

M^a Ángeles Rabaza Figuerola

**EL SUICIDIO EN PRISIÓN; UN ESTIGMA, UN ENIGMA Y UN
TABÚ**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

dirigido por la Dra. Núria Vázquez Orellana

Grado en Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

“¿Cómo juzgar en un mundo donde se intenta sobrevivir a cualquier precio, a aquellas personas que deciden morir? Nadie puede juzgar. Sólo uno sabe la dimensión de su propio sufrimiento, o de la ausencia total de sentido de su vida.”

Paulo Coelho

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi tutora del trabajo Dra. Núria Vázquez Orellana, quien con sus conocimientos y apoyo me guio a través de cada una de las etapas de este proyecto, dejando volar mi curiosidad e ilusión. Y por supuesto, a mi tutor del centro de prácticas Pedro Manuel Medina Garcia, por su dedicación en el ámbito de la investigación, por trasmitirme sus conocimientos y por enseñarme que todos tenemos un “lado oscuro”. También quiero agradecer a la Universidad Rovira y Virgili por brindarme recursos y herramientas necesarios para llevar a cabo éste estudio y a los profesionales de la institución penitenciaria por compartir conmigo su experiencia, cada uno a su manera.

Por último, quiero agradecer a mis compañeros y a mi familia, por estar a lo largo de toda mi carrera apoyándome en todo momento y animándome a seguir adelante.

Muchas gracias a todos.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CRS	Código Riesgo Suicidio.
CEJFE	Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.
DERT	Departamento Especial de Régimen Cerrado.
EAPP	Equipo de Atención Primaria Penitenciaria.
FSI	Funcionarios de Servicio Interior.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
N'VIU	Programa de intervención grupal psicoeducativa para personas con tentativas autolíticas en el medio penitenciario.
PIT	Programa Individual de Tratamiento.
PPS	Protocolo de Prevención de Suicidio.
PSI	Plan de Servicios Individualizados.
PTI	Plan Terapéutico de Intervención.
RHB	Rehabilitación.
SIPC	Sistema de Información Penitenciario Catalán.
SM	Equipo de Salud Mental.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN TEÓRICA	1
1.1.	La conducta suicida	1
1.1.1.	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)2	
1.2.	Epidemiología del suicidio	3
1.3.	Programa marco de prevención de suicidios en los centros penitenciarios de Cataluña	4
1.3.1.	Protocolo de actuación: actividades para la prevención del suicidio 7	
1.3.2.	Programa N'VIU.....	8
1.4.	Detección y evaluación clínica del suicidio	9
1.4.1.	Tipos de riesgo de suicidio	10
1.5.	Intervención precoz y seguimiento del riesgo.....	12
1.6.	Postvención	15
1.7.	Factores de riesgo asociados a la conducta suicida	15
1.7.1.	Factores sociodemográficos.....	17
1.7.2.	Factores forenses y penitenciarios.....	18
1.7.3.	Factores psicológicos y psiquiátricos.....	20
1.8.	Factores protectores	23
1.9.	Factores precipitantes	23
1.10.	Responsabilidad institucional y profesional	24
2.	OBJETIVOS	25
2.1.	Objetivos específicos	25
3.	METODOLOGÍA.....	25
3.1.	Participantes	26
3.2.	Diseño del instrumento.....	29
3.3.	Aplicación del instrumento	33
3.4.	Análisis de los datos.....	33
4.	RESULTADOS	33
4.1.	Sujeto 1: Jefa de Unidad; técnico especialista.....	33
4.2.	Sujeto 2: Jurista.....	35
4.3.	Sujeto 3: Director.....	37
4.4.	Sujeto 4: Educadora social.....	38
4.5.	Sujeto 5: Psicólogo DERT y enfermería	39
4.6.	Sujeto 6: Trabajadora social.....	41
4.7.	Sujeto 7: Técnico especialista.....	41
4.8.	Sujeto 8: Psicólogo clínico.....	42
4.9.	Sujeto 9: Psicóloga clínica.....	44

4.10.	Sujeto 10: Antiguo interno	45
5.	<i>CONCLUSIONES</i>	46
6.	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	49
7.	<i>ANEXOS</i>	55
7.1.	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)	55
7.2.	Anexo 1: Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0. (MINI), signos y síntomas de sospecha de Riesgo de Suicidio.....	58
7.3.	Anexo 2: Entrevista realizada a los funcionarios	59
7.4.	Anexo 3: Entrevista realizada a un antiguo preso	61
7.5.	Anexo 4: Transcripción de las entrevistas.....	62

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

1.1. La conducta suicida

El suicidio y las conductas suicidas no son consideradas un trastorno mental ni sintomatología de una enfermedad psicológica. Se corresponde a un fenómeno humano complejo, multifactorial y multidimensional, en el cual se ve perjudicado el sujeto en cuestión, el entorno familiar, la cultura y la sociedad o contexto en el que vive (Fontseca, 2021; González, García-Haro y García-Pascual, 2019).

En lo que se refiere a las definiciones del suicidio y a su explicación existen multitud de vertientes que intentan arrojar luz, a continuación se muestran algunas de ellas:

El enfoque existencial – contextual plantea los problemas psicológicos como “dramas sociales”, como una circunstancia existencial. Esta definición de vertiente filosófica y psicológica intenta encontrar el sentido del “drama”, considerando que es la capacidad de acción y decisión de los sujetos en una situación determinada la cual interpretan como: insoportable, insufrible, inexplicable y sin esperanza alguna, debido a ello deciden quitarse la vida para huir de ese sentimiento (Pérez, 2019).

Según Rafael Mateu Sanz en 1997, “el suicidio es una alteración o atentado, de modo forzado y violento, a una Ley natural de Vida”. Considerándolo como un modo de huir de una situación vital molesta, y así, no deber cambiarla con esfuerzo, teniendo todos la posibilidad latente. En definitiva, considera el suicidio como un acto de cobardes.

Otro punto de vista es el que trata de comprender el suicidio como un fenómeno de vulnerabilidad humana, debido a que éste acto ha estado presente en todas las épocas y culturas, sin hacer distinción de sujetos con o sin trastorno, aunque la prevalencia sea mayor ante la presencia de problemas psicológicos.

El enfoque contextual – fenomenológico plantea el análisis funcional para entender particularmente cada caso, la explicación de la conducta suicida. Es una evaluación para la posterior intervención del sujeto. Se realiza mediante una exploración de la conducta autodestructiva en el contexto vivencial pasado y/o familiar: “¿qué evita o consigue la persona, en sus relaciones o en ella misma, cuando lleva a cabo la conducta o declara unos pensamientos de querer morir?”. José Ignacio Ruiz en el 2002, reconoce que es una pregunta con difícil solución, ya que son conductas multifuncionales e incluso muchas veces los propios sujetos no saben verbalizar exactamente el motivo de las conductas. Cuando finalmente el psicólogo averigua la motivación arraigada en la conducta, trata de hacer entender al paciente que realmente no quiere morir, sino que lo que quiere conseguir es que esa situación, malestar, sufrimiento... acabe, para posteriormente presentarle otras posibles soluciones y alternativas para quitar de su mente ese vacío existencial y que compruebe que realmente no está solo, sino que tiene que pedir ayuda.

Si ceñimos el suicidio en prisiones, puede ser planteado desde una visión del estrés psicosocial, debido en gran medida al impacto en las personas que genera el ingreso en prisión, aunque hay muchos más factores implicados que predisponen la conducta suicida, los cuales se pueden encontrar en el apartado 1.7. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida (Ruiz, Gómez y cols., 2002).

Sea cual sea la visión y el contexto del suicidio, es fundamental que todos los ámbitos de la salud trabajen para hallar factores de riesgo y/o factores de protección, visibles en las personas para detectar y prevenir que una posible conducta autolesiva llegue a ser una muerte consumada (Fontseca, 2021; González, García-Haro y García-Pascual, 2019).

1.1.1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)

Según el DSM – V el trastorno de comportamiento suicida y la autolesión no suicida, están incluidos dentro del grupo de trastornos que necesitan más estudio, debido a ello, no se pretende que los criterios propuestos por la

comisión de científicos sean utilizados para el uso clínico. Siendo una propuesta extraída por el consenso de expertos, basándose en una revisión de bibliográfica, un reanálisis de datos y los resultados de estudios de campo disponibles, además pretende propiciar un lenguaje común para los investigadores y los clínicos interesados en estudiar este trastorno. Es de relevancia diferenciar el trastorno de comportamiento suicida de la autolesión no suicida (Ver anexo 7.1.), debido a que el primero de ellos tiene como propósito la muerte, mientras que el otro es propiciar un alivio del dolor que se padece.

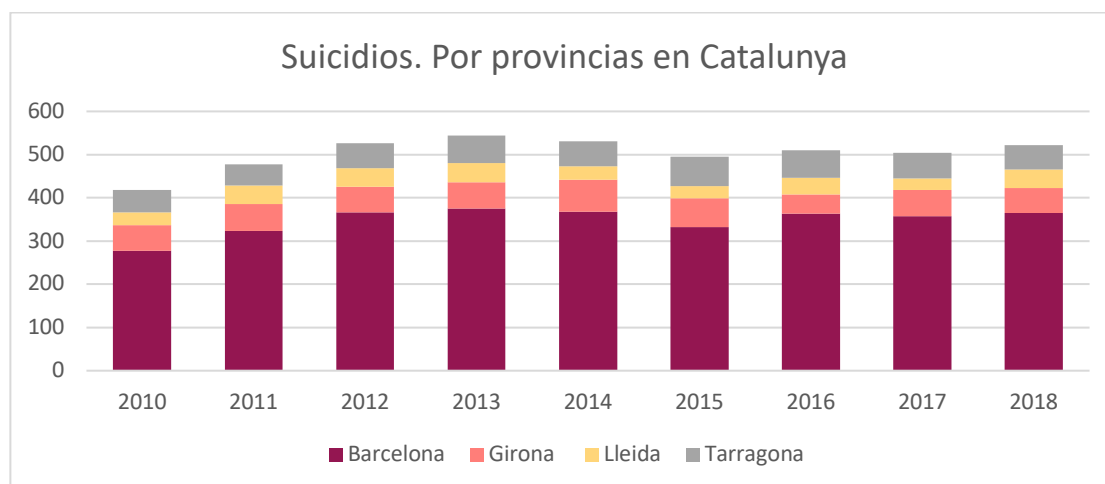
1.2. Epidemiología del suicidio

Según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2020), el suicidio es un grave problema de salud pública, teniendo en cuenta que alrededor de 700.000 personas se quitan la vida anualmente y muchas más intentan hacerlo. Considerándose la segunda causa de muerte entre jóvenes de entre 15 y 29 años en el mundo. Los métodos más comunes de suicidio es la intoxicación, la muerte por sobredosis, el ahorcamiento y los disparos con armas de fuego.

Los internos presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general, la tasa es un 7,5 veces más alta en la población preventiva y 6 veces más en la población penada, en relación a la población general. Asimismo, las personas que han estado encarceladas en algún momento de su vida presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general.

Como vemos en la figura 1, el suicidio tiene una tendencia creciente. No se exponen los datos de los últimos años debido a que el INE sólo están disponibles los datos provisionales del primer trimestre, aunque siguen la misma tendencia. (Negredo, Melis y Herrero, 2010; OMS, 2020; Instituto Nacional de Estadística, 2019; Instituto de Estadística de Catalunya, 2020).

Figura 1. Suicidios en Catalunya por provincias y años.



Fuente: elaboración propia e información extraída del INE. Estadística de Defunciones según la causa de muerte.

Debido a todo lo mencionado anteriormente, es de vital importancia la incorporación de medidas y el desarrollo de estrategias para disminuir la prevalencia de conducta suicida. Por ello desde el Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya, han planteado el programa marco de prevención del suicidio en los centros penitenciarios de Catalunya, en el cual engloba diferentes propuestas que veremos a continuación, concretamente en la prisión Mas de Enric, han desarrollado un protocolo de actuación, llamado: "Actividades para la prevención del suicidio".

1.3. Programa marco de prevención de suicidios en los centros penitenciarios de Cataluña

La comunidad científica ha demostrado que se puede evitar el suicidio mediante diversos métodos de promoción de la salud mental, de identificación de los factores de riesgo y protección implicados en el suicidio, además de propiciar diagnósticos precoces para su posterior tratamiento (Foguet y Capdevila, 2021).

Por consiguiente el programa se basa en los siguientes principios:

- **Promover en la cultura que las muertes por suicidio son evitables.**

Hay que concienciar a internos, profesionales, voluntarios, familiares y otras personas que están en contacto con la institución.

- La **coordinación entre profesionales** del equipo técnico y funcionarios será una de las claves para el éxito para la prevención y la intervención precoz.
- La **promoción de la salud y la prevención del suicidio** tiene que ser uno de los ejes principales de los objetivos de trabajo en los centros penitenciarios.
- **Todas las personas** que se relacionan con el entorno penitenciario (internos, familiares o referentes externos, entidades, profesionales, etc.) **son agentes de la promoción de la salud, prevención, intervención y postintervención.**
- El trabajo para la promoción de la salud, prevención y tratamiento de las conductas suicidas tiene que tener un **enfoque biopsicosocial.**
- **Romper con el tabú del suicidio** mediante la lucha contra los estigmas, entendiendo como tal los comportamientos discriminatorios basados en falsas creencias, mitos y prejuicios.
- **Se debe garantizar la atención y el soporte a las personas supervivientes del suicidio**, ya sean: familiares y referentes próximos, internos cercanos o incluso profesionales del centro penitenciario vinculados de forma directa al caso.

Como consecuencia de los principios anteriores, se elaboraron los objetivos siguientes: en primer lugar, disminuir la mortalidad por suicidio, concretamente las políticas de prevención del Departamento de Salud, establecieron como tasa de éxito una disminución de las muertes de un 10% por suicidio para el año 2021. En segundo lugar aumentar la supervivencia de aquellos sujetos atendidos por conducta suicida. Y en tercer y último lugar prevenir la repetición de tentativas de suicidio. A raíz de estos tres objetivos generales, implantaron de específicos: implantar un procedimiento de actuación homogénea y específica urgente para los casos de tentativa de suicidio, promover unas condiciones óptimas de seguridad, establecer una comunicación y coordinación intra y extrapenitenciaria y finalmente, mejorar la captación y formación de los profesionales penitenciarios.

En los centros penitenciarios por tal de promover la salud en términos de la prevención del suicidio, realizan actividades divulgativas y de formación

psicoeducativa llamativas para trabajar el estigma social y los comportamientos discriminatorios que acarrea este tipo de conducta (ver figura 2), mediante intervenciones grupales dirigidas a la población penitenciaria en general y a las más vulnerables con o sin riesgo, así mismo, actividades divulgativas para los profesionales (Anseán, 2014; Fernández, Pera y Fernández, 2012).

Figura 2. Actuaciones recomendadas a los centros penitenciarios.

¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?	¿Quién lo hace?			
		EAPP	SM	RHB	FSI
Proporcionar a los internos información sobre la prevención del suicidio	Facilitar información en el ingreso: sesión formativa sobre la prevención del suicidio en los programas de acogida y aportar un tríptico	X	X	X	
	Trabajar con los mitos y falsas creencias alrededor del suicidio como mínimo en uno de los subprogramas grupales de intervención del PMOC.			X	
	Educación sobre la importancia de informar si detectan en un compañero/a un posible riesgo de suicidio.	X		X	
	Programar acciones divulgativas y de formación para los internos el Día Mundial para la prevención del suicidio, el 10 de septiembre.	X	X	X	
Proporcionar a los profesionales información y educación sobre la prevención del suicidio	Sesiones de sensibilización a los diferentes colectivos. Se facilitará la programación anual a principios de año desde el Consejo de Dirección.	X	X		

Fuente: tabla extraída del programa marco de prevención de suicidios en los centros penitenciarios de Cataluña, Generalitat de Catalunya (Departamento de Salud y Justicia). Teniendo en cuenta la prevalencia, así como por el hecho de ser una decisión deliberada por el propio individuo, siendo por lo tanto evitable si se detecta e interviene a tiempo, se ha iniciado diversidad de programas y medidas

según las instituciones para prevenir las conductas suicidas. Como ejemplo de ello son los dos programas que se exponen a continuación: el protocolo de actuación y el programa N'Viu, presentes en las prisiones catalanas.

1.3.1. Protocolo de actuación: actividades para la prevención del suicidio

Desde el Centro Penitenciario Mas de Enric, con la supervisión del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña, han desarrollado un calendario de actividades anual para la prevención del suicidio, para ofrecer a los internos de forma continua y temporalizada el abordaje de situaciones de este tipo.

Las sesiones del protocolo se pueden incorporar a un programa ya existente del ámbito de la salud o emocional, o se puede impartir como un taller independiente, sea del tipo que sea tiene los siguientes objetivos:

- Presentar información para la prevención de conductas autolíticas y el suicidio.
- Denotar los factores de riesgo que pueden influenciar el suicidio.
- Concienciar a la población penitenciaria de la importancia de poder evitar un suicidio.
- Dar a conocer el procedimiento de actuación ante una parada cardíaca y las maniobras de primeros auxilios.

El programa esta destinado a cualquier interno que este interesado/a, pero sobretudo a aquellos que a partir de la administración del test RiscCanvi, se haya detectado un alto grado de violencia autodirigida, además de los internos con antecedentes de suicidio. También se incentiva a participar a aquella población reclusa que se detecta que puedan tener el riesgo de conducta autolítica o tengan alguna ideación suicida.

Las sesiones pueden ser de cuatro tipologías: Una de ellas consiste en realizar un taller de sensibilización de información general, elaborando carteles sobre el suicidio para luego colgarlos al módulo, de esta forma se da visibilidad a ésta problemática. El segundo tipo de sesión se realiza un video fórum,

visualizando películas y documentales, para posteriormente iniciar un debate y destacar los aspectos de mayor importancia. El tercero, consiste en ofrecer conocimientos para saber cómo deben actuar ante una situación de crisis, se realiza mediante maniobras de primeros auxilios. Finalmente, la cuarta tipología consiste en dinámicas para conversar y resolver dudas acerca del suicidio, además de desmentir mitos existentes en la sociedad (Anseán, 2014).

1.3.2. Programa N'VIU

N'Viu es una propuesta de programa penitenciario de intervención psicoeducativa grupal, basado en modelos de afrontamiento y de adquisición de habilidades, que todavía se está comprobando la validez mediante diferentes estudios en diferentes centros penitenciarios de Cataluña. Fue creado por el interés de profesionales que trabajan en el ámbito de la ejecución penal, que detectaron en diversos internos conductas suicidas, aunque previamente fueron atendidos por los servicios habituales, seguían repitiendo comportamientos de esta naturaleza.

El programa está destinado a personas que hayan manifestado conductas suicidas o autolesivas en los últimos doce meses. Es impartido por dos profesionales y participan de 10 a 12 internos durante 13 sesiones de 1h y 30 minutos semanales.

Las sesiones se dividen en temáticas, todas ellas enfocadas al objetivo del programa; proporcionar a los participantes habilidades y modelos de afrontamiento para prevenir el suicidio.

La primera tipología se centra en hablar sobre las falsas creencias acerca del suicidio como por ejemplo: "hablar del suicidio puede incitar a cometerlo", por tal de concienciar sobre la visión de la sociedad y entender a los sujetos que realizan intentos.

La segunda temática trata de que los participantes comprendan el continuo de las conductas suicidas, ya que es un error común creer que las personas

que han realizado una conducta autolesiva es un hecho aislado, aparecido de forma espontánea, idea errónea, debido a que suelen ser actos crecientes si no se interviene a tiempo; con un inicio mediante una ideación suicida, violencia autodirigida, intento de suicidio y un final de suicidio consumado. Por ello los profesionales deben acompañar a los sujetos a hacer una vista al pasado para ver que su estado de ánimo ha decrecido poco a poco hasta llegar a “un pozo”, aparentemente sin salida, pero hay que demostrarles que de la misma forma que han acabado dentro, poco a poco van a poder salir. Además se les enseña a los participantes a identificar sus propias señales de riesgo que se pueden ver y en qué momento se encuentran del descenso para saber como deben intervenir (Valdivieso, Foguet, y Capdevila, 2021).

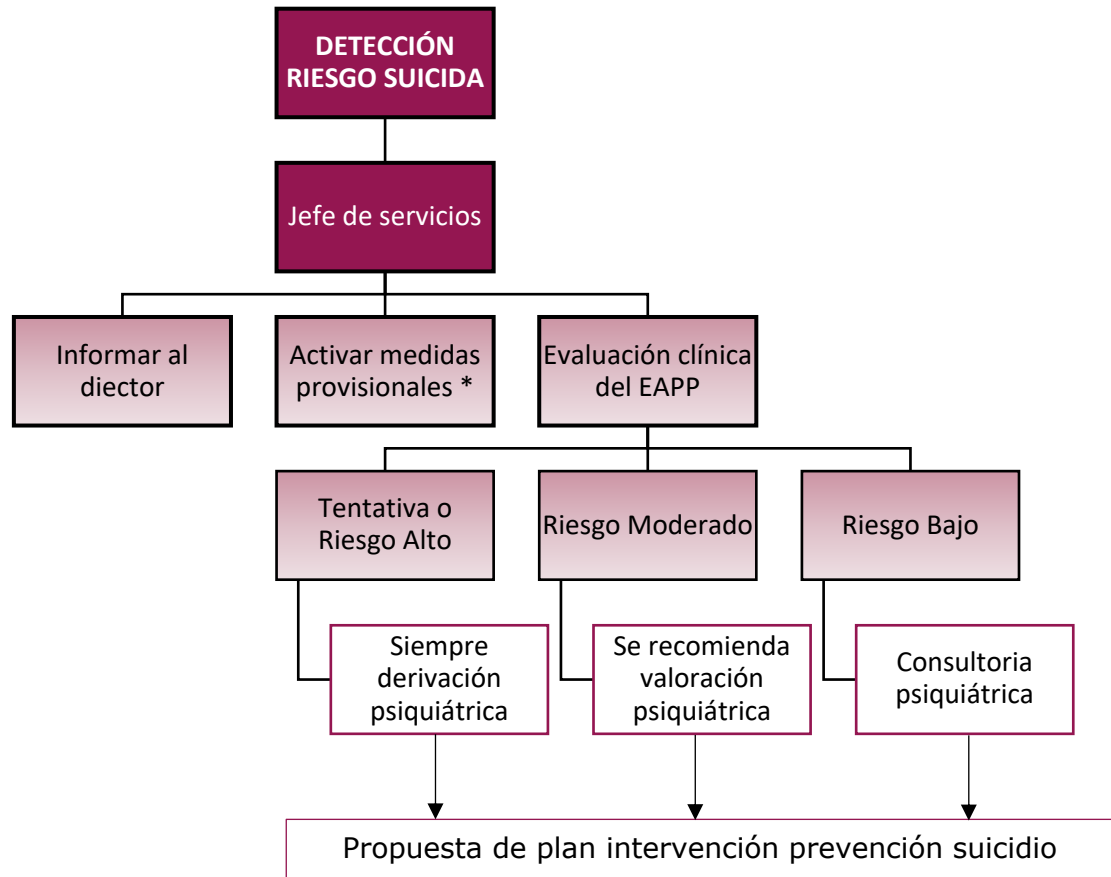
1.4. Detección y evaluación clínica del suicidio

Cualquier profesional del ámbito penitenciario puede detectar riesgo de suicidio, debido a que sostienen una actitud abierta y de alerta hacia posibles riesgos de suicidio o conductas autolíticas, por ello deben conocer los factores de riesgo, señales de alarma, factores precipitantes y factores protectores, que predisponen a la conducta en cuestión. Así mismo, tienen la responsabilidad de poner hincapié en momentos claves de la condena, ya que pueden convertirse en un punto de inflexión de no retorno; momento del ingreso, es importante identificar aquellos primarios vulnerables y bajo qué circunstancias pueden serlo, momentos espontáneos durante la condena por variables sobrevenidas y traslados de unos centros a otros.

La evaluación clínica del riesgo de suicidio la realiza el Equipo de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP) y según el resultado obtenido se deriva al psiquiatra y/o psicólogo clínico del Equipo de Salud Mental del Centro (ESM) (ver figura 3) , que mediante la impresión clínica, los factores de riesgo y la utilización de instrumentos validados y escalas como el MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI versión 5.0.0, validado en español el año 200) (Anexo 1), recomendada por el Código Riesgo de Suicidio (CRS). Después de proponer las recomendaciones para cada tipo de riesgo el EAPP realiza una propuesta de intervención preventiva del suicidio al Jefe de servicios (Código ético, 2015 y programa Marco de prevención de suicidios

en los centros penitenciarios de Cataluña, 2020; Ayuso, Baca, Bobes, Giner, Pérez, Sáiz y Saiz, 2012).

Figura 3. Acciones sujetas a la evaluación del riesgo suicida.



Fuente: elaboración propia e información extraída del programa marco de prevención de los suicidios en los centros penitenciarios de Cataluña.

* Por medidas provisionales se entiende: no dejar solo al interno/a, garantizar que esté permanentemente observado en la celda por un funcionario o cámara y/o retirar los objetos con los que se pueda autolesionar.

1.4.1. Tipos de riesgo de suicidio

Como ya se ha mencionado anteriormente, la gravedad del riesgo de suicidio dependerá de la consideración del personal médico del centro penitenciario, juntamente a los factores de riesgo presentes en el sujeto en cuestión y de los resultados obtenidos en los instrumentos administrados, como el MINI (Anexo 1) (Fernández, Pera y Fernández, 2012). Considerar que el criterio clínico prima sobre el resto de indicadores, además de ser determinante del

grado de gravedad de riesgo de suicidio y el plan de intervención que se llevará a cabo. Por ello a continuación se mostrarán los distintos tipos de riesgo:

Tentativa de suicidio: en el medio penitenciario, se entiende este concepto como cualquier comportamiento suicida, se incluye las intoxicaciones voluntarias y las autolesiones o autoagresiones, que tienen como objetivo causar la propia muerte, sin conseguirlo.

Riesgo alto de suicidio: las personas clasificadas en esta tipología presentan elevadas probabilidades de que lleven a cabo una conducta suicida a corto o medio plazo, en particular, si se ha producido una tentativa previa reciente, existe un riesgo alto de repetición.

La evaluación psiquiátrica y psicológica es el componente clave, con una exploración de otros factores de riesgo, problemas de salud y señales de alarma, que pueden constituir un agravante de la conducta suicida y pueden ser susceptibles de mejora con medidas preventivas o terapéuticas. Además de una entrevista clínica y una evaluación psicopatológica para elaborar un diagnóstico y así, poder determinar la inclusión o no del sujeto al protocolo CRS (Código Riesgo de suicidio).

Un alto riesgo de suicidio corresponde a una puntuación de 10 o más en el módulo de suicidio de la escala MINI. Además de que el sujeto debe presentar una tentativa previa reciente o ideación suicida expresa o planificación de la conducta en cuestión.

Riesgo moderado de suicidio: los internos con este nivel de tentativa presentan una probabilidad moderada de llevar a cabo una conducta suicida a corto o medio plazo y manifiestan una menor vulnerabilidad ante los posibles factores de riesgo que puedan estar presentes en su entorno. La detección de esta tipología requiere una exploración de los problemas de salud y de los factores de riesgo que puedan cooperar al aumento de riesgo de suicidio. Muchas de estas variables son modificables y/o susceptibles de mejora con medidas preventivas o terapéuticas.

Un nivel moderado de riesgo de suicidio corresponde a una puntuación de 6 a 9 puntos en el módulo de suicidio de la escala MINI. En este caso, además

de presentar ideas activas o deseo de muerte o de “desaparecer” o de acabar con una situación para el sujeto insoportable, también han presentado con anterioridad pensamientos suicidas, con frecuentes verbalizaciones de ambivalencia sobre estas ideas, aunque sin presentar planificación de la conducta autolesiva.

Riesgo bajo de suicidio: el sujeto clasificado en riesgo bajo presenta una probabilidad reducida de llevar a cabo una conducta suicida a corto o medio plazo. Por ello, se deberá examinar la presencia de factores de riesgo y de problemas de salud que podrían llegar a contribuir al incremento del riesgo. Un nivel bajo corresponde con una puntuación entre el 1 y el 5 del módulo de suicidio de la escala MINI. En este caso, el sujeto en cuestión habitúa presentar malestar psicológico significativo e ideas pasivas de muerte. En las entrevistas evaluativas los internos en esta situación no presentan ideas explícitas de querer morir, pero si un deseo de “desaparecer”, “dejar de sufrir”, etc. lo cual el personal clínico de referencia debe examinar.

Delante de cualquier sospecha o detección de riesgo de suicidio por parte de algún profesional, se notificará verbalmente o por escrito al “Cap de Serveis” mediante un *comunicado de hechos*, vía SIPC (Sistema de Información Catalán), que activará las medidas de prevención adecuadas, para que así director, Servicios Sanitarios y profesionales con contacto directo con el interno en cuestión tengan constancia de la situación y el riesgo en el que se encuentra, para así poder hacer un trabajo cooperativo por el bien del paciente. (Código ético, 2015 y programa Marco de prevención de suicidios en los centros penitenciarios de Cataluña, 2020; Gómez, 2012; Rangel, Suárez y Escobar, 2015).

1.5. Intervención precoz y seguimiento del riesgo

La intervención; en tipo, nivel de asistencia implicado y duración, se ven definidos por el tipo de riesgo examinado, la existencia de patologías y el estado mental del sujeto. Tanto en la intervención como el seguimiento del riesgo, se ve implicado el Equipo de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP), el Equipo de Salud Mental (SM), el Equipo de Rehabilitación (RHB) y los

Funcionarios de Servicio Interior (FSI). En cuanto a los servicios de salud, la mayor parte de la responsabilidad de la intervención y del seguimiento recae en el Equipo de Atención Primaria y/o Salud Mental, según el tipo de riesgo estipulado (ver figura 4).

Figura 4. Intervenciones recomendadas según los riesgos de suicidio.

			¿Qué hacer?	¿Cómo hacerlo?	¿Quién lo hace?			
					EAPP	SM	RHB	FSI
Tentativa de suicidio			Evaluación médica inmediata	Atención médica para asegurar la supervivencia.	X	X		
	Riesgo alto		Asegurar la supervivencia (medidas de seguridad física i de observación)	Contención mecánica (si procede).	X	X		X
			Asegurar un tratamiento eficaz	Contención farmacológica (si procede).	X	X		
			Evaluación psiquiátrica	Evaluación urgente de la competencia del paciente (en alto riesgo siempre; en riesgo moderado y bajo valoración / consultoría respectivamente).		X		
			Actuación y gestiones de seguridad	Ingreso hospitalario (si se requiere) según el circuito establecido.	X	X		
				Poner el interno en situación de vigilancia permanente (presencial o con cámara).				X
		Revisar cuidadosamente al interno y a sus pertenencias (repetidamente).					X	
		Retirar todos los objetos peligrosos (cristales, espejos, máquinas de afeitar, cordones, bolsas, auriculares con cable, cinturones, encendedores, cuchillas, medicación, etc.) con los que se pueda autolesionar.					X	
		Riesgo moderado	Supervisar el paciente directamente durante la administración de la comida o en situaciones de cuidado personal (higiene).	X	X	X	X	
			Promover y facilitar la presencia de un interno de soporte (si no está contraindicado *).	X	X	X	X	

Riesgo bajo		Informar al resto de profesionales de riesgo suicida y otros riesgos si es necesario.	X	X	X	X
		Monitorizar la evolución de la ideación suicida.	X	X	X	X
		No juzgar ni infravalorar los pensamientos referidos del paciente.	X	X	X	X
	Tratamiento según patología y circunstancias	Informar al paciente de las medidas tomadas y del plan terapéutico y de intervención.	X	X	X	X
	Seguimiento clínico ambulatorio	Según patologías específicas.	X	X		
	Intervención psicológica	De los profesionales sanitarios.	X	X		
	Medidas de rehabilitación	Del psicólogo clínico y/o del módulo.		X	X	
		Derivación al Programa N'VIU. Aumento de actividades: deportivas, culturales, creativas... Mejorar los soportes familiares / sociales. Aumento del seguimiento individual, entre otros.			X	X
	Seguimiento longitudinal (desactivación a los 12 meses de seguimiento en casos de tentativa alta y/o alto riesgo).	Anotar los sistemas de información propios y/o compartidos (SIPC; ECAP; HC3;...).	X	X	X	X
		Mantener una frecuencia de seguimiento según el grado de riesgo.	X	X	X	X
		Actitud observadora y atención a posibles cambios en factores de riesgo, precipitantes/ desencadenantes, protectores y/o situaciones estresantes.	X	X	X	X

Fuente: tabla extraída del programa marco de prevención de suicidios en los centros penitenciarios de Cataluña, Generalitat de Catalunya (Departamento de Salud y Justicia).

* Está contraindicado en caso que exista un riesgo de heteroagresividad (del interno que presenta el riesgo de autolisis hacia el interno de soporte).

El seguimiento proactivo longitudinal durante doce meses, se establece en los casos de mayor riesgo de suicidio o en tentativa de suicidio con el propósito de mantener una reevaluación periódica del nivel de riesgo suicida

y así, poder identificar posibles factores de riesgo nuevos y/o precipitantes. Es importante destacar que el Equipo de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP) permite el contacto asistencial frecuente, además de ser el dispositivo sanitario más cercano a los internos, así se convierte en el servicio médico más indicado para hacer este tipo de seguimiento longitudinal (Anseán, 2014; Saavedra y López, 2015).

1.6. Postvención

La postvención es la minimización del impacto del suicidio, tiene como objetivo mejorar la capacidad de adaptación, la resiliencia, las habilidades de afrontamiento y el apoyo de todas aquellas personas que se ven implicadas en el suicidio, tanto de forma directa como indirecta.

En relación con las familias, existen dos tipos de intervención; intento de suicidio o suicidio consumado. Por un lado, si se ha producido un intento de suicidio no consumado, se cita una entrevista con la familia presente en la ficha del interno, la cual será informada de la situación producida y de las medidas de intervención tomadas. Por otro lado, si el intento ha sido consumado, será el director de la institución penitenciaria quien notifique a los familiares mediante una entrevista los hechos catastróficos ocurridos. Además se les ofrece información sobre asociaciones comunitarias que les pueden servir de apoyo (Anseán, 2014; Saavedra y López, 2015).

1.7. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida

Las causas de la conducta suicida como ya hemos hablado en anteriores apartados son complejas y multidimensionales, debido a que no hay un único factor que lo impulsa, sino un conjunto de casuísticas de carácter biológico, genético, social, cultural, psicológico y ambiental, que en combinación, pueden desencadenar en suicidio. Además algunos sujetos parecen especialmente vulnerables al suicidio cuando tienen que hacer frente a situaciones vitales especialmente difíciles o situaciones estresógenas (OMS, 2000). Por ello, la identificación de los factores que aumentan el riesgo suicida es de gran importancia por la correlación que tienen con dicha conducta. Así pues, el nivel de riesgo se acentúa cuanto mayor es el número

de factores que presenta el sujeto, si bien algunos tienen un peso significativamente mayor que otros (Hawton, 2009; Rodríguez, 2017 y Benavides – Mora et. al., 2019).

La prisión en la mayor parte de los casos, puede representar una pérdida de libertad, de apoyo familiar y social, miedo e incertidumbre en relación al futuro, culpabilidad por delito penado y/o miedo y estrés por las condiciones que se presentan en el ámbito penitenciario. A medida que va pasando el tiempo, el encarcelamiento genera más estrés por conflictos con la institución, victimización, frustración por las resoluciones legales e incluso deterioro físico y emocional (Negredo, Melis y Herrero, 2010; Douglas, Lilienfeld, Skeem, et. al., 2008).

Los factores que aumentan la probabilidad de suicidio pueden clasificarse en modificables clínicamente, en los que se incluyen los factores psicológicos, sociales y psicopatológicos, y en inmodificables, como son los factores que se asocian al individuo en particular o al grupo que pertenece, se caracterizan por su permanencia en el tiempo, debido a que el cambio es ajeno a cualquier intervención clínica (ver figura 5) (Bobes, Giner y Díaz, 2011).

Figura 5. Clasificación de factores de riesgo suicida.

MODIFICABLES	INMODIFICABLES
Apoyo social	Edad y sexo
Nivel educativo	Estado civil
Trastorno de personalidad	Situación laboral e económica
Trastorno de ansiedad	Creencias religiosas
Esquizofrenia	Conducta suicida previa
Trastorno bipolar	Antecedentes suicidas en su entorno
Depresión	Características de la condena
Desesperanza	Historial de maltrato
Abuso sustancias	Estresores relacionados con el encarcelamiento
Estrategias de afrontamiento	

Fuente: elaboración propia a partir de las referencias empleadas en los apartados: factores sociodemográficos, factores forenses y penitenciarios y factores psicológicos y psiquiátricos.

1.7.1. Factores sociodemográficos

Éstos factores son muy frecuentes entre la mayoría de penados en las cárceles de España, debido a ello, por si solos no son predictivos, será necesario la combinación con otros factores para que se consideren un riesgo significativo (Bobes, Giner y Díaz, 2011).

Joven. Los internos que oscilan entre los 18 y 23 años presentan un mayor riesgo de intento de suicidio y suicidio consumado, a consecuencia de la inmadurez cognitiva de la persona. La experiencia en la institución puede ser especialmente dura y difícil para los adolescentes al estar para algunos por primera vez separados de sus amigos y familiares (OMS, 2000 y 2008; Negredo, Melis y Herrero, 2010).

Hombre / mujer. Pese a que la mayor parte de los suicidios en las instituciones penitenciarias son llevados a cabo por hombres, posiblemente porque la mayoría de los internos son hombres, las mujeres también presentan un elevado riesgo de suicidio, puesto que presentan más tentativas. Éste riesgo aumenta si las penadas se encuentran en prisión preventiva, presentan psicopatologías, tienen poco apoyo sociofamiliar y/o ha tenido intentos previos de suicidio. Asimismo, los hombres presentan métodos más letales que las mujeres (OMS, 2000 y 2008; Negredo, Melis y Herrero, 2010; Avalia-t, 2020).

Estado civil. En prisión las personas solteras presentan un mayor riesgo de suicidio que las personas casadas, aunque la pérdida de contacto con la pareja en casados, puede ser un gran impacto para los sujetos, lo cual implica que este factor no sea significativo (Lohner y Konrad, 2007).

Nivel educativo bajo. Un bajo nivel de estudios se relaciona con un mayor riesgo suicida. No obstante, es una característica muy frecuente en la población penitenciaria, por lo que su valor preventivo y predictivo es muy reducido (Avalia-t, 2020).

