas más elevadas de conductas suicidas.

Todo esto supone un obstáculo para poder conocer la incidencia real que tiene este fenómeno en el ámbito penitenciario. Sin embargo, todos los artículos revisados coinciden en que de forma global la conducta suicida es más alta en esta población que en la general.

6.2. Prevalencia en diferentes países

Fazel y sus colaboradores (2017) realizaron un estudio de los suicidios que ocurrieron entre 2011 y 2014 en 24 países. Se puede observar que la tasa más alta la obtuvo Estados Unidos (2143 casos), del cual hablaremos más adelante, seguido de Francia (467 casos) e Inglaterra y Gales (284 casos). La primera por debajo de la centena es España, con una suma de 95 suicidios entre 2011 y 2014.

Es destacable que, aunque EEUU tenga en números absolutos el índice más alto de suicidios, por cada 100.000 persona presas es de los más bajos (23 por cada 100.000 internos). Los únicos países que, según este estudio, superan los 100 suicidios consumados por cada 100.000 presos son: Noruega (180/100.000), Francia (176/100.000), Bélgica (114/100.000), Portugal (108/100.000), Suecia (104/100.000) y Finlandia (103/100.000). Sin embargo, los propios autores señalan que hay que valorar con precaución estos datos porque algunos países, como los centroeuropeos y los nórdicos, tienen un número de presos muy bajos en comparación con el sur de Europa y EEUU.

Además, los datos también se ven influidos por las diferencias en los criterios de clasificación del suicidio consumado. Por ejemplo, Francia también incluye los suicidios en salidas permitidas, a diferencia de Irlanda o Alemania. Sin embargo, aun excluyendo estos sucesos, este país tendría la segunda tasa más alta con 156 suicidios por cada 100.000 internos. Por eso los investigadores señalan que no se pueden ordenar los países en función del número de suicidios.

En esta investigación también se analiza el riesgo relativo de la conducta suicida. Se comparan las tasas de suicidio en el ámbito penitenciario de cada país con las de su población general, la cual se especifica en el apartado “Rate Ratio” (RR). Esta relación varía dependiendo de los países. Destacan Croacia, con menos suicidios en población convicta que en la general (RR: 0.7), y Polonia, con el mismo número de casos en ambas (RR: 1). Le siguen Estados Unidos (RR: 1.3) e Irlanda del Norte (RR:1.5), siendo los países con las cifras más ajustadas entre el ámbito penitenciario y el no penitenciario.

En el lado contrario, destacan Noruega, con una tasa de suicidios 14 veces mayor entre las personas que residen en cárceles que en la población general, e Italia, por ser 12.1 veces superior. En el caso de España, encontramos que el número de suicidios es 5.5 veces mayor entre convictos que entre la población general.

Los autores concluyeron que las grandes diferencias entre unos países y otros se debían a la interacción de diversos factores ambientales e individuales que hasta ahora no se han definido concretamente. Descartaron una relación constante entre una mayor tasa de suicidios

y una mayor tasa de internos, aunque sí establecieron la sobrepoblación penitenciaria como factor de riesgo para las conductas suicidas. Plantearon que las cárceles con mayor tasa de internos también pueden tener mayor variedad de delitos, siendo menores las tipologías delictivas graves, las cuales tienen más riesgo para las conductas suicidas. Además, consideraron esencial profundizar en las políticas de salud mental, los modelos penales y las características del entorno carcelario de cada país para comprender las diferencias entre ellos y concretar los factores que afectan a los actos suicidas.

Atendiendo a las diferencias por sexo, se encontró que dentro del 72% de los casos de suicidio contabilizados, porcentaje del que se pudieron obtener los datos, el 93% fueron varones y el 7% mujeres (Fazel, et al., 2017). En esta investigación se profundizó en cómo el sexo afecta a la diferencia entre las tasas en población penitenciaria y general. Un hecho significativo es que la diferencia entre ambas poblaciones de sexo femenino es muy superior a la masculina. A pesar, de que los hombres lleven a cabo más suicidios que las mujeres en prisión; las mujeres presas se suicidan más que las no internas. Por lo que, el hecho de ser mujer es un factor de riesgo añadido con respecto a su misma población fuera de cárcel.

Poniendo como ejemplo nuestro país, en España se cometen 3.5 más suicidios consumados entre varones en esta población específica, frente al 8.7 en mujeres. Otro resultado que puede sorprender es el de Irlanda del Norte, con una puntuación de 0.5 en hombres y 160.7 en mujeres. No obstante, hay que considerar que en este país solo se notificaron dos suicidios, además de que no se pudieron obtener los datos de 2014, por lo que la información mostrada recoge un año menos que el resto de los países.

Concretamente, Estados Unidos es uno de los países con mayor número de suicidios en el ámbito penitenciario, además de uno de los países que más bibliografía recoge en este aspecto (Boren et al., 2017; Fazel et. al, 2017; Zlodre & Fazel, 2012).

El estudio estadístico “Mortality in Local Jails, 2020-2016_Statiscal Tables” (Carson & Cowhig, 2020), llevado a cabo por “Bureau of Justice Statistic’s on Mortality in Correctional Institutions” sobre la mortalidad entre 2000 y 2016 en las cárceles locales estadounidenses (“jails”) muestra que entre 2006 y el 2016 el suicidio fue la causa principal de muerte. Entre el 2000 y el 2016 supone un 30,7 % de las muertes sucedidas en estas instituciones. Por el contrario, un estudio llevado a cabo por los mismos autores en las prisiones estatales y federales (“prisons”) mostró que el porcentaje de mortalidad por suicidio es mucho menor en este tipo de Centros Penitenciarios. Entre 2001 y 2016 representó únicamente el 6% de los fallecimientos. Estos autores no proponen explicaciones para esta diferencia entre las cifras tan significativas. No obstante, trabajadores de estas instituciones asocian esta gran desigualdad

en los datos a las diferencias entre ambos tipos de instituciones penitenciarias. Las “Jails”, en castellano la traducción más cercana sería “cárcel”, recoge casi en exclusiva a presos preventivos, es decir, aquello que aun no tienen sentencia firme y se ingresa como medida cautelar. Mientras que en las “prisons”, cuya traducción más cercana sería “prisión”, se encuentran aquellos condenados por sentencia firme con más de un año de pena privativa de libertad. Por supuesto, dentro de este tipo de instituciones existen centros específicos dependiendo de la peligrosidad u otras particularidades.

