

“SALUD PÚBLICA: ASPECTOS LEGALES, SANITARIOS Y ASISTENCIALES”

PREVENCIÓN DE SUICIDIOS, LA FIGURA DEL INTERNO DE APOYO Y EL RESTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.

D. Ángel Juan NIETO GARCIA.

Subdirector General Adjunto de Tratamiento y Gestión Penitenciaria.



**MELILLA, 25-29 JULIO 2016
XXV CURSOS INTERNACIONALES DE VERANO 2016
UNIVERSIDAD DE GRANADA
CONSEJERÍA DE CULTURA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA
Con la colaboración de:
Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Asociación Melillense de Estudios Penitenciarios**

Sumario:

1.- EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA. FACTORES DE RIESGO, PRECIPITANTES Y PROTECTORES.

1. Conceptos.
2. Características comunes del suicidio.
3. Factores asociados a la conducta suicida.

2. LA INTERVENCIÓN DE LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS EN LA EVITACIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS.

- 1.- La Detección
2. La adopción de acuerdos al respecto. Diagrama del programa.
- 3.- La aplicación de medidas.

3.- ESPECIAL INCIDENCIA EN LA FIGURA DEL INTERNO DE APOYO.

1.- EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA: FACTORES DE RIESGO, PRECIPITANTES Y PROTECTORES.

Conceptos.

Parece oportuno establecer con carácter introductorio una sucinta referencia conceptual respecto a las conductas suicidas, siguiendo a **Silverman et al.**

1. **Ideación suicida:** pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
2. **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.

Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

3. **La Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
- b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte.

Se considera conducta suicida:

•**Autolesión/gesto suicida:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).

•**Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).

•**Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

•**Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

Características comunes del suicidio: Schneidman

1. El estímulo común: el **insoportable dolor psicológico**. La principal regla clínica es reducir el nivel de sufrimiento, con frecuencia sólo muy poco, de manera que el individuo escoja vivir.
2. El catalizador común son las **necesidades psicológicas frustradas**: el suicidio parece una elección lógica para el que lo comete. La regla clínica es que si se encauzan las necesidades frustradas no se cometerá el suicidio.
3. El propósito es buscar la **solución**. ¿Cómo salgo de esto?
4. La meta es la suspensión de la conciencia.
5. La emoción común es la **desesperanza-fatal de ayuda**. Sensación de impotencia, nada puedo hacer...
6. La actitud interna es la **ambivalencia**. Querer morir/querer vivir (que la rescaten). Los clínicos la pueden utilizar para ganar tiempo, en busca de generar otras soluciones.
7. El estado cognoscitivo es la **constricción**. En vez de ver el suicidio como un trastorno verlo como un estrechamiento de la gama de opciones y actitudes disponibles para continuar la vida. (“no te suicides en un estado suicida”).
8. El acto interpersonal común es la **comunicación de la intención**. Los suicidas dan claves, señales...

9. La acción común es **la salida**. Huida de la situación asfixiante, terminar con el dolor cambiando de escenario.
10. La persistencia común en el suicidio son **los patrones de enfrentamiento de toda la vida**. Episodios previos de dolor, la capacidad para soportarlo, tendencia al pensamiento dicotómico, etc.

Factores precipitantes y factores de protección.

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros.

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables.

Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente (Trastorno afectivo, Esquizofrenia, Trastorno de ansiedad, Abuso de sustancias, Trastorno de personalidad, otros trastornos mentales. Salud física y Dimensiones psicológicas).

Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico (Heredabilidad; Sexo; Edad: Adolescentes y adultos jóvenes, edad geriátrica y estado civil; situación laboral y económica; creencias religiosas, apoyo social y conducta suicida previa).

Elementos de protección.

Factores de personalidad:

- Sentimientos de valía personal. Confianza en uno mismo.
- Búsqueda de ayuda ante problemas, de consejo ante toma de decisiones.
- Flexibilidad cognitiva: Apertura a experiencias y soluciones de otros, a nuevos conocimientos.
- Habilidades de comunicación y de resolución de problemas.
- Expectativas positivas sobre futuro y estilo atribucional optimista poderoso amortiguador del estrés vital sobre salud física y mental.