Nivel socioeconómico bajo. En la sociedad actual, la pérdida de empleo y la pobreza se relaciona con un mayor riesgo suicida, pero como en el caso anterior, en la población penitenciaria es un aspecto muy frecuente y por ello, el valor que se le otorga a este factor de riesgo es limitado (Avalia-t, 2020).

Religión. Los internos con convicciones religiosas presentan un menor riesgo de suicidio, se contempla la creencia como un mecanismo de proporción de sentido a sus vidas y de disminución del estrés, pudiéndose considerar un factor protector. Por lo contrario, las personas ateas presentan tasas más altas. Considerar que los países con prácticas religiosas prohibidas presentan las mayores tasas, también aquellas religiones con creencias de reencarnación, como son los budistas e hinduistas y, por último, con tasas menores los protestantes, católicos y musulmanes.

Antecedentes de suicidio en familiares y/o personas de su entorno. Se aumenta el riesgo de suicidio especialmente en el género femenino, y cuando el intento o el suicidio consumado ha sido de un familiar muy cercano. En los centros penitenciarios, se produce en algunas ocasiones lo que se denomina suicidio por contagio o imitación, debido a sentimientos de unidad por parte de los internos hacia grupos pequeños de internos, incluso como "ritos de iniciación" o como muestras de valor (Bobes, Giner y Díaz, 2011; Avalia-t, 2020).

Falta de apoyo social. En varios estudios se ha relacionado el apoyo social adecuado como factor de protección en la población penitenciaria, y el aislamiento social como un factor de riesgo presente en todas las edades. Sin embargo, parece ser que la marginación influye más en el suicidio que en las tentativas de suicidio (Sherman y Morschauser, 1989; Bobes, Giner y Díaz, 2011).

1.7.2. Factores forenses y penitenciarios

Estar en prisión preventiva o en una fase temprana de la condena. Durante estos periodos, el riesgo de suicidio aumenta por el estrés

procedente del encarcelamiento, el posible agravante de sufrir un síndrome de abstinencia y una inestabilidad e inseguridad del futuro a medio/largo plazo.

Delito violento/grave. Se ha hallado una correlación entre internos penados en delitos violentos y conductas suicidas. Existen diversas explicaciones que intentan arrojar luz; En el caso de los psicópatas, se argumenta las autolesiones como método agresivo contra la institución, con la utilización del propio cuerpo como un instrumento de agresividad. En el caso de los internos condenados por delitos sexuales, especialmente delitos violentos, la motivación que les puede llevar a producir conductas suicidas son las expectativas de una condena larga y la victimización que pueden padecer por parte de otros internos o incluso, la culpa, el remordimiento o la vergüenza por sus delitos.

Faltas disciplinarias. Éste factor de riesgo es uno de los que más correlaciona con las conductas autolesivas, además se ha demostrado que los internos que realizan este tipo de conductas también son agresivos hacia otras personas y objetos, es por ello, que sus expedientes penitenciarios presentan tantas faltas disciplinarias (Negredo, Melis, y Herrero, 2010).

Hallarse en una celda de aislamiento. Se ha encontrado en diversos estudios una elevada correlación entre cumplir parte de la condena en una celda de aislamiento y conductas suicidas, exactamente se ha demostrado que entre el 76% y el 97% de los internos que fallecen por suicidio en prisión, se encontraban en ese preciso momento en celdas de aislamiento. Las causas que se cree que pueden llevar al suicidio a los internos de aislamiento o incluso los que se encuentran en celdas individuales es la privación sensorial y social (He, Felthous, Holzer, Nathan y Veasey, 2001; Bobes, Giner, Díaz, 2011).

Acoso. El acoso físico, sexual y/o verbal por parte de los internos es un factor de riesgo que correlaciona significativamente. Además se aumenta la frecuencia de acoso si los internos son adolescentes y/o considerados como débiles” (Negredo, Melis, y Herrero, 2010).

1.7.3. Factores psicológicos y psiquiátricos

La prevalencia de los trastornos mentales en el ámbito penitenciario en sí mismo es muy elevado, por ello la validez predictiva del riesgo suicida es limitado. No obstante, los internos que realizan intentos suicidas padecen la mayoría trastornos psicológicos (Zabala, 2016).

Los trastornos más habituales en la población penitenciaria que se suicida son: la adicción a drogas, el alcoholismo, los trastornos afectivos, la depresión y la esquizofrenia. En relación a éste último hay que tener en cuenta la sintomatología positiva.

Trastornos de personalidad. Pueden ser determinantes en el aumento de riesgo de conductas suicidas, debido a que predisponen a la comorbilidad con otros trastornos mentales mayores como la depresión y/o el alcoholismo, favorecen problemas sociales interpersonales y precipitan acontecimientos vitales estresantes, además de deteriorar la capacidad de afrontamiento de los sujetos que los padecen.

Trastorno de ansiedad. Casi un 20 % de los internos que sufren esta alteración han realizado un intento de autolisis. Además la ansiedad se relaciona en multitud de casos a la depresión, siendo ésta última otro trastorno que aumenta el riesgo suicida.

Esquizofrenia. Hasta un 10% de los pacientes que sufren este trastorno han consumado el suicidio. Padecer esquizofrenia aumenta 8,5 veces más el riesgo de autolisis en relación a la población general. Se debe destacar que muchos de los medicamentos psicoactivos para combatir la esquizofrenia reducen la ideación suicida.

Trastorno bipolar. Alrededor de un 25 y un 50% de pacientes que padecen esta patología han realizado un intento de suicidio. El riesgo de suicidio se magnifica si el sujeto se encuentra al inicio del trastorno y/o cuando hay comorbilidades asociadas, siendo 15 veces mayor en estos casos

que en la población general (Negredo, Melis, y Herrero, 2010; Bobes, Giner y Díaz, 2011; Saavedra y López, 2015).

Depresión. Se asocia a la ideación y a la conducta suicida, además su sintomatología aumenta el riesgo de suicidio en ambos sexos, especialmente en el femenino, debido a que la presencia de depresión es uno de los factores de riesgo más importantes, mientras que en el sexo masculino lo es más la presencia de intento de suicidio previo. La existencia de depresión es una condición necesaria, pero no suficiente para que se produzca un intento de suicidio. En relación a la prevalencia, la depresión aumenta 20 veces más el riesgo suicida. Cuando no hay un abordaje precoz de la enfermedad con frecuencia se va a complicar la sintomatología y además se puede desencadenar el suicidio (Mateu, 1997; Beautrais, 2005; López, González – Pinto, Mosquera, et al., 2007; Sakinofsky, 2007; Navío y Pérez, 2020).

Desesperanza. Es uno de los componentes cognitivos presentes en el trastorno depresivo y se encuentra relacionado con la conducta autolesiva, particularmente por el efecto que tiene en la ideación suicida. La relación entre la depresión y el riesgo de suicidio desaparece si se controla la desesperanza.

Otros factores psicológicos. Algunas características psicológicas como la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la dificultad de resolución de problemas y el perfeccionismo, pueden estar relacionadas con la conducta suicida. El riesgo de éstos rasgos varían en función de la edad, sobre todo la desesperanza, comentada anteriormente y la rigidez cognitiva.

Historia de maltrato físico o abuso sexual. Concretamente si han sucedido durante la infancia se produce un aumento del riesgo de suicidio significativo. También se ha visto una asociación entre los agresores sexuales y el suicidio, en España, según el ministerio de Sanidad el 21,9% de los agresores realizaron un intento de suicidio y el 16,4% lo consumaron tras agredir a su pareja con consecuencias mortales (Navarro, Zabala y Ricarte 2019).

Intentos previos de suicidio, conductas autolesivas e ideación suicida. Los intentos previos o la ideación suicida es un fuerte indicador de riesgo, durante los seis primeros meses e incluso durante el año siguiente después del intento de suicidio, el riesgo aumenta entre 20 – 30 veces más (Tuesca y Navarro, 2003). Según Fruehwald, Frottier, Matsching, y Eher, en su estudio del 2003, examinaron en prisiones austríacas 220 casos de los 250 suicidios ocurridos entre el 1975 y 1999. Descubrieron que alrededor del 60% habían intentado suicidarse previamente y el 37% había tenido ideación suicida. Gran parte de los suicidios sucedidos en prisión, habían transmitido su intención de suicidarse a su familia, a otros internos, etc., aunque no lo hubieran comentado a los profesionales que les hubieran podido ayudar.

Abuso /dependencia del alcohol. Este factor se relaciona en multitud de ocasiones con el suicidio, tanto como factor de riesgo como factor precipitante. Se ha encontrado que hasta un 15% de los pacientes diagnosticados de alcoholismo se suicidan, y el exceso de alcohol es un aspecto presente en el 25 – 50% de los suicidios. (Bobes, Giner, Díaz, 2011).

Abuso /dependencia sustancias psicotrópicas. Un elevado número de internos que consuman el suicidio, estaban en ese preciso momento bajo los efectos de las drogas y /o alcohol. Uno de los problemas que acarrea a los pacientes el consumo de drogas, es la falta de adherencia a los tratamientos y al seguimiento necesario. Si a ello se le suma la elevada tasa de trastornos psiquiátricos comórbidos de los internos, especialmente afectivos, que pueden sufrir, el riesgo y la probabilidad de llevar a cabo una conducta suicida aumenta significativamente (Negredo, Melis, y Herrero, 2010; Bobes, Giner, Díaz, 2011).

Estresores relacionados con el encarcelamiento. Los estresores que pueden aumentar el riesgo de suicidio en los internos, son mayoritariamente los conflictos con otros internos y el estrés acumulado de cúmulos de problemas en la convivencia. Además la mayor parte de los internos que se suicidan son especialmente vulnerables a la situación de encarcelamiento.

Estrategias de afrontamiento. Los internos que se suicidan o realizan tentativas de suicidio, utilizan estrategias de afrontamiento emocional ante los problemas que se les presentan poco efectivas, además de un estilo de afrontamiento que se caracteriza por la evitación y la reacción emocional (Negredo, Melis, y Herrero, 2010).

1.8. Factores protectores

En principio, todos aquellos factores de riesgo nombrados en el apartado anterior, planteados de forma inversa, podrían ser utilizados como factores de protección por si solos. Aunque esta peculiaridad no tiene por qué darse, por ello son necesarios más estudios que lo corroboren. La función de estos factores de protección contra el riesgo de suicidio es minimizar los efectos de los factores de riesgo, y por consiguiente disminuir los casos de suicidio.

Los factores protectores pueden dividirse en aquellos propios del individuo y los propios del entorno. El primero de ellos, podemos incluir las actitudes positivas hacia la vida, los valores, locus de control interno, poseer habilidades de resolución de problemas, la utilización de estrategias de afrontamiento sanas y una autoestima alta.

Entre los factores ambientales destacan la existencia de una red social y familiar de apoyo, poseer recursos económicos suficientes para tener una vida tranquila, la participación social, accesibilidad a los dispositivos de salud, un ambiente estable y la capacidad de hablar libremente sobre temáticas del suicidio (Avalia-t, 2020; Bobes, Giner y Díaz, 2011; Negredo, Melis, y Herrero, 2010; Rey y López, 2015).

1.9. Factores precipitantes

Los factores precipitantes son de difícil evaluación, debido a que depende de la susceptibilidad del sujeto, ya que para unos puede ser un detonante de suicidio y para otros una normalidad, es por ello que se tiene que ver el factor en conjunto con el sujeto. Algunos de los factores precipitantes más aceptados por la comunidad científica son: las recaídas en trastornos

mentales que ya se padecen o nuevos, sentimiento de vacío existencial prolongado en el tiempo, un sufrimiento percibido como inaguantable, fuertes frustraciones en cualquier ámbito de su vida y, sobre todo eventos de vida estresantes. Éstos últimos pueden ser habituales en la vida de los internos, pero pueden ser vividos como catástrofes y sin visión de salida, como pérdidas personales (separaciones y muertes de allegados), pérdidas de dinero significativas, pérdida de trabajo, problemas legales que acarrea el ingreso en prisión, y acontecimientos negativos, todos ellos pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en las personas que presentan otros factores de riesgo, anteriormente nombrados (Avalia-t, 2020; Mateu, 1997; Rodríguez, Pedraza y Burunate, 2004).

1.10. Responsabilidad institucional y profesional

El suicidio en las instituciones penitenciarias es indemnizable, cuando en la investigación pertinente por parte del personal policial se ha concluido que existe una relación causal entre el funcionamiento de dicha administración y el resultado lesivo del interno.

En el art. 9.3. de la Constitución Española se garantiza la responsabilidad de los poderes públicos, regulando a su vez por el art. 106.2. en los siguientes términos: *"Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*.

En relación a la responsabilidad que acarrea el personal penitenciario como consecuencia del suicidio acontecido por algún interno, es meramente subjetivo a diferencia del institucional, ya que esa responsabilidad tiene lugar cuando se cumplen dos condiciones: la administración ha satisfecho una indemnización al lesionado por la actuación/omisión administrativa y el empleado ha actuado con dolo, culpa o negligencia grave. (Constitución Española, 1978; Barrios, 2001 y 2002).

2. OBJETIVOS

El objetivo general de éste estudio es analizar la relación existente entre el suicidio y el sistema penitenciario, y realizar una revisión bibliográfica acerca de todo el proceso penitenciario relacionado con el suicidio, con tal de profundizar en el conocimiento actual de la conducta suicida. El reto en el ámbito de prevención es identificar qué personas son las más vulnerables y ante qué situaciones, para poder intervenir a tiempo.

2.1. Objetivos específicos

Una vez realizada la recopilación de información y a raíz de la escasez de fuentes directas sobre aspectos relacionados sobre el suicidio en prisión, se planteó los siguientes objetivos específicos:

- Conocer si los factores de riesgo expuestos en las fuentes consultadas son presentes en la población penitenciaria.
- Investigar la influencia de las características de los centros penitenciarios en relación con las manifestaciones suicidas.
- Comprobar la adecuación de los instrumentos utilizados actualmente para medir el riesgo de autolesión en el ámbito penitenciario catalán.
- Desarrollar entrevistas estructuradas que permitan una recopilación de información suficiente para satisfacer los objetivos planteados.
- Analizar las características más comunes que se producen en este tipo de conductas dentro del ámbito penitenciario.
- Conocer cuales de los factores asumibles como riesgo tienen un peso más alto para la consecución de las conductas autolesivas.

Éstos objetivos determinan la metodología y los métodos de análisis empleados.

3. METODOLOGÍA

Dada la necesidad y la importancia de la prevención de conductas suicidas, se realiza una revisión bibliográfica en múltiples fuentes de información, a través de bases de datos como: la Revista Española de Sanidad Penitenciaria,

Google académico, Web of Science, bibliotecas como la de la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad Rovira y Virgili, entre otros lugares de acceso, utilizando palabras clave como: "suicide in prisión", "suicide", "factores de riesgo", etc. Asimismo, y gracias a la oportunidad brindada de haber tenido contacto durante el periodo de prácticas curriculares en el Centro Penitenciario Mas d'Enric de Tarragona, se ha podido acceder a documentos que en éste utilizan para la prevención y la detección de conducta suicida.

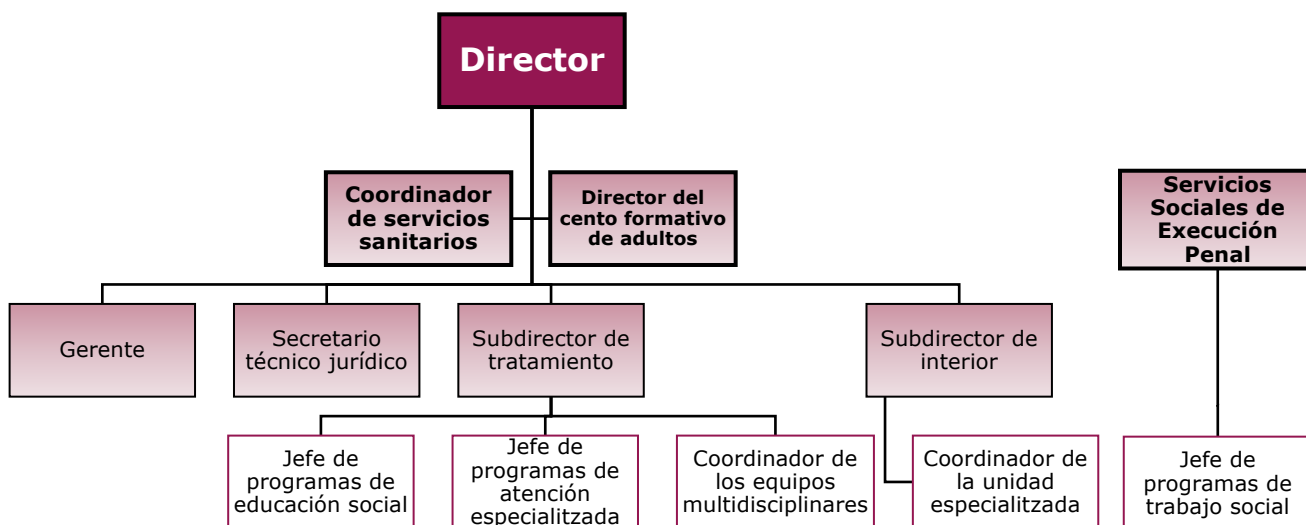
Posteriormente, con tal de obtener información sobre la actualidad del suicidio en las prisiones de Cataluña se realizó entrevistas estructuradas a nueve profesionales del Centro Penitenciario Mas d'Enric, localizado en el municipio del Catllar (Tarragona), y a un sujeto que ha estado en prisión y vivió la experiencia del suicidio de un compañero, por tal de obtener información cualitativa.

3.1. Participantes

En el presente estudio se seleccionó nueve profesionales del ámbito penitenciario de diferentes especialidades, todos ellos trabajadores de la prisión Mas de Enric, con el objetivo de tener una visión heterogénica del suicidio. También se entrevistó a un exconvicto que vivió el suicidio de un compañero de módulo, con la finalidad de ver qué visión tienen desde dentro de los modelos actuales de prevención del suicidio y de las acciones llevadas a cabo por el personal penitenciario.

A continuación, se presenta en la figura 6 el organigrama de la prisión en cuestión para poder entender su funcionamiento estructural.

Figura 6. Organigrama del centro penitenciario Mas de Enric.



Fuente: elaboración propia a partir de la información extraída de las entrevistas y del modelo de rehabilitación de las prisiones catalanas.

Además se diferenciará de cada participante a qué ámbito técnico se dedican del equipo multidisciplinar (ver figura 7), funcionarios que dependen del jefe de programas anteriormente representados en el organigrama, debido a que cada uno de ellos cumple una función ante una situación de conductas suicidas por parte de los internos, echo que puede ser importante a la hora de establecer posibles mejoras al plan de actuación contra el suicidio actual.

Figura 7. Componentes del equipo multidisciplinar.



Fuente: elaboración propia a partir de la información extraída de las entrevistas.

Los equipos multidisciplinarios están presentes en todos los módulos, y tienen como mínimo: un psicólogo, un trabajador social, un jurista y dos educadores familiares, dependerá de la capacidad del módulo y del presupuesto de la prisión, el número de profesionales que trabajen.

A continuación se expondrá información breve sobre los sujetos que realizaron las entrevistas:

Sujeto 1. Técnico especialista con 38 años de experiencia en el ámbito penitenciario, sus funciones en casos de suicidio, por un lado si es consumado debe comunicar inmediatamente la situación a la jefatura de servicios vía "Walkie- talkie" e inmediatamente ponerse a disposición del servicio médico y policial por si necesitan su ayuda. Si por lo contrario el intento no ha sido consumado y hay sospechas de que puede darse, intenta concertar una cita lo antes posible con el médico para que conjuntamente se decida si se activa el protocolo.

Sujeto 2. Consta de 14 años de experiencia en el ámbito penitenciario, los primeros años como técnico de seguridad interior y los últimos como jurista. Sus funciones en este puesto es la clasificación de los internos, el diseño de los PIT y el asesoramiento en cuestiones relacionadas con la condena. En casos de suicidio no tiene unas funciones específicas a ejercer.

Sujeto 3. Director del centro penitenciario, posee 33 años de experiencia. En caso de suicidio coordina tanto a los profesionales para que realicen los trámites legales obligatorios, como a nivel de seguridad, además de comunicar el acontecimiento a los allegados del interno.

Sujeto 4. Educadora social con casi 5 años de experiencia en el ámbito penitenciario. Ante un intento de suicidio, deberá notificar la sospecha al jefe/a de servicios para que en conjunto con los demás profesionales se decida si se activa o no el protocolo de prevención suicida.

Sujeto 5. Psicólogo del DERT y de enfermería, posee de 14 años de experiencia, es el referente de la Prisión de Tarragona del protocolo de prevención de suicidio, por ello se encarga de coordinar los psicólogos para que realicen el seguimiento oportuno de los casos con el protocolo activo.

Sujeto 6. Trabajadora social con tres años y medio de experiencia en el ámbito penitenciario, en caso de suicidio debe contactar con la familia del interno para darles soporte.

Sujeto 7. Técnico especialista con 15 años de experiencia en el ámbito penitenciario, sus funciones en casos de suicidio es prevenir en primer lugar y si ha sucedido, valorar la situación y avisar al médico de guardia.

Sujeto 8. Psicólogo clínico con 17 años de experiencia en el ámbito penitenciario. La función principal que realiza ante un caso de suicidio es la detección y el seguimiento de éstos, debido a que la mayor parte de la responsabilidad del tratamiento recae en manos de los servicios médicos.

Sujeto 9. Psicóloga clínica con tres años y medio de experiencia en el ámbito penitenciario, sus funciones actuales tienen como objetivo la atención psiquiátrica y de la salud mental en el entorno judicial, como por ejemplo; la atención ambulatoria, los ingresos hospitalarios en las diferentes unidades, entre otros.

Sujeto 10. Condenado a tres años por tráfico de drogas, ha cumplido condena en diferentes prisiones españolas, entre ellas Mas de Enric, centro penitenciario de Castellón, Carabanchel, etc. Vivió el suicidio de un compañero de módulo, con el que compartía actividades de ocio y programa de tratamiento.

3.2. Diseño del instrumento

A fin de abordar los objetivos planteados en el presente estudio, se planteó una entrevista estructurada que permite la comparación de resultados entre sujetos y la libertad de respuesta, debido a que las preguntas son abiertas. Se debe considerar que las preguntas fueron ligeramente modificadas para adecuarlas a la posición del antiguo interno (Ver anexo 7.3.). Con el propósito de confrontar los resultados se elaboró los siguientes grupos de contenidos con sus respectivas preguntas:

Información previa. Éste grupo de preguntas no esclarece ningún objetivo, fue creado para poder contextualizar el trabajo y la experiencia de los sujetos en el ámbito del suicidio.

- ¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?
- ¿Cuáles son sus funciones en prisión? ¿Y en concreto en un caso de suicidio?

Visión y/o concepto del suicidio. Trata de ver la opinión personal de los profesionales sobre el suicidio en general y en específico de la prisión. Además de esclarecer la desinformación que llega a la sociedad a partir de los medios de comunicación.

- ¿Cómo cree que es visto el suicidio? ¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?
- ¿Por qué cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en a población en libertad?
- ¿Por qué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio? ¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos?
- ¿Por qué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobre todo de casos de prisión? ¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población?

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). Se propuso éste grupo de cuestiones con la finalidad de conocer las vivencias en prisión suicidas y el impacto emocional que produjo en ellos. Asimismo, descubrir como lo viven los demás internos y los familiares.

- ¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera? ¿Cómo vivió estas situaciones? ¿Se ha sentido en algún caso que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma?
- ¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?
- ¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio? ¿Qué tipo de información se les proporciona? ¿Cómo suelen reaccionar ante esta información?

- ¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?

Causas / motivos. Incluye la enumeración de los aspectos, motivos o causas por las que creen los sujetos que se suicidan los internos y si existe diferencias con los casos de suicidio de la población en libertad. Además de establecer si existe o no una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio.

- ¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?

Factores de riesgo. Éste conjunto de preguntas tiene la finalidad de crear un listado común de factores de riesgo del suicidio actuales incluyendo la visión de todos los participantes, para así, poder añadirlos a los ya presentes en la información extraída de la revisión bibliográfica.

- ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida?
- ¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan? ¿Cuáles? ¿Y ambientales y/o familiares?

Factores precipitantes y protectores. Éstas preguntas tratan de saber qué aspectos desencadenan, activan, ponen en marcha o “disparan” una conducta que ya existía sumergida en la intencionalidad de esa persona, pero que de no haber aparecido ese factor, muy probablemente nunca se hubiera puesto en marcha aquel comportamiento autolesivo.

- ¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos? ¿Cuáles?
- ¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida? ¿Y cuáles son los factores protectores?

Mejoras. La pregunta propuesta trata de dar voz a la opinión de los sujetos más cercanos a los casos de suicidio en prisión a fin de proponer mejoras factibles a las instituciones para prevenir más casos de suicidio.

- ¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir? ¿Qué cambiaría para mejorarlo?

Programas y protocolos. Las preguntas que se muestran a continuación tienen el objetivo de conocer que programas, protocolos y tratamientos se inician ante un intento de suicidio o suicidio consumado. Además de descubrir si existe una formación específica para las diferentes especialidades de profesionales en materia de suicidio.

- ¿Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿Qué protocolo y/o programa se inicia?
- ¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido un intento de suicidio?
- ¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos? ¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas suficientes para enfrentarse a tales situaciones?
- ¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio en la condena del interno?
- ¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio?

Prevención. Éste conjunto de cuestiones tiene la finalidad de conocer todas aquellas medidas que se efectúan en las instituciones penitenciarias como método de prevención.

- ¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida?
- ¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio?
- ¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?
- ¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?

Responsabilidad institucional. En este apartado de la entrevista se averigua el tipo de responsabilidad que acarrea la institución y los funcionarios de la prisión ante las denuncias por parte de los familiares en un caso de suicidio.

- ¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares? ¿Y la institución?

3.3. Aplicación del instrumento

Durante el período entre el 15 de abril y el 15 de junio aproximadamente, se realizaron las entrevistas a los sujetos. Se les brindó la posibilidad de hacerlas de tres formas: presencial, online a través de videollamada o bien, se les facilitaba las preguntas vía e-mail para que las respondieran cuando pudieran con la finalidad que posteriormente fueran devueltas respondidas. La mayoría de los participantes realizaron la entrevista en vivo en vez de por su cuenta, aspecto que fue de gran utilidad en la realización del trabajo, puesto que aportó mayor cantidad de información.

3.4. Análisis de los datos

En lo que se refiere al análisis de los datos, se procedió a la transcripción textual de las entrevistas gravadas con el consentimiento previo de los participantes, de ésta forma se pudieron obtener unos resultados más fiables. Por otra parte, se agruparon los resultados por los conceptos anteriormente comentados; información previa, visión y/o concepto del suicidio, experiencia ante el suicidio, causas/motivos, factores de riesgo, desencadenantes, mejoras, programas y protocolos y prevención, con el fin de comparar los resultados entresujetos y sacar una conclusión global.

4. RESULTADOS

A continuación, se presentará las ideas de cada sujeto extraídas de las diferentes preguntas clasificadas en los bloques mencionados anteriormente del apartado 3.2. *Diseño del instrumento*. El apartado de Información Previa no aparecerá en resultados, debido a que ya se ha especificado con anterioridad en el punto 3.1. *Participantes*.

4.1. Sujeto 1: Jefa de Unidad; técnico especialista

Visión y/o concepto del suicidio. El suicidio es relativo a las vivencias, el concepto de vida que tiene cada uno, las creencias religiosas, etc. Las personas que en algún momento de sus vidas han tenido pensamientos suicidas no juzgan a las personas que lo intentan, todo lo

contrario, lo entienden. La población presa tiene un mayor índice de suicidio, debido a que gran parte de las decisiones que se toman en prisión no dependen de ellos mismos, eso les frustra; por la falta de gestión emocional, también por la incertidumbre que sienten los preventivos de no saber que condena van a cumplir, si la familia los va a apoyar, si les creen, si le van a esperar fuera, entre otras muchas cosas. En los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios debido a que puede darse un efecto contagio en personas dubitativas de llevar a cabo una conducta suicida, otra de las razones por las que no sale en las noticias es el reglamento actual que existe en prisión, el cual es garantista de los derechos de los internos, uno de ellos es el derecho a la privacidad.

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). La participante ha vivido tres suicidios consumados, el primero de ellos le afectó psicológicamente, ya que había compartido con él tres años en prisión y tenían buena relación, aparte de que era muy joven. A partir de aquí empezó a interesarse por el suicidio y realizó cursillos. Entre los trabajadores de prisión se manifiesta unos sentimientos de tristeza, debido a que han compartido muchos momentos día a día. En relación a los compañeros de módulo por regla general suele afectarles bastante, incluso el interno que aparentemente es el más depravado se conmueve, asimismo, se crea en torno a esa persona mucho respeto. Por parte de sus familiares, no suelen pedir más información que la que les otorga el director, debido a que muchos de ellos ya hacía tiempo que no contactaban con el interno. La autolesión como método de suicidio no es común, en cambio la autolesión instrumentalizada es algo muy frecuente en prisión como método de obtener beneficios.

Causas / motivos. Por regla general no existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio.

Factores de riesgo. Ser primarios, desestructuración familiar, sobre todo si éste último se inicia a una edad temprana, el tipo de condena; si está mal visto o es público, es un factor agravante, ruptura familiar por ingreso a prisión, falta de herramientas psicológicas de resolución de problemas, tendencia a no tener relaciones profundas con otros internos, por la falta de confianza existente en el ámbito penitenciario, falta de movimiento, etc.

Factores precipitantes y protectores. Los factores precipitantes suelen ir acompañados de una ruptura de un apoyo importante o noticias sobrevenidas. En cambio, como factores protectores se ven mimetizados por una buena relación con el exterior y/o interior, con un apoyo sano que les escuche y que le permita confiar y desahogarse sin miedo.

Mejoras. El sujeto considera que con los recursos existentes se está realizando todo lo posible, prevenir a base de conocer bien a los internos para poder detectar cambios repentinos. En un mundo idílico, proporcionaría más formación a los profesionales técnicos y a los del equipo multidisciplinar, además de aumentar el número de psicólogos.

Programas y protocolos. Ante un suicidio consumado se avisa inmediatamente al jefe superior de módulo para que inicie el protocolo de suicidio y se ponga en marcha el engranaje de diferentes profesionales para realizar la investigación. En cambio si no se ha consumado, se activa un protocolo de prevención en el que intervienen: médico, psicólogo y psiquiatras, en ése orden y posteriormente se trabaja con el equipo multidisciplinar para ayudar conjuntamente al interno. Actualmente, no existe formación reglada, organizada y estructurada, sino que es uno mismo que por su cuenta se forma si le interesa el tema.

Prevención. Siempre se valora el riesgo suicida en las entrevistas, sobre todo en las que se realizan los tres primeros días de condena, además existe un pequeño protocolo del riesgo muy estructurado (PPS).

Responsabilidad institucional. En la mayoría de los casos la responsabilidad recae en la administración, si el profesional no ha realizado una negligencia, debido a que tiene la responsabilidad de velar por la integridad física de los internos, por ello, paga una compensación subsidiaria si existe una denuncia por parte de los familiares.

4.2. Sujeto 2: Jurista

Visión y/o concepto del suicidio. El suicidio se podría definir tanto como un acto de valientes como de cobardes. En la mayoría de los casos se relaciona con no querer afrontar aquello que se les presenta en la vida o no se ven capaces, ya que la muerte nunca es bien recibida. La tasa de suicidios es mayor en la población penitenciaria por el aislamiento que se vive en

prisión, debido a que tienen las comunicaciones con el exterior establecidas y limitadas. Los medios de comunicación debería ser un lugar en el que se diera visibilidad y concienciara a la población, pero no interesa, la población penitenciaria se considera algo a olvidar.

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). El sujeto se ha encontrado con un caso de suicidio, se sintió mal y le hizo recapacitar en muchas cosas. Considera que siempre se puede hacer algo más en la prevención, aunque en el caso de prisión es muy difícil percatarse, atender y poder percibir características de todos los internos que conviven, con las múltiples casuísticas de cada uno. Además es difícil diferenciar autolesiones con fin suicida de aquellas que tienen como finalidad un reclamo de atención, estas últimas son muy comunes en el ámbito penitenciario. Entre la población penitenciaria se pueden observar diferentes reacciones, unas que se centran en la tristeza, en la búsqueda del sentido y de señales no percibidas, y otras en responsabilizar a la administración penitenciaria por lo ocurrido.

Causas / motivos. El sistema penitenciario no tiene ningún interés en causar el suicidio, no realiza actividades con ningún fin dañino hacia los internos. Aunque el propio sistema penitenciario puede favorecer el suicidio, por el aislamiento y la falta de contacto con los allegados o todo en general.

Factores de riesgo. Patologías mentales, aislamiento familiar, consumo de drogas, extorsiones, "bullying", etc. Es difícil establecer unas características personales comunes en las personas que se suicidan, porque estas conductas se dan en todos los estratos sociales, con diversos niveles culturales, lo que les une es un problema sobrevenido que consideran sin solución.

Factores precipitantes y protectores. Los internos en muchas ocasiones estallan con cosas mínimas, son irascibles, por ello es difícil de estipular aspectos desencadenantes de una conducta suicida. Como factores protectores encontramos la esperanza de aquello que les espera fuera, una vida relativamente estructurada, por ello van a luchar por mantener sus ganas de vivir.

Mejoras. Los profesionales penitenciarios intentan hacer todo lo posible para prevenir el suicidio, aunque nunca es suficiente. El sistema actual funciona en la mayoría de casos de suicidio, pero no en los casos de sobredosis.

Programas y protocolos. Cualquier profesional del equipo técnico puede realizar una detección precoz en las entrevistas estipuladas, entonces se pone en conocimiento y se evalúa, y se decide si se deriva a la aplicación del protocolo contra el suicidio o es descartado. Aunque los profesionales no reciben una formación específica para llevarlo a cabo.

Prevención. La prevención se realiza a través de las entrevistas y la observación de los internos, como jurista no dispone específicamente de una valoración. El equipo técnico en su conjunto administra la escala de evaluación del riesgo, que se encuentra incluida en el Risc Canvi, en el cual mide otros aspectos.

Responsabilidad institucional. La administración entre sus funciones se encuentra la guardia y custodia de los presos y detenidos, por ello si existe una demanda, se deberá indemnizar a la familia por la pérdida del ser querido. También se debe tener en cuenta si los funcionarios han realizado sus cometidos, observación y vigilancia, si no es así podrían estar cometiendo una negligencia, la cual es denunciabile.

4.3. Sujeto 3: Director

Visión y/o concepto del suicidio. El suicidio es un acto que realiza alguien que ha escogido el camino inadecuado. La población presa tiene un mayor índice de suicidios debido a que tienen menos herramientas para solucionar sus propios problemas y en buscar soluciones, además poseen una sensación de tenerlo todo perdido. Éste asunto debería ser más visible en los medios de comunicación, aunque en general es un tema tabú en la sociedad. Asimismo, no hay motivos suficientes para pensar que cuanto más se visibiliza en la prensa, menor es el número de suicidios

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). El sujeto ha vivido unos 10 casos de suicidio durante su carrera profesional. Ante estos casos se pone a disposición de los familiares toda la información disponible, su reacción es de dolor y desconfianza hacia la institución.

Causas / motivos. No existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio.

Factores de riesgo. Suelen ser mayoritariamente familiares y una mala recepción de una noticia.

Factores precipitantes. Un problema sobrevenido que no sabe encajar.

Mejoras. Actualmente, existe un sistema que va mejorando para la detección de posibles internos con tendencia suicida.

Programas y protocolos. El PPS es un protocolo de prevención de conductas suicidas, en el caso de un intento de suicidio se realizan tratamientos psiquiátricos y psicológicos para la mejora del paciente. A los profesionales del ámbito penitenciario se les otorga un protocolo antisuicidio, el cual pueden activar si detectan una amenaza de suicidio.

Prevención. Para la detección precoz de riesgo suicida existe el instrumento psicométrico llamado Risc Canvi.

Responsabilidad institucional. Si se ha cumplido con el protocolo y los profesionales han cumplido con sus obligaciones, no existe ninguna responsabilidad.

4.4. Sujeto 4: Educadora social

Visión y/o concepto del suicidio. En el ámbito penitenciario por parte de los internos, se culpa a la institución por no dejarlos en libertad cuando lo han necesitado. Por parte de los profesionales, se vive mal, con remordimientos de no haberlo detectado a tiempo o porque esa persona no se ha dejado ayudar, aunque lo sigues viendo como un fracaso. En el módulo en el que trabaja la participante, el suicidio es visto como un acto de cobardes. Los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo al suicidio por la falta de vínculos afectivos; de apoyos. En prisión, se deja entrever las muertes de los internos, pero no se especifica el motivo, para no estigmatizar más a las prisiones.

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). La participante no sabría estipular un número exacto de experiencias suicidas, debido a que se puede confundir con la sobredosis como muerte accidental, en vez de suicidio. Además las autolesiones es una conducta muy frecuente entre los internos, sobre todo en los más jóvenes, llegan a tener marcas por todo el cuerpo. Los familiares al igual que los otros internos, culpan a la institución de la muerte del sujeto.

Causas / motivos. La actividad penitenciaria en si no tiene una relación causal con el suicidio, es más por la situación personal y por la falta de gestión de sus problemas.

Factores de riesgo. Ser influenciable, carencia de apoyo familiar, no dejarse ayudar, sentimiento de culpabilidad, familias desestructuradas, consumo de drogas y poseer una visión negativa sobre ellos mismos.

Factores precipitantes y protectores. El desencadenante común es el no ver salida a todo lo que le acontece en prisión, sin visión de futuro a medio – largo plazo y con remordimientos.

Mejoras. Aunque se está trabajando mucho en la prevención del suicidio, si la economía lo permitiera sería favorecedor contar con más personal para poder realizar una atención más individualizada, sobre todo psicólogos.

Programas y protocolos. Los profesionales reciben una formación obligatoria y otra de opcional, en el CEJFE, para si es necesario poder activar el protocolo de prevención suicida (PPS), y por consiguiente iniciar el trabajo del equipo de salud (médico, psicólogo y psiquiatra).

Prevención. El conocer bien a un interno te da las herramientas suficientes para detectar un cambio abrupto en su comportamiento, y así buscar más indicadores para corroborar si es o no un potencial sujeto para el PPS.