Esta condición provoca que en las “jails” se agrupen personas que acumulan un mayor número de factores de riesgo como son: mayor número de intoxicaciones, síntomas agudos de enfermedad grave y sinhogarismo. Estas condiciones y sus consecuencias negativas están muy activas en los sujetos porque acaban de ingresar y aún no ha pasado tiempo suficiente para que se estabilice la desintoxicación ni que los psicofármacos provoquen la remisión de los síntomas. También se añade que los grandes hitos del proceso penal se viven en estas instituciones, como es la incertidumbre por desconocer la resolución y la lentitud del proceso, la sucesión de vistas en el juzgado y el conocer finalmente la condena. Muchas veces las penas privativas de libertad son cuantiosas en años, ya que el sistema penal estadounidense es mucho más punitivo que en Europa en general y, concretamente, que en España.

Es importante señalar la diferencia que hay por sexo a nivel de mortalidad en estos centros. En todos ellos, las muertes, independientemente de la causa, son menores por parte de mujeres que de hombres. En cuanto al suicidio, en las cárceles locales (“jails”) encontramos que de 2000 a 2016 se han producido 4.743 por parte de hombres frente a 463 por mujeres; mientras que, en las prisiones (“prisons”), de 2001 a 2016, es aún más significativa la diferencia: 3.120 y 180 muertes, respectivamente.

Focalizando en nuestro país, cabe destacar la dificultad existente para acceder a datos oficiales detallados de las conductas suicidas entre los convictos. En el informe anual de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias se recogen las causas de fallecimientos de las muertes en centros penitenciarios. En el último, correspondiente a 2018, se contabilizaron 210 muertes, siendo 33 de ellas suicidios (Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, 2019). No se realiza una diferenciación por sexo de cada tipología de fallecimiento, pero sí en la cifra general, siendo 200 hombres y 10 mujeres. En este año el suicidio supone la tercera causa de muerte sin diferenciar el sexo.

En este mismo documento, “Informe General de 2018” (2019), se profundiza sobre los intentos suicidas en el año 2016. Resulta significativo que el 21.3% de los internos han afirmado algún intento autolítico a lo largo de su vida. Concretamente el 10% se produjeron en

libertad posterior al internamiento, el 6.4% en prisión y el 4.9% en ambas situaciones. Además, un 11.3% de la población reclusa ha intentado, al menos una vez, quitarse la vida estando en prisión.

Independientemente de las diferencias entre los países, se ha confirmado que un punto crítico para la mortalidad de esta población es el momento de la reincorporación a la sociedad en libertad (Fox et al., 2019). Se ha estimado que las personas que han sido privadas de libertad en algún momento de su vida tienen un riesgo de fallecimiento 20 veces mayor que la población que no ha pasado por este entorno (Kinner et al., 2013). No obstante, el suicidio como causa de fallecimiento tiene una mayor incidencia en los primeros momentos tras la liberación. El fenómeno que más preocupa en las dos primeras semanas de transición es la sobredosis (Binswanger et al., 2007; Franke et al., 2019), seguido del suicidio y las muertes no naturales, concretamente homicidio (Kinner et al., 2013; Zlodre & Fazel, 2012).

Otra población especialmente vulnerable son los jóvenes (WHO, 2007). Se ha hallado que la causa principal de muerte entre los adolescentes en el ámbito penitenciario es el suicidio (Evans et al., 2004). Radeloff y sus colaboradores (2019) encontraron una mayor presencia de suicidios en el intervalo de edad de 14 a 21 años que con respecto a la población general.

7. Estrategias de Prevención en el Ámbito Penitenciario

Cada país tiene la competencia de desarrollar la política criminal y penitenciaria que considere pertinente. En materia de suicidios, la OMS (2007) considera que no solo es un derecho el establecer las medidas de prevención que se perciban como más adecuadas, sino un deber, ya que es imperativa la protección de los internos.

7.1. Prevención del Suicidio según la Organización Mundial de la Salud

En el documento “Prevención del Suicidio en cárceles y prisiones” (2007) la Organización Mundial de la Salud establece un marco guía para el desarrollo de programas dedicados a esta materia. En primer lugar, considera relevantes tres factores que nos pueden guiar en detectar a las personas o situaciones con más riesgo. Estos son: factores situacionales, psicosociales y la situación legal dentro de cárcel. En el primero, considera fundamental el conocer que la mayor parte los suicidios se producen por ahorcamiento cuando los reclusos están solos. En cuanto a los psicosociales, es importante conocer que la mayor parte de los suicidios dentro de cárcel los desempeñan hombres con un círculo social escaso, con comportamientos previos de esta índole y con antecedentes psiquiátricos o emocionales. Una población de especial riesgo son los jóvenes, sobretudo aquellos que cumplen su primera condena privativa de libertad. Estos también presentan un mayor riesgo de suicidio una vez han sido liberados que el resto de los reclusos. Por último, apuntan que hay que dividir a los

internos en dos perfiles: en primer lugar, aquellos que esperan juicio, es decir, que no tienen sentencia firme; y, en segundo lugar, los que ya han recibido su pena y son connotadores de la misma. En el caso de los preventivos, hay dos momentos de especial intensidad a nivel emocional que puede llevar a conductas suicidas: recién detenido y poco antes del juicio para emitir la sentencia firme. En cuanto a los condenados, habitualmente aumenta el riesgo a medida que se suceden los meses o años de estancia en el centro, ya que se van acumulando factores de riesgo y se pierde la esperanza de que la situación mejore.

Aunque esto permite establecer perfiles con mayor peligro, hay que tener en cuenta que se debe hacer una evaluación clínica adecuada para conocer realmente el mismo. Además, esta debe irse actualizando conforme pasa el tiempo y se acumulan experiencias que pueden afectar a los sujetos. Por supuesto, todo esto debe hacerse de manera individualizada.

Por otro lado, en este documento la OMS establece una serie de elementos esenciales para lo que considera un buen programa de prevención:

- **Capacitación:** todo el personal del centro penitenciario debe estar formado en materia de detección del riesgo suicida, estrategias preventivas del centro, actuación en caso de intento suicida y primeros auxilios. Toda esta información debe actualizarse todos los años, siendo de especial relevancia conocer los factores y situaciones de alto riesgo e indicios de alerta, para poder actuar antes de que se produzca un intento como tal.

No puede relegarse únicamente a los trabajadores del ámbito sanitario, ni a los momentos de tratamiento porque estos están pocas horas en contacto con los internos en comparación con el resto de funcionarios. Por esta razón, es muy importante la colaboración y preparación de toda la plantilla en este ámbito.

- **Evaluación inicial:** en el momento en el que ingrese un sujeto debe hacerse una evaluación psicológica que profundice sobre la posible ideación o deseo suicida. Se recomienda hacerla lo antes posible, reevaluando cada vez que se desarrolle un acontecimiento que puede ser de riesgo. En esta evaluación debe indagarse sobre los factores que se han comentado anteriormente. La conclusión con relación al riesgo suicida se anotará en el expediente y se tendrá que comunicar a los trabajadores del centro.