Factores ambientales:

Tanto factores familiares y sociales (buenas relaciones y apoyo, paternidad responsable, integración laboral, red social)), como los factores ambientales .

Estos factores ambientales, son tenidos en cuenta por la Institución Penitenciaria en su objetivo de promoción de la salud en los Centros Penitenciarios, mejorando la calidad de vida de los internos que allí residen:

- Alimentación sana y adecuada.
- Descanso suficiente.
- Ejercicio físico.
- Ambiente libre de drogas y tabaco.
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en internos con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol y sustancias.

2. LA INTERVENCIÓN DE LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS EN LA EVITACIÓN DE CONDUCTAS SUICIDAS.

Con carácter previo al desarrollo de los procesos de diagnóstico, acuerdo y seguimiento de medidas, en aras a procurar el conocimiento del buen funcionamiento en el sistema español del sistema de prevención de suicidios conviene apuntar algunos datos comparados respecto a los suicidios en las Instituciones Penitenciarias.

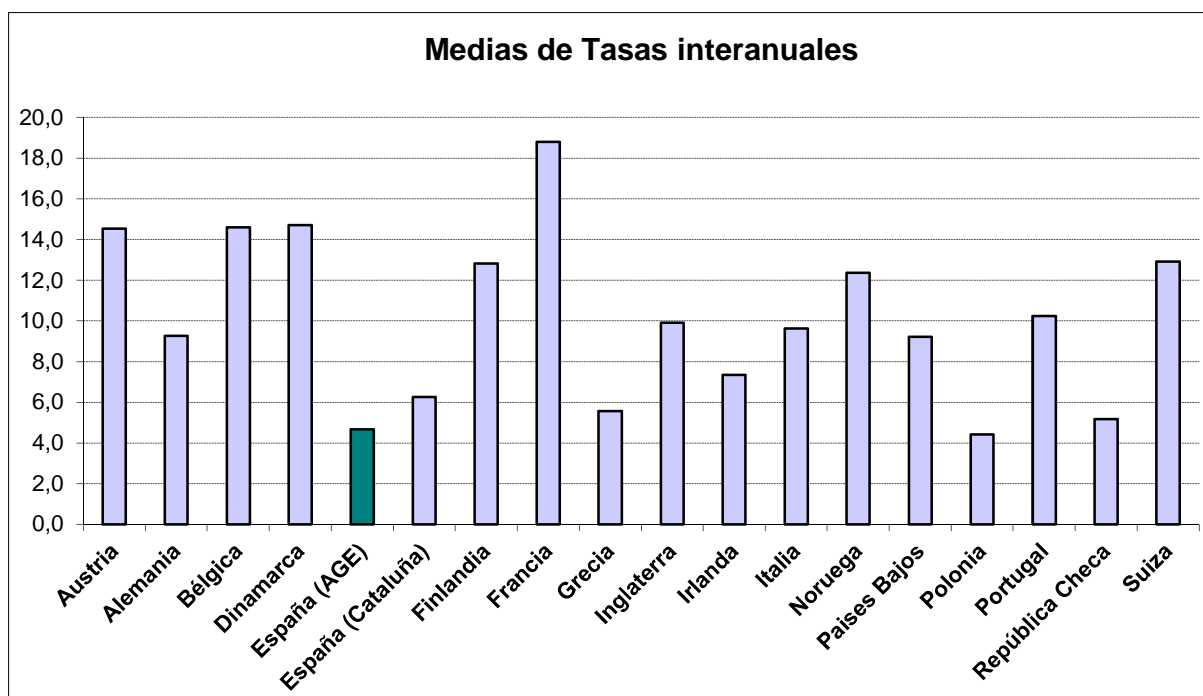
Resultados comparativos de la incidencia de sucesos suicidas en las prisiones europeas