Responsabilidad institucional. Si existe una denuncia, tanto la institución como el personal deberán presentarse al juzgado y ver cómo se resuelve la situación, si existe una negligencia por parte del profesional, la responsabilidad recaerá en el trabajador.

4.5. Sujeto 5: Psicólogo DERT y enfermería

Visión y/o concepto del suicidio. La creencia de que el suicidio es un acto de cobardes o valientes es un mito que existe en la sociedad, la realidad es una persona que carece de recursos y estrategias para afrontar su sufrimiento, por ello, la única salida que encuentra es el suicidio. Los índices de suicidio son más altos en prisión por la cantidad de factores asociados que hay en prisión, que en la calle también están existentes, pero que aquí son más predominantes. En la población en general existe un miedo

al contagio o miedo a que cuanto más se hable del suicidio peor, en cambio, está demostrado que es todo lo contrario.

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). El sujeto ha vivido varios suicidios en su carrera profesional, cuando sucedió quedó tocado, pensando en todo aquello que dejaba el sujeto aquí, la familia, los amigos, etc. Los familiares cuando se enteran de la situación, les impresiona, se frustran, niegan lo que ha sucedido y sienten rabia, todo ello enmascara la tristeza que realmente están sintiendo.

Causas / motivos. En la privación de libertad, ya existe una relación causal y un impacto en el sujeto, más todavía si son preventivos.

Factores de riesgo. Existen los factores individuales: edad, género, trastorno bipolar, abuso de sustancias, depresión, trastorno límite, entre otros trastornos, y rasgos de personalidad como la impulsividad, la inestabilidad emocional y la agresión. Los psicológicos: el aislamiento social, la desesperanza, la baja autoestima, visión negativa de si mismo y del mundo y un pobre autoconcepto. Y los factores sociofamiliares como el apoyo familiar, sustento económico, educación recibida, desempleo, pérdida de lazos familiares, etc.

Factores precipitantes y protectores. Los factores precipitantes puede ser el estrés sobrevenido de una mala noticia, pérdida de un ser querido y la notificación de causas pendientes que te alarguen la condena. Por otro lado, el factor protector más importante es el apoyo familiar y social y poseer buenas estrategias de afrontamiento.

Mejoras. Se debería destinar más recursos para contratar a más profesionales y formación.

Programas y protocolos. En la actualidad, está el programa PPS, que cualquier profesional en las entrevistas que realiza puede detectar indicios de pensamientos suicidas, debe dar la voz de alarma y registrarlo en el CIGFE, donde a partir de ahí se vigila con más frecuencia la estabilidad del sujeto y se determina el nivel de riesgo para actuar con consecuencia. Tratamiento en si para sujetos que han tenido un intento de autolisis no existe, aunque se está trabajando en el programa N'VIU.

Prevención. La prevención es posible si se conoce todos los factores de riesgo, los detonantes que pueden llevar a la conducta suicida y realizando mucha psicoeducación a todo el personal que trabaje en el centro

penitenciario. Además como complemento existe el Risc Canvi que mediante una subescala mide riesgo de autolesión.

Responsabilidad institucional. El funcionario no acarrea ninguna responsabilidad, en todo caso la institución, debido a que tiene la obligación de velar por la integridad física de las personas privadas de libertad.

4.6. Sujeto 6: Trabajadora social

Visión y/o concepto del suicidio. Los sujetos que se suicidan en prisión no tenían proyectos de futuro, alternativa de vida factible y positiva. En los medios de comunicación no interesa hablar del suicidio, es un tema tabú y pone de manifiesto que el sistema penitenciario no ha funcionado.

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). El sujeto ha vivido un suicidio pasivo, se negó a someterse a un tratamiento para la enfermedad que padecía. No ha apreciado reacciones de otros presos, ya que tienen una visión egocéntrica, manipuladora y de difícil identificación con el dolor ajeno.

Causas / motivos. En determinados casos la actividad penitenciaria puede incrementar el deseo de realizar una conducta suicida, es uno de los factores que más agravan.

Factores de riesgo. Falta de apoyo familiar, falta de expectativas de futuro, percepción de falta de control de la situación personal, estados de ánimos negativos, falta de apoyo en el interior de prisión, ...

Mejoras. Desde el punto de vista social, los profesionales deberían estar mejor preparados para apoyar a la familia.

Prevención. Los trabajadores sociales intervienen en los casos que la familia ha detectado algún indicio.

4.7. Sujeto 7: Técnico especialista

Visión y/o concepto del suicidio. El sujeto ve el suicidio como un acto de valentía, ya que se debe meditar, preparar y ejecutar. En comparación con la población en general, la población reclusa posee más factores de riesgo y más probabilidad de ser vulnerables.

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). Las autolesiones en prisión es una conducta común, sobre todo tiene una connotación reivindicativa.

Causas / motivos. Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio.

Factores de riesgo. Trayectoria personal, problemas en prisión y/o fuera, limitación de movimiento, carencias de oportunidades.

Factores precipitantes. Las autolesiones e intentos previos de suicidio.

Mejoras. Más prevención, entrevistas y control de personas con susceptibilidad suicida.

Programas y protocolos. Ante una detección de pensamientos suicidas se deriva al sujeto al médico, psiquiatra y posteriormente, al psicólogo.

Responsabilidad institucional. En principio, si no hay negligencia clara por parte de algún profesional la responsabilidad recae en la administración.

4.8. Sujeto 8: Psicólogo clínico

Visión y/o concepto del suicidio. El suicidio en prisión según los afectados puede tener diferentes visiones. Para la institución o los altos cargos que representan la administración, es un indicador muy potente de calidad del servicio. En relación a los trabajadores, no les resulta extraño el suicidio de los internos, debido a que conocen las características de personalidad de éstos, existe un mayor índice de problemática tanto de salud mental como problema social y personal. Existe un mito que consiste en que si se habla del suicidio la gente se suicida más, de alguna manera, si se hacen públicas las cifras del suicidio es también un indicador de que en la sociedad actual hay algo que no va bien.

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). El sujeto ha vivido seis casos de suicidio a lo largo de su carrera personal, los ha vivido razonablemente bien, aunque con cierta pena, comenta que esto no tiene que ver con la empatía sino con un axioma que le costó años de entender, y es que no se puede ayudar a una persona que no te lo permite. Cuando un

interno se suicida, es recordado y trasciende en la vida de los otros internos, provoca un sentimiento de pena e incluso de echar en falta, aunque en vida abusara o lo maltrataran.

Causas / motivos. El psicólogo no cree que el suicidio esté relacionado con la actividad penitenciaria, incluso afirma: "la cárcel ha salvado la vida de muchos presos".

Factores de riesgo. El propio contexto de prisión, un interno le llegó a decir al participante: "a mí un juez me ha condenado a estar privado de libertad durante un tiempo, pero claro es que encima tengo que aguantar otros individuos que no respetan las normas". Además otros factores que poseen los sujetos que realizan conductas suicidas son: no tienen visión a medio-largo plazo, baja tolerancia a la frustración, impulsivos, trastornos de personalidad, antecedentes de suicidio, tienen déficits de resolución de problemas y carencias familiares, muchas veces porque la familia se cansa de apoyar a los internos sin ver cambios. Se debe tener en cuenta que las autolesiones en algunas ocasiones tienen un componente adictivo, no quieren hacerlo, pero les resulta algo irresistible, asimismo si lo utilizan como instrumentalización, es doblemente reforzante.

Factores precipitantes y protectores. La frustración inesperada sobre algo que el sujeto valora como importante y sobre todo la pérdida inesperada de apoyo externo, normalmente los factores desencadenantes no suelen actuar o no son lo suficientemente potentes como para activar el suicidio. Los factores protectores es lo que llaman los internos "una personalidad fuerte", el tener un proyecto de vida, unas aspiraciones, un apoyo externo saludable y poseer de una meta a medio-largo plazo motivadora, que les permita activar mecanismos de autodisciplina y esfuerzos sostenidos en el tiempo.

Mejoras. En la opinión del sujeto se está haciendo todo lo posible para prevenir; protocolos de suicidios, diversos programas, etc., aunque la eficacia no sea la esperada, se detectan muchos falsos positivos, entonces aumenta la instrumentalización de la conducta. La única mejora que propone el sujeto es el aumento de personal, ya que con ello habría un menor riesgo de suicidio y de otros aspectos que vulneran a los internos.

Programas y protocolos. El tratamiento que se sigue ante un intento de suicidio es el seguimiento del interno durante una buena temporada, hasta

que vuelve a la tasa base, es decir, cuando se considera que ya no existe peligro de autolesión.

Prevención. En todas las entrevistas que realizan se valora el riesgo suicida, incluso en la primera de ellas cuando los internos ingresan en prisión, además se utiliza el instrumento psicométrico Risc Canvi, pero el sujeto afirma que no tiene utilidad, tiene una fiabilidad muy baja. Un suicidio se puede prever en la medida en la que funcione el protocolo, es probabilista, por lo tanto cuantos más factores de riesgo posea la persona más probabilidad habrá de que se cometa el suicidio.

Responsabilidad institucional. Si se ha actuado como guía el protocolo establecido y hay forma de demostrarlo, la administración no deberá acarrear ninguna indemnización.

4.9. Sujeto 9: Psicóloga clínica

Visión y/o concepto del suicidio. Las personas con depresión que piensan en el suicidio, se perciben a sí mismos como cobardes, porque no se atreven a dar el paso, por ello, se intuye que para éste colectivo de personas el suicidio es un acto de valentía. En los medios de comunicación no se da más visibilidad del suicidio por el mito existente en la sociedad del efecto dominó o efecto contagio, aunque no debería ser así.

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). El sujeto no ha vivido ningún caso de suicidio consumado. Las autolesiones en prisión son muy comunes en el contexto de descarga emocional y movilizadas por el entorno. En la mayoría de personas, profesionales o presos, el suicidio genera un impacto emocional fuerte.

Factores de riesgo. Factores biológicos: sexo, edad, presencia de trastornos mentales, tentativa previa de suicidio, antecedentes familiares de suicidio, sentimiento de desesperanza, impulsividad, agresividad, consumo de sustancias y rigidez de pensamiento. Factores medioambientales: vivir solo, soporte familiar inadecuado o insuficiente, problemas sociales y accesibilidad a medios letales. Factores penitenciarios: primer ingreso, sentencia de larga duración, delitos contra las personas, eco en los medios de comunicación, cambios en la situación penal, separación de un compañero,

ubicación en celdas de aislamiento o individuales, conflictos, intimidación y victimización dentro de prisión.

Factores precipitantes. Notificación de una sanción, modificación de la situación de cumplimiento, cambios en la conducta, regalar pertenencias o dar otras cosas que con anterioridad se apreciaban mucho, cambios de comportamiento y rutinas, descubrimiento de material indicativo de intencionalidad suicida y expresión de ideación suicida o amenaza de autolesiones.

Mejoras. La participante cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir, cree que debería darse más visibilidad a los programas ya existentes al personal del centro y coordinación, cuestiones que comenta que ya se están trabajando.

Programas y protocolos. Funciones del equipo de salud mental en el protocolo de prevención de suicidios: promoción de la salud en la prevención del suicidio, detección del riesgo suicida y evaluación clínica del riesgo de suicidio. Los médicos del EAPP deben derivar el paciente al psiquiatra siempre que haya una tentativa o un riesgo alto de suicidio, en los casos de riesgo moderado se recomienda valoración del psiquiatra y, por último, el riesgo bajo comporta una consulta con el psiquiatra, quien decide si el riesgo puede derivar a ser más alto.

Prevención. Durante las entrevistas que se realizan reglamentarias se valora el riesgo suicida, además si cualquier persona del equipo multidisciplinar o de seguridad tienen sospechas los derivan a salud mental, donde se sitúa la participante y realiza las pruebas pertinentes para valorar el ingreso en la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria.

4.10. Sujeto 10: Antiguo interno

Visión y/o concepto del suicidio. El suicidio es visto como un acto de cobardía, como un método de desinhibición del sistema penitenciario. También puede ser el resultado de una llamada de atención con final inesperado. El motivo del suicidio en prisión es estrés post – traumático, de la situación a la que se debe adaptar la persona. No existen diferencias entre el suicidio en prisión y en libertad, ya que la calle es otra cárcel. Los internos en prisión no se suicidan, sino que los suicidan, además no el sujeto no cree

que se suicide más gente en prisión que fuera. La gran mayoría de suicidios en prisión son provocados, por las circunstancias, como dice el sujeto "dentro de prisión existen muchas más prisiones", haciendo referencia al mundo de las drogas, de las deudas, del tráfico y de los subgrupos se crean.

Experiencia ante el suicidio (personal y/o laboral). Vivió la muerte de un compañero de módulo con el cual compartía actividades de ocio, aunque no le afectó ya que considera que es ley de vida aunque sea en unas circunstancias precipitadas.

Causas / motivos. La gente que se suicida puede ser por vergüenza por el delito cometido y sobre todo por una mala noticia sobrevenida.

Factores de riesgo. Tener acceso a herramientas o productos peligrosos que puedan ser utilizados para autolesionarse, salud física, salud mental, desestructuración familiar, entre otros muchos, que difícilmente son identificables por las personas que no conocen a los sujetos.

Factores precipitantes. El estrés postraumático.

Mejoras. La contratación de más funcionarios, así como psicólogos, entrenadores, para que los internos se evadan haciendo deporte. En resumen, la principal mejora es destinar más recursos al ámbito penitenciario.

Programas y protocolos. Cuando hay un intento de suicidio se utiliza el aislamiento y el protocolo antisuicidio, el sujeto considera que su eficacia es muy baja, por no decir nula.

5. CONCLUSIONES

Con la información recogida en la revisión bibliográfica y los resultados obtenidos en las entrevistas, se pone en manifiesto la necesidad de actualizar ligeramente las estrategias de prevención existentes, procurando ser más permeables a las propuestas de los estudios. Por un lado, porque las muertes por suicidio, conductas violentas autodirigidas y las tentativas de suicidio conforman un grave problema de la salud pública, sin olvidar que la población penitenciaria es más vulnerable. Por otro lado, porque en los últimos años se ha producido un incremento de suicidios tanto en la población penitenciaria como en la población global de país, echo que pone en alerta a la OMS. Además de pequeñas modificaciones en las estrategias de los protocolos de

prevención, se debería concienciar a los internos y al personal de seguridad de la prisión de la utilidad de los programas, para que así puedan ser ellos mismos quien notifiquen posibles señales de alarma.

Tras la exposición de los resultados cualitativos, se han elaborado unas propuestas por tal de arrojar luz a la prevención del suicidio:

En primer lugar, dotar a todo el personal penitenciario de formación especializada en el ámbito del suicidio, no solo al equipo multidisciplinar. Debido a que los primeros son los que pasan mayor cantidad de horas al día con los internos y pueden ser una fuente de información muy valiosa. Para facilitar la comunicación entre profesionales de seguridad y de tratamiento se debería de crear un apartado en el SIPC que se permita la visión y la modificación a los dos cuerpos profesionales en materia de suicidio, pudiendo visibilizar una señal de alarma cuando los sujetos se encuentren en PPS y/o detectar posibles cambios de comportamientos en los internos en general. También se debería de formar a los internos de soporte con el fin de que sean más propensos a la identificación de factores de riesgo, así como más cuidadosos a la hora de referirse a los internos en PPS.

En segundo lugar, se debería realizar postvención para minimizar el impacto del suicidio a todas aquellas personas que hayan tenido contacto directo con el sujeto en cuestión, no solo a las familias. Con el propósito de asegurarse que los internos y los profesionales que se encuentran significativamente afectados por el suicidio, dispongan de un espacio y la oportunidad de hablar de sus sentimientos (culpa, rabia, tristeza...). Además de orientar a los funcionarios de inquietudes y dudas que puedan generar malestar en el equipo y/o "*burn out*" en un futuro. De igual forma se debería plantear una postvención ante intentos de suicidio, ya que también hay sufrimiento ante éste, además podría ser la familia una fuente de apoyo y de resurgimiento del interno con tentativas.

En tercer lugar, es necesario realizar análisis exhaustivos de los suicidios consumados hasta el momento en cada institución penitenciaria, por tal de establecer mecanismos y procesos nuevos que faciliten la implantación de

mejoras en las diferentes áreas de organización preventiva; detección, evaluación y predicción de la conducta. También se debería investigar en relación a los factores protectores, debido a que en los estudios existentes apenas hacen mención, sería un punto fuerte para la prevención, ya que se podría potenciar estos factores en la medida de lo posible.

En cuarto lugar, se debería verificar mediante estudios científicos si los factores de riesgo nombrados en el apartado 1.7. factores de riesgo asociados a la conducta suicida y en los resultados de las entrevistas, podrían ser útiles como factores protectores utilizados a la inversa, visto que muchos de los profesionales entrevistados hacen mención a este aspecto. Además se debería investigar sobre factores desencadenantes del suicidio, a fin de elaborar unos criterios que se puedan añadir a los programas de prevención ya existentes.

En quinto lugar, se deberían hacer unas jornadas anuales en la prisión para concienciar a los internos de la importancia de la prevención del suicidio y para proporcionarles herramientas para que ellos mismos pudieran ser capaces de detectar cambios en su propio comportamiento o en el de los demás que denoten riesgo suicida. Además en las sesiones con los distintos miembros del equipo multidisciplinar podrían utilizar un tiempo destinado a la búsqueda de metas realistas a corto - medio plazo con los internos, que les sirvan de motivación para querer seguir adelante y salir de prisión.

En último lugar, considero que el consenso de investigadores del DSM deberían investigar el suicidio dada su importancia e incluirla con criterios diagnósticos que permitan la evaluación clínica, debido a que en la actualidad solo se consideran una propuesta extraída del consenso basándose en una revisión bibliográfica.

La escala psicométrica Risc Canvi, utilizada en la administración penitenciaria, personalmente considero que es ineficiente para la detección de sujetos con riesgo suicida, debido a su fiabilidad y a la opinión de la mayor parte de los profesionales entrevistados, por ello creo que se debería mejorar o cambiar. Además opino que se debería aumentar el personal de tratamiento, porque

está demostrado científicamente que a mayor personal, menor es el riesgo suicida y otros riesgos perjudiciales.

Las limitaciones presentes en éste trabajo son la inexperiencia en éste tipo de estudios, en concreto en la creación de entrevistas capaces de extraer la información necesaria del conocimiento de los entrevistados, para satisfacer los objetivos planteados, se vio que algunas de las preguntas elaboradas proporcionaban las mismas respuestas, por ello la información obtenida fue limitada. Asimismo, otra de las limitaciones fue las causadas por la situación de pandemia del COVID-19, la cual limitó el acceso en prisión durante las prácticas curriculares de la Universidad Rovira y Virgili.

En lo que se refiere a los puntos fuertes del trabajo, cabe destacar el completo marco teórico, debido a que considero que hace una recopilación de material necesario que puede ayudar a la elaboración de otros estudios con el fin de seguir mejorando el plan de prevención actual. Además, la elaboración del presente estudio me ayudó a entender a las personas que se suicidan y a las que lo intentan, y de la importancia de la prevención y del trabajo que realizan los profesionales penitenciarios que permite que no haga falta activar ningún protocolo ni tratamiento.

6. BIBLIOGRAFÍA

Anseán, A. (2014). Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Fundación Salud Mental España ed., pp. 235- 432.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Ayuso, J., Baca, E., Bobes, J., Giner, J., Pérez, V., Sáiz, P. y Saiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (1), 8-23.

Barrios, L. (2001). El suicidio en Instituciones Penitenciarias: I. Responsabilidad institucional. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 3, 118 – 127.

Barrios, L. (2002). El suicidio en Instituciones Penitenciarias; II. Responsabilidad profesional. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 4, 31-38.

Beautrais, AL., Collings, SCD., Ehrhardt, P., et al. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health.

Benavides – Mora, V., Nixon, G. Villota – Melo, N. y Villalobos – Galvis, F. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 181-195.

Bobes, J., Giner, J., Díaz, J. (2011). Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Tricastela, 2011.

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.

Douglas, K., Lilienfeld, S. O., Skeem, J.L., Poythress, N.G., Edens J.F. y Patrick, C. J. (2008). Relation of antisocial and psychopathic traits to suicide – related behaviour among offenders. *Law and Human Behavior*, 32, 511 – 525.

Fernández, R., Pera, F., y Fernández, E. (2012). La valoración del riesgo autolítico y sus repercusiones médico – legales. *Revista española de medicina legal: órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*, 38 (4), 155-160.

Ferrando, L. Bobes, J. y Gibert, J. (2000). MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview). Instituto IAP de Madrid, España.

Foguet, Q. y Capdevila, M. (2021). Evaluación de una intervención psicoeducativa para personas con conducta suicida en el medio penitenciario, Proyecto N'Viu (Investigación propia). Departamento de Justicia de la generalitat de Catalunya y hospital universitario de Vic.

Fontseca, E. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida, *Manual de tratamientos psicológicos*. Pirámide ed., Vol. 1, pp. 639 – 670.

Fruehwald, S., Frottier, P., Matsching, T. y Eher, R. (2003). The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides. *European Psychiatry*, 18, 161 – 165.

Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (5), 607-615.

González, M., García-Haro, J., García-Pascual, H. (2019). Evaluación contextual – fenomenológica de las conductas suicidas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39 (135), 15- 31.

Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012, revisada el 2020). Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Prácticas Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Hawton K. y Can Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373 (9672), 81-103.

He, X., Felthous, A., Holzer, C., Nathan P. y Veasey, S. (2001). Factors in prison suicide: one-year study un Texas. *Journal of Forensic Sciences*, 46, 896-901.

Lohner, J. y Konrad, N. (2007). Risk factors for self-injurious behaviour in custody: problems of definition and prediction. *International Journal of Prisoner Health*, 3 (2), 136 – 142.

López, P., González – Pinto, A., Mosquera F., Aldama, A., González C., et. al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. *Análisis de la atención sanitaria*. Investigación Comisionada. Victoria – Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad: 2007. Informe Nº.: Osteba D.07-02.

Mateu, R.F. (1997). La muerte y el suicidio. *La depresión: sus causas y soluciones psicológicas*. (Rafael Mateu Sanz ed., Vol. 1, pp. 281- 288).

Navarro, F., Zabala, C. y Ricarte, J. (2019). El trauma infantil como factor de riesgo de conductas suicidas en prisiones. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 21, 46 – 55.

Navío, M. y Pérez V. (2020). Depresión y suicidio. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. Wecare-u. Healthcare Communication Group.

Negredo, L., Melis, F. y Herrero, O. (2010). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. *Premio Nacional Victoria Kent*. Gobierno de España: Ministerio del Interior. Secretaría general de instituciones penitenciarias.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales*. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Prevention of Suicidal Behaviours: Feasibility Demonstration Projects on Community*. Interventions for Safer Access to Pesticides. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra.

Pérez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40, 1 - 14.

Rangel, C., Suárez, M. y Escobar, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Rev. Fac. Med.* 63 (4), 707-716.

Rey, M. y López, M. (2015). Els factors de risc de la conducta violenta autodirigida greu en àmbit penitenciari. Generalitat de Catalunya, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Rodríguez, R., Pedraza, M. y Burunate, M. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33 (1).

Ruiz, J., Gómez, I., Landazabal, M., Morales, S., Sánchez, V. y Páez, D. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 99 - 114.

Saavedra, J. y López, M. (2015). Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8 (4), 224-231.

Sakinofsky, I. (2007). Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. *Can J Psychiatry*, 52 (6S1), 71 - 84.

Sherman, L. y Morschauser, P. (1989). Screening for suicide risk in inmates. *Psychiatric Quarterly*, 60, 119 - 138.

Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. Salud *Uninorte*, 17, 19 – 28.

Valdivieso, S., Foguet, Q., y Capdevila, M. (23 de marzo del 2021). Prevención de suicidios en el entorno penitenciario [Programa N'VIU]. Conferencia del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (CEJFE) en Barcelona, España.

Víctimas mortales por violencia de género (2011). Ficha resumen – Datos provisionales. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Consultado el 16 de agosto de 2021, página web mi igualdad: <https://www.migualdad.es>

Zabala, C. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia. *Premio Nacional Victoria Kent*. Gobierno de España: Ministerio del Interior. Secretaría general de instituciones penitenciarias.

DOCUMENTACIÓN INTERNA:

Programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris de Catalunya. Generalitat de Catalunya; Departament de Salut i Departament de Justícia, 2020.

Protocol d'actuació: activitats per la prevenció del suïcidi. Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, Centre Penitenciari Mas d'Enric.

Codi risc de suïcidi. Barcelona: Direcció Àrea d'atenció sanitària, CatSalut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya, 2015.

7. ANEXOS

7.1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)

TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA

Criterios propuestos:

A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los último 24 meses.

Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamiento iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El "momento de inicio" es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.

B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.

C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preoperatorios.

D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.

E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Especificar si:

Actual: No han transcurrido más e 12 meses desde el último intento.

En remisión inicial: Han transcurrido 12- 24 meses desde el último intento.

A menudo, la conducta suicida se categoriza por la violencia del método utilizado. En la mayoría de los casos, las sobredosis con sustancias legales o ilegales se consideran métodos no violentos, mientras que precipitarse, las heridas por arma de fuego y otros métodos se consideran violentos. Otra posible clasificación son las consecuencias médicas del comportamiento, definiéndose los intentos de alta letalidad como aquellos que requieren una

hospitalización médica que supere una visita al servicio de urgencias. Otra dimensión a considerar sería el grado de planificación frente a la impulsividad del intento, una característica que podría tener consecuencias en el pronóstico médico de un intento de suicidio.

AUTOLESIÓN NO SUICIDA

Criterios propuestos:

A. En al menos 5 días del último año, el individuo se ha infringido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p.ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión sólo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida).

Nota: La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo, o bien puede inferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamientos que sabe, o ha aprendido, que no es probable que tengan como resultado la muerte.

B. El individuo realiza comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:

1. Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
2. Para resolver una dificultad interpersonal.
3. Para inducir un estado de sentimientos positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco después de la autolesión, y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sigieren una dependencia de realizarlos repetidamente.

C. Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:

1. Dificultades interpersonales o sentimientos o pensamientos negativos, tales como la depresión, la ansiedad, la tensión, el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica, que tienen lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.

2. Un período de preocupación con el comportamiento que se pretende realizar que es difícil de controlar y que aparece antes de realizar el acto.
3. Pensamientos acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente, incluso cuando no se actúan.

D. El comportamiento no está aceptado socialmente (p.ej., *piercings*, tatuajes, parte de un ritual religioso o cultural), y no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.

E. El comportamiento o sus consecuencias provocan malestar clínicamente significativo o interfieren con las áreas interpersonal, académica u otras áreas importantes del funcionamiento.

F. El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos, el delirium, la intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias. En individuos con un trastorno del neurodesarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental o afección médica (p.ej., trastorno psicótico, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, síndrome del Lesch-Nyhan, trastorno de movimientos estereotipados con comportamiento autolesivo, tricotilomanía, trastorno de escoriación).

7.2. Anexo 1: Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0. (MINI), signos y síntomas de sospecha de Riesgo de Suicidio.

ESCALA MINI	SÍ	PUNTS	NIVELL DE RISC
<u>Durant aquest darrer MES:</u>			
1. Ha pensat que seria millor morir-se o ha desitjat estar mort/a?	☐	1	RS BAIX 1-5 punts
2. Ha volgut fer-se mal?	☐	2	
3. Ha pensat en el suïcidi?	☐	6	RS MODERAT 6-9 punts
4. Ha planejat com suïcidar-se ?	☐	10	
5. Ha intentat suïcidar-se ?	☐	10	RS ALT ≥10 punts
<u>Al llarg de la seva vida:</u>			
6. Alguna vegada ha intentat suïcidar-se?	☐	4	

FACTORS DE RISC PRESENTS/ACTUALS	SÍ	NO
1. Trastorn mental		
2. Sentiments de desesperança		
3. Impulsivitat, agressivitat, nivell de consciència alterat		
4. Consum o dependència de l'alcohol		
5. Consum o dependència d'altres drogues		
6. Malaltia somàtica greu, discapacitat o amb presència de dolor		
7. Viu sol/a		
8. Absència de nucli familiar o social contenidor		
9. Problemes socials (aïllament, manca de suport, socioeconòmics)		
10. Esdeveniments vitals estressants (atur, problemes de parella, problemes familiars)		
11. Accés a mitjans letals		
12. Antecedents familiars de suïcidi		

Fuente: test extraído del Código riesgo de suicidio. Barcelona: Dirección Área de atención sanitaria, CatSalut y Dirección General de Planificación y Búsqueda en Salud, Generalitat de Catalunya; 2015.

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:			Puntos:	
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve ☐
6-9 puntos	Moderado ☐
≥ 10 puntos	Alto ☐

Fuente: MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW, Versión en Español 5.0.0 (DSM – IV).

7.3. Anexo 2: Entrevista realizada a los funcionarios

1. ¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?
2. ¿Cuales son sus funciones en prisión? ¿Y en concreto en un caso de suicidio?
3. ¿Cómo cree que es visto el suicidio? ¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?
4. ¿Porque cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en la población en libertad?
5. ¿Porqué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio? ¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos?
6. ¿Porqué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobretodo de casos en prisión? ¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población?
7. ¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera? ¿Cómo vivió estas situaciones? ¿Se ha sentido en algún caso, que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma?
8. ¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?

9. ¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio? ¿Qué tipo de información se les proporciona? ¿Cómo suelen reaccionar ante esa información?
10. ¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?
11. ¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?
12. ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida?
13. ¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida? ¿Y cuáles son los factores protectores?
14. ¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan? ¿Cuáles? ¿Y ambientales y/o familiares?
15. ¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos? ¿Cuáles?
16. ¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir? ¿Que cambiaría para mejorarlo?
17. Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿qué protocolo y/o programa se inicia?
18. ¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido un intento de suicidio?
19. ¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos? ¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas suficientes para enfrentarse a tales situaciones?
20. ¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio en la condena del interno?
21. ¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio?
22. ¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida?
23. ¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio?
24. ¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?
25. ¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?
26. ¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares? ¿Y a la institución?

7.4. Anexo 3: Entrevista realizada a un antiguo preso

1. ¿Cómo cree que es visto el suicidio? ¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?
2. ¿Qué diferencias existen entre un suicidio en prisión y un suicidio en libertad?
3. ¿En su estancia en prisión vivió el suicidio de algún compañero? ¿Qué tipo de relación compartía con él? ¿Cómo lo vivió usted? ¿Y sus compañeros?
4. ¿Manifestó de alguna manera sus intenciones de querer morir? ¿Mostró algún cambio de comportamiento?
5. ¿Cómo le afectó psicológicamente a usted esta situación? ¿Cambió su vida en prisión?
6. ¿Cómo cree que los funcionarios viven tal situación? ¿Cree que tienen los medios suficientes para enfrentarse a tal vivencia?
7. ¿Qué momentos fueron los más duros para usted en prisión? ¿Considera que alguno de ellos podrían ser un detonante de suicidio?
8. ¿Ha tenido algún pensamiento suicida? ¿Cree que es algo común en la población penitenciaria?
9. ¿Qué opina de la gente que se suicida o realiza intentos? ¿Y de los motivos?
10. ¿Dígame algunos aspectos, motivos o causas por los que crees que la gente se suicida en la prisión? ¿Y fuera? ¿Crees que los motivos son los mismos?
11. ¿Cuáles considera que son los factores de riesgo del suicidio? ¿Cree que son visibles?
12. ¿Cree que existe un desencadenante común en los suicidios?
13. ¿Qué cree usted que debería de cambiar o mejorar para disminuir el índice de suicidios en prisión?
14. ¿Qué tipo de programas o protocolos se activan ante un intento de suicidio o suicidio consumado? ¿Qué opina de su eficacia?
15. ¿Participó durante su estancia en algún protocolo de actuación en caso de suicidio? (¿Si es así, como fue? ¿Cree que le dieron las herramientas suficientes como para poder enfrentarse a tal situación?) (¿Si no es así, porque no participó? ¿Se le dio la oportunidad?)
16. ¿Cree que la prisión hace todo lo posible para la prevención del suicidio?

- 17.¿Ante un suicidio consumado o intento de suicidio que tipo de responsabilidad tiene que enfrentarse la prisión? ¿Qué opinas de ello?

7.5. Anexo 4: Transcripción de las entrevistas

Sujeto 1: Jefa de unidad; técnica especialista

1. **¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?** 38 años.
2. **¿Cuales son sus funciones en prisión?** Soy Jefe de Unidad, por lo tanto, es coordinar la gestión de la unidad, incluyendo el trabajo de los funcionarios, los horarios, programar actividades, ayudar a que se cumplan las actividades del módulo. En resumen, coordinar el trabajo de los funcionarios asignados a mi unidad y cumplir las órdenes que reciba.
¿Y en concreto en un caso de suicidio? Si se ha producido el suicidio suele ser en la celda, después de estar ellos solos, o en compañía de otro que no se ha dado cuenta o no ha avisado, se abre, suele notificar un funcionario quien es, inmediatamente se comunica a jefatura de servicios por un "walkie talkie", acto seguido se comunica a los servicios médicos, que es una emergencia médica y se procede a cerrar la puerta y precintarla si está solo, no se abre hasta que no llega el jefe de servicios. Si está acompañado de otro interno, se debe sacar al interno y ponerlo en otra celda, para dejar eso solo y que no se manipule nada. Es muy evidente que no hay posibilidad de recuperarlo, si por lo contrario al abrir la puerta hay una mínima posibilidad por pequeña que sea que esté en vía, se procede a entrar, el funcionario da la voz de alarma de "subid, subid", porque no hay un código específico, suele ser por ahorcamiento, entonces es subir y engancharlo hacia arriba para que no apriete y allí esperar hasta que alguien corte, porque cuando el funcionario entra solo tiene fuerza de aguantar las piernas para arriba. Mientras el resto se pone en contacto en jefatura de servicios y servicios médicos. Sobre todo en cuanto se pueda cortar, suele ser las sábanas o un cordón que hayan hecho con los cordones de las sábanas y bajarlo. Por regla general cuando se dice emergencia médica se corre mucho y ya con todo, a partir de que

llegan los servicios médicos, nosotros pasamos a estar al servicio de ellos. Entonces ya se piden las ambulancias de la UVI y todo lo que hace falta, como si estuvieran en la calle, depende de ello y todo se hace al servicio de ellos.

Sabemos que no llegamos por el color de la piel, es muy asintomático, es un color tirando a morado – azulado, y una rigidez que impresiona, porque las celdas de las prisiones, ya están pensadas para que no se pueden colgar directamente, entonces para que haga efecto, cuando se tiran deben encoger las piernas para no tocar el suelo, por ello ya impresiona ver la rigidez de las piernas dobladas. Entonces es cerrar y esperar a que los médicos notifiquen el fallecimiento, posteriormente el juez de guardia para el levantamiento del cadáver.

Si el intento no se ha realizado aún, y hay sospechas de que puede intentarlo, entonces el protocolo es en mi caso, intentar que lo vea el médico y antes se habla con el médico para transmitirle el motivo. Porque lo que yo he comprobado con los años, que si digo que quiero que le vea el médico porque intuyo que puedes hacer algo que no debes, una conducta autolítica, no va a ir si realmente lo quiere hacer. Entonces es si pero que no sepa exactamente, con el médico si que le comento los cambios que he visto en el comportamiento, si es muy sociable y de repente se aísla, si llamaba siempre a su mujer y ahora no lo hace, ante estos síntomas se avisa al médico, porque el médico ya no va a ver algo orgánico, sino que va a ir enfocado. Si el médico cree que puede haber indicio automáticamente se realiza una entrevista con el psiquiatra y el psicólogo de psiquiatría valora, y a partir de allí según el riesgo que vean ponen unas condiciones. Por regla general es no puede vivir solo y un informe diario de su comportamiento, esto es lo que nos afecta a nosotros. Para intuirlo tienes que conocer sus hábitos, las costumbres, eso se ve cuando ya llevas un tiempo con ellos, de allí la importancia de que la gente que trabaja en un módulo sea más o menos siempre la misma, a veces la intuición es de... el problema es que yo soy mujer, en esto es un problema, porque son hombres muy machistas y si ponemos que son de etnia gitana o cultura musulmana, el poder acercarte a ellos para hablar, para conocerlos, se cierran, para ellos tu eres el enemigo, tu cierras las puertas todas las noches, hay que demostrarles o que ellos vean que les vas a

tratar como personas, que no van a ser números para ti. Se inicia con conversaciones banales, como el tiempo o que tal ha ido la comunicación con sus familiares, algo que te acerque, entonces en esas conversaciones, que son informales, o tomando un cortado. En esas conversaciones de pronto o puedes intuir algo o saltan que una conversación tonta, como que tal sus hijos, ves que los ojos se ponen vidriosos y ves que ha ocurrido algo, a partir de ahí es cuando empiezas a fijarte y a intentar hablar e informar al psicólogo del módulo, para que lo vea y hable con él. Esa es la vía de detectar, nuestro trabajo es intentar detectarlo antes, no es fácil y es apoyarme mucho en el resto del equipo, sobretodo en los psicólogos y los educadores. Porque nosotros los técnicos, somos los que tenemos las llaves para abrir y cerrar las puertas, el psicólogo es a quien más o menos confía y se abre y el educador es el que más o menos les pone las actividades. La imagen que les dan a cada uno es distinta, a mí me van a dar una imagen de que son niños buenos, que hacen las cosas bien, pero sin entrar en lo que es su psique, únicamente voy a ver la parte de los actos, el psicólogo no. De allí la importancia de la coordinación del módulo con el equipo técnico, hablar mucho con ellos, entre los tres poder elaborar un perfil, entonces cuando hay una variación brusca, saltan todas las alarmas, o al revés, cuando parece que siempre está tenso o siempre está deprimido, siempre está al borde, y de repente le ves una tranquilidad, una sonrisa, un estar bien, hasta contar chistes, que parece que ha mejorado, pero resulta ser cuando ya lo tiene decidido. O contento y me aísla, o sociable y me aísla. Incluso hay sociables incluso para protestar, porque hay gente que necesita protestar para sentirse alguien, que no se sienta anulado allí dentro, porque el medio es muy agresivo y de pronto no te protesta. O al revés si es muy tranquilo y de repente todo lo contrario. Además si ves que no recibe correspondencia como antes recibía, si ves que ya no llama a las horas que solía llamar, ya que con las familias suelen quedar a horas concretas. En estos casos siempre hay que pecar, de preguntar, hablar... antes de dar por seguro que es una tontería de ésta semana, sobretodo hablar mucho con los psicólogos del módulo, ya que ellos van a ver una parte que tu no puedes, a ellos sí se abren, les cuentan sus cosas, sus problemas y a nosotros no. Si ya lo tienen decidido es muy difícil, nuestro trabajo es evitarlo, a veces se consigue, la mayoría.