- **Observación posterior a la admisión:** remarcan la imposibilidad de realizar una buena prevención sin que haya una implicación diaria por parte de los funcionarios en esta materia. Aunque las evaluaciones son muy relevantes, son aquellos

trabajadores que pasan más tiempo con los internos los que pueden detectar verdaderamente los estresores que son un riesgo y, en concreto, las diferencias individuales de cada sujeto. Es importante tener en cuenta que dependiendo de la persona concreta las vivencias tendrán un efecto diferente, pudiendo ser los precipitantes muy variados. Los momentos que pueden ser adecuados para esta observación son: las inspecciones que se dan diariamente como parte del protocolo de seguridad, las comunicaciones con familiares o conocidos que hayan resultado conflictivas o transmitido malas noticias, y el aislamiento de los internos. Para esto es necesario cultivar una buena relación entre los funcionarios y los presos.

- Manejo después de la evaluación: una vez que se ha detectado un potencial suicida, es sumamente importante tener una buena monitorización de esta persona, sobretodo en la noche y las áreas de aislamiento. La intensidad de esta vigilancia debe ir acorde con el riesgo, pero en ningún momento deberá ser insuficiente. Además, debe comunicarse a todos los funcionarios el peligro de este sujeto y organizar adecuadamente la intervención que se llevará a cabo. Para esto se recomiendan reuniones semanales en las que se presenten los casos de riesgo y se acuerde el mejor manejo de la situación.

Unido a la monitorización, debe realizarse una intervención social adecuada. Para la misma, se considera fundamental el apoyo social, por eso se plantean las celdas compartidas, siempre con compañeros que estén sensibilizados con esta realidad y, a ser posible, formados para la prevención y actuación en intentos reales. También es importante el favorecer las comunicaciones con familiares y amigos para tener un mayor apoyo. No obstante, se matiza que esto jamás debe sustituir ni disminuir la calidad de la vigilancia por parte de los funcionarios. Tampoco se recomienda que dicha supervisión únicamente se base en herramientas de videovigilancia porque pueden quedar muchos puntos muertos.

Lo más adecuado sería acompañar este apoyo social con tratamiento psicológico y farmacológico establecido por profesionales de la salud mental. No obstante, ante las dificultades de acceso a estos recursos por la mayor parte de las cárceles, se recomienda una cultura de comunidad en estos centros como factor de protección e intervención principal.

A nivel logístico, es importante cuidar el espacio físico para dificultar lo máximo posible las autolesiones e intentos suicidas, sobretodo en cuanto a ahorcamiento se refiere.

En el momento en el que ocurre un intento suicida se debe poner en marcha el protocolo de actuación, para el que los funcionarios deben estar formados, incluso haciendo simulacros anteriores. Se iniciarán los primeros auxilios hasta que lleguen los servicios médicos. Para que este proceso sea lo más rápido y efectivo posible, los canales de comunicación deben estar muy depurados. Además, estas situaciones tienen que servir para mejorar los programas o protocolos. Se deben analizar los hechos desde la detección (o falta de ella) hasta el resultado final para buscar los posibles aprendizajes y aplicarlos en la próxima situación suicida.

Hay que tener en cuenta que tanto funcionarios como reclusos que hayan intervenido o presenciado alguna parte de toda esta cadena de sucesos pueden tener sentimientos de diferente índole. Por esta razón, se recomienda que cada país ofrezca apoyo a estas personas y asistencia si es necesario en la forma que crea conveniente.

Este documento también habla de otros dos fenómenos que pueden darse entorno al suicidio dentro de centros penitenciarios. En primer lugar, los “intentos manipulativos”, que consisten en utilizar insinuaciones o intentos suicidas buscando algún beneficio. Aunque es natural no tomar en serio a aquellos reclusos que se perciben como manipuladores por su perfil, estas conductas, independientemente de su intención, pueden acabar en muerte. Por tanto, hay que tener cuidado en ignorar estas conductas o en castigarlas, ya que puede agravar el riesgo.

Otro fenómeno que puede darse son los “suicidios en cadena”. El tiempo de mayor riesgo es el mes siguiente al primer fallecimiento, siendo los jóvenes los más propensos a continuar el avance de estos sucesos. Para combatir esta posibilidad se recomienda apoyo psicológico y psiquiátrico, con tratamiento farmacológico si se considera necesario, a los más vulnerables y un adecuado manejo de la información sobre los sucesos transcurridos.

7.2. Programa Marco de Prevención de Suicidios (PPS)

A continuación, se resumirá la Instrucción 5/2014, emitida por la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP), la cual tiene como objetivo la prevención de suicidios dentro de Centros Penitenciarios en España. Este programa se crea a partir de la revisión de la Instrucción 14/2005, el anterior en la misma materia. Ambos se fundamentan en el deber recogido en el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria: “velar por la vida, la integridad y la salud de los internos”.

En este documento se establecen unos mínimos por parte de los trabajadores de los centros como base para el desarrollo con éxito del programa, siendo:

- Colaboración de todos los trabajadores en la observación, escucha y comunicación empática con los internos para detectar las situaciones de riesgo.

- Comunicación entre los profesionales para una mayor fluidez en la aplicación del programa.
- Continuación de los programas entre cárceles para aquellos casos en los que haya traslados del reo mientras está cumpliendo la pena.
- Sabiendo que existen tres subdirectores relevantes en la aplicación de este programa (de Tratamiento, Médico y de Seguridad), debe de haber una unificación en los datos sobre altas, seguimientos y bajas del PPS.
- Conociendo la existencia de la Orden de Dirección de alta del PPS y el “libro de Registro del PPS”, su información será fundamental. En el primero se recogerán las medidas aplicadas al interno concreto, mientras que en el segundo se recogerán los internos que se encuentran dentro del programa. Debe asegurarse su conocimiento entre todos los profesionales.

Los Directores de cada centro deben asegurarse del buen cumplimiento y mejora de estos programas. Para ello es fundamental la formación de todo el personal en detección y prevención de conductas suicidas, así como primeros auxilios; un trabajo cercano a los internos para facilitar todas las demás estrategias; mejorar los canales de comunicación para que sean lo más rápidos posible; y desarrollar una buena coordinación entre los funcionarios pertenecientes a las áreas de vigilancia, tratamiento y sanidad, fundamentales en estas situaciones. Hay que tener en cuenta que este documento es una Instrucción española de carácter nacional, exceptuando la comunidad catalana porque tiene competencias en el área penitenciaria, por lo que cada prisión es la encargada de pormenorizar el desarrollo de la misma, adaptándola a las características de cada centro.