**TASA DE SUICIDIOS POR 10.000 INTERNOS
1999 - 2013**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Medias
Austria	28,0	24,0	21,2	12,0			6,8	11,4	13,5		8,3	14,0	14,8	13,7	6,8	14,5
Alemania		9,9	12,5	9,0	10,1	10,2	10,3	9,6	9,2	9,0	8,7	8,1	7,5	8,2	7,4	9,3
Bélgica	19,0	19,0	23,4	21,6		8,7	11,7	11,0	14,2	15,6	11,9	16,7	10,1	10,6	11,0	14,6
Dinamarca	23,0	15,0	30,9	8,7	16,8	18,6	19,4	2,7	22,1	14,5	13,4	5,1	12,7	10,4	7,3	14,7
España (AGE)	5,1	4,0	4,3	4,7	5,1	8,1	6,7	4,8	4,7	3,1	4,0	4,1	2,4	4,2	5,0	4,7
España (Cataluña)									9,6	7,1	5,8	4,6	1,9	4,9	10,0	6,3
Finlandia	29,0	11,0	19,1	17,3	8,7	14,5	10,5	8,1	13,8	11,3	2,8	12,1	21,5	6,3	6,4	12,8
Francia	22,0	24,0	21,5	22,8	20,9	20,4	21,2	16,1	14,6		17,6	15,5	15,6	14,4	12,4	18,8
Grecia	6,6	11,0	6,0	1,2		2,3	6,3		5,6						3,0	5,6
Inglaterra	14,0	14,0	10,6	13,2		12,8	10,2	8,6	11,5	7,2	7,3	6,8	6,7	7,0	8,9	9,9
Irlanda	22,0	14,0	3,2	13,2				6,4		2,8	5,1	6,9	0,0	2,3	4,9	7,3
Italia	10,0	10,0	12,5	9,3	10,0	10,3	9,6	13,1	9,9	8,2	9,1	8,0	9,4	8,5	6,5	9,6
Noruega	4,2	0,0	15,2	7,5	24,0	16,8	22,6	6,3	6,1	21,4	3,0	5,5	11,3	11,3	30,1	12,4
Países Bajos	10,0	7,7	9,2	6,2	7,1	10,5	9,2	9,8	10,3	7,0	8,6	17,0	13,0	8,8	3,8	9,2
Polonia	5,8	7,0	6,0	5,0	4,6	4,0	3,9	4,7	4,5	4,7	4,9	4,2	2,7	2,1	2,4	4,4
Portugal		7,4	14,1	13,8		16,2	7,0	11,1	8,6	6,5	14,4	6,9	6,3	11,8	9,1	10,2
República Checa	2,2	4,8	2,4	7,7		9,3	3,1	4,8	4,8	6,3	5,9	5,9	3,9	7,1	4,3	5,2
Suiza					15,2	21,6	9,8	23,8	10,5	13,8	11,5	9,7	9,9	13,6	2,8	12,9
Tasas medias	14,4	11,4	13,3	10,8	13,1	12,3	10,5	9,5	9,9	9,2	8,4	8,9	8,8	8,5	7,9	10,1