3. **¿Cómo cree que es visto el suicidio? ¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?**

Depende de las vivencias de cada uno, del concepto de la vida, de sus ideas religiosas, del pecado, de la cobardía, del pobrecito... eso es muy relativo. La gente que algún momento lo ha pensado y lo ha superado no juzga a esa persona, lo entiende. Y hay gente que por su estructura mental no puede entenderlo. Entre los trabajadores de prisiones un suicidio nos conmueve mucho, nos afecta mucho, porque no deja de ser una persona que tú conoces que has estado viendo casi cada día, en el peor de los casos 3 meses en el mejor de los casos 6 años. Y piensas "no he conseguido llegar", y duele, porque al final el roce hace el cariño, no es cariño, pero los entiendes, empiezas a saber de su vida, y no es un número, entonces te duele, tenemos mecanismos de que no se nos note que es agarrarnos a la normativa, ponemos el escudo y vas haciendo automáticamente lo que tienes que hacer, llamando al servicio pertinente.

A los compañeros del módulo por regla general les suele afectar bastante, hasta incluso el interno más depravado pide el minuto de silencio para el que ha fallecido, y todos a raja tabla sean de la religión que sean sin que digan nada hacen el minuto de silencio, suele ser la primera vez que se juntan todos después del echo, suele ser en una comida en el comedor y si tenía algún amigo más allegado les dan el pésame, van de duros, pero lo conocían, aunque se metieran siempre con él, pero era uno de. Si son de otro módulo, no piden el minuto de silencio, pero tampoco hablan mal de él, se nota ese día las conversaciones son más de volumen bajo, más intimas, porque el 90% en algún momento, entiende que lo haya hecho, porque pasar de moverte a estar en un lugar cerrado sin poder moverte, contra tu voluntad, porque dicen que has hecho algo, sea cierto o no, pero a ti no te gusta, y la normativa es que no depende nada de ti, no puedes hacer nada en tu vida porque todo depende del juez, de dirección general, esa sensación de impotencia de no control de tu vida, todos lo han pasado en algún momento, sobretodo al principio. Entonces que alguien llega a ese punto se les pasa por la cabeza que ellos algún día lo han pensado y respetan, se respeta mejor que en la calle, en general la sociedad ajena a este mundo a veces lo critica más que dentro, dentro no se critica. Los internos no critican nunca, aún habiéndolos criticado con anterioridad y

diciendo pestes de él, a partir de ese momento no se puede hablar de él, antes de hablar mal se calla, queda muy mal visto que se hable mal de alguien que se ha suicidado, los demás no lo permiten, y puede ser la persona más depravada que te hayas encontrado, pero es quizás porque en algún momento ellos han pasado por aquella sensación que no tengo salida. Aunque no hayan pensado en el suicidio pero esa sensación la han tenido todos, unos más otros menos, antes o después. Pero respetan mucho , ese día en la prisión se ve mal visto que alguien chille, que un profesional o alguien ese día llegue contento, dicen “un respeto”, aunque antes le hubieran hecho la vida imposible. Le tienen mucho respeto y miedo al suicidio porque ellos en algún momento o se lo han planteado o lo han entendido.

4. **¿Porque cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en la población en libertad?** Porque la población presa, me remito a lo de antes, hagan lo que hagan no depende de ellos. Cuando son preventivos, no sabes los años que te van a condenar, no sabes si la familia te va a apoyar, no sabes si te creen, no sabes si te van a dejar los de fuera. Si las condenas son cortas, el círculo no acaba de romperse, pero cuando la condena es larga, por mucho que tú le digas que si tú lo llevas bien a la mitad estás en la calle, les da igual, ellos ven el número allá, lejos, 20 años son 20 años, es toda una vida, entonces les entra el pánico, mi mujer me va a dejar, claro yo estoy aquí y tiene que hacer su vida, tengo hijos y cuando salga no me van a reconocer, otro los va a criar, mis padres son mayores. La familia al principio llora mucho, sobretodo los padres cuando los ven, y eso que ellos cuando están con la familia ponen un escudo y no les cuentan lo mal que están porque no quieren verles llorar, se sienten culpables del sufrimiento de la familia, entonces las madres a medida que pasa el tiempo se ven impotentes, “yo no puedo hacer nada”. Con el tiempo, si la condena es larga, ven que la relación con la esposa, inconscientemente provocan la ruptura o conscientemente, se quedan aislados, los padres cada vez vienen menos porque cuesta dinero, porque cada vez son más mayores, y es un “¿qué tengo fuera?”, “nada”. Hay una frase que se dice en fin de año, bueno yo la digo en fin de año, el día 31 de diciembre en la comida porque no trabajo por la tarde o en la cena, si trabajo por la tarde, les deseo que el año que

viene tengan un porque levantarse cada día. Porque no tengo el porque, en la calle, es diferente, me voy por allí, es que yo no puedo salir de aquí, pues te llamo por teléfono, voy a tu casa y arreglo las cosas contigo, no porque yo no puedo salir de aquí. Si tienen un problema fuera no tienen, no pueden, quiero llamar por teléfono una conversación de 5 horas, no puedo, tengo 8 o 10 llamadas, pero son de 8 minutos, se corta solo, no les ves. Ahora hay video llamadas, por la pandemia, para que no hayan desplazamientos, pero a cambio no le verás en persona, son 20 minutos que vas a hacer el paripé de que estás bien y ellos también te lo dirán, si pasa algo malo ellos no se lo cuentan, entonces los van aislando de la vida de la familia. Solo se pueden tocar una vez al mes, y en esa hora y media no es para ponerse a discutir, solo tengo hora y media, y es la hora y el día que la administración te diga, no vas a usar eso para decir me pasa esto o lo otro, no se atreven, porque entonces me dejan, porque si encima les voy con problemas, no les voy a cargar con la culpa, entonces es el no ver salida, es muy duro. En la calle un amigo te puede escuchar, allí hay cosas que no se pueden contar ni entre ellos y luego que tienen unas vidas para llegar allí, hay vidas muy muy duras, de experiencias traumáticas desde pequeños, que no pueden contar, son hombres, y los suicidios que yo conozco todos tenían, los tres tenían detrás una infancia muy traumática, que no podían contar, que sólo la conocían en los dos casos una psicóloga y en dos yo si lo sabía por que los conocía de antes, y en estas conversaciones informales un día que se le ponen los ojitos así, fue un vamos a dar un paseo, que está prohibido, pero bueno si tu eres el jefe de la unidad, te buscas la trampa, bueno eso al principio, después dirección ya sabían porque lo hacía porque necesitan salir de allí, necesitan desahogarse, necesitan sacar la ansiedad y una forma es salir de ese medio cerrado, caminando y dejando que hablen y decir hay tiempo, y en esas conversaciones largas, paseando, para dejando que desconecten del módulo que dejaron atrás, me lo contaron, no fue un solo paseo, hubieron más de un paseo allí. Y casi de llegar a casa y la que llora eres tú, que dices no sabes quien merece estar dentro, ese trauma es tan duro, que no supieron superar, el problema se fueron cuando ellos pensaban que eso lo tenían controlado, porque nadie lo sabía, entonces contaban otra historia y se agarraban a ella de cara a los demás, hasta que en una se

filtra al patio y allí él dijo ya no puedo controlar eso, es muy duro. Y otra por su familiar más allegado que se lo echo en cara. El resto no sabían que era lo que tapaban, allí se respeta, esta la ley que dice que el interno tiene el derecho de contar aquello que quiere, nosotros no tenemos ningún derecho a contar nada de su vida, pertenece al ámbito privado, de la calle. Y dentro nosotros vamos vestidos de azul y tenemos la obligación de guardar todo lo que conozcamos por razón del trabajo, no podemos contarlo, y eso les da confianza, como mucho se habla con el psicólogo, he tenido una conversación con él y me ha dado esta sensación, pero no contaré lo que me ha contado. Entonces es cuando lo último que les queda para agarrarse es un hilo y se les cae, mientras los demás no sepan yo puedo hacer ver, pero cuando eso se cae eso, ya no queda nada, y dices para qué. Uno fue porque si mi propio padre es capaz... y el otro caso fue porque se filtró de la forma más tonta por conversaciones entre las familias cuando están esperando en la sala de visitas y un familiar comenta, el otro día me comentó el mío esto de otro, sin darse cuenta que al otro lado tenía a la otra parte de esa familia, cuando se enteran de ello que lo habían ocultado siempre, se viene a bajo, porque ya sabe que todo el patio lo sabe. Porque dentro más, porque están encerrados y no hay esperanza, además ya suelen venir bastante tocados desde la infancia o adolescencia. Cosas y traumas que hayan pasado después de la adolescencia tienen mecanismos o recursos para levantarse, cuando el trauma viene de cuando eran infantil o adolescencia, lea falta los recursos y entonces... En la calle tienes a alguien que te apoya.

5. **¿Porqué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio?** Porque les faltan recursos para manejar, para gestionar las emociones y el no tener un porque levantarse. Cuando el exterior no te puede dar el motivo del porque me levanto, ya no les queda nada, su problema es la comunicación con el exterior. **¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos?** La desestructuración familiar se nota mucho, a partir de aquí sale todo, sobretudo si es desestructurados cuando son pequeños. Si no se ha sabido darles herramientas, luego no las tienen, y cuando no las tienen es un factor que agrava mucho.

Y la condena muy larga o depende del tipo de delito, si el delito está mal visto, muy mal visto y es muy público, es decir sale por los medios y todo el mundo lo sabe, y no hay forma de ocultarlo, cuesta más, porque no hay forma psicológicamente, porque tampoco tienen una arma para buscarse su excusa, los medios de comunicación, son muy salvajes en ese sentido. Por regla general las familias en estos casos al principio dejan de tener contacto con ellos, hasta los 2 años que poco a poco, porque todo se calma, empiezan a tener contacto, pero el círculo más cercano, el otro no. Pero los primeros 6 meses las familias suelen cortar de raíz, y allí hay un problema. Por ello el riesgo es muy alto en primarios, es decir la primera vez que entran y las tres primeras noches, por ello nunca están solos, porque depende del delito la familia de entrada, piensan "tú eres un monstruo". Además que los primarios creen que las prisiones es lo que se ve en la tele, que todos son palos, que vamos con pistolas y con porras y que cuando vayas al lavabo te van a violar los otros, parece una tontería pero piensan eso, quitar esa idea a veces es medio en ironía medio en serio es: "míreme tengo mis años, tengo canas, mi única arma es un bolígrafo, no tengo más y yo soy la que mando", a partir de aquí nada es lo que aparece en la tele y casi siempre cuando son primarios se le pide a un interno que le eche un ojo, que lo guíe un poquito en el patio, hasta que habitúe. Porque el peligro está allí, porque de repente se les hunde su mundo, y si encima la familia dice que no quiere saber nada, que luego se retoma, pero ellos no lo saben. Y el miedo a lo desconocido, es la prisión, por favor, qué conocen de la prisión, lo que conocen de las películas americanas.

6. **¿Porqué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobretodo de casos en prisión? ¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población?** No, no se dan noticias de suicidio porque si está dudando, otro lo ha hecho lo anima y después en prisión es porque también la ley marca, que ellos tienen derecho a la privacidad, si es preventivo tenemos que tener mucho cuidado además de porque están, porque presuntamente eres inocente, por lo tanto, nuestro reglamento y nuestra ley es muy garantista en todos los derechos, sobretodo en prisión, porque le estamos limitando uno fundamental, se protege mucho los otros. El

derecho de la intimidad, de explicar lo que quiere, como quiere y cuando quiere, nosotros no podemos explicar nada, a partir de ahí el suicidio es un hecho muy privado, no se puede contar, lo contará su familia si quiere, está en su derecho, pero nosotros no podemos por ley. En la sociedad no se dice porque si yo estoy dudando, pero tengo miedo de que si me sale bien, sobretodo cuando dudan es el miedo a que no salga bien, es decir quedar vivos, después de intentarlo, pero si ves a alguien que lo ha conseguido, es un si el puede yo puedo, por ello no se debe. Porque de pronto se descubre aquello que llevas escondiendo, no lo puedes tapar y sientes vergüenza, porque lo único que les queda es el orgullo, el resto no lo tienen.

7. **¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera?** 3 consumados y sin consumir no sabría decirte porque estaba en un módulo que si habían sospechas de que el interno estaba muy mal e intentaría suicidarse, me lo pasaban a mi módulo, porque en mi modulo había un psicólogo especialista en duelo, que ayuda mucho y éramos un tándem, entonces vi bastantes, porque mi ratio era al revés, la sospecha de cualquier otro lado, de un centro de 2000 internos, si había sospecha que podría intentarlo, se venían donde estaba yo. Porque los que trabajábamos allí estábamos especialmente sensibilizados con el suicidio con mirar síntomas. Entonces he parado muchos, pero no es el ratio, no es lo normal, lo normal debe ser encontrarte uno cada 10 años, porque ya antes se detecta y se ponen los protocolos. Salvar, salvar han sido 3, que no habían sido reconocidos anteriormente por los servicios médicos ¿Cómo vivió estas situaciones? ¿Se ha sentido en algún caso, que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma? El caso que tenía la vida totalmente desestructurada, que siempre estaba triste, que era el refunfuñón, y de pronto me cambió y no lo detecté, siempre me pidió vivir solo y yo le decía que no porque no me fio de ti, i se lo decía así y de pronto fue por las familias, que es lo que comentaban de las familias, ese fin de semana, y de repente el lunes lo veo relajado, tranquilo, que si le dejas solo, no, sigues con tu compañero, demuéstreme que has cambiado, tiene entrevista con la psicóloga, psiquiatra y al cabo de 10 días, parecía que estaba bien, se reía, se relacionaba bien, no protestaba, incluso piensas que ha cambiado y me dice ahora me dejas solo, que llevo año i

pico con un compañero y quiero respirar, le dije lo pensaré esta tarde y me dijo, " que por cierto, gracias por todo", ese gracias por todo es lo que me ha quedado a mi que no vi, cuando me dijo gracias por todo se estaba despidiendo, y eso lo que tengo yo allí. Cuando me dijo gracias por todo o hubiera tenido que coger y hacer saltar todas las alarmas, porque es una despedida, me sonó hasta raro. Llevaba 3 años viéndolo todos los días, y a partir de él fue cuando empecé a tomarme muy en serio el tema de los suicidio, habar mucho con los profesionales y a partir de allí empiezas a conocer y ahí fue cuando los que tendían intenciones me los pasaban. Porque estaba muy pendiente de los detalles, hacía cursillos de 20 o 30 horas, porque me interesaba el tema, porque duele, porque es el primero que te afecta psicológicamente, entonces te impresiona, porque cumplió con todas las normativas del suicidio, y la normativa es: se despidió de todos, se despidió hasta de la psicóloga, que luego lo hablemos y lo había hecho el día antes, se despidió de todo el equipo de tratamiento, dejó toda la celda impecable, recojió todas sus cosas, dejó una caja lo que era para la familia distribuido, dejó una carta para su mujer, otra para sus padres y otra para nosotros, se afeitó todo el cuerpo y dejó limpio hasta el último pelo, que no lo veías y luego se colgó, hizo todo el ritual y abrir una celda verlo y ver todo el ritual, te quedas... impresiona mucho.

8. **¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?** La autolesión como método de suicidio, no es común. La autolesión instrumentalizada, si, es yo quiero algo, no me lo das, me corto el brazo que es "chinarse", porque en el momento en que te chinan, llamaremos al médico y saldrás, y es el chantaje, si no me das me vuelvo a chinan, pero como suicidio no. Porque no prueban, o lo hacen o no lo hacen y no es habitual, lo otro es instrumental, porque quiero algo y no me lo das, pues te voy a extorsionar con que me voy a cortar, cada vez que dicen que se van a cortar, decimos que de cien veces que dicen que se van a cortar, se cortan una, y suele ser aquello de que mi gato deja una marca más grande que esa cuando araña, es instrumentalizado por completo porque ellos saben que en la administración tenemos la obligación de que ni que les arañen, tenemos que preservar su vida y su integridad física, y eso es su integridad física. Esa es la instrumentalizada, luego esta la autolesión pero es por su estado

de nerviosismo impresionante, que necesitan bajarlo como sea, suele ser porque tienen el síndrome de abstinencia, que es cortarse porque a la pérdida de sangre quedan más flojos y entonces ya no tienen ese nivel de nerviosismo, simplemente por la pérdida de sangre, porque simplemente el dolor, tienen mucho miedo al dolor, no se porque pero lo tienen, hay la broma de que si tuvieras que parir, no tendrías tanto miedo, en eso es una de las cosas que como mujer te llama mucho la atención, porque van mucho de machitos y te llama la atención, pero es instrumental porque la pérdida de sangre baja los niveles de endorfina, baja todo y entonces se quedan tranquilos, pero por pérdida de sangre. Pero suelen avisar, a ver; como dicen: "somos tontos pero no suicidas", es decir, yo me chino, me corto, porque tengo un síndrome impresionante, lo que me vas a dar ya me lo se pero no me va ha hacer efecto hasta dentro de una hora y yo lo quiero ya, entonces me corto y llamo al timbre, "me he cortado", porque además te llaman diciéndotelo, tu le llevas al médico, pero allí ya le están dando el "tranquimacin" o lo que haga falta, pero mientras le haga efecto, él el echo de cortarse, por endorfinas, bueno exactamente no se porque, pero les baja el nivel de ansiedad, eso es instrumentalizado. Antes había mucho más que ahora, ahora hay menos, porque hay Metadona, los funcionarios no controlamos la metadona, es privado, pertenece al equipo médico, nosotros no tenemos que saber nada, por lo tanto ellos juegan con que nosotros no sabemos, pero ha bajado muchísimo las autolesiones por el síndrome, ha bajado mucho las de instrumentalizar, porque ha cambiado un poco la política penitenciaria, yo no quiero estar aquí, quiero estar allí, si no me llevas me corto, vale, córtate, te llevo al médico y vas a vuelves al mismo sitio, porque antes se cambiaba, y era un continuo de que tengo una deuda, quiero salir de aquí porque no puedo pagar la deuda, pues me corto y me voy para el otro lado, bueno pero llega un momento que una prisión se acaba, por muchas vueltas que des, vas a un modulo a otro y a otro, pero ya se acabado, tienes que volver y en todos los sitios cada vez es la deuda más grande y se renegocia, entonces es como quieras pero vas, te curamos y vuelves, entonces ahí ha bajado en picado. Es que me quiero, ¿porqué? Por que debo, pues paga, eso ya lo dices cuando es el deudor habitual, es decir, el que siempre hace lo mismo, le dices chico pues paga porque tenemos tantos módulos, que vas

de uno a otro pero al final vuelves aquí y los intereses van a crecer, porque los intereses los hay eh. Y a veces incluso negocias, eso es el trabajo de jefe, para que funcione tu tienes que conseguir un módulo tranquilo, cuando empiezan me quiero ir y les preguntas ¿Cuándo debes? Te dicen señorita, te dicen siempre como un 15 % de la realidad de lo que deben, ¿a quién? Cómo se lo voy a decir, o me lo dices o me entero, me puedo entrar, entonces te lo dice, llamas al otro y entonces entre los dos haces como de mediador. Te debe, oye trabaja en tal sitio, gana tanto al mes, pues que te de un 20 % hasta que te pague, renegocias la deuda, o de tres paquetes de tabaco, le pides 10, hombre no te pases, pídele 6, porque te vas a quedar sin ninguno, no ves que no te va a poder pagar, al menos te llevas 6, estos negocios de por pedir mucho a lo mejor te quedas sin nada, y le renegocias la deuda. Pero para llegar a eso tienes que hablar mucho con ellos desde el principio, si tienes esa confianza ellos te lo dicen, y a partir de ahí, todo eso las autolesiones..., todo eso ha bajado en picado, porque renegociamos deudas, si me corto te vamos a curar, te ponemos puntos pero vuelves al mismo sitio, entonces no me interesa. Y en el mono la ventaja que hay ahora es la metadona, claro con la metadona los síndromes, en cuatro años he visto a uno, porque no quería reconocer que él era toxicómano, no yo controlo, y el día que le ha faltado, ha tenido uno impresionante entonces de golpe y porrazo entras en Metadona, uno en cuatro años, como nosotros no tenemos porque saberlo, claro porque si yo se que usas metadona, se que vas a ir a por heroína, si vas a por la heroína, ya que estás cometiendo un delito en cuanto me la metas en el centro, entonces para que tu no vayas no lo puedes saber, pero luego los ves y se les nota. Entonces han bajado mucho, pero por que ha habido un cambio de política penitenciaria, a partir de aquí se hará así, porque era casi un cachondeo, instrumentalizar, pero reales, es decir, me quito la vida, no hay intentos y en los tres últimos años, que yo sepa no se ha suicidado en Cataluña ninguno, que yo sepa, y son siete mil y pico presos, porque cuando hay uno, como hay tan pocos, sea de la prisión que sea rápido el WhatsApp echa humo de un suicidio en prisión, cuando, como, quien y si lo conocemos. Entonces el nivel ha bajado muchísimo.

9. **¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio?** Los conocidos de dentro con mucho respeto y los de fuera, la familia, por regla

general los que se suicidan no solían tener contacto con la familia, la familia hacía tiempo que la habían cortado, este en concreto hacía dos meses que su madre le había escrito después de años, pero que pidió que por favor se la diéramos, e iba sin remitente, sin dirección, para que él no le pudiera localizar si salía, eso es muy duro. Y los otros, hacía años que no tenían contacto con las familias. Volvemos al uno, uno de sus familiares empezó a tener contacto y fue cuando de pronto le echo en cara el pasado, después de años, y allí se acabó porque dijo rompo, no quiero saber nada más de ti y hay gente que durante un período largo, no tienen nadie en la calle. Mientras podrían mantener la mentira que no se enterara nadie, tenían la “novieta”, pero no conoce su vida pasada, pero cuando ya se entera de su vida, por terceros y de la peor manera, ya no le queda nada. El otro hacía tiempo que con la familia no tenía contacto, se acerca un familiar, porque el centro a través de la Trabajadora Social de cara a los permisos, intenta contactar con alguien del exterior, empieza más o menos a comunicarse, hasta que le echa en cara su pasado, se corta esa relación, cuando ya no les queda nadie. La familia ante estos casos suele silenciarlo, no dice nada, como si no hubiera pasado. De uno no pidieron ni sus pertenencias, no querían saber nada. En ningún caso quisieron, de los tres que yo conozco la familia preguntar quien eran sus amigos, o si había dejado algo, no. Porque la desconexión era total ya hacía tiempo. Si hay alguien del exterior que tiene contacto con ellos, no se suicidan, lo pueden pensar en los momentos bajos, tienes las charlas con ellos, luego el psicólogo ayuda, pero tienen un qué a que agarrarse, pero en ningún caso tenían a nada. Las familias lo miran, no ha existido, ni preguntan.

¿Qué tipo de información se les proporciona? ¿Cómo suelen reaccionar ante esa información? La información es la hora, el sitio, lo que dice el juez cuando levanta el cadáver, si preguntan como se lo han encontrado, eso ya en las reglencias judiciales, porque nos toman declaración a todos, de como nos lo hemos encontrado y qué hemos hecho, pero lo tanto la información viene por un abogado o el director del centro, si lo piden, porque no todas las familias lo han pedido, tener una conversación con él de cómo, en que modelo estaba y si ellos desean las pertenencias o que se haga algo con sus pertenencias. ¿la información que piden? No suelen pedirla, porque ellos son los primeros que los han

rechazado, porque no preguntan ni quien eran sus amigos, no suelen preguntar ni eso, es una de las cosas que llama la atención. Luego si que hay algún familiar que pide la responsabilidad civil, que son 50.000 euros lo que cuesta la vida de un interno para la familia, porque la administración es responsable subsidiaria de mantener siempre la integridad física del interno, por esa responsabilidad que tenemos de mantenerlos vivos y enteros, la administración tiene una responsabilidad, solo una familia pidió esa responsabilidad, la misma que envió una carta sin remite, para que no me encuentre, que allí me choco mucho, pero para luego decir, oiga, cincuenta mil euros me tiene que dar la administración, la vida de tu hijo cuesta cincuenta mil euros, si lo pidió, te duele. Entonces dices, en estos casos que te planteas cuando conoces su pasado es, realmente quien tendría que estar dentro, si ellos o algún miembro de la familia, te lo planteas. Antes de llegar allí eh, ya cuando conoces los casos, que nunca lo preguntas, pero uno de estos casos me lo contó con el tiempo y el otro caso, él sabía que yo sabía. Y el echo de no tener que contármelo para entender, se desahogaba mucho, entonces cuando el psicólogo decía, cuando te tengo que ver, él decía: "ya tengo a Carmen", "hablaré con ella". Nos íbamos al banco, nos sentábamos al sol y nos daba el sol y me decía, los demás nos dejaban porque eran cosas de la jefa, pero nunca le preguntas, no necesito escarbar ahí, sino con un simple, hoy te veo mal o un hoy has bajado y no me has mirado a la cara y te he dicho buenos días, a lo mejor empiezas con esa tontería, para que empiece ha hablar y quizás estábamos una hora en la cual el solo hablaba y ahí ibas. Y la familia pues cuesta cincuenta mil euros, pero no pidió ni sus cosas, te duele. Familias muy desestructuradas, donde los hijos son un instrumento, si me sirves para ganar dinero, si o mara que me cuides de viejo, son instrumentales.

10. **¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?** Los chafa, los hunde un poquito. El primer día cuando se enteran, es aquello de que hay silencios, no hay risas, les afecta, porque siempre tienen ese punto de miedo de si ellos llegarán, pero a las 24 horas, se dice claro, es el primer día, es un duelo, si alguien dice tenemos que ir a talleres, a trabajar o algo, te dicen: "estamos de duelo", entonces ese día se justifica todo, en el sentido que no van a la

escuela,... todo se justifica. Pero es un día de duelo, luego hay que levantarse, y se levantan, durante unos días están un poco así, pero se nota que de pronto hay más llamadas a las familias, escriben más cartas esos días, están más en contacto con los de fuera, los necesitan, aunque no lo cuenten, necesitan saber que tienen a alguien fuera, se les nota. Esos días hay que tener un poco de saber lo que pasa, y si están llamando por teléfono y dices bueno acaba tranquilamente, es que yo también quiero llamar y hay que subirse, pues bueno hacemos el recuento 5 minutos más tarde, pero que llamen porque necesitan de pronto conectar con el exterior, reforzar, porque se quedan con el miedo de que esto no me pase a mí.

11. **¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?** Por regla general, no. No porque hay un dicho que es: “yo aquí no he nacido, aquí no me muero” y cuando dicen mi celda, siempre decimos: no, no, no es tu celda, mi habitación, no es tu habitación, tu habitación está en la calle y la política desde hace años penitenciaria es que tengan el mayor vínculo posible con la calle. Entonces la actividad penitenciaria para ellos, entendido como que nosotros abrimos y cerramos las puertas, que si haces esto te castigo, esto y lo otro, al revés antes era como cuando nace la democracia o no hace tanto, hasta hace treinta años, donde luego empezó a cambiar toda la política. Lo que mandaba era la parte regimental, la parte dura, es decir, la parte de policía, tratamiento estaba en un tercer plano, ya no solo el tercero, en el número de psicólogos y personal de tratamiento era mínimo, era testimonial casi, empieza a cambiar la política penitenciaria, se empieza a dar valor al tratamiento y se le va quitando a la parte policial, la régimen, pero a cambio se refuerza mucho los equipos de tratamiento, psicólogos, educadores sociales, de todo. A partir de ahí, manda tratamiento para todo y se nota que nuestra actividad es mínima, se sigue la línea conductista de yo te intento cambiar, premio – castigo, y al final tu cambias el hábito. Ahora empieza un poco la cognitiva, pero bueno el que ya es conductista porque lleva 30 años, sigue siendo conductista. Pero luego los famosos programas de tratamiento van mucho en la línea conductista y en parte tiene una lógica, para decirle al juez: este señor puede salir de permiso, tenemos que explicar el porque, no porque tu lo

digas, entonces la parte conductista tu puedes ver el resultado y calibrarlo, puedes decirle al juez, que signos o no tiene en la conducta del interno, es algo palpable y el juez te lo admite, porque los jueces quieren hechos, no les vale el resto. Entonces la vía conductista va bien por esto, porque de cara a un juez puedes demostrarle los cambios, son hechos. Y cuando ellos ven y palpan que si se hacen los programas, que más o menos van y hacen caso, un interno sale de permiso, después tercer grado y luego ya no voy ni a dormir allí, que es la libertad condicional, permisos de unos cuantos días, tercer grado solo voy a dormir y luego ya ni aparezco, aunque sigas condenado. Primero los llaman los enchufados pero luego se van sumando cuando lo ven y van haciendo, y ellos lo que no se dan cuenta es que poco a poco empiezan a ser educados, poco a poco respetan las normas y poco a poco están cambiando y no son conscientes, porque están interiorizando lo que les estás soltando porque es un día, otro día y otro. ¿Entonces que pesa? El régimen, no, los suicidios, no, es al revés, la actividad penitenciaria baja la tasa de suicidios, porque les estás dando la esperanza, no vas a salir en 20 años, tranquilo en 8 estás en la calle si lo llevas relativamente bien, te echamos una mano, siempre es la idea de cuando bajan darles la esperanza de que no se preocupen de los años, vamos paso a paso y verás como por tal fecha estás fuera o tienes un permiso. Familias, tranquilo tu no serás el primero que les llame si no tienes contacto, será la trabajadora social para el permiso, la que se pondrá en contacto con la familia e intentará negociar que se vuelvan a ver, eso no se lo dicen de entrada, pero lo están viendo con los otros, aquello de el aprendizaje vicario, van viendo y se van amoldando, porque tienen premio, tienen recompensa. Entonces de la cara a la tasa de suicidios es al revés, tratamiento y lo que es la gestión penitenciaria ha hecho que bajara pero muchísimo. Pero eso es en equipo, entre todos, las trabajadoras sociales, la familia, que tengan contactos, que no veo a mis hijos, espérate que te consigo un teléfono, el psicólogo aguantarles cuando están e irles introduciendo, sin darse cuenta están cambiando poco a poco, luego lo vas viendo y te hace gracia , porque ellos van de que no hacen caso pero realmente si que están haciendo caso, es un sin darte cuenta estás ahí, son pequeños detalles que se convierten en grandes, lo vas viendo y dices, funciona, lento, también es cambiarles la

estructura mental, no es tan fácil y cuando ellos se dan cuenta que están cambiando, te dicen esto son los años que llevo ya.

12. **¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida?** Que sea la primera vez que entra en prisión, incluso hay un protocolo para los primarios, de los tres primeros días y la primera noche no se pueden quedar solos, la edad, porque si entras ya de mayor por primera vez, tú ya tienes una vida y un algo echo en la calle, ya puedes gestionar tus emociones, en cambio los adolescentes no saben gestionar aún, los menores no saben gestionar y cuando entra un menor además le sumamos que el 99,9% de un menor que entra en prisión, está completamente desestructurado, no tiene vinculaciones familiares consistentes, no las hay. Entonces ya le sumamos: me falta el contacto con el exterior, es la primera vez y no tengo herramientas, esos son los tres. Luego para entrar no tienes porque tener una familia que te acoja, porque si tu familia se hace responsable de tus actos, te ponen trabajos a la comunidad, pero bajo el control de la familia, pero si no tienes una familia donde ir y la petición fiscal por un delito no entras, pero si tienes la suma de 48, y le vamos sumando tres meses a cada uno multiplicado por 48, pues el centro de menores es hasta los 21, porque aunque sea hasta los 18 el delito cumplido, se te juzga por la ley de menores hasta que hagas 18 y un día, de ahí para bajo vas por la ley del menor, que es dividir por cuatro o por cinco la condena de un mayor de edad, pero luego dentro, en vez de ir a la prisión de gente adulta, es hasta los 21 y excepcionalmente hasta los 25 si en menores, porque aún tu no tienes herramientas para tu irte a un módulo que hay gente de 40 y treinta y pico años. A no ser que incluso así, seas peor que uno de 30 años y te vayas con los grandes, pero a partir de los 18 y ahí el problema es con quien se junta, allí también estamos nosotros, yo quiero vivir con fulanito, no, ¿Por qué?, hombre tu no puedes hablar pero conoces, no todos, pero a partir de Jefe para arriba si conocemos. Los funcionarios normales no tienen acceso a los delitos de los internos, si lo cuenta el interno si o sale en la tele, pero no porque tu puedas ver un informe, precisamente para evitar que se filtren cosas, tu puedes saber porque este señor a cometido este delito y le ves a él con una carita de chico jovencito y dices no, también la ley marca que los tienes que poner en celdas que tengan la

misma edad o lo más cerca posible, lo única excepción, es si es su padre. Si es su padre, puede ir a vivir con su padre, pueden entrar familias enteras, incluso que estén juntos y vivan juntos porque son padre e hijo, porque se supone que el padre lo va a proteger, pero sino, menor con menor.

13. ¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta

suicida? Que llegue o se produzca un hecho que no tienen controlado, que no se lo esperen, porque suelen tener vida muy estructurada para no tener que pensar mucho. Entonces que suceda algo no esperado, como el caso que te he comentado que se ha enterado la novia, o que de pronto de echen en cara algo que has querido tapar, lo precipita, porque tú crees que eso lo tienes controlado y de pronto pasa algo que no puedes controlar, inesperado y precipita, suelen tenerlo todo muy cuadrulado.

¿Y cuáles son los factores protectores? La relación con el exterior, tener un punto de apoyo fuera, si lo tiene dentro, estupendo, si tiene un amigo que no se ríe de él, si no que se ríen juntos, que hablan del tiempo juntos y le sabe escuchar, estupendo. Pero a falta de ese amigo, que hay pocos de estos en prisiones, porque se han conocido allí y en el fondo no te acabas de fiar uno de otro, porque cuando te vas lo que quieres es olvidar eso, entonces tampoco quieres hacer una amistad muy fuerte, porque cuando me vaya no quiero saber nada, que tenga relación con lo de dentro, y ellos lo saben. El contacto con el exterior: con la familia, con sus seres queridos, el estar esperando una llamada y él me ha dicho, me ha contado, como crece, esperar que le envíen una foto. Que no pierdan el contacto, el vínculo con el exterior, eso es muy importante.

14. ¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan? ¿Cuáles?

¿Y ambientales y/o familiares? Tendencia a andar solos, tendencia a no tener relaciones con los otros internos de amistad, sino puramente formales, estar mucho tiempo solos o leyendo o otras cosas. Pero no teniendo relaciones con los internos del módulo, digamos que no se integra en ningún grupo, como un llanero solitario. Otra característica es que no suelen caminar, suelen estar quietos o sentados, o tomando el sol, o leyendo, pero solos y sin caminar. Falta de movimiento y allí son señales de alarma. Y que si un día así hablando por casualidad, rascas algo que

para otros es normal y te lo dicen o simplemente con decirles si va a venir su familia a comunicar, y le ves los ojos vidriosos o te titubea, se queda que no sabe por donde salir, señal de alarma. Porque a lo mejor te esta diciendo que tiene una familia fuera y no la tiene, cuando tu preguntas directamente, no saben por donde salir, porque no le has dado la opción a que adorne, sino que la pregunta es muy directa, entonces es malo, porque hay una cosa que después de los fines de semana que hay vis a vis, los que no han venido nunca se debe preguntar porque no lo han hecho, y menos al día siguiente, tu lo ves, tu lo sabes, pero no preguntes. Entonces es el estar solos y las relaciones con los demás internos son muy formales, no hay preguntas personales, porque las evitan.

15. ¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos?

¿Cuáles? Que les falla ese vínculo, porque se corta y suele ser de pronto. Que luego pueden estar madurando el hacerlo o no, el tiempo que les haga falta, porque el de la novia, esperó y tubo la paciencia de cambiar, de ser súper amable y reírse, hasta conseguir quedarse solo. Pero eso en ese momento que estaba bien, era porque ya lo había decidido, ya estaba, en el momento que lo decide, tienen una tranquilidad que además la transmiten. Eso son esos cambios de pronto, que dices, algo ha pasado, que sin motivo aparente ha cambiado, no sabes porque si siempre era el más hablador, debe seguir siéndolo, pero si de pronto cambia, malo. Y si además tiene esa sensación de tranquilidad y de estar bien, es que ya lo ha decidido y hará todo lo que haga falta y esperar todo el tiempo que haga falta hasta conseguir eso que el quiere, que es quedarse solo para no implicar a nadie, porque eso es muy íntimo, no lo tiene que ver nadie.

16. ¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir?

Si, en el sentido de que la mejor prevención es conocerlos y hay muy buenos profesionales. A los funcionarios en mi época de ésta parte no se les explicaba nada, ahora hay mucho a enseñar a escuchar, para todos, incluso a escucharles, a escucharles y ha escucharles. Incluso se les está enseñando a los funcionarios de a pie, que en plena bronca tienes que escuchar, no tienes que chillar como él, como hacer para que baje el volumen y escuchar y escuchar. Aunque te entre por aquí y te salga por allá en ese momento porque te está insultando, da igual, tu sigues porque al cabo de diez minutos, después de haber descargado la

ira, toda la frustración y se acuerda de ti y de tu familia, empezará a soltar lo que realmente le pasa y simplemente tienes que escuchar. Entonces hasta eso se les enseña a todos los funcionarios que van entrando, entre otras cosas, una de ellas, la primera de todas, es que tienen que aprender a escuchar incluso en plena pelea, o lo que sea, si tienen un enfrentamiento contigo, les enseñas a que bajen el volumen de voz, que es tu callando, no chilles tú, técnicas que parecen tonterías, pero funcionan. Eso se les está enseñando a todos, unos lo asimilan mejor, otros peor, pero es que más de eso ya no hay. Una vez has escuchado la información, la pasas, porque luego eso lo escribes en un informe que va a dirección y es quien decide quien va y distribuye, pero tu estás diciendo lo que te ha comentado el interno, entonces más que eso poco hay. Porque además los equipos de tratamiento están muy encima de eso. **¿Que cambiaría para mejorarlo?** No puedo cambiar las familias, lo único que con los que están conectados para seguir es el exterior, para cuando salgan, porque si no vas a salir para que voy a estar aquí, todo el día me levanto a la misma hora, me dicen lo mismo, no. Entonces en las familias hay crisis, no hay dinero y eso se nota, porque cada vez vienen menos, los viajes son largos, cuestan dinero, porque es un día entero fuera, ellos tienen menos recursos, todos en general tienen menos recursos. El apoyo fundamental es la familia, ¿cambiar? No puedes, no puedes cambiar una crisis, el 90% de los internos pertenecen al estamento bajo o muy bajo, entonces ahí la falta de recursos es muy evidente y con la crisis más.