Profundizando en las estrategias, la primera fase a describir es la detección de los casos. En este área se considera que los trabajadores de vigilancia tienen un papel protagonista ya que son los que pasan largos periodos de tiempo con los internos, teniendo una posición privilegiada para la interacción con ellos o la observación y detección de situaciones de riesgo. Deben informar al Jefe de Servicios o al Subdirector de vigilancia, sanidad o tratamiento, dependiendo de la situación. En estos casos, se intenta burocratizar lo mínimo para que la comunicación sea rápida, por lo que puede transmitirse de manera oral o escrita.

En el momento del ingreso se realiza un proceso de evaluación que tiene como objetivo, entre otros, el detectar riesgo de suicidio. La Oficina de Gestión, a través del sistema SIP, el cual recoge diferentes datos relevantes de los internos, otorga información fundamental a los evaluadores para ayudar en esta tarea. También se revisan los datos de los trasladados,

especialmente aquellos que hayan tenido intentos autolíticos y que hayan estado o estén en el PPS. Si se detecta peligro por parte de un médico o psicólogo se procede directamente a la evaluación; si lo hace otro profesional se comunicará al Subdirector de Tratamiento para que conozca esta información.

Si un funcionario detecta posibles ideas suicidas se comunicará a un superior o al Servicio de Salud o de Tratamiento. Además, se escribirá en el informe que firman al acabar su turno. En los traslados o cualquier otro tipo de movimiento exterior, se hará patente la situación de pertenencia al PPS en el expediente, la historia clínica y la documentación sanitaria. Además, se recogen una serie de situaciones de especial riesgo que deben ser conocidas por los trabajadores:

- Periodos de menor presencia de profesionales.
- Limitaciones regimentales.
- Situaciones de aislamiento.
- Situaciones familiares y afectivas graves.
- Repercusión mediática de su caso penal.
- Modificación de la situación de cumplimiento, como puede ser la modificación del grado de tratamiento.
- Excarcelación cercana.
- Enfermedad mental
- Abuso crónico de sustancias
- Delitos de violencia de género, en ámbito familiar, contra las personas o de índole sexual.
- Intentos suicidas previos y autolesiones.

La siguiente fase es la inclusión en el programa, en el cual deben participar, como ya se ha comentado, todos los profesionales del centro, incluidos los voluntarios, figura muy relevante en CCPP. No obstante, tienen un papel especialmente importante: el Director, porque es el máximo responsable del desarrollo del programa y de la entrada o baja en el mismo; Subdirectores Médico, de Tratamiento y de Seguridad, que toman las decisiones concretas del desarrollo del programa; y los profesionales concretos de estas tres mismas áreas que realizarán lo acordado por los Subdirectores. El médico y psicólogo serán los que propongan las altas y bajas, mientras que la Junta de Tratamiento en su conjunto hará el seguimiento una vez se salga del PPS.

El proceso a seguir si se detecta una situación de riesgo, una vez que esta ha sido comunicada, empieza por la evaluación por parte del psicólogo y el médico. El procedimiento será diferente dependiendo de si es un recién ingresado o se encontraba en el centro. Estos profesionales propondrán conjuntamente la entrada o no en el programa a los Subdirectores, los cuales deliberarán, valorando también la información recogida por ellos mismos, para presentar la propuesta al Director. Este último conocerá todos los potenciales casos de riesgo, incluso aunque la propuesta consista en no ser incluido en el PPS. El Director, a través de una Orden de Dirección, emitirá su decisión. Esta se pondrá en común en la Junta de Tratamiento en sesión ordinaria. Posteriormente, se impondrán unas medidas individualizadas. Este documento recoge varias posibles medidas “preventivas”, “provisionales urgentes” y “programadas”, pero especifica que los profesionales pueden tomar otras que consideren más adecuadas (Anexo A).

En “medidas preventivas” se destaca la importancia de que los funcionarios dispongan de la información de los nuevos ingresos que tengan riesgo de suicidio, que estén bien formados para detección e intervención en este ámbito y que el psicólogo realizará una evaluación a cada recién llegado para la clasificación en módulos y detección de riesgo de suicidio. Además, en el departamento de ingresos siempre deberá haber un interno de apoyo y mayor vigilancia, con los recién ingresados se evitará la celda individual, en cualquier sujeto en riesgo se evitará la ubicación en módulos de respeto de alta exigencia y se favorecerá la comunicación telefónica con el exterior. En conjunto, se especifica como medida preventiva un buen desarrollo de todo el PPS.

Las “medidas provisionales urgentes” se reservan para momento críticos, como pueden ser emergencias psiquiátricas, ataques agresivos o riesgo inminente de autolesiones con o sin fines suicidas. Entre ellas se encuentran la derivación a un hospital, tratamiento médico directamente observado (TDO) de fármacos, inmovilización terapéutica, ingreso en celdas especiales y vigilancia extraordinaria por parte de funcionarios e internos de apoyo.

En tercer lugar, se recogen las llamadas “medidas programadas”. Como bien describe su nombre, son medidas que se programan para un adecuado tratamiento a largo plazo. Se recoge: la evaluación y citas para el seguimiento y la dispensa de medicación por los servicios médicos; intervención de los servicios de tratamiento, como son psicólogos, educadores y trabajadores sociales; las medidas de vigilancia y acondicionamiento de las celdas para mayor seguridad; y un régimen de vida caracterizado por acompañamiento constante por el interno de apoyo en las actividades cotidianas y excepcionales, fomento de actividades y comunicaciones

con los seres queridos. Además, se permite cualquier otra medida que el Equipo Técnico considere pertinente.

Es importante señalar que, aunque se especifique como medida, la intervención psicológica esta no está protocolizada, por lo que se dejará en manos del psicólogo la programación, diseño y desarrollo de la misma. Por esta razón, no se puede conocer el trabajo terapéutico que se hace a nivel individual para la prevención de la conducta suicida y tratamiento de los estresores que llevan a la ideación.

En cuanto al seguimiento del interno, es relevante que la duración mínima será de dos semanas en el programa y se alargará dependiendo de la evolución. Una vez se decida la baja del recluso se hará paulatinamente. Los tres Subdirectores son los responsables de todo este proceso de seguimiento, en el que deben colaborar todos los profesionales, los cuales harán un informe semanal con información relevante, resultado de la observación e interacción con el sujeto y posibles cambios en el mismo.

En el momento en el que los tres Subdirectores consideren conveniente la baja se lo comunicarán al Director, el cual tomará la decisión definitiva. Si se debe cambiar de ubicación al preso, se retrasará la baja una semana para comprobar la adaptación al nuevo módulo. La primera revisión se hará en una fecha estipulada, a no ser que haya sucesos que requieran ser considerados con anterioridad, y, dependiendo de la evolución, se irán programando las demás revisiones.

Se analizarán los resultados del PPS, así como las situaciones de carácter suicida o parasuicida con el fin de mejorar el programa, las medidas impuestas y la actuación de los profesionales.