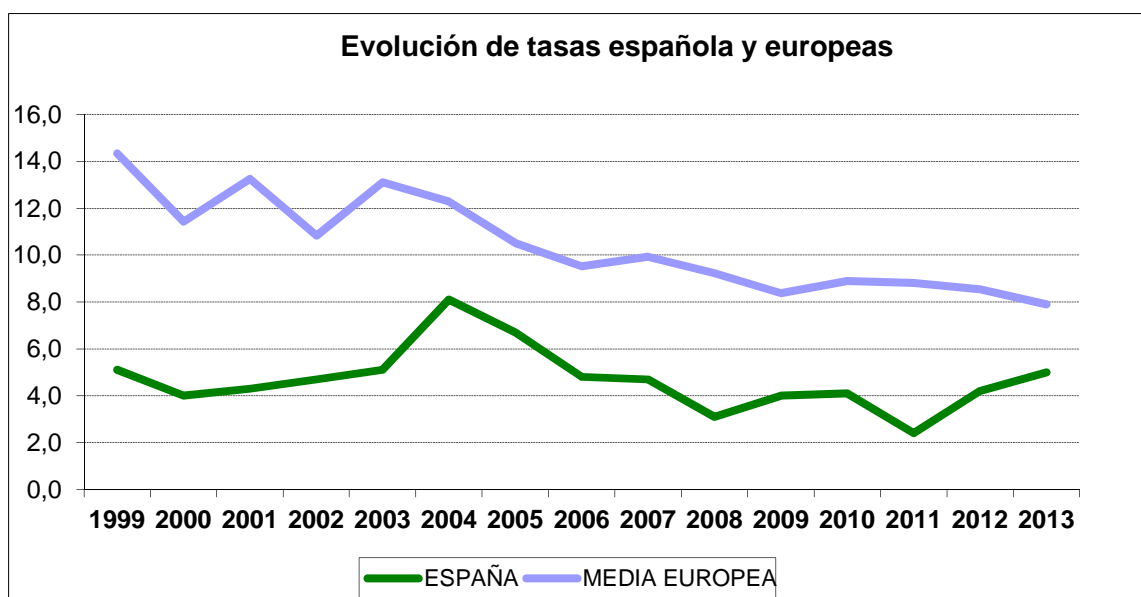
La tabla recoge las tasas anuales de suicidios por 10.000 internos producidas durante los últimos 15 años de los que existen datos publicados en las Estadísticas del Consejo de Europa, correspondientes a todos los países de nuestro entorno cultural. Aparte de los datos anuales por países, se recogen las tasas medias de cada país en el periodo considerado.

Medias de Tasas interanuales



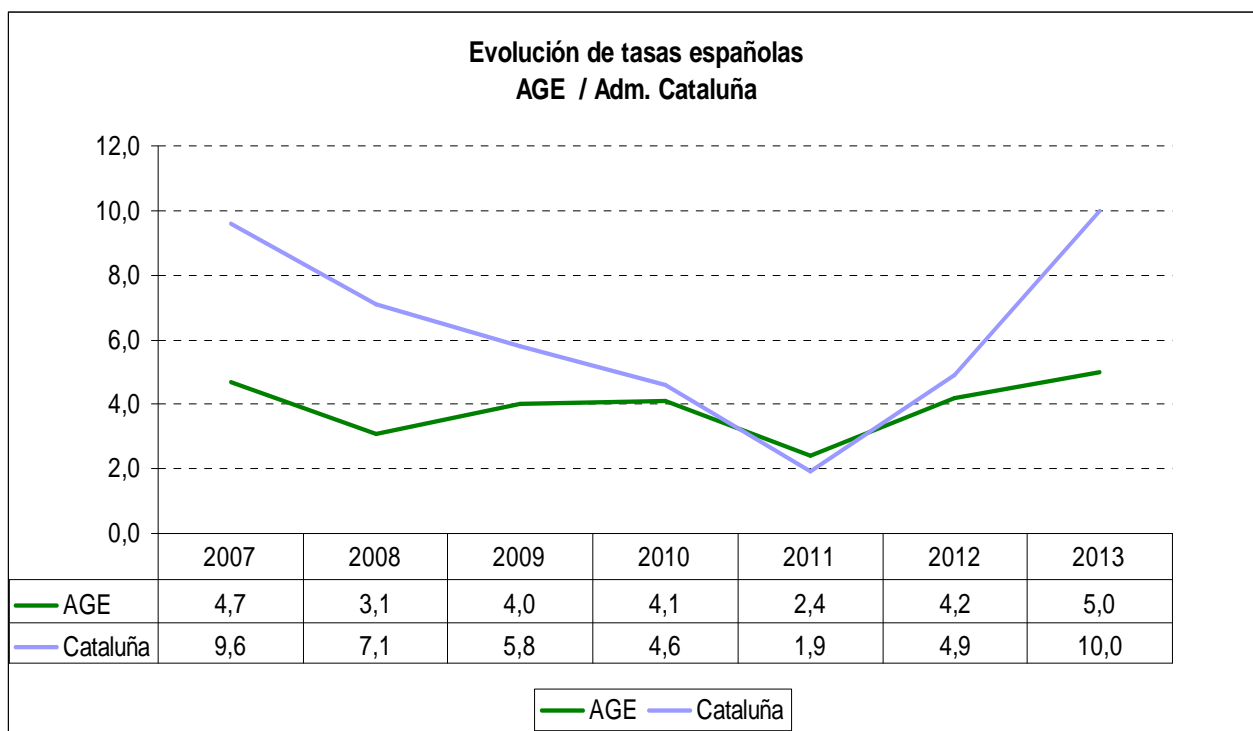
Comparando las tasas medias de suicidios de los países de nuestro entorno en el período estudiado, España presenta prácticamente la tasa más baja (4,7 por 10.000). La tasa media española es inferior a la mitad de la media correspondiente a todos los restantes países y llega incluso a significar la cuarta parte de la de alguno de los países próximos. Es igualmente inferior a la ofrecida por la Administración catalana en los últimos 7 años de los que constan datos publicados.