Más profesionales también, por pedir, vamos a pedir, más profesionales, más psicólogos, más educadores, la ratio es muy baja, en el momento en que se piensa una ratio por cada, pongamos 80 internos por psicólogo, vale, muy bien, pero resulta que pones a 80 internos por psicólogo pero además ese psicólogo tiene que hacer los programas, pero además el psicólogo tiene que hacer los PIT, pero además ... Entonces yo no tengo un psicólogo para 80 internos, para que pueda escucharlos tranquilamente a ellos, tengo medio, necesito otro, es un ejemplo. Es muy fácil decir la ratio, pero depende del trabajo que te carga. Entonces ¿Qué hace falta gente? Si, mucha gente.

17. **Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿qué protocolo y/o programa se inicia?** Ante un suicidio consumado, ver, avisar a

jefatura de servicios, que es tu jefe superior inmediato, servicios médicos por el whalkitolke para que lo identifiquen emergencia médica y cerrar la puerta, porque ahí un juez tiene que levantar el cadáver y no se puede tocar nada, si hay un interno dentro con él, sacarlo a otra celda, que esté solo, si lo vemos nervioso o impresionado porque si no se ha dado cuenta, se acaba de dar cuenta, con la puerta abierta y con un funcionario fuera mirándolo por si acaso. Y eso queda cerrado hasta que se llevan el cuerpo, si la cosa va rápida con el juez de guardia, pueden ser cinco horas, mientras tanto allí cerrado, nosotros dejamos de trabajar ahí porque estamos a disposición que nos tomen declaración los Mossos de Escuadra y el juez de guardia, entran otros funcionarios para estar en el módulo, tu no te vas del módulo pero hay otros funcionarios. Una vez te han tomado declaración y han levantado el cadáver, empezamos vida normal, se registra toda la celda luego, cuando ya han levantado el cadáver y se apunta absolutamente todo lo que hay en la celda, se etiqueta todo: un bolígrafo rojo, uno azul,... se pone en cajas y se lleva a ingresos por si lo quiere la familia, y se hace un informe haciendo constar cada cosita que hay en la celda y dónde estaba, por si lo quiere la familia. Luego hacen el minuto de silencio y respetar al módulo ese día, eso es el consumado, hasta el final. Luego pasa eso de que son muy "mal fario", esa celda de los que hay en el módulo, no la usará nadie, no la quieren, tiene que venir alguien de fuera que no lo sepa para usarla, porque es una zona de respeto, hay "mal fario" porque ha quedado la alma del otro, porque no se a muerto bien. Lo que decían en la religión católica, no te puedes suicidar, porque tu alma se queda en el limbo, y son pequeños detalles de no cometer la torpeza, de decirles: usted a esa celda, si ese interno se ha suicidado, no le ofrezcas a otro esa celda que ahí te van a decir lo más grande, lo más suave: que no tienes corazón, de ahí para arriba. Eso si al que llega nuevo no le dicen nada, es como en la calle que se tapa, se calla, no ha existido, ha sido un día, el duelo es un día, no se vuelve ha hablar de él y si sale alguna vez, por el detalle de algo que se cuenta, porque luego se cuentan muchas aventuritas y anécdotas, si es mala se callan y si pueden evitan el nombre, te intentan decir quien es sin decir el nombre, porque es como en la calle, se tapa, no ha existido, es algo que no gusta, porque ellos piensan, "yo también podría ser ese", porque siempre en

algún momento de bajón, pero de pronto les llega una carta o que tu hijo, que si esto... Es lo que cuando están así, les comentas, que te dicen que van a descansar, que están hartos y tanto quieres a tu hijo que le vas a hacer esta putada, ya no pienses en ti, sino en tus hijos, ¿vas ha hacerle esa putada?, que es una forma de obligarles a engancharles a ellos, les hablas así de claro, estos los que pillas así, que has conseguido pillar, pero luego eso como en la calle, no existe, se hace el duelo y punto y se acabó, no se habla del tema en público, a lo mejor en "petit comité ", en un ambiente íntimo, alguien recordando algo, pero en general no.

18. ¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido

un intento de suicidio? Se aplica el protocolo de prevención de suicidios PPS, que es cuando va el médico, el psicólogo y el psiquiatra, todo puede ser a lo mejor en media hora, una entrevista detrás de otra o en el mismo despacho todos juntos. Entonces lo primero es no vivir solo, a parte de la medicación, el tratamiento, lo que pongan y con lo que respecta a nosotros, son los informes diarios y las conversaciones que se tienen con él, porque en el informe diario además de decir se ha levantado, se ha acostado, ha comido a tal hora y a tal hora ha llamado por teléfono, poner cómo esta, para eso necesitas hablar con él al menos cinco minutos. Conversaciones informales, no formales, o lo ves más decaído o está más pesado, pero al menos cinco minutos, porque cuando te piden un informe no te están diciendo a que hora se levanta, eso ya lo sabemos todos, te están pidiendo como lo palpas tu, en conversación informal, cómo está, qué notas tu que lo conoces, tu obligación es conocerlos, esa es otra, la ley pone que nosotros tenemos la obligación de conocerlos y entonces es ahí, en esas conversaciones, lo que tu reflejas en un informe que al día siguiente se da a quien los lleva, que son los médicos, el servicio médico y ellos deciden o no. Incluso sondeas a sus amigos, porque a ti te van a decir lo que quieres oír, porque a lo mejor quiere vivir solo precisamente, entonces sondeas como quien no quiere la cosa al círculo con el que él se mueve y es un ¿cómo lo ves?, ¿cómo está?, porque me preocupa, les gusta que te preocupes por ellos. Entonces cuanto de dicen que lo han visto así o asá, sobre eso vas analizando.

19. ¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos? ¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas

suficientes para enfrentarse a tales situaciones? Te la buscas. Información reglada, estructurada, organizada, no. Cada uno de "mute propio" o habla con el psicólogo, pero en conversaciones informales, porque tienes interés personal, te buscas lecturas, información por otros sitios, la pides o te pones a estudiar psicología. Pero información así reglada y estructurada para que se sepa, no, te dan cuatro ítems que tanto vale para una esto o para otras muchas otras cosas, no me dice nada. Entonces cuando llevas tiempo ves cosas, porque te afectan, porque en el fondo somos todos personas y entonces empiezas a buscar tú, entonces los mejores profesionales para este tipo son los que llevan años, pero no por que te hayan dado la formación, sino porque tu te la has ido buscando, o te la has buscado porque te impresiona cosas que has vivido o por cosas que has visto. Hay profesionales psicólogos que te ayudan mucho, yo tuve la suerte de tener un compañero psicólogo en Brians II que los lunes de 15 a 17, que era su hora de comer, se bajaba donde estaba yo, sólo para explicarme cosas de psicología y del suicidio, que otros no lo hacen. También estaba allanando el terreno para pasarme todos los suicidas, pero te enseña sobretodo a saber donde buscar cuando tengas dudas, porque él dice: yo no te lo voy a todo, no puedo. Luego me encontré con Olga, que ante la muerte, era para gestionar después del suicidio, es una de las cinco especialistas que hay en Cataluña para grandes catástrofes, son los psicólogos que van para los duelos, es una de las 5, entonces con ella aprendí mucho, pero además con algún caso de un interno que habían matado a sus padres en un accidente, ¿Cómo se le dice para pase el duelo? Y me dejaba estar en esas sesiones, entonces vas aprendiendo mucho y me decía; tú detrás que no te vea, y eso es impagable y eso lo echo de menos aquí. Pero en Brians II estar en sesiones con el psicólogo y me decían ponte detrás, y escucha, le pedía permiso al interno y me daba permiso, y allí aprendes, sobretodo en estas cosas, a saber rascar, a saber escuchar, cuando te dicen algo pillarlo al vuelo, apúntatelo pero justo allí no metas la pata, pero es viéndolos a ellos y eso. Pero reglado, oficial, aquello, no, y eso es una pena, porque yo siempre digo que trabajamos con gente, no con papeles, un papel lo dejo aquí, lo doblo y doblado se queda. La mente humana cada vez la veo y es más complicada, cuanto más tiempo pasa más me doy cuenta que sé

menos, porque dices, ¡qué complicada es! Y todo lo que le influye que no podemos controlar. ¿Qué me gustaría? si , ¿Qué nos la dan? No.

20. **¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio en la condena del interno?** No, la condena es independiente. La condena es por unos hechos ocurridos en la calle y bueno dentro también, si intentas matar a uno, es un intento de homicidio. Es por unos hechos en concreto, que no se modifican por comportamiento posterior, lo que modifica es que llegues a los beneficios penitenciarios que tengo con un permiso antes o después, porque los beneficios penitenciarios son la consecuencia de tu evolución dentro de la prisión, la consecuencia son los beneficios de tu evolución. Pero lo que es la condena en días, no cambia absolutamente nada, la condena en días o en años, cuando un interno pisa la calle, no quiere decir que ya la haya cumplido, puedes tener un tercer grado y faltarte la mitad de la condena, te faltan diez años y tu sigues cumpliendo en la calle, lo que es condena de un juez, no modifica nada. Beneficios penitenciarios si, porque es tu evolución, y depende de cómo evoluciones se te puede dar antes o después.
21. **¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio?** Automático, médico, psicólogo y psiquiatra, en ese orden. Bueno tu se lo dices al jefe de servicios, porque tiene más acceso a ellos, yo le tengo que pedir hora al médico, el jefe de servicios le ordena al médico, vas para allá.
22. **¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida?** El exterior, la familia, el exterior, la familia, es que no hay más. La prisión cuando ellos están dentro, es un paréntesis en su vida que luego no quieren ni acordarse y lo quieren tomar como paréntesis, que esa no sea su vida, por lo tanto, si esto es un paréntesis te agarras sólo a lo que hay fuera del paréntesis, no hay más.
23. **¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio?**
24. **¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?** Si, siempre, sobretodo cuando entran, nada más entrar primarios es lo primero que se valora, porque el peligro está en los tres primeros días de una persona que es la primera vez que entra en prisión. Además en las

entrevistas, sobretodo hay un pequeño protocolo del riesgo suicida, eso está muy marcado.

25. **¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?** Ninguno, las prisiones vienen de la época que vienen, tratamiento está entrando ahora, implantar cualquier cosa es muy complicado en esta sociedad y con la administración mucho más y mientras no sea algo que políticamente les presione mucho, no se va a hacer nada. ¿La teoría? No hay fondos. Otra cosa es que tú como psicólogo, lo tengas por tu cuenta y lo montes, pero que ellos te lo den, no. Aquí funciona mucho de: lo que hace cada uno y la voluntad de cada uno, se aporta cada uno por su cuenta, no porque te lo den, porque darte te dan un bolígrafo, no, ni el bolígrafo te dan, es un: allí estás. Luego hay un problema, los presos no dan votos, es un dicho, es decir no se puede salir en prensa, lo único que se busca es no salir en prensa, porque si sales en prensa... No dan votos porque no te genera ingresos, ni puede ofrecer a ellos, oye si me votas mejoras en algo, al revés, el preso es lo que no quiere la sociedad, entonces si sale porque hay una piscina, ¡que bien viven!, si sale una piscina se cree que todo el mundo va a la piscina, ves se están gastando el dinero en estos señores y yo pasando hambre, te quita votos. Y si es por el lado contrario, que hay un motín, o una cosa de estas, ¡Ah! Es que fíjate la administración no sabe ni aguantar a los violentos, ¿para qué te pago?, te quita votos. Entonces los presos no dan votos, si a caso quitan, conclusión: no me da dinero, al revés es una fuente que meto y meto dinero, pero no rentabilizo a nivel de votos y de ingresos, por vía impuestos, no rentabilizo nada, por lo tanto es una patata caliente que no quiero, pero bueno la tengo allí, ¿entonces que voy a invertir en?, si no saco beneficio, si no saco beneficio no invierto, es duro decirlo así, pero es la realidad, van a invertir lo menos que se pueda. ¿Hago prisiones? No, las alquilo, dicho así parece muy bruto. La Generalitat hace unos años ya que ha decidido que no va a construir prisiones, porque le cuesta mucho dinero, las alquila, un constructor la construye, con muchos defectos, que dices: para ser una prisión me la has hecho muy mal, pero es igual, y la alquilo durante 20 años, porque yo no soy responsable de eso, me da igual, dentro de 20 años ya gobernará otro. Porque dentro de 20 años si

me ponen el alquiler muy alto, ya decidirá el que esté. ¿Porqué? Porque no puedo invertir, porque no me da beneficios, estamos en una sociedad tan mercantilista, tan de: el beneficio por el beneficio, que prisiones no da. A partir de aquí, ¿porqué quien está allí? ¿Quienes son tus clientes?, los que no te van a votar.

Siento ser tan pesimista, pero mi trabajo me encanta, porque es un granito de arena, si puedes ayudar aunque sea poco, dices: bueno es un granito de arena, esas son las pequeñas alegrías de que te ven y te dan las gracias, entonces piensas; ya he hecho algo.

26. **¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares? ¿Y a la institución?** A la administración, no al funcionario, si lo has hecho bien el protocolo, ninguna, la administración paga su expresión subsidiaria y ya está. El problema viene cuando tu lo veas, sea por ejemplo que llegas tarde a un recuento, es decir, que abres tarde la puerta, porque hay un horario para la puerta y que el forense diga que sólo hace 5 minutos que ha dejado de respirar, cuando tu hace 5 minutos que tendrías que haber abierto la puerta, entonces si que tienes responsabilidades penales. Porque tu obligación es aquella posibilidad de que si la hubieras abierto a la hora, lo podrías coger de las piernas para arriba y salvarlo. Está aquello de que el recuento, es sagrado, porque solo contándolo ya sabes si te falta uno, si se ha fugado, que eso también es responsabilidad tuya. Y el otro, por si puedes salvar una vida, ellos tienen muy controlado las horas de los recuentos, lo saben perfectamente, son dos al día, el primero de la mañana que es el más peligroso porque llevan de toda la noche, claro tu no sabes lo que ha pasado por la noche, ese es por si ha pasado algo por la noche y el de la noche, que después de un día que entran y salen, salen y entran, para aquí y para allá, 20 veces, es cuando tu sabes si falta alguno, son los dos recuentos que hay, en plan bien hechos. Luego hay uno oficialmente al medio día, pero la mitad esta o en la cocina o en la panadería, es decir, te faltan la mitad, eso no es un recuento, bien hecho es el de la mañana, que tienen que estar todos en la celda, y es el que más miedo se le tiene, porque si pasa algo por la noche ahí es donde lo ves y el de la noche que también nos ponemos muy serios, porque queremos ir a nuestra casa, porque si nos falta uno, no se va nadie, como

si lo buscamos debajo de las piedras, ¿Dónde se me ha escondido? Uno por el miedo por si ha pasado algo, y el otro por si te falta, que son los dos problemas que puede tener el funcionario, todo lo demás, lo puedes tapar, lo puedes arreglar, pero los recuentos son sagrados, eso no lo puedes tapar, ni arreglar, hay que hacerlo. Luego está lo de ser prevenido, si lo haces antes de hora nunca pasará nada, solamente que te quedes sin el café, o vas tú a trabajar, fichas 5 minutos antes cuando llegas, no pasa nada y por ejemplo durante tres años, el funcionario que trabaja conmigo lo sabían, el recuento en mi módulo se hacía 10 minutos antes y lo sabía dirección y todo el mundo, porque yo tenía el módulo de tóxicos y antes de llegar yo, había habido unas cuantas defunciones por sobredosis, entonces vas allí y intenta que eso no pase, entonces una de las primeras cosas que hice fue hacer el recuento 10 minutos antes y los pillas, muchos, muchos que no se han ido porque empieza la sobredosis, ahí te haces experta de todo... pero no se me ha muerto ninguno, pero 10 minutos antes, es una tontería, pero son 10 minutos antes, ya no es por la denuncia, sino porque lo salvas. A veces son pequeñas cosas, como lo de los cinco minutos, yo si me voy un día y no tengo nada claro y voy así, sabes aquello que haces así y ves que algo con alguno, si no ha llegado el funcionario para el recuento, lo hago yo, pero lo hago cinco minutos antes y me dicen: ¿Por qué? porque así me quedo tranquila, es que la tranquilidad no tiene precio. Yo soy de las que si puedo, siempre estoy un poco antes, porque como no se lo que me voy a encontrar, después de una noche, una tarde, porque yo sólo estos ocho horas, el resto no lo controlo, yo soy de la que al trabajo siempre he llegado antes, por si acaso, porque no se lo que me voy a encontrar y siempre vamos al mismo círculo, son personas, no son papeles, yo no se si ha llamado por teléfono por la noche y vete tu a saber que le han dicho, a lo mejor es un ahí te quedas y con un ahí te quedas lo que me va a pasar a mí por la noche, entonces son tonterías, pero te ayudan. Responsabilidad, si no llegamos, es decir, si yo no puedo demostrar que he hecho todo lo posible dentro de mis obligaciones, para que se salve, entonces tengo un problema y gordo, vas a juicio, van a por ti. Si tu lo puedes demostrar, y decir: yo he hecho el recuento incluso antes, y ya estaba frío, porque cambia el color, no pasa nada, te toma declaración el juez a tal hora, el forense dice, hace ya ... El

chiquito había expirado a las tres de la mañana y el recuento era a las siete y media, entonces ya estaba el color, la rigidez..., nuestras declaraciones duran dos minutos, porque era muy evidente, entonces no pasa nada. La Generalitat paga los 50 mil, vale, no es que ya decide que los paga directamente y no van a juicio, porque si van a juicio van a prensa, y le sale más barato pagar sin preguntar, es cierto, pero es así de duro. ¿Y qué puede tener, uno cada 10 años? Eso le da igual, le sale más rentable que luego una campaña para limpiar la imagen de las prisiones, esta es otra. Entonces la responsabilidad está en que si tu has hecho tal y como marca el protocolo, ninguna, la Generalitat sí, porque es responsable subsidiario de la vida y de la integridad física de los internos cuando están dentro, son los responsables, como institución como administración, no tu directamente.

2.1.1. Sujeto 2: Jurista

1. **¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?** Desde el 2007, casi 14 años.
2. **¿Cuales son sus funciones en prisión?** Ahora mismo estoy ejerciendo de jurista y participo en la calcificación de los internos, en el diseño de sus programas individuales de tratamiento, así como los asesoro en algunas cuestiones. **¿Y en concreto en un caso de suicidio?** Si, viví un caso de suicidio hace ya varios años, entonces estaba trabajando de seguridad interior y fue la decisión de un joven que tomó la decisión de colgarse, usando una sábana del centro y lo hizo en su celda.
3. **¿Cómo cree que es visto el suicidio?** A mi parecer, no lo sé, desde el punto de vista del interno muchas veces el entrar en prisión o según la tipología de delito cometida les supone el corte y rechazo por parte de sus más allegados, sus familias, entonces eso si que quizás les hace entrar en una depresión, o el romper con todo lo que tenían y perder también todo lo que tenían. Este chico en concreto, del caso que yo viví, había perdido a su familia y ya por la tarde tomó esa decisión. **¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?** Supongo que según el caso podríamos definirlo como un acto de valientes o de cobardes. La mayoría de veces

también se relaciona a no querer afrontar lo que les viene por delante, porque no se ven capaces o porque creen que no lo van a superar, entonces podríamos hablar que es un acto de cobardía, de no querer enfrentarse y lo podríamos ver como una visión de no querer perjudicar a los demás, como un favor que le podríamos hacer a los demás que podríamos encasillarlo más en un acto de valentía, aunque una muerte nunca es bien recibida o bien vista.

4. **¿Porque cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en la población en libertad?** Creo que por el aislamiento, por ejemplo de los presos que tienen en la sociedad, hay que contar que una persona entra en prisión, sigue manteniendo si quiere los vínculos con la familia, pero estos están mucho más limitados, no puedes hablar cada día con tu mujer o con tus hijos o con tus padres, tus abuelos, sino que tienes unas comunicaciones establecidas y limitadas. Esto te aísla aun más, luego entras en un medio que no conoces, no hay ningún amigo tuyo. Lo que si te permite la prisión es que te da mucho tiempo para pensar y para darle vueltas a la cabeza, son muchas horas allí metido, que si no buscas una ocupación, las horas las consumes en darle vueltas a todo.
5. **¿Porqué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio? ¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos?** Por básicamente por todo lo que hemos hablado, por el aislamiento que tienen y por la rotura de vínculos tanto con la sociedad con sus familiares. A parte de luego la comisión delictiva también puede hacer mella en su conciencia.
6. **¿Porqué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobretodo de casos en prisión? ¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población?** Si que creo que debería de ser un medio para concienciar a la población, pero ligándolo con la pregunta anterior, muy pocas veces se habla de la prisión, o sea, hablamos mucho de los delitos mediáticos, pero una vez esa persona ingresa en prisión se olvida, como si ya no existiese, ya esta en prisión, el problema ha desaparecido. Lo metemos en prisión, tiramos la llave y nadie se preocupa, se preocuparán en el momento en que volvamos a salir de permiso porque recordarán todo lo

que se había echo, pero en general la sociedad, las televisiones, nadie habla de los presos, es una cosa a olvidar.

7. **¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera?** Uno que consumó. **¿Cómo vivió estas situaciones?** Con mucha ansiedad, fue justo en el momento de hacer una revisión a media tarde de aquellos internos que permanecen en sus celdas, en la cual la puerta no llega a abrirse del todo, sino que sólo se abre un 10 % para poder visualizar que los presos estén bien, que estén vivos y que estén en su celda y al pasar el chico se había atado una sabana al cuello y se había colgado de los barrotes. Lo primero es avisar, correr, y sí que son momentos de estrés, pero bueno luego ya vimos que no se podía hacer nada. Te hace recapacitar, te hace pensar muchas cosas, pasas unos días mal. Tu como persona te sientes mal y luego claro, también ten en cuenta que ese chico sigue teniendo familia, sigue teniendo vínculos y para todos creo que es un golpe muy duro. **¿Se ha sentido en algún caso, que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma?** Poder hacer algo más, seguro que si, pero que yo me percatase o no pues supongo que no. Ahora es muy complicado atender y poder percibir de todos los internos que tienes, con las múltiples casuísticas que tiene cada uno, que te lleguen todos los inputs para poder detectar algún, muchas veces son llamadas de atención, o sea, es la persona presa o interna la que requiere un poco de atención o que se le preste más atención y por eso comete esos hechos pero su finalidad no es el suicidio. O sea, siempre se quedan a medio camino.
8. **¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?** Si, muy común y a veces he tenido la oportunidad de hablar con alguno y pregunto el porqué lo hacen, y muchas veces lo hacen como un alivio. Bajo una situación de presión o de ansiedad, el echo de cortarse, dicen que les produce alivio. Muchas veces es en población árabe, he visto brazos con cicatrices desde arriba del hombro hasta la muñeca, hechas con cuchillas, o sea que no tienen un centímetro de piel sin cortar, en ambos brazos, barrigas... No como medio de suicidio, sino como una llamada de atención o por conseguir alguna cosa, que pasa el autolesionarse implica acudir a servicios médicos, el acceso a cierto tipo de medicamentos que a lo mejor no se lo hubieran prestado en unas condiciones normales, pero en esta

situación, pues a lo mejor algún tipo de... desconozco la medicación, pero tranquilizantes,... en ese momento se les pueden suministrar o se les pueden recetar el médico, cosa que en una consulta normal no haría. Es una manera también de evadirse de la realidad para conseguir lo que desean.

9. **¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio?** Esta es una visión que no he tenido, yo no era el amigo del preso que se suicidó, pero también me sentó mal. Si nos ponemos en la piel e imaginamos que perdemos a alguien querido de este modo, pues a todos nos sentiremos fatal, a lo mejor nos preguntaremos el porque o el que habremos hecho mal. **¿Qué tipo de información se les proporciona?** En lo que es el mundo de la prisión, cada vez que hay un muerto hay una investigación, otra de las funciones a parte de la reinserción y la resocialización de los internos, también es su guardia y custodia. La administración tiene que velar por que estén bien, entonces cada vez que hay un muerto se precinta el lugar donde ha ocurrido y se procede a una investigación como cualquier otro tipo que se investigaría en la calle, porque podría ser una muerte violenta y no un suicidio.
10. **¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?** También podemos observar varias reacciones, hay muchos que expresan que lo estaba pasando mal y que a sido la vía que ha encontrado y otros utilizan esto para levantarse contra la administración penitenciaria, como los culpables o los responsables de que haya sucedido esto. Encuentran otra cosa más de la que acusar a la administración de que es la responsable de ese suicidio.
11. **¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?** Yo creo que no, el sistema penitenciario no tiene ningún interés en causar el suicidio, no hace ninguna actividad que pueda conducir a ello. Entiendo que podría ser el propio sistema penitenciario que puede favorecer que se suicidio, por lo que hablábamos antes, el aislamiento, la falta de contacto con los allegados o todo en general. Creo que es más la situación esta que no la actividad que desarrolla la administración penitenciaria. Comparando dos personas, que hubiesen cometido el mismo delito, pueden gestionar todo su cumplimiento penitenciario de formas muy distintas, lo mismo que en una clase con alumnos aunque

estén estudiando las mismas asignaturas, pueden tener percepciones y expresarse de formas distintas, aunque hayan tenido los mismos profesores.

12. ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la

conducta suicida? Separación de la familia y los que te he comentado antes. Pero después hay muchos que tienen patologías psiquiátricas, trastorno o desordenes que puede favorecer esto. Muchos toman medicaciones para dormir, aunque después tu luego los ves que son los más tranquilos del mundo, pero los ves que si no toman ciertos medicamentos, no dormirían, no descansarían. Se que toman medicaciones fuertes porque hay veces que pueden dormir, me parece que el último recuento se hace habitualmente a las 21:30 y hasta las 7:30 de la mañana no hay otro. Pues hay que si a las 21:30 se hace el recuento a las 21:31 ya están durmiendo y pueden descansar hasta altas horas. Por eso, lo que te decía, patologías de psiquiátricas y luego hay mucho consumo de drogas, ya sean las drogas de tipo legal o sean ilegales, hay tráfico, es un mundo que para subsistir hay veces que se trafica con lo que sea. Piensa que es un mundo en el que no existe el dinero y no hay bienes, para hacer acopio de bienes. Tu no puedes comprarte una nevera, una televisión, sí. Pero no puedes tener... así como tu en la calle puedes ir a una tienda y comprar cosas, en la cárcel no. Y como no existe el dinero muchas veces se mercadea con los medicamentos, yo consigo que me receten ciertas pastillas y cuando me las subministran a mi, las vendo o las cambio por tabaco o por lo que sea. Supongo que el entorno si en los colegios hay Bulling, en las cárceles también se extorsiona, a veces es más perceptible y se puede evitar, y a veces no se puede evitar. Hay ciertos personajes que tienen una relevancia o tienen cierto rol de poder sobre otros, entonces abusan de su superioridad y les obligan a que les compren cosas...

13. ¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta

suicida? Les hacen estallar a veces las cosas más nimias, que tu dirías: esto no nos sucedería si estuviéramos en la calle, allí dentro te hacen saltar. El respeto también se estila mucho, una falta de respeto se puede considerar como algo gravísimo que puede acarrear el inicio de una pelea. El juego también, extraoficialmente les gusta apostar, entonces como no

hay dinero pues puedes jugarte unos cigarrillos, unos cafés o el que luego pierde paga unas latas de Coca-Cola. Si tu pierdes y no pagas esa lata de Coca-Cola, puedes desencadenar una pelea, y las deudas sean de juego o no, de drogas o cualquier otra cosa **¿Y cuáles son los factores protectores?** La mayoría es saber que te espera algo fuera, tu luchas por algo, se que lo estoy pasando mal pero como tengo esto que pesa más que esto, voy a intentar conseguirlo. Hay gente que no ha querido o tenido la oportunidad de estudiar y en la cárcel puede, porque quizás no tiene nada mejor que hacer, pero bueno ya son unas horas que la gente las quiere invertir y las dedica a eso, a formarse, para que el día de mañana cuando salgan tengan algún título. Tienes que pensar que muchas veces no tienen ninguno, ni el más básico. Luego que pasa, la cárcel tiene un inicio y tiene un fin, entonces hay diferentes etapas de cumplimiento, empiezas estando encerrado, pero luego para que estés preparado para volver a la calle, disfrutas de permisos, el objetivo quizás es, otras es que no va a ser hoy ni mañana, pero yo se que a lo mejor en unos meses o en unos años voy a empezar a salir de permiso, al exterior. Todo esto puede motivarte.

14. **¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan? ¿Cuáles? ¿Y ambientales y/o familiares?** Yo creo que no, como análisis personal que hago, a la vista de gente que haya podido cometer un suicidio, las ves que hay de todos los estratos sociales, con diversos niveles culturales, coge a toda la sociedad. También lo relacionaría con algún tipo de carencia, todos hemos pasado por situaciones difíciles y a lo mejor a no todos se nos ha ocurrido el cortar por lo sano y acabar con nuestra vida para acabar con el problema, o es en algún momento dado una debilidad que tenemos, no lo sé.
15. **¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos? ¿Cuáles?**
16. **¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir?** Todo no lo sé, pero que intenta si. Por lo menos en el medio penitenciario se sigue unos protocolos de prevención del suicidio, que se pueden activar, tienen diversos niveles, desde uno más bajo, moderado o alto. En función de eso que se detecta también con psicólogos y

psiquiatras del centro. Si se activa el protocolo, se puede activar en uno de los niveles. Entonces depende de qué nivel, hay más medidas de control o es más laxo. Puede ser un nivel bajo, que te dicen que esta persona no puede pernoctar sola, las celdas habitualmente son de dos personas, pero por lo que puede ser hay veces que solo hay uno. Si hay alguna sospecha pues se le puede poner un acompañante, hacer un seguimiento más exhaustivo por parte del personal de vigilancia y también el psicólogo que tenga que hacer más entrevistas más a menudo para detectar si va a mejor o va a peor. **¿Que cambiaría para mejorarlo?** Yo creo que este sistema funciona, ahora el caso que te he comentado sucedió hace años, seguro que ha habido más. Pero he visto muchas más muertes por sobredosis que por suicidios.

17. **Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿qué protocolo y/o programa se inicia?** Puede haber una detección precoz, no tienes que haber dado ningún paso para que yo por ejemplo o cualquier tipo de profesional que nos entrevistamos con ellos o los que hacen vigilancia, pueden detectar, se pone en conocimiento y se evalúa, entonces eso puede derivar en la aplicación de un protocolo contra el suicidio o puede ser descartado. Ahora bien, delante de una conducta autolesiva, primero servicios médicos va si se tiene que practicar curas, pero luego ya casi que siempre se deriva a un psiquiatra, para que evalúe exactamente qué ha pasado.
18. **¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido un intento de suicidio?** Lo desconozco, pero si que se que son visitas con el psiquiatra, que supongo que al final determinará si hay problema o no.
19. **¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos?** Personalmente yo una formación específica no he recibido, quizás te engañado un poco, el protocolo que se ha instaurado hace unos años, si que recibimos información sobre el mismo, como se evaluaba, que funciones tenía cada profesional una vez se iniciaba este protocolo sobre alguien, que había que observar, teníamos que estar pendientes. Muchas veces no perderlo de vista durante 3 horas, sino ya que estamos en un medio cerrado de vez en cuando, vale esta allí. **¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas suficientes para enfrentarse a**

tales situaciones? Si, pero son recientes, o por lo menos yo no he tenido conocimiento hasta ahora. Se ha instalado un sistema, se si es de atención psicológica o así para funcionarios que han vivido no sólo situaciones de suicidios sino también si han padecido agresiones o han vivido situaciones de mucha tensión, supongo que hay unos teléfonos y allí recibirás la ayuda correspondiente.

20. ¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio

en la condena del interno? No, no tiene nada que ver una, desde una vertiente jurídica, no. La condena no la pone la administración penitenciaria ni la cárcel, sino que te la impone el juez, y el juez te condena por ejemplo a tres años de prisión y te dice, si empiezas el 1 de enero, terminarás el 31 de diciembre de tres años después, esa es la condena que tu tienes, lo que si es variable es el modo de cumplimiento, ahora está muy mediático el tercer grado el artículo 100.2., o sea no hay que estar 24 horas en la cárcel para cumplir una pena de prisión, hay diferentes grados y en función de las posibilidades del interno, no tiene nada que ver ni el delito ni un intento de suicidio, se puede cumplir la pena de prisión de diferentes modos, pero todo va en función del plan de tratamiento y las posibilidades que tiene cada uno, hay gente que con menos puede evolucionar más rápido positivamente y hay gente que necesita un proceso mucho más lento porque le cuesta mucho más asimilar según que cosas, y aunque tengan la misma condena a lo mejor uno puede alcanzar un estado de semi libertad mucho antes que el otro o incluso no alcanzar lo nunca y llegar al fin de la condena y también quedaría en libertad.

21. ¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio? Al médico si lo requiere, al psicólogo y al psiquiatra.

22. ¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida? Yo

creo que a través de las entrevistas y la observación de los internos y lo que ellos te transmiten, puedes. También tengo que decir que si la persona que quiere suicidarse está muy convencida, lo hará sin transmitirtelo a ti nada, será capaz de llevarlo a cabo en el momento que desee sin que nadie se percate de que es lo que puede llevar a esa situación.

23. ¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio?

24. ¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?

Sí, no es específicamente en la parte como jurista, yo no la valoro, pero como todos podemos percibir cosas que luego entre el equipo multidisciplinar que trabajamos, que está formado: por un jurista, psicólogo, educadores y trabajadores sociales. Todos nos entrevistamos con los internos y observamos su conducta, todos elaboramos su plan individual de tratamiento y claro, nosotros hacemos nuestras reuniones y nos contamos cosas, a parte de lo que reflejamos en los informes, muchas veces una respuesta en una entrevista, aunque yo como jurista, no tenga ningún valor, puedo comentárselo al psicólogo, no solo con aspectos del suicidio, sino que comentamos muchas otras cosas si que a lo mejor luego si que te inducen a pensar que puede haber la probabilidad de que alguien puede suicidarse.

25. ¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?

Lo que utilizamos nosotros dentro del sistema penitenciario, hay una escala de evaluación del riesgo, pero no sólo mide el riesgo suicida. Se llama Risc canvi y mide 5 aspectos: mide la violencia intrainstitucional, violencia autointingida, reincidencia delictiva general, reincidencia violenta y quebrantamiento de condena. A lo mejor me he equivocado en alguna palabra pero son estos 5. Estos 5 salen de 47 o 53 preguntas o ítems que elaboramos los diferentes profesionales del equipo multidisciplinar, o sea, hay una parte que la hago yo como jurista, otras partes las hace el psicólogo, el educador y el trabajador social. Y van desde el historial delictivo, hasta qué recursos dispone económicamente fuera, el día que va a salir si va a disponer de hogar o si va a tener suficientes recursos para mantenerse. Desconozco el funcionamiento, los algoritmos, y esto nos da una escala de bajo, medio o alto, sobre estos 5. Y el punto segundo que creo que es la violencia autointingida, es la que recogería los daño que se hace uno a sí mismo.

26. ¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares? La administración entre otras de sus funciones es la guardia y custodia de los presos y detenidos,

entonces si no hay una negligencia, es lo que hablábamos antes, no podemos estar las 24 horas encima de un interno, porque un interno necesita dormir, descansar, no podríamos tener un funcionario de vigilancia por cada interno que tenemos para estarle observando las 24 horas. Entonces si el funcionario con la observación y la vigilancia cumple muchos de sus cometidos, si el interno no demanda ayuda, si no nos da a nosotros inputs o indicativos de que algo sucede y lo lleva muy escondido muchas veces nosotros no podemos hacer nada, entonces se descarta una actuación que fuera negligente del funcionario. **¿Y a la institución?** Ahora bien la administración sigue siendo responsable, entonces la administración como tal si que tiene que velar por que estas cosas no sucedan porque es la garante de que los internos cumplan la condena y estén bien. Su custodia y seguridad. Entonces si que la administración es demandada por los familiares para que les indemnicen por la pérdida del ser querido.

27. **Ante un intento de suicidio, ¿Los programas de tratamiento cambian?** El programa individual de tratamiento lo que si se trata es la comisión delictiva, el porqué delinques. Hay veces que alguno delinque porque es alcohólico y le gusta coger el coche borracho, entonces que vamos a tratar aquí, vamos a tratar un problema de bebida, el problema no es que conduzca, a lo mejor tiene que darse cuenta de que no puede estar todo el día bebiendo, entonces se hace un programa sobre conductas adictivas. No se si hay un programa específico sobre el suicidio, pero claro por un intento de suicidio, tu no vas a la cárcel. El sistema en si está enfocado para tratar porque se delinque o porque has delinquido, tenemos esto déficits y tenemos que mirar de corregirlos para que no vuelvas a delinquir y te podamos dejar en la calle como cualquier otro.

En función de la tipología delictiva, puedes afinar si conoces muchos más datos, si no te quiere facilitar datos tienes que hacerlo de una forma más genérica, al final un delito violento no deja de ser un delito violento, fuera de las motivaciones, pero si es un delito violento y además lo podemos vincular o está relacionado con el consumo de drogas, con el consumo de alcohol, a lo mejor hay que tratar las dos cosas de distinto modo. O hasta que no solventemos el problema de alcohol no podemos abordar el de la

violencia, porque mientras consumamos alcohol, la violencia no la podemos controlar.

2.1.2. Sujeto 3: Director

1. **¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?** 33 años.
2. **¿Cuales son sus funciones en prisión? ¿Y en concreto en un caso de suicidio?** Director del centro, en caso de suicidio coordino a los profesionales para que se hagan tanto los trámites legales obligatorios como a nivel de seguridad, comunico también el hecho a los allegados del interno.
3. **¿Cómo cree que es visto el suicidio? ¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?** Como un acto de alguien que ha escogido el camino inadecuado.
4. **¿Porque cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en la población en libertad?** Tienen menos herramientas para solucionar sus problemas i buscar soluciones a los mismos.
5. **¿Porqué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio? ¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos?** Carencias de resolución de problemas y sensación de tener todo perdido.
6. **¿Porqué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobretudo de casos en prisión? ¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población?** Si aparecen, aunque en general es un tema tabú en la sociedad. No tengo claro que se suicide menos gente si se visualiza más en la prensa.
7. **¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera? ¿Cómo vivió estas situaciones? ¿Se ha sentido en algún caso, que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma?** Por decir una cifra unos 10 internos. A la segunda pregunta no he tenido sensación de culpabilidad, ni considero que se podía haber hecho más.
8. **¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?** Si.