Una figura muy importante en este programa son los llamados Internos de Apoyo. Se trata de internos sensibles al sufrimiento humano y a los que se les da formación, mínimo de 20 horas, para poder desempeñar funciones de acompañamiento y observación de los reclusos con ideación suicida. La observación dependerá del riesgo, siendo el máximo el “interno de apoyo sombra” que acompaña durante todo el día. Para ser asignado o cesado como Interno de Apoyo deberá seguirse un proceso burocrático, y las formaciones se ofrecerán todas las veces necesarias hasta que haya un 2-3% de reos con este cargo. Además, la capacitación para el desempeño de esta labor se recogerá en el programa SIP para ser reconocido por la Administración y los funcionarios de cualquier CCPP.

Las funciones oficiales que se le designan a los internos de apoyo son:

- Acompañamiento de los presos incluidos en el programa en las actividades diarias, las actividades programadas y, en el caso de los internos de apoyo sombra, las 24 horas del día.
- Apoyo en los momentos y espacios de mayor riesgo, como es en los ingresos.
- Observación en los módulos ordinarios como prevención y detección de posibles sujetos en riesgo de suicidio.

Este acompañamiento diario les otorga ciertas cualidades terapéuticas, ya que acaban siendo el soporte emocional de los sujetos en riesgo.

Una vez que se produce el acceso al tercer grado o la liberación por el cumplimiento total de la condena no existe ningún programa de prevención del suicidio por parte de Instituciones Penitenciarias. Como se ha señalado, la liberación es un momento específico de riesgo para este tipo de conducta dentro de la población penitenciaria. El momento de reinserción en la sociedad de la que han estado aislados durante años supone la unión de diversos estresores peligrosos para la ideación suicida, sobretodo en personas que ya la han sufrido con anterioridad. Algunos ejemplos son la situación económica y laboral, el estigma social, la soledad, la convivencia con familiares, la falta de actualización en redes sociales, tendencias culturales, etc.

Por lo tanto, en este momento los exconvictos tienen que recurrir a los mismos recursos para la prevención que la población ordinaria. También existen ONGs e instituciones pertenecientes al tercer sector que dan apoyo en el momento de la liberación, como son Cáritas y la Fundación Manantial. No obstante, estas no son específicamente asistencia psicológica para prevenir el suicidio, sino que proporcionan un soporte social, laboral, emocional, etc. en este momento vital de inflexión. Es destacable el gran papel de estas organizaciones en la vida de los reos durante toda su pena privativa de libertad debido a que los escasos recursos e inversión en CCPP ha generado que la asistencia y tratamiento se consolide en gran medida sobre el trabajo de las organizaciones sin ánimo de lucro. No obstante, el fundamentar gran parte de la intervención en el trabajo del denominado tercer sector resta continuidad y cualificación. Los programas quedan supeditados a personas externas a la institución penitenciaria, con la inestabilidad de recursos humanos y materiales que puede suponer, y al buen hacer de voluntarios, que no en todas las ocasiones están formados en la creación sistemática de programas ni en la materia que se imparte.

En este aspecto, hay que destacar que la prevención del suicidio en la población ordinaria también se considera un problema de salud público importante. En España existen

programas de prevención en la sanidad pública. Un ejemplo es la Línea Estratégica 5 del “Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020”. En ella se establecen una serie de objetivos y estrategias para prevenir el suicidio en población ordinaria.

Concretamente, los objetivos son:

- Disminuir las primeras tentativas de suicidio.
- Disminuir el riesgo de suicidio tras intentos previos.
- Mejorar la atención de familiares y círculo cercano de las personas que han fallecido a causa del suicidio.
- Potenciar y favorecer el trabajo en red para una mejor prevención.
- Mejorar la formación e investigación en prevención.

No obstante, siguen existiendo muchos obstáculos para alcanzar estas metas. Entre ellas, la escasez de profesionales de salud mental en instituciones médicas públicas. Gran parte de esta prevención y del soporte a los familiares la realizan profesionales de manera privada o, de nuevo, instituciones sin ánimo de lucro a través de iniciativas como, por ejemplo, el “teléfono de la esperanza”.

7.3. Nuevas Estrategias para la Prevención de Suicidios

Como bien se ha ido señalando, las conductas suicidas, independientemente del ámbito en el que se produzcan, tienen un origen multicausal, por lo que las medidas para luchar contra ellas tienen que abordar todos los posibles factores que las estén favoreciendo. En este sentido, no es suficiente con una vigilancia más férrea de los sujetos y eliminar de las celdas objetos de riesgo para lesionarse, sino que activamente hay que paliar los motivos suicidas desde la raíz. En el ámbito penitenciario se consideran fundamentales los factores clínicos, psicosociales y ambientales (Marzano et al., 2016).

Marzano et al. (2016), en su revisión sistemática sobre métodos de prevención en CCPP, distinguieron dos áreas fundamentales en toda estrategia de prevención: el tratamiento de sintomatología mental, a nivel general y dentro de patologías psiquiátricas; y cambios en el régimen y ambiente penitenciario.

En el primer área, se pone énfasis en la alta incidencia de patologías mentales, así como de sintomatología, como la ansiosa o sentimientos de soledad, que hay en este tipo de centros. Consideran necesario una atención médica de calidad en su conjunto como factor de protección ante la ideación suicida y conductas autolíticas. Para esto, se necesita un tratamiento individualizado farmacológico y psicológico que se vaya ajustando a la evaluación personal de cada paciente. Señalan la importancia de mantener esta atención tras la liberación, ya que es un momento crítico para las conductas suicidas.

Además, destacan la posibilidad de otras intervenciones para combatir males generales de gran parte de los reos, como la impulsividad o la desesperanza. Mencionan programas de intervención psicosocial como “Carousel” (HM Prison Service, 2008) y ACCESS (Mitchell et al., 2002).

En cuanto al área de cambio en el régimen y ambiente penitenciario, especifican la relevancia de generar mayores sentimientos de comunidad y unidad entre internos y funcionarios para combatir fenómenos como el acoso, las disputas y la soledad. También promover actividades que fomenten el contacto y apoyo social y la incorporación de internos de apoyo formados para esta tarea. El contacto frecuente con la familia y el círculo cercano es fundamental.

8. Conclusiones

La conducta e ideación suicida es de una gran complejidad, relacionándose factores clínicos, sociales, psicológicos y ambientales (Marzano et. al, 2016). Lo mismo sucede con el ambiente penitenciario, el cual tiene una cultura propia que solo se puede descubrir al relacionarse de alguna manera en este mundo, como sucede con los trabajadores, internos o familiares. En los reos, al residir allí, el contacto con esta realidad supone un antes y un después en su vida, por el denominado proceso de prisionalización (Crewe, 2005; Clemmer, 1958, como se citó en Novo et al., 2017).