9. **¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio? ¿Qué tipo de información se les proporciona? ¿Cómo suelen reaccionar ante esa información?** Evidentemente con dolor. Se les da toda la información que disponemos, y suelen reaccionar con desconfianza.
10. **¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?** Primero se produce un silencio generalizado y después suelen buscar culpables en la organización penitenciaria.
11. **¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?** No.
12. **¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida?** Muchas veces se produce en internos con necesidades psiquiátricas.
13. **¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida? ¿Y cuáles son los factores protectores?** Una mala noticia que no saben encajar. Sobre todo familiar.
14. **¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan? ¿Cuáles? ¿Y ambientales y/o familiares?** Lo desconozco.
15. **¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos? ¿Cuáles?** Lo dicho antes un problema sobrevenido o que no se sabe encajar.
16. **¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir? ¿Que cambiaría para mejorarlo?** Creo que el sistema ha mejorado mucho en el control de suicidios. Hay un buen sistema actualmente en cuanto a la detección de posibles internos con esta tendencia.
17. **Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿qué protocolo y/o programa se inicia?** PPS es un protocolo de prevención de conductas tendentes al suicidio.
18. **¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido un intento de suicidio?** Son tratamientos psiquiátricos y psicológicos de ayuda si se detecta la necesidad.
19. **¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos? ¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas**

suficientes para enfrentarse a tales situaciones? Se les otorga un protocolo que si lo siguen activa el sistema de prevención.

20. **¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio en la condena del interno?** No.

21. **¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio?** Psiquiatra i Psicólogo en su caso.

22. **¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida?**

Bueno la detección es importante ya que evita en un tanto por ciento importante el intento por un mal momento. Evidentemente no siempre.

23. **¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio?**

24. **¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?**

25. **¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?** Si, se llama Risc Canvi.

26. **¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares? ¿Y a la institución?** Si ha cumplido con el protocolo ninguna, si no ha cumplido con sus obligaciones puede acarrear responsabilidades administrativas y penales.

2.1.3. Sujeto 4: Educadora social

1. **¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?** Llevo 4 años y medio trabajando en el ámbito penitenciario.

2. **¿Cuales son sus funciones en prisión? De educadora social. ¿Y en concreto en un caso de suicidio?** Si hubiera un intento de suicidio, hay un protocolo que es de detección de suicidios, entonces delante de una situación en la que el interno te diga que le ha pasado por la cabeza o he hecho esto... Algo que te haga sospechar que esta persona no está bien o ves que está más deteriorado ese día, hay ciertos indicadores que los tenemos en el protocolo y entonces enseguida que pasa esto y lo ves, lo hablas con el jefe de módulo y le dices, voy a abrir un protocolo. Eso que quiere decir; tengo que abrir un protocolo, bajas un impreso y pones crucechitas allí donde el sujeto cumpla esos aspectos. Como por ejemplo observaciones: teniendo en cuenta las entrevista a las nueve de la

mañana, en el. Módulo 6 el interno tal ha manifestado esto, esto y esto. Entonces esta hoja se la tiene que entregar al jefe de servicios y él en seguida activa que vaya un médico a visitarlo, entonces el médico valora si se tiene que abrir un seguimiento, entonces hay tres niveles: el bajo, el medio y el alto, y depende del psiquiatra y el médico valoran, allí el psicólogo actúa. Pero cualquier persona, educador, trabajador social, que detecte esto hay un protocolo que se abre inmediatamente.

3. **¿Cómo cree que es visto el suicidio?** Dentro del centro penitenciario, por lo internos normalmente se culpa a la institución, porque claro tantos años aquí, y esta persona no la dejaban salir que es lo que el quería, pues al final la tristeza, la pena, le ha llevado a esto, la mayoría de ellos nos culpan a nosotros, por no haberlo dejado salir, claro. No porque no le hubiéramos escuchado o atendido, que también te dicen de todo. Y nosotros los profesionales lo vives mal, porque no has podido detectarlo, o esta persona no se ha dejado ayudar, porque quizás el suicidio ha venido por una sobredosis, entonces allí no lo puedes controlar y bueno lo vives como un mini fracaso, no lo he detectado. **¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?** Entre ellos creo que es visto como un acto de cobardes, por lo menos en mi módulo. Porque es un módulo de los fuertes, os valientes que pueden con todo y que el venirse a bajo ellos no lo manifiestan. Tienen una súper coraza, son muy machotes, entonces un acto así pues lo ven como cobardes.
4. **¿Porque cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en la población en libertad?** Porque entran en un bucle de no podré salir de aquí, a veces ellos mismos se boicotean la situación de salir porque tienen miedo, además no tienen soporte familiar, quizás se han quedado sin dinero y no pueden llamar por teléfono a la familia para transmitirles lo mal que están en ese momento, ven que la salida la tienen en muchos años o quizás tienen menos años pero lo han vivido muy mal y luego se sienten muy culpables de la situación, le han fallado a la familia, a los amigos, bueno y es un sentimiento de culpa muy grande para muchos.
5. **¿Porqué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio? ¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos?** Por lo que más o menos te he

comentado antes, porque no tienen libertad, yo creo que la parte afectiva que es la más importante cuando uno está mal, no la tienen. Se pueden vincular con el profesional, pero es un vínculo profesional, no es afectivo. Creo que para mí esta es la parte más importante.

6. **¿Porqué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobretodo de casos en prisión? ¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población?** Sí, tendría que darse. En Tarragona, la verdad si que ha habido casos pero tampoco lo dejan mucho entrever, a fallecido un interno, pero no se si por una sobredosis... Pero una sobredosis no es considerada un suicidio, porque puede ser un desliz, un fallo. Yo creo que no se quiere dejar ver para no estigmatizar más a la prisión.
7. **¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera?** Pues, claro suicidio, como suicidio no lo sé, pero cuatro personas me vienen a mí a la cabeza que en esos cuatro años y algo han fallecido por sobredosis. Y uno de ellos me impactó mucho porque lo conocía bastante porque lo había tenido en el grupo, y estaba ilusionadísimo en salir, y empezó a salir y volvió a consumir, eso le conduce a entrar otra vez en prisión y ya lo veías decaído, no podía con su alma. Y yo creo que allí el dijo no se salirme de esto y se apagó como un pajarito, cada día más y más derrotado, no podía ni abrir los ojos. **¿Cómo vivió estas situaciones?** La verdad es que cada vez le coges más odio o desprecio hacia la droga, porque es un sustituto de una carencia y qué lastima que estas personas no puedan tener un apoyo más cercanos, una red o recursos más próximos que los ayuden y no caigan en la droga. La gran mayoría que están en prisión han probado la droga, hay muchos que lo dejan, otros que se han desenganchado, pero hay gente que no la ha probado nunca, entran allí dentro y la prueban, es que es algo que es alucinante. ¿Cómo? Pues la entran ellos con los Vis a Vis, algunas lo pillan, otras no, y lo entra y allí está, es una pena. **¿Se ha sentido en algún caso, que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma?** No, siempre he sentido que he reaccionado rápido, incluso una vez un Jefe de servicios me dijo que lo cogemos todo al pie de la letra, que esto es instrumental. Mira yo no se si esto es instrumental o no, pero yo prefiero pecar de excederme que no dejarlo, yo conciencia tranquila.

8. **¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?** La verdad si que hay bastantes, hay muchos que los ves ya con cicatrices en brazos blancos, porque es de la juventud. Normalmente, se da mucho más en los jóvenes, no saben gestionar el estado hormonal de mucha explosión. A veces el autolesionarse los calma, el echo de hacerse daño y sentir ese dolor, es como que les calma, esto es lo que nos explican. Ves a gente que ya es más mayorcita y les ves con los brazos, a veces te enseñan la barriga y les ves las autolesiones de hace años y eso ya es para siempre.
9. **¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio?** Pues culpan a la institución. Hay un reportaje que está en la red, y mi compañera lo puso una vez, que habla del suicidio en la prisión, muy interesante, ya te lo pasaré si aún lo conservan. Habla de gente que ha estado en prisión, que es un tema tabú y bueno, de gente que se ha suicidado. Y mi compañera lo puso en un grupo y le dijeron: "buah, usted no sabe lo que ha hecho", hasta ellos dijeron que eso era tabú que cómo les podía poner eso en un programa. Pero claro es una cosa que pasa y se tiene que hablar y normalizar no, no es una cosa normal, pero es una cosa que ocurre y no la tenemos que esconder y somos profesionales y tenemos que ayudar. Una vez al trimestre nos hacen hacer una sesión para el suicidio y la sobredosis, hacer coloquios, actividades, es una cosa que la directora nos lo ha impuesto, que hay que hacer. Pero no creo mucho, le dan la vuelta a lo que se quiere hacer, no les gusta hablar a ellos de este tema. Supongo porque a más de uno les ha pasado y entonces siente miedo, es lo que presiento yo. Estas cosas duelen mucho, me ha pasado por la cabeza, aunque no te lo digan, porque es una pregunta protocolo que tenemos cuando entran en el módulo e incluso cada seis meses y cuando ingresan, y te dicen: "yo no". Pero yo creo que alguna vez ver se decir, madre mía 20 años, ¿Cuántos años tendré?, claro ellos no piensan que van a tener permiso y van a empezar a salir, están enfadados con el mundo mundial, y creo que en algún momento está rutina, hoy me lo decían, hoy estaba hablando de que como no tomamos conciencia de lo que hacemos, de cuando comemos, de lo que es el "Mindfundles", de tomar conciencia, tenemos que cambiar las rutinas ¿no?, después les digo, es difícil también lo que os estoy diciendo porque tenéis rutinas y claro no las podéis romper, pero dentro de vuestra

cotidianidad, rompedlas vosotros las rutinas. Si siempre vais al gimnasio a tal hora o jugáis la partida, pues cambiadlo y hacedlo de otra manera, no se, es lo único que les puedo ofrecer. Porque la rutina de levantarse, comer y todo, es la que es. Y el lunes es igual que el sábado, que el domingo y que el miércoles, lo único que les cambia es que no nos ven a nosotros los festivos, por lo demás es todo igual, las rutinas. En resumen, si es cuesta hablar es porque creo que les da miedo, porque alguna vez lo han pensado. **¿Qué tipo de información se les proporciona? ¿Cómo suelen reaccionar ante esa información?** La verdad es que exactamente no lo sé, no lo he vivido en primera mano. Pero bueno es dirección y subdirección de tratamiento, hay creo que un representante del equipo directivo, tanto de regimental como de tratamiento y bueno se les da la información, toda la ayuda psicológica que necesiten, exactamente no sé, pero se les da un soporte.

10. **¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?** La verdad es que la última vez fue un chico, no se si fue sobredosis o no, fue en el mismo módulo, hará dos o tres meses, pero dicen que fue un infarto, se quedó en el patio y quedo fulminado. No sabemos si había consumido algo o no, la verdad es que no tenemos ni idea de la autopsia, dicen que fue un fallo cardiaco. Justo estaba su hermano con él y en el módulo se vivió como un "choc", o sea silencio, al día siguiente igual, y hablé con un preso que la verdad es que es de estas personas frías, es una persona que ha manipulado a mucha gente, que ha torturado a mucha gente para conseguir dinero y por estar en un estatus muy alto. A mi me llegó a decir: Mire que a mi se me considera que soy una persona fría, pero en ese momento, ver como el hermano lo estaba cogiendo y que se le había muerto, dice me quedé helado, pensando que si eso me pasara a mí, que horror. Que se te muera tu hermano en tus manos y en la prisión. Y la verdad es que siendo una persona tan fría, por que "deu ni do", muy agradable en el trato, pero su historia de vida es tremenda y fue capaz de decir eso, o sea que se vivió muy en **choc** todos, había mucho silencio, mucho respeto, impactó.

11. **¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?** Yo creo que aunque haya una tasa de suicidio muy alta de suicidios, no se yo por lo que veo en la prisión, yo creo que es más por la

situación personal que no saben gestionar que más por lo que se hace, porque la verdad es que en Cataluña, fuera no tanto, ellos te lo dicen, tratamiento está muy encima de ellos, o sea que por nuestra atención no será, creo que es más por no saber gestionar ellos mismos la situación y la familia a lo mejor por fuera que no les ayuda, hay algunos que no es debe de ayudar, porque les entran hasta la droga, o sea, eso ya no lo estás ayudando, entonces creo que es eso, la situación familiar y personal y la situación de estar encarcelados que no nosotros, porque hay un seguimiento, y las reuniones que nos hacen continuamente desde dirección general, hay que dejarlo todo anotado a la agenda, no hay que dejar nada por escribir, todo el seguimiento que se haga, están muy encima de nosotros.

12. ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la

conducta suicida? El no tener un apoyo familiar, el dejarse llevar por los compañeros, porque a lo mejor tu lo quieres llevar bien y te come el coco de que nosotros le vamos a comer el coco, entonces personas que a lo mejor se dejarían ayudar, se dejan llevar por los que o y entonces ya rehuelen de la ayuda nuestra. Porque al cabo de unos años te lo dicen, si yo hubiera hecho caso en aquel momento, mira cuantos años llevo, ya estoy cansado, qué tengo que hacer. Entonces a partir de ahora ya se abren, pero claro eso después de muchos años. Pero bueno factores de riesgo: apoyo familiar, dejarse llevar por los “malotes” de dentro que no quieren dejarse ayudar, esa mala influencia, la droga y el estar enganchados a las repeticiones, porque ellos mismos se dicen: “ es que yo soy la oveja negra de la familia” “yo esque nunca voy a hacer nada por mi”, “es que me he pasado la vida en centro, yo no voy a poder salir de esto”, ellos mismos se boicotean su salida.

13. ¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida? ¿Y cuáles son los factores protectores?

Pues la familia, en muchos casos que te dicen: “ no haré nada, no haré nada” y la familia esta allí, allí y llaman por teléfono y por favor y esto y aquello... Y entonces te vienen un día y te dicen bueno vale aceptaré ir al programa, pero porque me lo han dicho, porque le insisten la familia. “Tienes que pagar la responsabilidad civil” “no, no doy ni un duro”, bueno es tu salida, o es que no quieres salir, y entonces allí la familia tiene mucho que ver y que

ellos tomen conciencia que esto es un paso, que es un aprendizaje, y cuando hacen ese clic, el paso por prisión es un palo muy grande en mi vida, pero es un aprendizaje en mi vida y a partir de ahora se acabó voy a empezar a vivir de otra manera, eso que yo vivía es una fantasía, ese estilo de vida de robar para ir a un buen restaurante, el robar para que mi mujer tenga un buen bolso, no se, es que te podría explicar mil casos, esto no es vida, les pones tu ejemplo, yo lo que cobro de aquí, pues te lo administras y donde llegas, llegas y no hay que ir cada semana al restaurante, eso es para grandes empresarios que tienen mucho dinero, ¿no?, pero la clase media, más normal somos muchísimos y no podemos hacer esto.

14. ¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan?

Yo es que la mayoría han sido droga y el no saber gestionar la culpa de lo que han hecho. **¿Cuáles? ¿Y ambientales y/o familiares?** De los casos que yo conozco, la verdad es que todos son de familias desestructuradas, seguro que hay alguno de familia bien, es que también llevo pocos años.

15. ¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos?

¿Cuáles? El desencadenante común de un suicidio tiene que ser el no ver salida, el yo que hago aquí, no sirvo para nada, para vivir así más valeirme, soy un estorbo, soy uno más.

16. ¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir?

Bueno en prisiones se está haciendo mucha cosa, la misma psiquiatra nos ha hecho una sesión a todos, se aseguraron que todos los funcionarios hubieran pasado, han vuelto a ofrecer otra hace poco, ya te digo que cada trimestre nos hacen hacer estas sesiones, que tenemos un protocolo actualizado, en prisiones se está muy encima. ¿Que cambiaría para mejorarlo? En este momento, no lo sé, ¿Qué se puede mejorar? Seguro, pero yo ahora mismo no sabría decirte. Bueno, más personal, que se pudiera hacer atención más individualizada, porque la verdad te lo agradecen muchísimo. En casos muy puntuales hago un seguimiento, pero te lo agradecen muchísimo, pero claro allí no se puede. Y hay una psicóloga clínica y los psicólogos que están trabajando no se les exige que tengan psicología clínica, entonces simplemente es la atención y trabajar el delito y bueno el de prevención de suicidios, por su puesto. Pero hay

otros casos que se les podría hacer sin que sea suicidio, pero falta personal, ahora mismo hay dos psicólogos y están vacantes, todavía no se han suplido.

17. **Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿qué protocolo y/o programa se inicia?** Lo desconozco, porque como todo esto lo llevan desde la parte regimental, claro son los funcionarios los que los encuentran, entonces son ellos mismos los que tienen un protocolo, tienes que avisar el quipo directivo que esté ese día de incidencias, siempre hay alguien, o director o gerente o subdirector de tratamiento y subdirector de interior, estos son los cuatro directivos y secretario jurídico, cinco. Siempre tienen que estar disponibles, 24h del día, cada día le toca a uno, entonces es comunicarlo en seguida al comandamiento de incidencias y a partir de allí pues ya se comunica que supongo a la familia, a los equipos médicos, etc.
18. **¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido un intento de suicidio?** Es el seguimiento que te digo del psicólogo, entonces cuando es muy grave pues ya te digo que hacen rtes tipos de diferencia, entonces es un seguimiento o diario o semanal o quincenal o mensual. Entonces depende en qué grado ellos ven, entonces hacen el seguimiento. Otra cosa importante, cuando hay un seguimiento por esto, que se abre un protocolo, nunca están solos en la celda, siempre les ponen un compañero y si están en el departamento especial, ellos lo saben, tienen la cámara abierta, porque la celda es un espacio de intimidad, entonces en la celda no hay cámaras, pero en un caso de estos creo que la cámara se enciende. Y entonces hay una celda especial para casos de estos.
19. **¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos?** Nos hicieron una formación que era obligatoria para todos y luego han hecho otra que era opcional, los psicólogos seguro que lo hacían y los otros profesionales pues era opcional, si podías, pues la hacías y si no pues no. Y en Barcelona en CEJFE, también ofrecen formación. **¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas suficientes para enfrentarse a tales situaciones?** También les hacen formación, yo creo que si.

20. **¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio en la condena del interno?** No, al juez le da lo mismo, la condena es la condena. Lo que se tiene que hacer es seguir los programas de tratamiento que se le dice y con más razón tiene que participar.
21. **¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio?** Médico, psiquiatra y psicólogo.
22. **¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida?** Pues conociéndolo bien, si tu conoces bien el interno, ves enseguida los cambios si los hay, entonces lo comentamos, si lo vemos más deteriorado o si va más abrigado, si no baja mucho de la celda. Entonces no te buscan y entonces ves indicadores si lo conoces más, si acaba de llegar no. Y allí es muy importante el trabajo en equipo con los funcionarios y nosotros, porque ellos lo ven mucho más y ellos te pueden dar muchísima más información.
23. **¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio?**
24. **¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?** Sí, siempre se pregunta. Normalmente cuando ingresan, por si tienes que abrir protocolo o no, o si en su vida a sufrido algún episodio. Es decir, tanto si es en el momento actual como si alguna vez en su vida ha tenido intentos, eso lo haces cuando ingresan.
25. **¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?** Cada seis meses tenemos una escala de valoración donde tenemos 43 ítems y allí jurista, trabajador social, psicólogo y educador, tenemos que rellenar los ítems y justo uno que es el del psicólogo, siempre consta las ideas autolíticas o de suicidio. O sea cada seis meses estás obligado a hacer la pregunta por protocolo a parte del ingreso.
26. **¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares?** Si te denuncian y eso va a juicio pues tienes que presentarte, entonces bueno no gusta, porque es un trabajo muy duro, estas cada día allí con sus demandas porque son muy niños y se sienten víctimas de todo, es un trabajo que desgasta muchísimo, tienes que estar muy fuerte, a parte de ellos que entran en peleas... Y encima que haces tu trabajo de la mejor manera y que después

la familia te culpe por no haber echo lo posible, la verdad que yo me sentiría muy mal. ¿Y a la institución? Bueno claro, ellos delante de esto, los suicidios normalmente son en la celda, entonces claro son horas en las que ellos no tienen cámaras, y desde las ocho y media, hasta las siete y media de la mañana están en la celda. Otra cosa es que hayan llamado al timbre y no se les haya echo caso, pero si no han llamado al timbre y esta persona te la encuentras por la mañana pues poca cosa puede hacer la institución. Y por eso también dentro de los protocolos están los cacheos constantes de las celdas, donde encuentran pinchos, encuentran la droga, bueno los muebles no son un peligro, pero si que pinchos y cosas que ellos se fabrican, cada dos por tres hacen cacheos aleatorio. Y ante sospechas, desde dirección les dicen: "hoy tenéis que cachear tal y tal", por sospechas, porque le llegan cositas, y si, si, encuentran cositas. Y eso pues salva vidas la verdad.

2.1.4. Sujeto 5: Psicólogo DERT y Enfermería

1. **¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?** Ahora va a hacer 14 años, pronto hará 14 años. He estado unos 9 años aproximadamente como funcionario de prisiones y 5 años como psicólogo.
2. **¿Cuales son sus funciones en prisión?** Actualmente soy psicólogo del departamento especial y del departamento MID y de enfermería. Y funciones de psicólogo pues bueno, las propias del cuerpo, clasificación, tratamiento, intervención grupal, análisis del riesgo de la conducta delictiva, preparación de permisos, funciones múltiples. **¿Y en concreto en un caso de suicidio?** Yo en el centro soy el referente del protocolo de prevención de suicidios, este protocolo llevará ahora en marcha un año, un año y medio aproximadamente. Entonces yo lo que me encargo un poco es de coordinar el tema de psicólogos, que hagan el seguimiento, que hagan el control, un poco esto, organizar y coordinar los temas de los PP. Si que el protocolo este, está más enfocado a que lo sustente, lo lleve los médicos y los psiquiatras, pero según la gravedad, alto, medio y bajo. Cuando es bajo el psicólogo del módulo debe hacer una entrevista cada 15 días de seguimiento, si es medio nos tenemos que poner en coordinación con la psicóloga clínica, para ver si le hace el seguimiento

nosotros o ella, y si el riesgo es alto lo tiene que hacer semanalmente el psiquiatra. Entonces un poco lo que son bajos los demás psicólogos vayan haciendo el seguimiento, tenemos el aplicativo del CIGFE, que vayan haciendo los registros y demás.

3. **¿Cómo cree que es visto el suicidio?** A nivel general, bueno es una conducta donde la persona, es como una falta de estrategias ante los problemas, donde la persona está sufriendo muchísimo y quiere dejar de sufrir, no es capaz de afrontar lo que tiene delante y es como un bloqueo personal, como que no ve ninguna salida y su salida es el suicidio. En relación a como se ve la conducta suicida dentro de prisión te puedo decir que los internos suelen culpar a la Institución, hay una tendencia a la atribución externa y no asumir responsabilidades, cuando pasa genera mucha frustración entre los internos, rabia e impotencia, eso como emociones visibles porque luego hay una profunda tristeza cuando el que se ha suicidado es un amigo o compañero de celda. **¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?** Bueno, esto entra dentro de los mitos, los mitos del suicidio. Uno de los mitos que se trata es si es de cobardes, de valientes, la perspectiva no es ni de valientes ni de cobardes, la perspectiva es una persona que está sufriendo y tenemos que cuidar ese sufrimiento, tenemos que atender a esa persona que está sufriendo, y bueno si que se habla de que yo nunca lo haría o es un cobarde porque no se ha enfrentado a sus problemas, porque quizás nadie le ha enseñado a enfrentarse a sus problemas y entonces la visión tiene que ver más con el sufrimiento humano que no por la valentía o la cobardía.
4. **¿Porque cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en la población en libertad?** Pues los índices, las estadísticas así lo dicen, que la tasa de suicidios en prisión es más elevada que la población en general. Y yo entiendo que es por la cantidad de factores asociados, de riesgos asociados que hay en prisión. O sea si en el exterior ya tenemos varios factores de riesgo, dentro de prisión es como que esos factores de riesgo se juntan y por lo tanto a mayor factores de riesgo mayor probabilidad de suicidio, por lo tanto en prisión el echo de la privación de libertad, ya es un factor de riesgo, que eso no lo tienes fuera tampoco.

5. **¿Porqué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio?** Un poco lo que estamos comentando porque digamos que la conducta suicida como todo es estadística, entonces hay unos factores de riesgo que cuanto más factores de riesgo acumule esa persona más probabilidad tiene de incidir en una conducta suicida o una conducta autolítica y precisamente en prisión se da que esas personas cumplen con muchos requisitos de esos factores de riesgo. **¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos?** Bueno tenemos la privación de libertad como dices, tenemos el trastorno mental, tenemos la conducta toxicológica, tenemos factores de riesgo de trastornos de personalidad, tenemos factores de riesgo de factores de falta de apoyo familiar o social, factores de riesgo ambientales, bueno principalmente estos. Uno de los indicativos clave es el de trastorno mental: depresión, trastorno bipolar y trastorno límite, tienen un índice bastante asociado a la conducta suicida. Como trastorno mental severo: la depresión y el trastorno bipolar y como trastorno de personalidad: el trastorno límite de personalidad.
6. **¿Porqué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobretodo de casos en prisión? ¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población?** No parece en prisión, pero tampoco aparece de la población general y el índice de suicidios es brutal, son alrededor de 800.000 al año que mueren por conducta autolítica, por conducta de suicidio, y no aparecen en los medios. Y esto es algo que ahora se está empezando a difundir más, a hablar más del suicidio, porque se ha comprobado que cuanta más pedagogía se hace del suicidio, cuanta más psicoeducación se hace de la conducta suicida, los índices de suicidio bajan. Entonces yo creo que hay un miedo al efecto contagio o un miedo a que cuanto más se hable del suicidio peor, pero los expertos nos están diciendo precisamente lo contrario, que hay hablar del suicidio como una herramienta preventiva.
7. **¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera?** Desgraciadamente unas cuantas, como funcionario te podría hablar de muchas, de encontrármelo o de verlo salir por los pies por delante, por sobredosis, por ahorcamiento, sobretodo estos dos tipos. Y

como psicólogo, precisamente hace dos meses, aquí en el departamento especial, tuvimos a un chico de 24 años que se suicidó y la verdad que fue duro porque era un chico con expectativas, que estaba motivado, era un chico que no tenía antecedentes de conducta autolítica y es como que nadie se lo esperaba. Entonces cuando sucede algo así, pues el impacto emocional es más duro, como para el equipo de tratamiento, como para los funcionarios, que le han cogido cierto cariño. Dentro de prisión en el departamento donde más se da la conducta suicida es en el departamento especial, entonces aquí es donde suele haber más casos, es donde yo estoy trabajando ahora. **¿Cómo vivió estas situaciones?** Son situaciones impactantes, sobretodo este último por el echo de la edad, un chico que tenía expectativas, estaba preventivo, "cuando salga voy a hacer esto, lo otro..." y entonces te quedas tocado, en el sentido de ostras, que la familia, la novia, la pareja y dices joder por el echo de haber entrado en prisión se le ha comido la prisión y a veces dices si hubiera habido una medida alternativa a la prisión y se hubiese ahorrado entrar aquí, pues a lo mejor no se hubiese suicidado, pero bueno eso ya es el sistema, y ante el sistema pues es difícil combatir estas cosas, pero si que no es agradable. Y considero que es de las peores cosas que puedes vivir aquí dentro de prisión. Creo que incluso antes de una amenaza o agresión, es este echo. **¿Se ha sentido en algún caso, que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma?** Bueno nosotros intentamos prevenir, o sea estar alerta de estas señales de alarma y sobretodo la funcionalidad que nosotros tenemos, básicamente es precisamente dar esta voz de alarma y difundirla. Si hay un riesgo o si me han verbalizado algo, no me lo voy a quedar yo, yo salgo de la entrevista, informo a los funcionarios, informo a los superiores y que esta información circule, porque es importante porque cuanto más circule, más pendiente va a estar la gente de esta persona en concreto y entonces siempre se dice que se hubiera podido hacer más, pero eso es una forma de potenciar o de que surja ese sentimiento de culpa, de "tendría que haber echo". Pero bueno yo siempre me limito que al final la responsabilidad también es de la persona que decide hacer eso y pensar de esta forma te puede liberar de esta culpa. Nosotros somos profesionales y como tal siempre intentamos que este tipo de conducta no suceda, porque realmente es lo

peor que te puede pasar en prisión, estar en contacto con una persona que decide suicidarse y que tu estés allí y lo puedas ver. Entonces es importante dar la voz de alarma, informar a todo el mundo y monitoricemos esas señales de alarma. Que si sale al patio que el del búnker lo siga con la cámara, que si yo me voy y hay alguien por la tarde del equipo de tratamiento que lo pueda ver, que intentemos hacer varias entrevistas de seguimiento y que los funcionarios vayan cada dos por tres a verlo, es decir, intentar monitorizar cualquier señal de alarma, cualquier incidencia y cualquier sospecha de que pueda hacer algo.

8. **¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?** Y tanto, muy común, un poco por estos trastornos de la personalidad que hay, hay mucha conducta autolesiva instrumental, por unos fines de conseguir algo, hay conducta autolesiva para reducir factores ansiógenos, tengo ansiedad, tendo una emoción muy intensa a la que yo no puedo soportar, no puedo sostener y el echo de cortarme me alivia. Esto te lo dicen ellos: " cuando yo veo la sangre me tranquilizo, y es un poco por cambiar el foco de atención, en lugar de estar atento a mis pensamientos, a mis emociones pues estoy atento al dolor y en ese momento me olvido de todo. Es una estrategia muy disfuncional pero a ellos a corto plazo les sirve, porque se relajan, se sienten bien, se sienten atendidos y entonces lo utilizan como herramienta disfuncional pero herramienta para reducir la ansiedad y luego como te he dicho instrumental, oye me quiero apuntar al médico, no me apuntas, pues me corto, verás como me atiende el médico.
9. **¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio?** Bueno la verdad que yo como psicólogo no tengo contacto con los familiares, pero bueno te puedes imaginar el impacto emocional que esto puede ser, la primera reacción siempre es de negación, lo se por compañeros que han tenido que dar la noticia, la subdirectora de tratamiento, pues bueno, culpan a la institución, culpan al centro, muestran todo su enfado, se presentan en la puerta del centro penitenciario, montando un pitote que no veas. Bueno hay una negación por parte de la familia y esa negación, esa tristeza también se maquilla con la rabia, impotencia, la frustración, son emociones que suelen aparecer. **¿Qué tipo de información se les proporciona?** Bueno a priori se abre una investigación, viene el forense

y el juez a hacer el levantamiento del cadáver y de primeras se informa de que mira tu familiar, tu hijo, tu madre... ha fallecido dentro de prisión y no se le da más información que esa. Luego cuando ya el juez hace el levantamiento del cadáver se realiza la investigación y demás, al cabo de dos semanas aproximadamente, el director cita a la familia para hacer una entrevista personal y ya para dar una cierta explicación, ten en cuenta que tiene que haber una autopsia del cadáver para saber si ha habido consumos, si los daños han sido por ejemplo de ahorcamiento, si ha sido él, si ha sido el compañero de celda, en fin tiene que haber una investigación y no podemos sacar conclusiones precipitadas e informar a la familia sin saber exactamente que ha pasado. **¿Cómo suelen reaccionar ante esa información?** Frustración, negación, rabia, un poco para enmascarar la tristeza que están sintiendo, es como que las emociones más duras predominan sobre las emociones más blandas, pero no quiere decir que en el fondo de todo eso lo que hay es una enorme tristeza.

10. **¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?** Hay mucha frustración también, y yo por ejemplo cuando pasó esto del chico, fui haciendo grupos con los diferentes internos para comentar el caso, para que ellos se pudiesen desahogar, para poner palabras a sus propias emociones y entonces depende de los lazos de afinidad que tengan en ese momento con esa persona, hay internos que lo sienten más o lo sienten menos. Pero sobretodo con una enorme tristeza por parte de los compañeros, y quedan tocados. También cierta culpa porque a lo mejor piensan que hubieran tenido que hacer esto o lo otro... y entonces nosotros estamos ahí para desmentir este mito, pues no es culpa tuya, ni mía ni de nadie, al final es su propia voluntad.

11. **¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?** El echo de la privación de libertad, ya hay una relación causal y el impacto. O sea dentro de la conducta suicida, dentro del mundo penitenciario, el impacto por ejemplo de la detención es un riesgo más por encima de los otros. El echo de que sean preventivos tiene más riesgo que los que son penados, porque bueno los preventivos cuando te piden una condena de 20 años, supongo que se les hace un mundo. Ser

primario, tiene más riesgo que ser reincidente, los primarios tienen más probabilidad de suicidio que los reincidentes.

12. ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la

conducta suicida? Bueno un poco lo que te he comentado antes, es que yo voy hablando y a lo mejor voy mezclando preguntas. Yo aquí tenía ciertas apuntadas, factores de riesgo asociados a la conducta suicida tenemos: factores individuales, y lo que he comentado antes, trastorno mental, depresión, trastornos psicóticos, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, conducta alimentaria, rasgos de personalidad como la impulsividad, la agresión. Factores psicológicos: el aislamiento social, la desesperanza, baja autoestima, pobre autoconcepto, visión negativa de si mismo o del mundo, de los demás también. Intentos previos de suicidio, la mejor forma de prevenir la conducta futura es observar la conducta pasada. Si hay un interno que ha tenido muchos intentos de suicidio, eso ya de por si es un factor de riesgo que hay que tener en cuenta. Como factores individuales también la edad, el género, esta determinado también que según la edad que tu tengas tienes más riesgo o no de realizar una conducta suicida y el género también, el género masculino se suicida más que el genero femenino, el genero femenino lo intenta más veces, pero el masculino lo consigue más. Entonces las mujeres tienen más alto el índice de tentativa de suicidio y los hombre tienen más alto el índice de suicidio consumado. Y esto tiene que ver un poco con la forma que eligen, las mujeres suelen elegir más el envenenamiento, y los hombres conductas más impulsivas como tirarse por un precipicio, ahorcarse y demás. Luego tenemos también factores familiares, bueno dentro de los factores individuales tenemos el genético, si tenemos una historia de antepasados que han tenido conductas suicidas, esto también es un factor de riesgo, que tiene que ver con la biología y la genética y enfermedades también físicas o discapacidades, esta comprobado que si tenemos algún tipo de discapacidad, ya sea física o intelectual, tenemos más riesgo también de conducta suicida. Y luego tenemos los factores familiares y contextuales, como la historia familiar previa de suicidio, eventos estresantes, factores sociofamiliares, si tenemos apoyo familiar, si tenemos sustento económico, la educación que hemos recibido, situación laboral, si estamos en paro o trabajando. Todo esto son factores

que influyen también en la conducta suicida y como te he comentado antes en la población penitenciaria pues el impacto psicológico de la detención, la separación del entorno, el tema de la privación de libertad, la pérdida de los lazos familiares, el echo de no poder ver a tu familia. Y dentro de los delitos, los delitos de agresión sexual, los de violencia tienen más riesgo de suicidio que por ejemplo los de un robo con intimidación o algo así. Así que como ves influyen muchas cosas. También como es visto el delito, ten en cuenta que un delito de agresión sexual o de pedofilia, cuando entras en prisión la pedofilia esta muy mal vista, entonces vas a ser juzgado, vas a tener problemas con otros internos, es un delito que genera mucha alarma social, a lo mejor tu imagen ha sido pública, y te enfrentas a lo mejor a una condena de 15 años. Y a lo mejor es un perfil de interno que no es agresivo o que nunca ha estado en la cárcel, entonces se dan como muchas situaciones, muchos contextos para que esa persona tenga un riesgo alto de suicidio.

13. ¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta

suicida? Una mala noticia, por ejemplo, el estrés influye muchísimo, sobretodo recibir una mala noticia, de a lo mejor que un familiar haya muerto y que tu no puedas salir porque estas preso, que te notifiquen causas pendientes, y que esas causas encima tengan una condena alta. Entonces todo lo que son situaciones estresantes exógenas, son detonantes. Cuando se le da una mala noticia a un interno, se dice "oye, que este esta tocado de ánimos, vamos a echarle un vistazo". **¿Y cuáles son los factores protectores?** Principalmente, el apoyo familiar y social, que se sientan queridos, que tengan afecto. y cariño. Cuanto más arropada se sienta esa persona es un factor de protección, el nivel intelectual también es un factor de protección, las estrategias de afrontamiento, si tenemos buenas estrategias de afrontamiento, también es un factor de protección. El saber pedir ayuda, vincularse bien en el equipo de tratamiento, con los programas, también son factores de protección. Entonces tener muchos factores de protección, no quiere decir que se reduzcan los factores de riesgo, pero si que los puede equilibrar.

14. ¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan? ¿Cuáles?

La impulsividad, es el factor más común sobre todo en la población

masculina, mayor índice de impulsividad e inestabilidad emocional, y eso es un rasgo de la personalidad. Si la persona tiene como muchas alteraciones dramáticas del estado de ánimo, pues también es un riesgo.

¿Y ambientales y/o familiares? Más que nada la falta de apoyo, como hemos hablado con anterioridad.

15.¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos?

¿Cuáles? Alguna mala noticia, la notificación de causas pendientes, factores estresantes, ansiógenos, estos son los precipitantes que están ahí. Y son los que nos hacen ponernos alerta a nosotros. Le vamos a dar una noticia y a ver si pide ayuda, a ver como la encaja, un poco hacer un seguimiento.

16.¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir?

Si no se está haciendo todo lo posible, se está haciendo lo que sabemos que no es poco, pero bueno creo que nos queda un largo camino y cada vez se está haciendo mayor hincapié, se están sacando circulares nuevas, sacando programas nuevos. El año pasado ya instauramos el protocolo de prevención de suicidios, se está diseñando un programa a nivel grupal. Bueno vamos dando pasitos y cada año se hacen charlas, se hacen mucha psicoeducación. Lo que antes era no hablemos del suicidio porque no vaya a ser que le entren más ganas de suicidarse, ahora vamos a hablar mucho del suicidio, vamos a hacer mucha prevención y mucha psicoeducación, para que precisamente ellos tengan la información necesaria para cuando se sientan mal o se les pase por la cabeza suicidarse, pues que tengan algún sitio y algún recurso para poder salir o para simplemente informar. **¿Que cambiaría para mejorarlo?** Más recursos, porque quizás lo que falte son más profesionales, más formación, un poco el sistema como está ahora mismo estructurado, pues también es muy difícil, más formación no solo para el equipo de tratamiento, sino para los propios funcionarios de prisiones, un poco esto. Lo que es los recursos, que haya más recursos, más formación, más personal.

17.Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿qué protocolo y/o programa se inicia?

Bueno ara tenemos el PPS, que como te he comentado antes, el protocolo constaría si yo como psicólogo estoy haciendo una entrevista y yo detecto que esa persona me está

verbalizando o hay una alta probabilidad de que lleve a cabo una conducta suicida, pues lo primero que tengo que hacer es dar la voz de alarma y registrarlo en el CIGFE, saco un listado donde allí constan los factores de lo que hemos hablado antes, se le ha dado una mala noticia al interno, el interno verbaliza que se va suicidar, el interno esta con altos niveles ansiogenos, entonces yo voy marcando todos esos puntos, hago un informe y ese informe se lo llevo al jefe de servicio, el cual lo notifica al médico de guardia o al psiquiatra, depende de quien esté y ese es el que va a ver el interno y es el que activa o no activa el protocolo. O sea, el protocolo no se activa por mi voz de alarma, sino se activa a través del médico o del psiquiatra, en el momento en que ellos digan que el psicólogo estaba bien encaminado, pues se activa el protocolo, con los niveles de riesgo alto, moderado o bajo. Y según el riesgo que tenga, hay unas medidas u otras, si el riesgo es muy alto a lo mejor la medida es de contención, coger al tío en una celda aislada y ponerlo con una cámara, y si aun así vemos que hay riesgo pues quizás acaba atado. Si es un riesgo bajo, pues lo funcionarios que trabajen que les echen un vistazo. O si es un riesgo medio, se entra en la celda y se retiran todos los objetos peligrosos, se le retira si tiene cuchillas, se le retira cualquier material que pueda cortarse, se le retiran los cordones de los zapatos, se le retiran las sábanas, cualquier material susceptible que pueda utilizarse para quitarse la vida.

18.¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido un intento de suicidio? Bueno tratamiento en si no hay, se le hace el seguimiento y ahora se va a poner en marcha el programa ENVIU, es un programa psicoeducativo para paliar o prevenir la conducta suicida.

19.¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos? Nosotros tenemos el CIGFE que en el momento que tu tengas un interno que está en PPS, a nosotros nos sale una señal en rojo, como diciendo cuidado que está en PPS. Y tenemos un indicativo que nosotros como profesionales cada 15 días obligatoriamente tenemos que verlo, y tu te puedes ir a la agenda de tratamiento, donde está la información de ese interno; "hace dos semanas le ha visto el psiquiatra por esto, hace una semana le ha visto el médico por esto, el psicólogo le está haciendo seguimiento". Entonces tenemos esta información en relación al interno,

que esta información va influyendo, si este interno yo lo estoy llevando y cambia de módulo, yo avisaré al psicólogo y le diré que el interno que va a ir a su módulo se encuentra en PPS y con este riesgo y le tienes que hacer el seguimiento. **¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas suficientes para enfrentarse a tales situaciones?** Bueno, un poco estamos empezando con esto y cada vez vamos a más y hay ciertas formaciones ya, pero yo creo que en este caso en torno a los funcionarios queda mucho camino por continuar. Al final ellos se limitan a hacer su trabajo y bueno cuando desgraciadamente ocurre lo que ocurre pues como que uf... joder.

20.¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio en la condena del interno? En su temporalización de la condena, no. Si el interno está condenado a 5 años y se intenta suicidar, sigue estando condenado a 5 años. Si no imagínate, lo intentarían todos. Se refuerza a nivel tractamental, se le hacen los controles pertinentes, el seguimiento, se da la voz de alarma, se va a hacer tratamiento con el, pero la condena la siguen teniendo igual.

21.¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio? Bueno como te he dicho son varios los profesionales que le hacemos este seguimiento; el médico, el psiquiatra, psicóloga clínica, el psicólogo o cualquiera del equipo de tratamiento, o sea que si hay una derivación.

22.¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida? Precisamente conociendo todos los factores de riesgo, conociendo todos los detonadores que pueden llevar a una conducta suicida y haciendo mucha psicoeducación con todo el personal que trabaje en el centro penitenciario, pues tenemos suficiente información como para tener indicativos de que una persona tenga un riesgo o no de conducta suicida. En este sentido yo creo que si que tenemos esta información disponible, para utilizarla, que para eso está. Y luego tenemos el RISCCANVI, que hay un ítem que es sobre la conducta suicida y los resultados sobre la conducta autolesiva, el riesgo, también nos da cierta información.

23.¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio? Los factores de riesgo y los factores protectores.

24.¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?

Si, y tanto, y sobretodo los preventivos y en ingresos. Cuando nos ingresan los internos, que pasan por el departamento de ingresos, sobretodo es un sitio donde tenemos que abordar este tema, ha habido antecedentes o no de conducta autolítica, como está a nivel emocional, como vemos el tema de la impulsividad, todo esto y si ya de allí empezamos a detectar que puede haber algo, inmediatamente avisamos al médico.

25.¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?

Psicométricos solamente el RISCANVI.

26.¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares? ¿Y a la institución?

El funcionario ninguna, en todo caso la institución, una de los objetivos principales de la institución es velar por la integridad física de las personas privativas de libertad, en el momento en el que esto no se cumple, y las familias denuncian, la institución se tiene que hacer cargo a esta indemnización, pero el funcionario no, a no ser que haya sido partícipe en la conducta suicida, de que le haya dado algún instrumento o que le haya favorecido o haya escuchado ciertos ruidos, sabiendo que hay un riesgo alto y no ha acudido o no hecho una intervención adecuada, en principio no. Ahora nosotros con el caso que te he comentado, nos hicieron una inspección, nos vinieron Dirección General de Justicia hicimos una reunión y nos hicieron una inspección de si había algo que había fallado o algo que no habíamos hecho bien. Pero bueno nosotros haciendo nuestro trabajo, la decisión es de la propia persona.

2.1.5. Sujeto 6: Trabajadora Social

- 1. ¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?** Tres años y medio.
- 2. ¿Cuales son sus funciones en prisión?** Titulada en Trabajo social. **¿Y en concreto en un caso de suicidio?** Mis funciones serian contactar posteriormente al suicidio del interno con la familia para darles soporte.

3. **¿Cómo cree que es visto el suicidio en prisión? ¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?** No lo sé como lo ven los demás. Normalmente, lo que he visto es que es un medio manipulativo de los internos, en general. Suelen utilizarlo sin una conciencia clara de lo que supone un acto de este tipo.
4. **¿Porque cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en la población en libertad?** Supongo que la falta de proyectos de futuro viables. La mayoría de los presos no tienen una alternativa de vida factible y positiva.
5. **¿Porqué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio? ¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos?** Por lo que he dicho antes. Falta de proyecto de futuro positivo y viable y falta de concienciación del acto en sí.
6. **¿Porqué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobretodo de casos en prisión? ¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población?** No interesa. Ni los de dentro de prisión ni fuera. Creo que es un tema tabú. En el caso de prisiones pone de manifiesto que el sistema no ha funcionado.
7. **¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera? ¿Cómo vivió estas situaciones? ¿Se ha sentido en algún caso, que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma?** Sólo he visto lo que considero que ha sido un suicidio y ha sido por pasividad, por negación a someterse a ningún tipo de tratamiento. Ha sido un suicidio pasivo y en diferido. La persona tenía un comportamiento autodestructivo que no sé si se podría haber abordado de alguna forma.
8. **¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?** Creo que sí.
9. **¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio? ¿Qué tipo de información se les proporciona? ¿Cómo suelen reaccionar ante esa información?** No lo sé.
10. **¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?** No he visto reacciones en ello. Tienen una visión egocéntrica y manipuladora y es difícil identificarse con el dolor ajeno.

11. **¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?** Creo que en determinados casos puede incrementar el deseo de realizarlo. Es un factor más entre los agravantes.
12. **¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida?** Factores de riesgo: falta de apoyo familiar, falta de expectativas de futuro, percepción de falta de control de la situación personal, estados de ánimo negativos, falta de apoyo entre los compañeros presos, falta de detección adecuada...
13. **¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida? ¿Y cuáles son los factores protectores?** Factores protectores: adecuada detección y tratamiento. Buena adherencia profesional, apoyo interno, acompañamiento por parte de otros internos.
14. **¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan? ¿Cuáles? ¿Y ambientales y/o familiares?**
15. **¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos? ¿Cuáles?**
16. **¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir? ¿Que cambiaría para mejorarlo?** Hay programas de prevención del suicidio. Los profesionales están informados y enseguida se informa de la posible detección de una situación que podría originar un proceso de este tipo.
17. **Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿qué protocolo y/o programa se inicia?** Pregunta en concreto para los psicólogos.
18. **¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido un intento de suicidio?** Pregunta en concreto para los psicólogos.
19. **¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos? ¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas suficientes para enfrentarse a tales situaciones?** Desde el punto de vista social deberíamos estar mejor preparados para apoyar a la familia. Considero que falta formación.
20. **¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio en la condena del interno?** No lo sé.
21. **¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio?** No he conocido ningún caso.

22. **¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida?** No lo sé.
23. **¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio?** No lo sé. Los trabajadores sociales sólo tenemos intervención en estos casos si la familia ha detectado algún indicio, lo que se comunica al profesional psicológico para valoración del interno. La actuación nuestra está bastante restringida y no hay una actuación en concreto determinada para nuestra profesión.
24. **¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?** No lo sé.
25. **¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?** No lo sé.
26. **¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares? ¿Y a la institución?** No lo sé.

2.1.6. Sujeto 7: Técnico especialista

1. **¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?** 15 años.
2. **¿Cuales son sus funciones en prisión?** Soy Técnico Especialista funciones vigilancia, Prevención y seguridad. **¿Y en concreto en un caso de suicidio?** Primero evitarlo haciendo prevención, valorar la situación, avisar médico de guardia.
3. **¿Cómo cree que es visto el suicidio? ¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?** Hay que tener valentía para meditarlo, prepararlo y ejecutarlo.
4. **¿Porque cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en la población en libertad?** En comparación con la población en general, en la población reclusa hay más factores de riesgo y más probabilidad al ser un sector vulnerable.
5. **¿Porqué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio? ¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos?** Las trayectorias de sus vidas

más la suma de problemas actuales, y en muchos casos una vida sin aliciente y la falta de libre movimiento.

6. **¿Porqué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobretodo de casos en prisión?** Sinceramente no interesa. **¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población?** No les interesa tampoco.
7. **¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera?** Un par pero no se sabe bien si fue sobredosis o suicidio como tal si que he vivido algún intento de suicido. **¿Cómo vivió estas situaciones?** Actuando lo más rápido posible. **¿Se ha sentido en algún caso, que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma?** No.
8. **¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?** Si, sobretodo para reivindicar algo, o con el dolor de la autolesión pueden llegar a olvidar el problema principal.
9. **¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio?** Depende la relación que lleguen a tener pero entre los compañeros de prisión suele crear indiferencia. **¿Qué tipo de información se les proporciona?** Algún tríptico y cursos en el CEJFE. **¿Cómo suelen reaccionar ante esa información?** Si se da la ocasión la aplicamos en según los casos.
10. **¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?** Indiferente.
11. **¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?** Si.
12. **¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida?** Trayectoria Personal, problemas dentro y fuera prisión que no pueden solucionar, libertad de movimiento.
13. **¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida?** El tener oportunidad de hacerlo por ejemplo vivir solo. **¿Y cuáles son los factores protectores?** Prevención, protocolos.
14. **¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan? ¿Cuáles?** Si. **¿Y ambientales y/o familiares?** Problemas exteriores que desde la cárcel no pueden solucionar. Que anteriormente lo haya intentado.

15. **¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos?**
¿Cuáles? Autolesiones, que lo haya intentado alguna vez.
16. **¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir?** Si. **¿Que cambiaría para mejorarlo?** Más prevención, entrevistas, controlar personas que son susceptibles al suicidio.
17. **Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿qué protocolo y/o programa se inicia?** No.
18. **¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido un intento de suicidio?** Visita médico, psicólogo, psiquiatra...
19. **¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos? ¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas suficientes para enfrentarse a tales situaciones?** No.
20. **¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio en la condena del interno?** No, se le hace seguimiento.
21. **¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio?** Si, psicólogo, médico...
22. **¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida?**
Conociendo y teniendo información mediante compañeros.
23. **¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio?** Si ha tenido antecedentes de autolesiones
24. **¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?**
No hago entrevistas, si que cuando hablo con ellos considero esta opción.
25. **¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?** No, el único que nos podemos guiar es la estadística y la probabilidad.
26. **¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares? ¿Y a la institución?** En principio si no hay negligencia clara se encarga la administración.

2.1.7. Sujeto 8: Psicólogo clínico

1. **¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?** 17 años.
2. **¿Cuales son sus funciones en prisión?** Son bastante variadas. La principal es clasificación inicial de los internos, entrevistas de seguimiento,

realizar programas de tratamiento en el ámbito de mi especialidad, que en este caso es: conductas violentas, seguimiento de los programas, evaluación del estado o la previsión de hacer buen uso del permiso. Ahora no es el caso, pero en cualquier momento puede volver a darse lo mismo para hacer informes de progresión de grado o regresión de grado, de segundo a tercero o bien de segundo a primero. El primer caso de segundo a tercero sería una progresión, hacia el régimen de semilibertad y de segundo a primero, sería una regresión de grado. Otra cuestión es atender las demandas individuales de los internos en el ámbito de mis atribuciones, sobretodo lo que se trate de la estabilidad conductual, todo aquello que pueda afectar a la estabilidad conductual y a la trayectoria penitenciaria. **¿Y en concreto en un caso de suicidio?** La función principal que tenemos es la de detección y seguimiento. Lo que es el tratamiento en si, es responsabilidad mayoritaria de los servicios médicos, son los servicios médicos quienes tienen la potestad o la responsabilidad o la facultad de anular el protocolo o de ponerlo en marcha, cualquiera de los trabajadores del equipo de tratamiento tenemos la misión de detectar el riesgo, abrimos el protocolo del riesgo y entonces ya se ponen en marcha los servicios médicos, en función del riesgo, si es alto o medio – bajo o bajo, actuarán en consecuencia. Nosotros tenemos la obligación de una vez está abierto el riesgo, cada mínimo, si el riesgo es bajo cada 15 días tenemos que hacer un seguimiento, hablar con el interno o coordinarnos con las personas que están cerca de él para poder seguir haciendo la evaluación, si ese riesgo efectivamente es bajo, medio o alto, en el momento que pasa de bajo a alto, nosotros ya no intervenimos, entonces se ponen en marcha los servicios médicos se ponen con el caso.

3. **¿Cómo cree que es visto el suicidio en prisión?** El suicidio en prisión se puede ver desde un montón de maneras según los afectados. Para la institución o los altos cargos que representan la institución es un indicador muy potente de la calidad del servicio de las prisiones, si tienen encomendada la misión. Si aumenta la tasa de suicidios en prisión, es que hay algo que no va bien en prisiones, eso por un lado, por otro lado, la gente que trabajamos día a día con los internos, no nos resulta tan extraño por las características de personalidad de los internos, es decir, la tasa de suicidios en prisiones es mucho más alta que en la población general, pero

es que el nivel de problemática tanto de salud mental como de problema social y personal, en prisiones es mucho más alta que en la población general, es lógico que entonces aumente la tasa de suicidios en prisión. Eso se le añade un efecto añadido que es la utilización instrumental del suicidio, eso difícilmente pasa en la población general, nosotros tenemos muchos casos que dice que se va a cortar, sencillamente como medida de protesta o como medida de presión para conseguir cosas. **¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?**

4. **¿Porque cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en la población en libertad?** En parte ya lo he comentado antes, básicamente son unas características personales que lo hace gente más sensible. ¿Qué características son las personales? Son más impulsivos, tienen déficits de resolución de problemas, no tienen una visión a medio – largo plazo, tienen baja tolerancia a la frustración y a eso se le añade las condiciones de penosidad de la prisión, es decir, el tema de estar cumpliendo condena, eso añade factores. No tienen visión a medio – largo plazo, pues cuando tienen un problema no le ven la solución, entonces el suicidio se puede entender como la solución eterna a un problema temporal, si además tienen limitadas las capacidades para resolver problemas y conflictos, y a eso se le añade que conviven con otras personas con similares características como ellos, características para crear problemas y dificultades para encontrar la solución de problemas que muchas veces ellos mismos se provocan. A eso se le añade un factor más, y es el apoyo del exterior, en líneas generales la gente tiene apoyo del exterior por parte de las familias, pero también es verdad que algunos familiares van quemando ese apoyo, sobretodo en internos que tienen problemas de toxicomanías y son tremendamente inmaduros y exigentes, y parece ser que nunca tienen bastante, llega un momento que la familia se cansa de estar apoyándolos, de hacer esfuerzos muy importantes y realmente los internos no corresponden con su esfuerzo con esta ayuda que les brindan la familia.
5. **¿Porqué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio? ¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos?** El propio contexto de prisión, como dijo una persona: “ es que a mi un juez me ha condenado a estar

privado de libertad un tiempo, pero claro es que encima tengo que aguantar otros individuos que no respetan las normas”, pero no respetan las normas, por eso están aquí, por que han quebrantado el código penal, pero es que no respetan las más normas elementales de convivencia, no son personas educadas, no respetan la limpieza, no respetan las colas, siempre lo hacen bajo coacción, bajo vigilancia de los funcionarios, bajo la amenaza de otro interno que puede dar lugar a una agresión y ese tipo de convivencia la verdad es que se vuelve difícil, eso por un lado, hay otra alternativa más saludable que es el aislarse, pero esto claro, no es fácil, sencillamente porque estar solo durante tanto tiempo pues la verdad es que debe ser duro. En resumidas cuentas, el factor principal es el tema de la convivencia, la convivencia con otra gente que ha quebrantado también las normas y que tampoco se esfuerza mucho por seguirlas, normas elementales de convivencia, me estoy refiriendo.

6. **¿Porqué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobretodo de casos en prisión? ¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población?** Hay un mito y es que si se habla del suicidio la gente se suicidará más, así es que lo mejor es esconder el problema, no hablemos demasiado del suicidio, porque de alguna manera si hacemos público las cifras de suicidio también es un indicador que en esta sociedad en la que estamos, hay algo que no va bien. Cuando una persona se suicida de alguna manera no ve la solución a un problema que normalmente suele tenerla, claro, que quiere decir, ¿cómo nos toca eso a nosotros? pues que de alguna manera no prestamos ayuda, no solo a nivel personal, sino a nivel institucional, no tenemos los dispositivos adecuados para ayudar a las personas que están pasando por un mal bache, hay algo en nosotros que está fallando, como individuos y como sociedad. Por eso mejor no hablarlo, mejor no hablar de ello, no vaya a ser que nuestra vergüenza salga en público, eso por un lado. En líneas generales, pero es que en prisión básicamente la población general se ve como víctima de los presos y realmente es así, es decir, somos víctimas de los delitos que cometen los presos, y hay una tendencia a sentir poca empatía hacia las personas que nos han agredido, entonces pensamos que si se suicidan en prisión, pues que más da, pues uno menos, uno menos y eso que nos ahorramos

en servicios, en ayudas, en esfuerzo, en tiempo, en dinero... Entonces en líneas generales a la gente de la calle no les importa en qué condiciones cumplen los presos la condena y también hay una percepción de la rehabilitación, como algo que no acaba de funcionar, si que funciona en algunos casos pero en la mayoría pues tampoco se ve con alarma social, es más, yo creo que incluso se vería como un alivio social, se ha suicidado en prisión, pues bueno, algo habrá echo.

7. **¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera?** Pues no sabría, no los he contado, a lo mejor es paradójico por que no quiero contarlos, pero no han sido muchos, podría decir... que ahora estoy recordando 1,2,3 ... unos cinco o seis, más de seis casos en diecisiete casos no habrá, y alguno de esos casos a veces habría que tenerlos en duda. Por ejemplo: que pasa cuando un señor muere de sobredosis, como sabes que ha sido un suicidio, no, no, si ha sido por sobredosis no ha sido un suicidio, bueno... no está tan claro, hay gente que intenta suicidarse con sobredosis, si que sabía de un caso, el primero que me ha venido a la mente, de un caso que estaba en riesgo de suicidio que expresó intención real por suicidarse, era un extranjero que había ciertas dificultades con el idioma, y la única solución era estar detrás de él, todos los días lo veía, todos los días tenía una pequeña charla con él, al final se suicidó, en fin de semana, yo no trabajaba, pero se suicidó de sobredosis, era un interno que en principio no tenía problemática toxicológica activa, entonces aunque murió de sobredosis, para mí tengo claro que fue una conducta de suicidio, no una recaída, ni mucho menos, y luego hay otros casos, que a pesar que por ejemplo gente que se cuelga con las sábanas, algunos de esos casos que se cuelgan con las sábanas son falsos intentos de suicidio, es decir, son conductas instrumentales para llamar la atención. ¿Cómo sabemos esto? Pues se cuelgan justo antes de hacer el recuento, por ejemplo, cuando pasa el funcionario, entonces calculan el tiempo en el cual pueden ser rescatados de alguna manera. A veces calculan mal el tiempo y se quedan en el sitio. **¿Cómo vivió estas situaciones? ¿Se ha sentido en algún caso, que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma?** Yo las vivo razonablemente bien con cierta pena, pero cierta, no demasiada pena, y no tiene que ver tanto con la empatía sino tiene que ver con un axioma que me costó años

entender y asumir, y es que no se puede ayudar a una persona que no se deja, no se puede ayudar a una persona que no te lo permite, en todos los casos donde yo he estado, esos cinco o seis casos que he dicho antes, dentro del alcance de mis posibilidades ofrecí todo lo que había y si aún así la persona no responde o no está en condiciones de responder, pues lo sientes pero no lo vivo como un fracaso personal, hay cosas que están a nuestro alcance y otras cosas que no están a nuestro alcance, yo tengo la convicción de que he hecho todo lo posible y por lo tanto no me siento especialmente mal, en ese sentido.

8. **¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?** Son muy, muy frecuentes, de echo hay casi todo un arte de saberse "chinar", en el argot penitenciario, "chinarse" significa hacerse cortes. Entonces ellos van por delante y aprenden al final cómo tienen que hacerse los cortes para encontrar alivio, es decir, actúa como una especie de analgésico, se tranquiliza, es cierto que se tranquilizan, aunque luego sienten vergüenza, sentimientos de culpabilidad por la cicatriz que les queda, mucha gente se tatúa para tapar estas cicatrices. Las autolesiones en algunas ocasiones tienen un componente adictivo, los propios internos hablan de que sienten el impulso, no quieren hacerlo, pero les resulta algo irresistible, por el alivio que encuentran a la hora de cortarse, eso por un lado. Por el otro hay una fase previa que es la fase instrumental, obviamente nosotros tenemos la obligación de responder ante una amenaza de autolesión y respondemos, no en la medida que a ellos les gustaría, pero suelen conseguir con estas autolesiones cosas, que de otra manera tardarían más, no digo que no las consiguieran pero claro, como he dicho antes no tienen demora de la gratificación, su repertorio de solución de problemas es bastante limitado, y la experiencia que tienen personal, les informan que efectivamente con una amenaza de autolesión consiguen unas llamadas de atención inevitables.
9. **¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio? ¿Qué tipo de información se les proporciona? ¿Cómo suelen reaccionar ante esa información?** Pues no podría contestar a esa pregunta por al menos experiencia directa, solo recuerdo un caso, un caso que su hijo murió en prisión, lo que pasa es que este hijo que murió en prisión estaba precisamente por haber agredido a los padres. Entonces estos padres

hicieron lo posible para evitar que su hijo ingresara en prisión , tenía un problema del control de los impulsos muy, muy grave, uno de los más graves que yo he visto. Era un chico joven y como he dicho antes, se suicidó cuando lo trasladaron de prisión. Yo hablé con él y de las cinco veces que hablé con él, cuatro había tenido una conducta explosiva y salió dando un portazo del despacho, cada vez que entraba le decía disculpe pero es que cada vez que hablamos usted se cabrea, pero se cabrea muchísimo, he hablado con cientos de presos y ninguno se cabrea tanto como usted, hay algo en su cabeza que no va bien, "no, no, esta vez será diferente, es que mire yo soy nervioso", total que transmitía la entrevista y a los diez minutos se tenía que cortar porque el señor en cuestión no aguantaba, no aguantaba, no se si es que oía aquello que no quería oír, pero es que tampoco era una entrevista digamos estresante, que las he tenido también, pero no era el caso. Pidió el traslado, yo le desaconsejé que no era una buena elección, pero aún insistió, insistió y a las tres semanas del traslado me llegó la noticia de que se había suicidado, vi a los padres, los padres estaban destrozados porque de alguna manera se sintieron culpables de haber ingresado a su hijo en prisión, pero lo que le dije a los padres, es que lo mismo que he comentado antes, hay cosas que están fuera de su alcance y habían intentado ayudar de todas las maneras a su hijo, mucho antes de que este ingresara en prisión y lo único que habían conseguido es más y más sufrimiento, prolongar la agonía, que se podía haber evitado, no lo sé, la manera desde luego que si que la desconozco.

10. **¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?** A veces hay una fantasía de ser recordado, es decir, cuando un preso se suicida normalmente consigue el sentimiento de pena o incluso de echar en falta por otro colectivo de presos que posiblemente en vida no le hacían ni puñetero caso incluso a lo mejor, más bien abusaban de él o lo maltrataban incluso. Entonces cuando alguno se suicida y trasciende, siempre hay un sentimiento de pobrecito, un sentimiento de pena compartido, eso puede ser utilizado por otros presos que se sientan discriminados o que se sientan en desventaja de pintar algo en el colectivo de los presos, de ser presos importantes, activa la fantasía, de decir: "ostras y si yo me suicidara, por lo menor generaría

ese sentimiento de pena”, activa la fantasía, ahora tanto como provocar respuestas evidentes de evitación, yo no lo he visto, lo sé, se el tema del tema de las fantasías porque he hablado con ellos. Entonces puedo hablar con conocimiento de causa de lo que me han dicho otros presos.

- 11.¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?** Causal en líneas generales no lo creo, si que es verdad que las tasas de suicidio en prisión son más altas que en la población general pero es por lo que hemos dicho antes, es que llueve sobre mojado, es más, la cárcel ha salvado la vida de muchos presos, esto ellos mismos lo han reconocido. Le ha salvado la vida no sólo de sobredosis, sino de alguna manera en la calle se han visto totalmente desamparados, en prisión uno puede tener el sentimiento de estar desamparado pero también puede tener el sentimiento de hacer algo útil y que alguien se lo reconoce, como por ejemplo los trabajadores, un funcionario que en principio su tarea es sólo vigilancia y que un recluso, por el echo de aburrirse decide limpiar los cristales, porque no tengo otra cosa mejor que hacer, no me van a pagar por ello, pero bueno, si puedo entretenerme con algo y el funcionario se da cuenta que no busca un incentivo externo y que además limpia muy bien los cristales, evidentemente el funcionario se lo dice, se lo reconoce públicamente y le dice que la próxima vez que tenga un hueco te puedo proponer para un destino, esto es un ejemplo de limpiar los cristales, pero puede ser para otra tarea. Y luego hay otro efecto, y es que tenemos una mentalidad normativa, que quiere decir eso, buscamos compararnos constantemente con los demás estamos en una especie de plena competición social, pero eso no sólo es en prisión, sino tanto fuera como dentro en prisión. Si yo siento que no valgo mucho, que la gente me rechaza, entro en prisión y descubro que hay otra gente que está peor que yo, pues oye la verdad es que puedo plantearme que tampoco estoy tan mal, hay gente que está pero que yo o hay otra gente que está peor, no sólo en cuestiones materiales, sino en cuestiones físicas, en cuestiones de comportamiento, de autoestima, en cuestiones de capacidad de resolver problemas, yo me sentía un inútil pero es que he encontrado gente más inútil que yo, estas palabras me las han llegado a verbalizar.
- 12.¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida? --**

13. **¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta**

suicida? La frustración inesperada sobre algo que para el preso es importante, lo valora como importante. Aquí hay un amplio abanico esa frustración inesperada puede ser por ejemplo: esperaba tener una condena corta y resulta que la condena es larga, esperaba ser absuelto y le han caído cinco años. Para un preso primario cinco años es casi una vida, para un preso reincidente no, porque ya tiene experiencia. Otro ejemplo de frustración: uno puede estar haciendo esfuerzos por conseguir las salidas o conseguir un tercer grado y luego por una mala solución a un problema puede verse frustrado esa expectativa de golpe, esperaba salir y tiene una pelea por ejemplo con otro interno y adiós los permisos, eso es otro factor precipitante. Luego el más obvio es la pérdida de apoyo externo, puede ser voluntario o no voluntario. El voluntario por decirlo de alguna manera, sería que la pareja te deje haya decidido cortar la relación, que esto es poco frecuente, es curioso pero es poco frecuente, aún así a veces pasa, y luego están las involuntarias, que son los fallecimientos, sobretodo de los progenitores, y dentro de los progenitores, sobretodo las madres. Los padres se cansan antes del comportamiento antisocial de los hijos, las madres están allí, llueva o truene, caigan chuzos de punta. Parece ser que no se les acaba nunca la paciencia, están ahí apoyando, apoyando, y esto que en principio parece positivo, desde el punto de vista conductual no lo es, porque el recluso percibe lo que se conoce como aceptación incondicional, ¿porqué voy a cambiar si mamá a las buenas y a las malas está ahí, pase lo que pase, por que me tengo que esforzar en cambiar? A veces que es lo que pasa, que las madres se van al otro barrio, por cansancio, por enfermedades, por cualquier cosa y entonces el recluso hijo lo vive como una pérdida total y con motivo, es decir, estás tan acostumbrado a que mamá te haya sacado las castañas del fuego que eres un completo inútil, y no es por faltar, es que es como un niño pequeño que no sabe hacer nada sin la sobra de mamá, eso es un factor precipitante. Pero está bien la pregunta de factor precipitante porque rara vez hay un único factor precipitante, si no hay una base de persona con importantes carencias, de importantes déficits, normalmente los factores precipitantes no suelen actuar o no son lo suficientemente potentes como para activar el suicidio. **¿Y cuáles son los factores protectores?** Pues

casi es lo contrario, los factores protectores es lo que ellos llaman una personalidad fuerte, es curioso pero en este aspecto si que utilizan con propiedad, el lenguaje, el tener un "yo" fuerte, una capacidad de resiliencia, el entrenamiento que han tenido previo en su vida para ir aguantando frustraciones repetidas, el apoyo externo, el tener un proyecto en la vida, un proyecto en la vida mínimamente realista, que no hace falta que sea grandes aspiraciones, sino sencillamente una meta con una posibilidad a medio - largo plazo y que esa meta sea lo suficientemente motivadora como para que active los mecanismos de la autodisciplina y del esfuerzo sostenido para conseguirla, algo tan sencillo o complicado, como para sacarse los estudios, por ejemplo, cuando hablo de estudios, no me refiero a estudios universitarios que también los hay, sino sencillamente sacarse los estudios obligatorios de la enseñanza secundaria, que hay gente que no sabía leer, empieza a ir a la escuela y va descubriendo que va progresando, que antes tenía problemas con las sumas y las restas, y ahora no sólo sabe las sumas y las restas, sino que sabe multiplicar y dividir. Y descubre una cosa que parece ciencia ficción que es la lectura, ¿cómo ciencia ficción? Coges un libro y ostras, estás leyendo un libro y es como si te tele transportases ¿no? A lo que cuenta el libro, sea de historia, sea una novela, entonces ellos lo viven como un gran descubrimiento en prisión. Claro, esto que es lo que hace: activa la curiosidad para conocer más, y luego activa también los esfuerzos sostenidos para ir mejorando como personas, en realidad la rehabilitación sí que existe, lo que pasa es que tiene una enorme variabilidad según el individuo, como podíamos hablar una comparativa con los tratamientos del cáncer, hay gente que se muere de cáncer y hay otra que se cura, depende mucho del individuo más que del tratamiento en sí, la respuesta del individuo al tratamiento.

- 14.¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan? ¿Cuáles? ¿Y ambientales y/o familiares?** Los trastornos de personalidad, sobretudo el trastorno límite. El trastorno límite de personalidad es que en una de las características del trastorno límite es precisamente los intentos reales de conductas autolíticas o antecedentes de suicidio, cuando tenemos un límite, aumenta exponencialmente las papeletas para

que realmente consuma el suicidio. Y luego también aquellas personas que tienen facilidad para caer en trastornos depresivos, hay distintos trastornos depresivos, pero hay gente que en un momento de su vida cae en una depresión y hay gente que constantemente está como en una especie de ciclo; ahora estoy mal, ahora estoy normalito, ahora vuelvo a estar mal y normalito. En estas personas cuando precisamente aparecen esos factores precipitantes es cuando más riesgo hay.

15.¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos? ¿Cuáles?

16.¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir? Pues yo creo que en prisión por lo menos sí, han cambiado varias veces los protocolos de suicidio, lo que pasa es que claro, bajar la tasa de suicidios a cero es imposible, ¿qué es lo que pasa? Se van cambiando los protocolos en función de la eficacia o en función de la retroalimentación de como van estos protocolos. Básicamente el ingrediente activo de los protocolos es que se hable del suicidio, no ocultarlo, sino justamente todo lo contrario. Y aumentar los mecanismos o los sistemas para detectar aquellos factores de riesgo y detectar aquellas personas aunque sean de bajo riesgo que pueden llevar a una conducta. Cuanto más detectes, más puedes entre comillas “salvar”, esto sin ánimo de contradecirme en aquellos casos que por lo que sea están fuera de nuestro alcance a pesar de nuestra ayuda ofrecida. **¿Que cambiaría para mejorarlo?** Si hay algún sistema para mejorarlo des de luego no se me ocurre, porque el problema que tienen los protocolos en general en prisión, es que cuanto más los activas o cuantas más cosas haces, más encuentras falsos positivos, es decir, localizas a gente que la identificas como riesgo de suicidio, cuando en realidad no tiene riesgo de suicidio, y eso el peligro es aumentar la instrumentalización que hacen los internos para conseguir la atención. Entonces creo que ahora con el protocolo actual se aumenta muchísimo esos falsos positivos, realmente los profesionales que están más a mano, los servicios médicos, tienen que desactivar muchos de ellos y es más, nosotros ante la duda, yo como profesional, como psicólogo, puedo pensar que un interno es manipulador, que lo hace para llamar la atención, que lo hace de manera instrumental, que simplemente lo que quiere es un poco de atención, ha llegado a

verbalizar que se va a cortar y ante la duda, es decir, aunque en un 80% puedo pensar que el individuo lo hace para llamar la atención, pues el protocolo del suicidio dice que lo tengo que activar y luego ya veremos a ver que pasa, entonces ante la duda se activa. Entonces más allá que eso no se, salvo ponerlos a todos en protocolo de suicidio ya me dirán.

17. Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿qué protocolo y/o programa se inicia?

Consumado, bueno si es consumado, como he dicho antes, parten de los servicio médicos, los servicios médicos quien actúan ¿Y qué hacen los servicios médicos? Evidentemente si por ejemplo consiste en un corte mortal, es la atención e intervención inmediata, o sea la cura, la sutura o la inmovilización del interno y la intervención inmediata, la intervención médica que precise. Otras veces consiste en ingestas de pilas, de sustancias, de incluso cuchillas de afeitar, que también hay. Ahora es menos, en menos caso que antes pero era bastante frecuente la ingesta de cuchillas de afeitar, realmente no se como salen adelante estos casos, per si, entonces se hace una derivación urgente a los servicios de urgencias para digamos rescatar el objeto que se ha ingerido.

18. ¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido un intento de suicidio?

El seguimiento intermitente durante una buena temporada, cuando ya se ve que ese seguimiento digamos que vuelve a la tasa base, es decir, el interno se relaciona con los otros, vuelve a tareas de autocuidados, se preocupa por su futuro, como está haciendo las cosas y demás, entonces se retira el protocolo, en algunos requiere más tiempo, en algunos puede que en dos semanas ya esté y en otros requiere más tiempo, unos cuantos meses incluso.

19. ¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos?

Nos han hecho formación de vez en cuanto aparecen y más que una formación novedosa o sistemática es un recordatorio de esos procedimientos para que no bajemos la guardia, básicamente consiste en recordatorio y en esos recordatorios aportan más estadísticas de casos o se hacen historias de las personas que han llegado a consumir el suicidio, en un intento de aprender y de localizar más elementos que hayan podido pasar desapercibidos en anteriores protocolos. **¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas suficientes para enfrentarse a**

tales situaciones? La única herramienta que quizás no se les dota es más personal, ahora cada vez que colocas a unas personas para tratar un conjunto de reclusos, pues cuanto más personal menos riesgo de suicidio y menos riesgo de todo, lo que pasa es que claro, ahí hay que buscar un equilibrio entre análisis coste – beneficio, cuál es suficiente, yo creo que en líneas generales sí, en líneas generales está bastante o razonablemente formados y dotados, pero claro no puedes vigilar a una persona y a todo el mudo las 24 horas del día, eso es imposible, a demás que es anticonstitucional.

20. ¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio

en la condena del interno? No, es más un intento de suicidio es un parte disciplinario, es decir, tiene consecuencias negativas para el interno, sobretodo del estilo de estigmatización, es decir, con este hay que ir con más cuidado para que no repita la conducta, en ese sentido no tienes ningún beneficio y si fuera beneficio, bueno entonces sería darle alas todavía. En esto me ha recordado un mito que circula que yo me quede “flipado” como dicen los jóvenes, me quede “flipado” por la credibilidad que le daban algunos presos, digo virgen santa pero no te das cuenta que eso es absurdo desde cualquier punto de vista. El mito era que si tu compañero de celda se suicidaba a ti te perdonaban la condena, digo no os dais cuenta de la barbaridad que estáis diciendo, eso lo que incitaría sería a cargarse a gente y intentar hacerlo pasar por suicida, me lo han llegado a preguntar, al menos en tres ocasiones, ahí te puedes dar cuenta del nivel intelectual de los presos.

21. ¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio?

22. ¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida?