Aunque en la mayoría de los estudios se recoge un número de suicidios superiores en los CCPP que en la población ordinaria, estos son poco exactos y poco detallados. No es raro que los criterios de clasificación para determinar una conducta como suicida sean desiguales dependiendo del país, ni que los países recojan los suicidios únicamente consumados, pero no los intentos sin éxito. De la misma manera, normalmente las estadísticas están poco desglosadas en cuanto a las características de los internos suicidas, recogiendo esta información en estudios no oficiales. Se observa la necesidad de una recogida más exhaustiva de los datos por organismos oficiales que tengan contacto directo con las situaciones suicidas, así como una unificación en los criterios de clasificación. De esta manera, se podrán realizar análisis más profundos y se facilitará el desarrollo de estrategias preventivas más eficaces.

Las instituciones penitenciarias españolas tienen la obligación de velar por la seguridad de los internos basándose en el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, lo que requiere de una prevención ante el suicidio. Con este objetivo se creó la Instrucción 5/2014, que recoge el Programa Marco de Prevención del Suicidio. No obstante, se trata de una realidad que preocupa a nivel internacional, por lo que la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado su propio documento con directrices para orientar a los países sobre posibles

medidas a implantar. Sin embargo, estas estrategias se centran en las personas que ya tienen ideación e intentos suicidas. Aunque esto es claramente necesario, el modificar las condiciones y vivencias tan característicos de los CCPP supondría una prevención previa que evitaría gran parte de las conductas suicidas, pero también otros muchos problemas como son la gran incidencia de trastornos depresivos y ansiosos, las conductas agresivas entre los internos y la falta de proyecto y significado vital.

El origen multifactorial del suicidio hace compleja la intervención. No obstante, los estudios sobre los efectos del ingreso en cárcel han demostrado que provoca una serie de vivencias estresantes, desesperanzadoras y que, en muchas ocasiones, serían fuente de este tipo de pensamientos suicidas. Por esta razón, las propuestas más actuales se basan en una intervención anterior con toda la población penitenciaria, promoviendo principalmente el apoyo social, sentimientos de comunidad entre los propios reos y estos con los funcionarios, así como contacto con el círculo de referencia que esté en el exterior. También se ha señalado como fundamental un buen tratamiento en salud mental, con intervención farmacológica, psiquiátrica y psicológica, además de una continuidad una vez puestos en libertad, para superar ese momento crítico en la vida de los convictos. En primer lugar, porque es una manera completa y multidisciplinar de trabajo. En segundo lugar, porque la población penitenciaria a nivel general recoge una mayor prevalencia de patologías mentales, siendo fundamental la drogodependencia, y las experiencias vitales de riesgo.

Por tanto, se considera necesario una prevención previa, modificando características y experiencias habituales del ingreso en cárcel que, de manera acumulativa y con el paso del tiempo ingresado, suelen derivar en ideas y conductas suicidas. De esta manera, y aun considerando fundamentales los programas con personas ya identificadas como de riesgo, se podrá prevenir con anterioridad, no solo mitigando el deseo de acabar con la propia vida, sino reduciendo el sufrimiento interno que precede al mismo. Esto requiere de una mayor inversión económica para equipar adecuadamente a todas las instituciones de carácter penitenciario de recursos. Principalmente en el área salud mental se necesita un aumento del número de profesionales y de los materiales que requieren para mejorar la asistencia y que esta cumpla en la práctica todo lo recogido en los protocolos de actuación, los programas de tratamiento penitenciarios y las recomendaciones hechas por instituciones internacionales como la OMS. De la misma manera, la inversión en investigación sobre las experiencias emocionales, consecuencias físicas y medidas preventivas para evitarlas o paliarlas permitirá el desarrollo de nuevas intervenciones psicológicas o sociales.

Una posibilidad de intervención alternativa se fundamentaría en un mayor desarrollo de talleres y programas de intervención. Algunos posibles ejemplos son formación en cohesión de grupo, resolución de conflictos, control de la impulsividad y agresividad, expresión escrita creativa, musicoterapia, arteterapia, técnicas de relajación... Todos estos talleres serían planteados por psicólogos y trabajadores sociales, algunos siendo preferible que los impartan profesionales especializados en el tema, otros propiamente por los funcionarios de salud mental del centro. Los planes individuales de tratamiento podrían fundamentarse en mayor medida en este tipo de intervenciones para proporcionar un tratamiento interdisciplinar, prácticamente diario, dinámico y que abarque, desde diferentes perspectivas, varias áreas vitales, como las relaciones interpersonales, las habilidades intrapersonales, laborales, etc. De nuevo, sería necesario un aumento de la inversión económica para desarrollar los talleres y evaluarlos una vez impartidos, para su mejora, contratar a los empleados que los lleven a cabo, abastecer de los recursos materiales necesarios para su desarrollo y crear protocolos para mantener la seguridad siempre fundamental en ambientes como el penitenciario.

En cuanto al paradigma actual, se presenta preciso un análisis de las consecuencias psicológicas y físicas que ha dejado la nueva situación social caracterizada por la pandemia. Es importante ser capaces de diferenciarlas de los efectos que se presentaban anteriormente al COVID-19, para que la información sea lo más precisa posible y no se entremezclen los síntomas provocados por el aislamiento habitual con los que se han generado a raíz de las nuevas condiciones. Para esto, se pueden hacer investigaciones de corte más cualitativo, pidiendo a los propios reos que describan cómo les ha afectado, o de corte cuantitativo, comparando prevalencia de sintomatología psiquiátrica actual con la anterior al COVID-19.

De la misma manera, se puede aprovechar la sensibilidad social actual sobre el aislamiento y el confinamiento para dar visibilidad al sufrimiento que padece esta población y sus entornos más cercanos de manera habitual. La inversión en CCPP está muy ligada a las estrategias político-criminales de los partidos que se sitúan en el poder en cada momento, y el destinar fondos a este tipo de ámbitos suele tener bajo rédito político. Por esta razón, esta situación puede ser un impulso hacia una mayor sensibilidad social y, con ello, un cambio de opinión sobre la necesidad de mejorar las condiciones y tratamientos penitenciarios.

9. Bibliografía

- Ahmed, Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L. & Akbaruddin, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. Doi: 10.1016/j.ajp.2020.102092
- Anasseril, E. D. (2006). Preventing Suicide in Prison: A Collaborative Responsibility of Administrative, Custodial, and Clinical Staff. *Journal of the American Academy of Psychiatry Law*, 34(2), 165-175.
- Binswanger, I. A., Krueger, P. K. & Steiner, J. F. (2009). Prevalence of Chronic Medical Conditions among Jail and Prison Inmates in the United States Compared with the General Population. *Journal of Epidemiology & Community Health* 63(11), 912–919. Doi: 10.1136/jech.2009.090662
- Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G., & Koepsell, T. D. (2007). Release from prison--a high risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine*, 356(2), 157-165. Doi:10.1056/NEJMsa064115
- Boren E. A., Folk, J.B., Loya, J.M., Tangney, J.P., Barboza, S.E. & Wilson, J.S. (2017). The Suicidal Inmate: A Comparison of Inmates Who Attempt Versus Complete Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 48 (5), 570-579. Doi: 10.1111/sltb.12374
- Butler, A. Young, J.T., Kinner, S.A. & Borschmann, R. (2018). Self-harm and suicidal behaviour among incarcerated adults in the Australian Capital Territory. *Health & Justice* 6(13). <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0071-8>
- Cabrera, P.J. (2002). Cárcel y exclusión. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 35, 83-120.
- Carson, E. A., & Cowhig, M.P. (2020). Mortality in Local Jails, 2000-2016- Statistical Tables. *Bureau of Justice Statistics*. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mlj0016st.pdf>
- Carson, E. A., & Cowhig, M.P. (2020). Mortality in State and Federal Prisons, 2001-2016- Statistical Tables. *Bureau of Justice Statistics*. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de: <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/msfp0116st.pdf>
- Copes, H., Brookman, F. & Brown, A. (2016). Accounting for Violations of the Convict Code. *Deviant Behavior*, 34, 841-858. Doi: 10.1080/01639625.2013.781444
- Crewe, B. (2005). Codes and Conventions: The Terms and Conditions of Contemporary Inmate Values. En A. Liebling, A. y S. Maruna. (Eds.), *The Effects of Imprisonment* (pp. 177-208). Willan Publishing.

- Daza, S., Palloni, A. & Jones, J. (2020). The consequences of incarceration for mortality in the United States, *Demography* 57, 577-598. Doi: 10.1007/s13524-020-00869-5
- Echeverri, J. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pensando psicología*, 6(11), 157-166. Doi: 10.1692/issn.1900-3099
- Evans E., Hawton K. & Rodham K. (2004) Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review* 24(8) 957-979. Doi: 10.1016/j.cpr.2004.04.005
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017) Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet*, 4, 946-952. Doi: 10.1016/S2215-0366(17)30430-3
- Fox, A.D., Moore, A., Binswanger, A.I. & Kinner, S. (2019) Deaths in Custody and Following Release. *Journal of Health and Human Services Administration*, 41 (4) 45-84. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de: <https://search.proquest.com/docview/2172049769/fulltext/BACBDEB4AC1848B9PQ/1?accountid=34207>
- Franke, I., Vogel, T., Eher, T., & Dudeck, M. (2019). Prison mental healthcare: recent developments and future challenges. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(4), 342-347. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000504
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2018). *Suicidios. España 2018*. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/>
- Haglund, A., Tidemalm, D., Jokinen, J., Langström, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2014). Suicide After Release from Prison: A Population-Based Cohort Study from Sweden. *Psychiatrist* 75(10), 1047-1053. Doi: 10.4088/JCP.13m08967
- Haney, C. (2002). *The Psychological Impact of Incarceration: Implications for Post-Prison Adjustment*. Washington, DC: U.S. Department of Health Human Services. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/75001/Haney.pdf>
- HM Prison Service. (2008). *Prison service order 4800: Women prisoners*. Author.
- Instrucción 5/2014. [Secretaría General de Instituciones Penitenciarias]. Programa Marco de Prevención de Suicidio. 07 de Marzo de 2014.
- Kaster, T.S., Martin, M.S., & Simpson, A. I. F. (2017). Preventing Prison Suicide with Life-Trajectory -Based Screening. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 45, 92-98. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de: https://www.researchgate.net/profile/Alexander_Simpson/publication/314793568_Pre

venting_Prison_Suicide_With_Life-Trajectory-
Based_Screening/links/58c608a6a6fdcce648e8ba51/Preventing-Prison-Suicide-With-
Life-Trajectory-Based-Screening.pdf

Kinner S. A., Forsyth S. & Williams G. (2013) Systematic review of record linkage studies of mortality in ex-prisoners: why (good) methods matter. *Addiction* 108 (1), 38 - 49. Doi: 10.1111/add.12010

Ley Orgánica 1 de 1979. Ley General Penitenciaria. 26 de septiembre de 1979. Boletín Oficial del Estado nº 239. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de: <https://boe.es/buscar/pdf/1979/BOE-A-1979-23708-consolidado.pdf>

Lieberman, J.A. & Olfson M. (2020). Meeting the Mental Health Challenge of the COVID-19 Pandemic. *Psychiatric Times*. Recuperado el 6 de abril de 2021 de: <https://www.psychiatristimes.com/coronavirus/meeting-mental-health-challenge-covid-19-pandemic>

Lochner, L. (2004). Education, Work, and Crime: A Human Capital Approach. *International Economic Review*, 45(3), 811–843. Doi: 10.1111/j.0020-6598.2004.00288.x

Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M. & Fazel, S. (2016). Prevention of Suicidal Behaviour In Prisons. *Crisis* 37(5), 323-334. Doi: 10.1027/0227-5910/a000394

Massoglia, M. (2008). Incarceration as Exposure: The Prison, Infectious Disease, and Other Stress- Related Illnesses. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(1), 56-71. Doi: 10.1177/002214650804900105

Mitchell, J., Trotter, G., & Donlon, L. (2002). ACCESS-working to reduce self-harm and bullying among juvenile offenders. *Prison Service Journal*, 144, 31–35.

National Research Council. (2014). *The growth of incarceration in the United States: Exploring causes and consequences*. National Academies Press. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de: http://johnjay.jjay.cuny.edu/nrc/NAS_report_on_incarceration.pdf

Novo, M., Pereira, A., Vázquez, M.J. & Amado, B.G. (2017). Adaptación a la prisión y ajuste psicológico en una muestra de internos en centros penitenciarios. *Acción Psicológica*, 14(2), 113-128. Doi: 10.5944/ap.14.2.20784

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Recuperado el 12 de abril de 2021: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

Ospina-Gómez, Y. & Bedoya-Gallego, D.M. (2019). Efectos psicológicos generados tras la ruptura de los lazos con el grupo primario de apoyo debido al fenómeno de