En la misma medida que habla en el protocolo de suicidio, es un modelo probabilista, cuantas más papeletas hayan, más facilidad de predecir, lo que pasa es que a veces esas papeletas no las ves, si ves que la persona empieza a regalar pertenencias, si ves que la persona tiene un estado de animo deprimido que dura bastante tiempo, si ves que esa persona a empezado a descuidar su aspecto físico, si ves que esa persona pierde interés casi todas las actividades, si además esa persona objetivamente a perdido un apoyo significativo, rotura con la pareja, muerte de algún

familiar, muerte de algún amigo próximamente cercano, pues claro, las papeletas van aumentando, tendrás que hablar con él para ver como está, a ver en qué grado pide ayuda o en qué grado se ofrece ayudar, o sea, se ofrece a ser ayudado.

23.¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio?

24.¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?

Siempre, en toda la entrevista, el protocolo de ingresos lo primero que hay que valorar es eso, más que si tienen problemas con las drogas, más que si tienen conductas impulsivas, eso es lo principal, eso es en la conducta de ingresos, pero luego en las clasificaciones también, en las regresiones de grado, cuando de segundo grado pasa a un primer grado, lo primero que preguntan y lo primero que insisten los informes es precisamente eso, si el ingreso puede aumentar la probabilidad de conductas suicidas.

25.¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida? Si, hay uno, pero falla como una escopeta de palo, el RISCANVI, nunca he visto

un instrumento psicométrico que falle tanto y el misterio es que como es posible que a pesar de que falla tanto se siga utilizando, no es que no tenemos otro ... una moneda funciona mejor y yo monedas tengo.

26.¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares? ¿Y a la institución? Ante un

suicidio si ha actuado como toca, si ha actuado según el protocolo, ninguna, ha hecho lo que tenía que hacer, ahora si bien puede acreditar que el funcionario no hizo todo lo que estaba en su mano pues entonces es cuestión de demostrarlo y acreditarlo ante un juez, ahí entonces más bien pagaría la administración, como responsable civil subsidiario. Es decir la institución sólo paga si se le condena porque uno de sus trabajadores no ha actuado como toca, ahora otra cosa es lo que haría la institución si cruziría el funcionario en cuestión.

2.1.8. Sujeto 9: Psicóloga clínica

1. **¿Cuántos años lleva trabajando en el ámbito penitenciario?** 3 años y medio.

2. **¿Cuales son sus funciones en prisión? ¿Y en concreto en un caso de suicidio?** El modelo de trabajo de los actuales servicios de atención ambulatoria en salud mental en los centros penitenciarios, es decir, de nuestro Equipo de Salud Mental Penitenciaria se configura bajo la propuesta del "Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions" (PISMA 2014-2016), y establece dentro de la priorización de actuaciones, en la línea estratégica 7:

- La mejora de la atención psiquiátrica y de la salud mental en el ámbito judicial, para las personas en situación de privación penal de la libertad y medidas de seguridad.

- Las personas a las cuales se aplica una medida penal presentan más problemas de salud mental que la población general. Por este motivo es necesario mejorar la atención psiquiátrica y de la salud mental en este colectivo.

Desde el Departamento de Salud y Justicia se desarrollan una serie de acciones por tal de operativizar estos objetivos:

- 1) La atención ambulatoria que se realiza en el propio centro penitenciario donde reside el paciente.
- 2) La atención en régimen de ingreso hospitalario en alguna de las unidades suprasectoriales de la red de psiquiatría penitenciaria, formada por:
 - a. Unidad de rehabilitación no intensiva de la unidad de salud mental ubicada en el CP Cuatro Caminos (Antigua Unidad Polivalente).
 - b. Unidad de rehabilitación intensiva de la Unidad de Salud Mental ubicada en el CP Brians 2.
 - c. Área de urgencias y unidades de hospitalización de agudos, subagudos y rehabilitación de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP), ubicada en el CP Brians 1.

La atención al paciente en tercer grado o en libertad condicional, dentro de la red de Salud Mental Comunitaria, con los recursos propios de la misma.

OBJETIVOS GENERALES:

- Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud mental.
- Mejorar la detección y atención integral de las personas con Trastorno Mental y/o Adicciones en la población penitenciaria.
- Mejorar las habilidades y la capacidad resolutive de los Equipos de Atención Primaria Penitenciaria (EAPP) en relación a la atención de las personas con Trastorno Mental TM y/o Adicciones en el ámbito penitenciario.
- Dar continuidad asistencial a través del trabajo en red para evitar recaídas y discapacitados.
- Establecer espacios de coordinación ESMIA – EAPP – Equipos de Rehabilitación y Tratamiento penitenciario (ERTP).
- Participar con el regreso de agentes en preparar la vinculación a la red convencional de los pacientes que pasan a libertad o medio abierto.
- Ofrecer un abordaje integral y coordinado de los procesos de reinserción social y prevención de la reincidencia delictiva cuando la salud mental es un factor influyente en este proceso.

OBJETIVOS GENERALES:

- Mejorar la capacidad resolutive de los EAPP en relación a TM y/o adicciones de baja complejidad.
 - Mejorar la detección y atención de las personas con riesgo de suicidio.
 - Mejorar el manejo de los TM y/o Adicciones de alta complejidad por parte de los EAPP.
 - Mejorar la atención a los problemas de salud física de las personas con un TSM.
 - Priorizar la atención de los pacientes según criterios de gravedad de acuerdo con el diagnóstico psiquiátrico, la evaluación de riesgos y la evaluación funcional.
- Prepara, habilitar y capacitar a las personas que padecen un trastorno mental para que lleguen al máximo nivel de autonomía, aumentando la autonomía emocional (autoestima, capacidad de decisión, madurez...) y generando estrategias adaptativas de resolución de conflictos.
- Facilitar la elaboración emocional del delito, en coordinación con los ERTTP, en las personas con un trastorno mental.

- Promover la intervención de enfermería el EAPP en el seguimiento de las patologías de SM.
- Recuperar y mantener los vínculos afectivos con el exterior (iguales, familiares y con la comunidad) trabajando con el paciente y su red social.
- Aumentar la autoestima emocional (autoestima, capacidad de decisión, madurez).
- Incrementar el autocontrol y generar estrategias adaptativas de resolución de conflictos.
- Introducir el valor del trabajo y las relaciones con los demás.
- Recuperar y mantener los vínculos afectivos con el exterior (iguales, familiares y con la comunidad) mediante el trabajo en dos niveles, del paciente y de su red social. Incluye el tratamiento de las dificultades de relación interpersonal. En coordinación con los E RTP.

La cartera de servicios contempla:

- Detección de las personas con trastorno mental.
- Atención integral a las personas con TM y/o Adicciones.
- Valoración integral de necesidades.
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento psicológico.
- Programas de rehabilitación psicosocial.
- Atención a la discapacidad.
- Identificación de personas especialmente vulnerables.
- Actividades de formación, docencia e investigación.
- Participación en los equipos multidisciplinares.
- Trabajo en red.

FUNCIONES PROPIAS DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

Psiquiatra:

1. Detección de personas con trastorno mental.
2. Diagnóstico psiquiátrico.
3. Tratamiento farmacológico si se precisa.
4. Seguimiento de los casos de alta complejidad y TSM.

5. Entrevistas de valoración, diagnóstico y tratamiento si procede a petición de los médicos de los equipos de atención primaria penitenciaria (EAPP), vía interconsultora, los pacientes ubicados en los módulos. No se realizarán más visitas psiquiátricas a petición del interno vía instancia. En este caso se remitirá siempre al filtro previo del médico del EAPP.
6. Visitas de seguimiento de los pacientes identificados como TMS o TM no TMS pero de alta complejidad.
7. Visitas de revisión de alta hospitalaria: visitas de seguimiento (preferentemente antes de los 7 días de la alta, y siempre dentro de los 15 días) los pacientes dados de alta de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP-C).
8. Alta y regreso a EAPP después de la primera visita de los pacientes con patología de baja complejidad, salvo casos complejos por otros factores: patología dual, comorbilidad con discapacidad intelectual, otras comorbilidades, etc.
9. Valorar la necesidad de intervención específica del psicólogo y/o enfermería de SM.
10. Visitas urgentes: Solicitada siempre por el médico de EAPP, en aquellos centros y horarios en los que hay presencia del psiquiatra. En ausencia de este, la visita urgente se puede solicitar al psiquiatra de guardia de la UHPP-C, segundo procedimiento que se anexa.
También se realizarán visitas urgentes a petición del resto de profesionales que componen el equipo de salud mental (ESMIA).
*Nunca se realizarán visitas urgentes a solicitud de profesionales no sanitarios.
11. Apoyo y asesoramiento a los equipos de rehabilitación y tratamiento penitenciario de los módulos, según procedimiento. (Pendiente de elaborar y consensuar).

Psicólogo clínico:

1. Visitas diagnósticas y de exploración psicológica a demanda del psiquiatra.
2. Cribado cognitivo en personas con primeros episodios psicóticos.

3. Visitas de orientación y apoyo psicoterapéutico a criterio del psiquiatra.
4. Apoyo y asesoramiento a los equipos de Rehabilitación y tratamiento penitenciario de los módulos en relación a los pacientes con problemáticas de salud mental.
5. Diseño, ejecución y evaluación de un Programa Funcional de actividades rehabilitadoras, individual y grupales, para personas con trastornos mentales severos, según áreas de intervención: cognitiva, relacional, emocional, pragmática o conductual. En colaboración con el resto de profesionales sanitarios y con los equipos de rehabilitación y tratamiento penitenciario.
6. Grupos psicoeducativos para pacientes con Trastornos de Ansiedad y Depresión leve, en colaboración con enfermería de SM o de AP. Pacientes a propuesta del médico del EAPP o del psiquiatra.
7. Intervenciones y/o Tratamientos psicoterapéuticos focales y breves (regladas): basadas en las recomendaciones de las GPC. Entre dos y siete sesiones. Tratamientos con una duración limitada en el tiempo y una frecuencia pactada con el paciente trabajando los objetivos acordados con el paciente. Implica que el paciente debe ser sensible a psicólogo. El objetivo de este tipo de tratamiento es generar el máximo de condiciones posibles, respetando las características del paciente, para que pueda conocer y entender en la medida de lo posible, la realidad y la calidad de sus experiencias emocionales.
8. Tratamientos psicoterapéuticos de más larga duración: de forma excepcional, en muy pocos casos muy seleccionados, filtrados y con un plan terapéutico definido con objetivos y duración establecida de antemano.
9. Detección de señales de alerta de descompensación y/o riesgo autolesivo.
10. Coordinación, en su caso, con recursos externos (CSMA, Hospitalización...).
11. El psicólogo clínico no realizará valoraciones urgentes excepto en el caso de que no haya disponibilidad en el centro penitenciario de un psiquiatra, situación que debe ser muy excepcional.

Enfermería en SM:

1. Visitas de seguimiento de enfermería en TMS según sistema de patrones de enfermería consensuados.
 - a. Seguimiento de patrones funcionales de salud.
 - b. Seguimiento de la integración con el entorno.
2. Detección y comunicación de señales de alerta de descompensación y/o riesgo de autolesión.
3. Actividades de prevención, promoción y rehabilitación en las tareas propias de enfermería. Principalmente centradas en el autocuidado.
4. Trabajo psicoeducativo en tareas propias de enfermería con la persona y su entorno:
 - a. Apoyo al paciente en la gestión de su enfermedad y toma de decisiones.
 - b. Asesoramiento en las actividades de exploración y detección de señales de alarma.
 - c. Participación en grupos psicoeducativos, en tareas propias de enfermería.
 - d. Abordaje, seguimiento y manejo de los pacientes con trastorno mental severo, trabajando en su entorno y en conjunto con el personal del C.P.
5. Control y seguimiento del buen cumplimiento del tratamiento farmacológico.
6. Farmacovigilancia de los psicofármacos de mayor riesgo:
 - a. Litio y otros eutimizantes.
 - b. Psicoestimulantes.
 - c. Antipsicóticos.
7. Supervisión y seguimiento de los tratamiento depot. (la administración del fármaco se realizará por el enfermero de primaria).
8. Coordinación en su caso con recursos externos (CSMA, Hospitalización...).
9. Apoyo y asesoramiento a la enfermería del EAPP en la intervención y el seguimiento de los pacientes con TM de baja complejidad, especialmente con trastornos de ansiedad y depresión leve.
10. Apoyo y asesoramiento a la enfermería del EAPP en relación al abordaje y manejo del paciente con un TMS.

Terapeuta ocupacional (TO):

1. El TO tiene dependencia funcional del psicólogo clínico.
2. Valoración de las áreas pragmática y funcional en las personas con un TMS, en colaboración con los profesionales de los E RTP.
3. Participa en el diseño, programación y evaluación, de las actividades del Programa de rehabilitación, en colaboración con el resto del equipo técnico y de los E RTP.
4. Ejecución de las actividades del Programa de rehabilitación, en colaboración con el resto del equipo técnico y de los E RTP.

FUNCIONES COMPARTIDAS POR LOS EQUIPOS DE SM Y LOS EAPP:

1. Visitas conjuntas del psiquiatra y el médico del EAPP, en aquellos casos de abordaje conjunto primaria-salud mental.
2. Espacios de Consultoría del médico del EAPP con el psiquiatra/psicólogo clínico (asesoramiento, orientación, decisiones compartidas).
3. Participar en la valoración de necesidades y funcionalidad juntos con el resto de profesionales, según procedimiento a laborar y consensuar.
4. Participar en la elaboración e implementación del Plan terapéutico juntos con el resto de profesionales, según procedimiento a laborar y consensuar.
5. Formación conjunta que dé respuesta a las necesidades identificadas.
6. Elaboración de protocolos propios y de aplicación de las GPC.
7. Dar respuesta a los aspectos médico-legales relacionados con la atención al paciente (asesoramiento, informes, asistencia a juicios...).
8. Participar en el diseño y realización de aspectos relacionados con la gestión clínica, la formación, la docencia y la investigación.
9. Complimentar los registros de la Historia Clínica (eCAP).
10. Reuniones de seguimiento y evaluación del Programa, según los indicadores consensuados.

Funciones del Equipo de Salud Mental en el protocolo de prevención de suicidios:

- Promoción de la salud en la prevención del suicidio.

- Detección del riesgo suicida.
- Evaluación clínica del riesgo de suicidio detectadas.
- El médico del EAPP debe derivar al paciente al psiquiatra siempre que haya una tentativa o un riesgo alto de suicidio.
- En casos de riesgo moderado se recomienda la valoración del psiquiatra.
- El riesgo bajo comporta consultoría con el psiquiatra. La consultoría y la derivación se justifican por la necesidad de identificar un posible trastorno mental.
- El psiquiatra es quien elabora el Plan de intervención, que debe abordarse posteriormente en las reuniones del equipo multidisciplinar. Las intervenciones que recoge el Plan de Intervención, en cuanto al tipo, el nivel asistencial implicado y la duración, están determinadas por el nivel de riesgo evaluado, la patología mental subyacente y el estado psicopatológico.
- En relación con los servicios de salud, el peso de la intervención y del seguimiento recae en el equipo de atención primaria o de salud mental, según el nivel de riesgo evaluado y la evolución. En riesgo alto, psiquiatra visita semanal y psicóloga clínica 2 visitas semanales; en riesgo moderado, psiquiatra quincenal, psicóloga clínica semanal y en riesgo bajo tanto psiquiatra como psicóloga clínica según plan de intervención.

3. **¿Cómo cree que es visto el suicidio? ¿Cómo un acto de valientes o de cobardes?** Creo que la persona que tiene depresión y piensa en el suicidio de manera más estructurada, se perciben a sí mismos como cobardes porque no se atreven a dar el paso, por lo que se intuye que para este grupo de personas, el suicidio es visto como un acto de valentía. Las personas que no tienen síntomas depresivos no me han hablado del suicidio con juicio de valor.

4. **¿Porque cree que la tasa de suicidios es mayor en la población presa que en la población en libertad?**

FACTORES DE RIESGO:

Factores biológicos, genéticos y psicológicos:

- Sexo: aunque se producen más tentativas en mujeres, la mortalidad por suicidio es tres veces superior en los hombres, dado que suelen utilizar métodos más letales.
- Edad: el mayor número de defunciones por suicidio se produce en personas de 45 a 54 años; pero, en términos relativos, el riesgo es más alto en adolescentes y en personas mayores.
- La presencia de trastornos mentales, especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, se convierten en los principales factores de riesgo, seguidos por el trastorno límite de personalidad y la esquizofrenia. El riesgo es más alto en las fases tempranas de la enfermedad, después del alta de un ingreso psiquiátrico, y al inicio de la fase de mejoría clínica.
- Tentativa previa de suicidio.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Sentimiento de desesperanza.
- Impulsividad, agresividad, nivel de conciencia alterado.
- Consumo de sustancias.
- Rigidez de pensamiento.
- Dificultad en la resolución de problemas.
- Acontecimientos vitales graves.
- Antecedentes de acontecimientos vitales traumáticos (life events): maltrato sexual, físico o psicológico, abandono y otras experiencias traumáticas.
- Discapacidad por enfermedad física, con limitación funcional grave o dolor crónico.
- Muerte o enfermedad grave de personas significativas para el paciente.
- Estresores recientes graves: paro, problemas de pareja, separación reciente, etc.

Factores sociales, culturales y medioambientales:

- Vivir solo.
- Apoyo familiar insuficiente o inadecuado.
- Estado civil: soltero o divorciado.
- Falta de red social.
- Problemas sociales (socioeconómicos, aislamiento...).
- Accesibilidad a medios letales (medicación letal, objetos cortantes, puntos de anclaje, etc.).

Factores penitenciarios:

- Primer ingreso.
- Sentencia de larga duración.
- Delitos contra las personas, libertad sexual y violencia familiar.
- Eco en los medios de comunicación (prensa, televisión, radio...).
- Pérdida de vínculos familiares y medio social.
- Cambios en la situación procesal y penitenciaria (notificación de una resolución judicial muy desfavorable o conocimiento de la decisión de repatriación o expulsión del país).
- Intento grave de suicidio o suicidio consumado de un compañero.
- Separación del compañero, grupo o sanción.
- Cambio o traslado de centro.
- Ubicación enceldas de aislamiento o individuales.
- Conflictos, intimidación y victimización dentro de la prisión.

SEÑALES DE ALERTA:

Conjunto de situaciones que aconsejan hacer una observación más precisa:

- Notificación de sanción.
- Modificación de la situación de cumplimiento.
- Cambios en la conducta (tristeza, aislamiento, agresividad no habitual...).
- Regalar las pertenencias o entregar otras cosas que anteriormente se apreciaban mucho.
- Cambios en el comportamiento y en las rutinas (especialmente si tienen relación temporal con diligencias judiciales o comunicaciones).
 - Aspecto triste (llanto) o dejado.
 - Irritabilidad no habitual.
 - No participación en las actividades de la manera habitual.
 - Manifestación de sentirse mal, que no puede con las cosas que le pasan, que es un carga para la familia, que se siente culpable, con desesperanza.
- Descubrimiento de material indicativo de intencionalidad suicida.
- Alguien comenta que ha expresado ideas de muerte.
- Expresión de ideación suicida o amenaza de autolesiones.

FACTORES PROTECTORES:**Factores de protección psicológicos:**

- Buena salud mental.
- Buena salud física.
- Seguridad física y emocional.
- Autoestima, autoimagen y autoconfianza.
- Capacidad de adaptación a las nuevas situaciones.
- Capacidad de afrontamiento de situaciones adversas.
- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas.
- Habilidades para las relaciones sociales e interpersonales (buena capacidad de comunicación).
- Tener hijos, especialmente en las mujeres.

Factores de protección sociales o medioambientales:

- Apoyo familiar y social (con fuerza y calidad). Entorno de vida seguro.
- Integración social (sentido de la conexión social).
- Creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos (actitud positiva ante la vida; sentido positivo de uno mismo).
- Valores culturales y tradicionales.
- Tratamiento y seguimiento psicoterapéuticos de larga duración en personas con trastornos mentales o adicciones.
- Poca exposición a los factores de estrés social y medioambiental.

5. ¿Porqué cree que los reclusos se consideran un grupo de alto riesgo de suicidio? ¿Qué tipo de factores de riesgo se añade ante la privación de libertad de los presos? Respuesta en la pregunta 4.

6. ¿Porqué cree que en los medios de comunicación no aparecen noticias de suicidios, sobretodo de casos en prisión? ¿No cree que debería ser un medio en el que se diera visibilidad para concienciar a la población? Por el mito de que se piensa que pudiera haber un efecto dominó o efecto de contagio. Por supuesto, se debería dar visibilidad.

7. ¿Cuántos casos de suicidio se ha encontrado a lo largo de su carrera? ¿Cómo vivió estas situaciones? ¿Se ha sentido en algún

caso, que hubiera podido hacer algo más ante una señal de alarma? De suicidio consumado, ninguno.

8. **¿Es una conducta común las autolesiones en prisión?** Sí, son muy comunes sobre todo en contexto de descarga emocional y movilizadoras del entorno.
9. **¿Cómo viven los familiares, amigos y conocidos el suicidio? ¿Qué tipo de información se les proporciona? ¿Cómo suelen reaccionar ante esa información?** No hemos tenido ningún caso desde la formación del actual equipo de salud mental penitenciaria en el que hayamos tenido que abordar el tema con el entorno. Según el protocolo, es la dirección del centro quien informa, en caso de suicidio consumado. En casos de intentos de suicidio SÓLO se puede informar al entorno si el usuario consiente.
10. **¿Qué repercusión tiene el suicidio en los otros presos? ¿Y psicológicamente?** En la mayoría de personas, ya sean presos o profesionales, es habitual que genere un impacto emocional fuerte.
11. **¿Existe una relación causal entre la actividad penitenciaria y el suicidio?** No entiendo la pregunta.
12. **¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida?** Ya contestada.
13. **¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida? ¿Y cuáles son los factores protectores?** Ya contestada.
14. **¿Hay algún tipo de características personales fácilmente identificables común en las personas que se suicidan? ¿Cuáles? ¿Y ambientales y/o familiares?** Ya contestada.
15. **¿Cree que hay algún desencadenante común en los casos? ¿Cuáles?** Ya contestada en factores de riesgo.

16. **¿Actualmente, cree que se está haciendo todo lo posible para prevenir? ¿Que cambiaría para mejorarlo?** Creo que se está haciendo todo lo posible para prevenir y creo que falta más difusión del programa al personal del centro y coordinación, cuestiones en las que se está trabajando.
17. **Ante un intento de suicidio o suicidio consumado, ¿qué protocolo y/o programa se inicia?** Ante un intento de suicidio se inicia el protocolo de prevención de suicidios consensuado en el documento del programa marco para todos los centros penitenciarios de Cataluña.
18. **¿Qué tipo de tratamiento se inicia en los sujetos que han tenido un intento de suicidio?** Ya contestada.
19. **¿Cómo profesionales, recibís algún tipo de formación ante estos casos? ¿Cree que se le otorga a los funcionarios herramientas suficientes para enfrentarse a tales situaciones?** Sí, en el caso del equipo de salud mental. A la segunda pregunta, lo desconozco.
20. **¿Posteriormente a un intento de suicidio, se realiza algún cambio en la condena del interno?** No. La situación penal y el estado mental del paciente son aspectos que, en el caso de riesgo suicida, se tratan como aspectos diferenciados. El Equipo de Salud Mental Penitenciaria puede, en todo caso, sugerir medidas regimentales que considere oportunas en cada caso, como por ejemplo sugerir postergar o suspender el cumplimiento de una sanción regimental.
21. **¿Los internos se derivan a otros profesionales ante un intento de suicidio?** Son los demás profesionales los que derivan a salud mental. En caso de riesgo alto, podemos valorar ingreso en la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria.
22. **¿En qué medida cree que se puede prever la conducta suicida?** En gran medida, para ello se está trabajando, para promover la cultura e que el suicidio es evitable.

23.¿Qué indicadores considera más importantes para prevenir un suicidio? Ya contestada.

24.¿Durante las entrevistas que realizáis, valoráis el riesgo suicida?
Siempre que haya factores de riesgo, precipitantes, puntos de inflexión.

25.¿En prisión, tenéis algún instrumento psicométrico que os permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida? La MINI.

26.¿Qué tipo de responsabilidad acarrea el funcionario ante las denuncias por parte de los familiares? ¿Y a la institución? No lo sé.

2.1.9. Sujeto 10: Antiguo interno

1. ¿Cómo cree que es visto el suicidio? ¿Cómo un acto de valientes o de cobardes? El suicidio es visto como un acto de cobardía, yo creo que allí el suicidio es una forma de desinhibirse de lo que es el sistema penitenciario. Es que en realidad el suicidio allí es muy limitado, allí lo que más se estila es la llamada de atención, esa es la jugada de más de un preso. La llamada de atención que es del resultado de cortes, de golpes, de quemar un colchón dentro de una celda por estar aislado, también es un poquito la mentalidad de cada uno, hay gente que entra muy predispuesta a todo y bueno, hay gente que entra dispuesta a pasar su condena y a seguir con su vida, no tienen ningún motivo. Hay gente que bueno, el tema de la familia es complicado, porque hay familias que aguantan y familias que no, entonces eso equivale a encontrarse un poquito desamparado, porque el sistema penitenciario te da oportunidades, pero también te las quita. Depende... más vale caer en gracia que ser gracioso, es el dicho ¿no?. Depende como entres, yo conozco gente que ha tenido problemas nada más entrar, por el simple echo de una mirada mal hecha, que al fin y al cabo una mirada tampoco es motivo. El motivo del suicidio en la cárcel, en el talego como vulgarmente se llama, yo creo que es que todo es traumático, todo estrés

post – traumático, es la situación de cada persona. Vaya, mi punto de vista, yo lo encuentro cobarde, no querer afrontar las cosas de frente, a lo hecho pecho, si lo has hecho pues te lo comes. Lo que pasa es que hay delitos que conllevan ser mal vistos, por eso yo creo que el suicidio en la cárcel es complicado, se tiene que arrepentir uno mucho de lo que ha hecho, y tiene que ser un delito muy grave. Hombre, yo considero que matar a una persona o violar o agredir a agredir de una forma violenta sin motivo ninguno a una persona, podría ser un motivo de arrepentimiento, pero hay gente que no se arrepiente, yo conocí a gente que no se arrepiente ni mucho menos. En los tres años que he estado, yo no he conocido a nadie que se haya arrepentido del delito que haya echo, haya sido bueno o malo, curioso ¿no?, pero es que es así.

2. **¿Qué diferencias existen entre un suicidio en prisión y un suicidio en libertad?** Ninguna, porque la libertad también es otra cárcel. Yo creo que eso está en la cabeza de cada uno, en la mentalidad de cada persona, en los valores de cada uno. O una persona que se trastoque así de golpe y porrazo, pero yo creo que ninguno, yo creo que es la situación de cada persona.
3. **¿Porqué cree que se suicida más gente en prisión que en libertad?** Eso no es cierto, no se suicida gente en prisión, en prisión se suicida gente, pero hay gente que la suicidan, ese es otro tema a tocar, pero yo no creo que se suicide más gente en prisión que fuera. La gran mayoría de suicidios en prisión, son provocados, por las circunstancias, dentro de la prisión, existen más prisiones, existe droga, existen deudas, existen "trapis", existen muchas cosas en prisión. La prisión no es un centro de máxima seguridad ni mucho menos, yo me imagino que deben haberlos, pero yo he estado en varias prisiones, he estado en 4 y he pasado de paso por algunas de ellas y yo creo que en prisión, quien quiere conseguir una cuchilla la tiene, es más se la facilita la misma administración, para que se afeite uno. Yo creo que no existe ninguna diferencia entre los suicidios de prisión y los suicidios de fuera de ella.
4. **¿En su estancia en prisión vivió el suicidio de algún compañero?** Bueno, no directamente, pero sí escuchar hablar de ello y una muerte que también se supone que fue suicidio, pero bueno ahí se quedo, se quedó en aguas de borrajas, porque se llevaron el cuerpo del preso, torrente le

llamábamos y no se supo nada más de él. Pero escuche hablar de dos de ellos y de uno más directamente, y por cierto los dos que escuche hablar de ellos, se escuchaban rumores de que los habían suicidado, no se habían suicidado, eran dos piezas. No te podría decir quien, porque no lo se, no puedo afirmarte nada, pero bueno, se comentaban cosas, que si la administración, que si parte del patio también, lo mismo, lo que te decía: deudas de drogas..., y todo eso en la cárcel se paga, por eso te digo que dentro de la cárcel hay muchas cárceles y la administración lo sabe perfectamente, y así los tienen atontados igual que hacen con los medicamentos. Ellos saben quien entra y quien no, les interesa, mientras ocurren estas cosas, la gente está entretenida, fumada, drogada, la cárcel es un sinfín de oportunidades. Era de mi módulo, de mi galería y bueno era un chaval que estaba allí porque había matado a la abuela, pero bueno, allí se comportaba, iba siempre muy medicado, allí es que los tienen todos atontados con los medicamentos y encima ellos saben que los medicamentos no los utilizan de forma correcta, además los venden, los cambian por droga, por tabaco, hacen trueques con los medicamentos. A mi me venían mucho, porque yo tomo medicación porque me operaron, mucha gente me quería comprar los medicamentos. Se suele decir en prisión que el que se quiere suicidar, se suicida y los protocolos de suicidio se le aplica a una persona que ya se ha cortado, el que se quiere suicidar no le aplican un protocolo de suicidio, ya llegan tarde. Un protocolo de suicidio se le puede aplicar a una persona que entra por haber echo una masacre o una persona con mucho sentimiento de culpa, también es posible. Se supone que ya cuando lo aplican, ya es tarde. El que se quiere suicidar se suicida, el que no se "china" y deja toda la celda llena de sangre y le da cuatro pepinazos a la celda, el que se quiere suicidar, no golpea su celda, se calla y se deja ir. Vaya yo lo veo de esta forma. **¿Qué tipo de relación compartía con él?** Jugábamos a las cartas y alguna que otra vez nos fumamos algún cigarro y tuvimos alguna que otra conversación, pero conversaciones triviales, nada de conversaciones profundas, porque con él no se podían tener porque estaba un poquito para allá, no ves que iba siempre muy medicado. **¿Cómo lo vivió usted?** **¿Y sus compañeros?** Bueno, tampoco era santo de mi devoción por lo que llegaba a consumir, se murió mi padre y lo quería más. No fue una

cosa... no sentí ni frío ni calor, tampoco lo conocí mucho, ya que en Aranjuez me estuve seis meses y aquello ocurrió al poco de llegar yo y tampoco tenía mucha amistad con él, jugábamos a cartas, pero si no jugaba uno jugaba otro. Considero que es ley de vida, pero en esas circunstancias creo que es un poco precipitado quizás.

5. **¿Manifestó de alguna manera sus intenciones de querer morir?** No, aparte él siempre iba igual. **¿Mostró algún cambio de comportamiento?** No, nos quedamos flipados cuando al día siguiente nos enteramos, como cada día se ponía hasta el culo de pastillas, aquel día le llegó la hora, no fue un suicidio, fue una sobredosis. Pero bueno tampoco sabemos si fue provocado o no. Lo que si se sabe es porque estaba allí, por la muerte de su abuela.

6. **¿Cómo le afectó psicológicamente a usted esta situación? ¿Cambió su vida en prisión?** No, que va.

7. **¿Cómo cree que los funcionarios viven tal situación?** De igual manera, quizás un poquito más estresados porque tienen que llamar al médico forense, al juez porque tiene que venir a levantar el cadáver, los enfermeros y tal... Y bueno lo tienen que tener todo un poco más controlado. Tanto los presos como los funcionarios, bueno quizás los funcionarios viven más estrés, quizás a uno se le jode la guardia, ¿me entiendes? O hace horas extra porque en estos casos unos se tienen que quedar con los demás presos para dejar a los otros realizar el protocolo. Lo viven con más estrés, pero no mucho más, sobretodo por el meneo de policías, jueces y entonces me imagino que tendrán que hacer un informe. Y este chaval yo recuerdo que vivía con uno, aquel se levantó por la mañana y el otro no respiraba, esa es la versión. **¿Cree que tienen los medios suficientes para enfrentarse a tal vivencia?** Claro que los tienen, que medios necesitan... Lo que tendrían que poner es una cámara en cada celda, si lo que quieren es tener medios, lo que pasa es que eso ya no preserva la intimidad de las personas, pero bueno sino se meterían en la ducha y también se "chinarían". Quien se quiere suicidar se suicida, ¿medios? Claro que los tienen, que les podrían dar más... pero como no les pongan cámaras en las celdas y en todos lados.

8. **¿Qué momentos fueron los más duros para usted en prisión?** Los últimos meses en Murcia, el resto fue un paseo entre Aranjuez, Castellón y en Mas de Enric, fueron seis meses en cada sitio, no me dio tiempo tampoco a conocer. Lo que pasa es que en Murcia era una prisión vieja, entonces cuando te meten en estas cárceles nuevas, cuando has pisado una las has pisado todas, porque son iguales. Los módulos son iguales, lo que los diferencia es la extensión del terreno y la distribución de los módulos, aunque me imagino que deben ser los mismos pero de diferente forma. **¿Considera que alguno de ellos podrían ser un detonante de suicidio?** No he visto abusos por parte de los presos, he visto abusos por parte de los funcionarios, pero hasta cierto punto, tampoco han sido abusos muy bestias, sobrepasarse con las palabras, no físicamente, pero si verbalmente. Considero que un funcionario no tiene derecho a hacerlo, porque si lo hace un funcionario porque no puedo hacerlo yo, con que derecho lo hacen, faltarle al respeto a un preso que está pagando su condena.
9. **¿Ha tenido algún pensamiento suicida?** No, considero que solo tienen las personas con estrés post traumático, por algún trauma, a saber... la cabeza es un mundo. **¿Cree que es algo común en la población penitenciaria autolesionarse?** Si, autolesionarse si. Es común y muy común, sobretodo en cárceles con mucho preventivo, en espera de juicio. En Murcia vi mucho autolesionado, casi el 75% de la población reclusa estaba automutilada, tenía cortes infringidos por ellos mismos. Mucha población de etnia gitana, marroquí. Sobretodo como método para conseguir cosas, llamar la atención, para ir a enfermería y conseguir algo o para ver a alguien que le debe algo o que le da alguna cosa, por diversos motivos, no como método de suicidio, como te he dicho antes el que se quiere suicidar se suicida, el que quiere llamar la atención se autolesiona o algo se trae entre manos, tiene que ir a la enfermería por algo, porque haya quedado con alguien, y la única forma de ir es por cortes. Entonces te llevan a allí, te hacen esperar con otros compañeros, por ello hay "trapis". La población reclusa esta muy dada a ello, a las autolesiones.
10. **¿Qué opina de la gente que se suicida o realiza intentos?** Te vuelvo a decir lo mismo, un intento de suicidio es tirarte al tren y no morirse o tirarse de un edificio y no morirse, eso es un intento de suicidio, de ello

considero que es por estrés postraumático por alguna causa y el suicidio pues lo mismo, estrés postraumático por cualquier causa, ya sea familiar, de índole física, de índole adicta, de adicciones, de varias cosas, esto es un mundo, la cabeza de cada persona. **¿Y de los motivos?** ¿Qué motivos se puede tener? A mi el único motivo para suicidarme, es que no encuentro ninguno. La gente que tenga motivos para suicidarse, puede ser por vergüenza, para mi un motivo grande, pero la vergüenza una vez se la comió un burro, con la vergüenza también se vive.

11. **¿Dígame algunos aspectos, motivos o causas por los que crees que la gente se suicida en la prisión?** Viene a ser lo mismo que te he respondido antes. **¿Y fuera? ¿Crees que los motivos son los mismos?**

12. **¿Cuáles considera que son los factores de riesgo del suicidio?** Que te den oportunidades o tener acceso a herramientas o a productos químicos, gas, como la gente que está en cocina. La familia también, pero todo depende de cómo lo lleves, la salud física, la situación en la que se encuentran. **¿Cree que son visibles?** Hay que conocer mucho a la persona para darse cuenta de esto, yo creo que a simple vista no, por norma general el que se quiere suicidar lo consigue y no se entera nadie hasta que te has suicidado.

13. **¿Cree que existe un desencadenante común en los suicidios?** Si, el estrés postraumático.

14. **¿Qué cree usted que debería de cambiar o mejorar para disminuir el índice de suicidios en prisión?** Bueno, quizás contratar más funcionarios, así como más asistentes, psicólogos, entrenadores, para que la gente haga más deporte, porque esta todo limitado esto del deporte, aunque haya deporte y haya gimnasios, esto esta limitado también a según quien, en muchas ocasiones tienes que tener padrino para poder jugar, tu te puedes apuntar, pero hay lista de espera y al gimnasio hay unas horas convenidas para que entre según quien y otros no. La vida penitenciaria es dura para el preso, me imagino que para según algún funcionario también. Para un funcionario que sea empático, yo creo que también debe ser duro, porque se ve en cada situación... gente que no sabe leer y escribir, gente que si sabe pero se lo hace, estos son los más peligrosos y parecen los más tontos.

15. **¿Qué tipo de programas o protocolos se activan ante un intento de suicidio o suicidio consumado?** Aislamiento, protocolo antisuicidio, no consumado ya. **¿Qué opina de su eficacia?** Considero que es fatal, la eficacia no es buena, lo único que hace es que se autolesionen el individuo, si tiene ganas de suicidarse se autolesiona y fuerte. Entonces vienen y correas, y si no u chute de tranquilizante, correas y a dormir. Que te pones tonto, paliza, y depende como yo he puesto la paliza la última, pero en según qué situaciones empezamos por la paliza si me apuras, aislamiento y correas, por ese orden, no en todos los lados, pero hay sitios que se exceden.
16. **¿Participó durante su estancia en algún protocolo de actuación en caso de suicidio?** No, yo los meses que he estado en prisión no he participado, tampoco he escuchado a nadie hablar de ello.
17. **¿Cree que la prisión hace todo lo posible para la prevención del suicidio?** No, hacen falta más psicólogos, más asistentes sociales, más gente que esté por la población penitenciaria, yo se que son escasos, porque yo intenté hablar unas pocas veces con la asistencia social y lo he conseguido pero me las he visto, a fuerza de insistir y hacerme pesado e incluso a fuerza de ganarme la antipatía de algún que otro funcionario, porque antes de acceder a los especialistas debes pedir permiso a los funcionarios, hay unas listas, tu te puedes colar, pero ahí estás. Se ha dado casos de gente que esté apuntada desde hace dos semanas y lleva dos semanas esperando, hay otros que se han apuntado hoy y le han recibido hoy, así va.
18. **¿Ante un suicidio consumado o intento de suicidio que tipo de responsabilidad tiene que enfrentarse la prisión?** Me imagino que se tiene que enfrentar a la responsabilidad de una investigación, la gente que estaba en aquella guardia, seguro que le debían preguntar que ha pasado.