- prisonalización. *Interdisciplina: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 36(1), 171–185. Doi: 10.16888/interd.2019.36.1.12.
- Pager, D. (2003). The Mark of a Criminal Record. *American Journal of Sociology* 108(5), 937–975. Doi: 10.1086/374403
- Radeloff, D., Stoeber, F., Lempp, T., Kettner, M. & Bennefeld-Kersten, K. (2019). Murderers or thieves at risk? Offence-related suicide rates in adolescent and adult prison populations. *PLoS ONE* 14 (4). Doi: 10.1371/journal.pone.0214936
- Rideau, W., & Wikberg, R. (1992). *Life Sentences: Rage and Survival Behind Bars*. Times Books.
- Ríos Martín, J. & Cabrera Cabrera, P.J. (1998). *Mil voces presas*. Universidad Pontificia Comillas.
- Schnittker, J., Massoglia, M., & Uggen, C. (2012). Out and Down: Incarceration and Psychiatric Disorders. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(4), 448–464. Doi: 10.1177/0022146512453928
- Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2019). *Informe General de 2018*. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de: https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/72836/Informe_General_2018_acc.pdf
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *An internacional Journal of Medicine*, 113(10), 707-712. Doi: 10.1093/qjmed/hcaa202
- Stephens, A., & Whitehead D. L. (2010). Prison. En G. Fink (Ed.), *In Stress Consequences: Mental, Neuropsychological and Socioeconomic* (pp. 566–571). Academic Press.
- Stewart, A.C., Cossar, R., Dietze, P., Armstrong, G., Curtis, M., Kinner, S.A., Ogloff, J.R.P., Kirwan, A., & Stoové, M. (2019). Lifetime prevalence and correlates of self-harm and suicide attempts male prisoners with histories of injecting drug use. *Health & Justice* 6(19). Doi:10.1186/s40352-018-0077-2
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The Effect of Lifetime Victimization on the Mental Health of Children and Adolescents. *Social Science & Medicine*, 62(1), 13–27. Doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.030
- Western, B. (2002). The Impact of Incarceration on Wage Mobility and Inequality. *American Sociological Review*, 67(4), 526–46. Doi: 10.2307/3088944
- Wildeman, C. & Muller, C. (2012). Mass Imprisonment and Inequality in Health and Family Life. *Annual Review of Law and Social Science*, 8,11–30. Doi: 10.1146/annurev-lawsocsci-102510-105459

World Health Organization (2007). *Preventing suicide in jails and prisons*. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43678>

World Health Organization (2019). *Suicide in the world: Global Health Estimates*. Recuperado el 23 de marzo de 2021 de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>

Zlodre, J. & Fazel, S. (2012). All-Cause and External Mortality in Released Prisoners: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health* 102(12), 67-75. Doi: 10.2105/AJPH.2012.30076

10. Anexo

10.1. Abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud

CCPP: Centros Penitenciarios

RR: Ratio Rate (Riesgo relativo)

PPS: Programa de Prevención de Suicidio

10.2. Medidas Programa Prevención de Suicidio Español (Anexo A)

Medidas Preventivas

- a. Se vigilará la correcta composición en todo momento del Equipo Técnico de atención a Ingresos, establecido por I. 14/2011 y el buen funcionamiento del Protocolo de acogida de internos al ingreso, conscientes del carácter crítico que este momento posee, sobre todo para los ingresos primarios procedentes de libertad. A dicho Equipo Técnico se hará llegar en cuanto se encuentre disponible la información sobre ingresos a que hace referencia el punto 2.1 de esta Instrucción.
- b. El Equipo Técnico de Ingresos procurará que los funcionarios que prestan servicio en los departamentos de Ingresos y Tránsitos (donde lo hubiera) dispongan de una información y sensibilización adecuadas para detectar cualquier situación o comportamiento de un interno que aconseje la inmediata puesta conocimiento del Jefe de Servicios para adoptar, si procede, alguna medida urgente.
- c. En los departamentos de ingresos existirá siempre un interno de apoyo, bien con carácter fijo o rotatorio dentro del grupo que de estos internos posea el establecimiento.
- d. Con carácter general, los ingresos permanecerán en celda compartida, evitando así situaciones de aislamiento. En los momentos en los que su número sea impar se completarán las parejas con el interno de apoyo o alguno otro de confianza.
- e. El psicólogo del Equipo Técnico de Ingresos entrevistará en el departamento de ingresos, a los internos que ingresen de libertad. Más allá de la función de clasificación interior propia de este primer momento, desempeñará su labor clínica detectando cualquier estado o situación que aconseje actuaciones inmediatas o a medio plazo, de acuerdo con la presente Instrucción.
- f. Con el fin de posibilitar la debida observación de los internos que tengan aplicado el PPS, se evitará su ubicación en Módulos de Respeto de alta exigencia o nivel 3 (I. 18/11).
- g. Los traslados entre establecimientos penitenciarios de internos que tengan aplicado el protocolo de prevención de suicidios (PPS), sin perjuicio de otras medidas establecidas,

conlleven obligatoriamente que el director del centro de origen remitirá al menos con 24 horas de antelación un correo electrónico a las direcciones oficiales del Director y Subdirector de Seguridad del centro de destino, en el que se informe de tal condición y de las medidas que tenga aplicadas. Dicho correo se remitirá con copia a los indicados responsables de los establecimientos de tránsito, si éstos se conocieran.

- h. Cuando se traslade de establecimiento a un interno que tenga aplicado el PPS, constará claramente tal condición en la portada de su expediente, en la historia clínica y en la documentación sanitaria de traslados.
- i. Asimismo, con carácter general, los tránsitos estarán en celda compartida evitando situaciones de aislamiento, especialmente en las situaciones de riesgo y, en todo caso, si tienen ya aplicado el PPS por el centro de origen. Los funcionarios de vigilancia mantendrán una observación directa lo más frecuente posible de los internos en tránsito.
- j. En el Departamento de Ingresos y Tránsitos, siempre que lo permitan las circunstancias y principios de orden regimental de cada establecimiento, se evitará la prolongación de la permanencia en situación de aislamiento más allá del tiempo imprescindible.
- k. Se facilitarán las llamadas reglamentarias a las familias en el momento del ingreso y siempre que se considere procedente por razón de una circunstancia especial sobrevenida.

Medidas Provisionales urgentes

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

Medidas Programadas

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

- b. Intervención desde los Servicios de Tratamiento:
 - Consulta psicológica programada.
 - Seguimiento directo por Educador.
 - Valoración por Trabajador Social.
 - Contacto y asesoramiento familiar.
- c. Control por las Unidades de vigilancia:
 - Vigilancia nocturna.
 - Vigilancia especial.
 - Retirada de material de riesgo.
 - Ubicación en celda especial de observación.
 - Seguimiento de incidencias en las comunicaciones.
- d. Régimen de vida:
 - Acompañamiento continuo (24 horas) por interno de apoyo.
 - Acompañamiento por interno de apoyo en horas de cierre y actividades no comunitarias.
 - Favorecer comunicaciones, telefónicas o presenciales, con la familia y medio social.
 - Potenciar participación en actividades.
- e. Cualquier otra medida que el Equipo Técnico estime pertinente al caso.