Evolución de tasas española y europea



Un análisis evolutivo o diacrónico de los datos pone de manifiesto que la media española ofrece una curva de forma no muy alejada de la de los restantes países, pero claramente inferior a ellos. A lo largo de todo el periodo, España mantiene una tasa 5 puntos inferior a la media del resto de países.

Tasa de suicidios en II.PP. por 10.000 internos. Administración General del Estado y Cataluña.



La tabla recoge las tasas anuales de suicidios por 10.000 internos en los últimos 7 años entre centros.

La tasa de suicidios en los centros dependientes de la DGSP de Cataluña ha sido superior en los 5 años comparados.

1.- La Detección.

Como apunta la Instrucción 5/2014 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, el deber que la Administración Penitenciaria tiene de velar por la vida, integridad y salud de los internos determina la participación activa de todo el personal adscrito a los centros penitenciarios en la consecución de tal finalidad.

Es preciso insistir que, junto a la tradicional intervención del personal sanitario y de intervención de los equipos técnicos que por su especialidad pudiera tener conocimientos para la detección de conductas suicidas, resulta de primer orden en toda la estrategia desplegada para la prevención de los actos suicidas en los centros penitenciarios la participación del personal de vigilancia, en virtud de la observación directa, como conocedor privilegiado de las pautas de comportamiento de cada interno y de sus variaciones.

Todo profesional deberá informar inmediatamente al Jefe de Servicios o Subdirector que proceda sobre cualquier incidencia significativa que detecte, en particular de las áreas de vigilancia, sanidad y tratamiento.

1.1.- Al Ingreso en el establecimiento

El ingreso en prisión y los días posteriores al mismo acumulan experiencias especialmente estresantes para un buen número de internos que determinan un laborioso y metódico análisis de circunstancias para detectar a quienes, por sus características o peculiaridades, pudieran ser susceptibles de la aplicación de este protocolo de prevención.

Los profesionales que, conforme al artículo 20 del Reglamento Penitenciario entrevisten al interno al ingreso deberán valorar la existencia de especiales circunstancias de riesgo de suicidio, informando inmediatamente al Subdirector de Tratamiento en caso de riesgo de este tipo de conductas. No obstante, si la detección de la situación de riesgo la efectúan el Médico o el Psicólogo, estos procederán directamente a la evaluación.

En este primer momento se explorará la posible existencia de antecedentes de episodios suicidas en el interno fuera del entorno penitenciario o en algún miembro de su familia.

1.2.- Durante el internamiento

Cuando, en el ejercicio de las tareas de observación de los internos prescritas en el artículo 66 del Reglamento Penitenciario, un funcionario tenga conocimiento de la existencia de ideaciones suicidas o de la manifestación de conductas de cualquier tipo que pudieran aconsejar la inclusión de un recluso en el Programa de prevención de suicidios, lo pondrá inmediatamente en conocimiento de su superior jerárquico o de los profesionales de los Servicios de Salud o de Tratamiento adscritos al departamento. Los funcionarios de vigilancia lo pondrán en conocimiento del Jefe de Servicios o del Subdirector de Seguridad.

En el informe que, a la finalización del correspondiente turno laboral firman los funcionarios, se recogerá cualquier observación, indicio o actuación relativos al presente programa que se haya producido durante el mismo.

1.3.- En los traslados y tránsitos entre establecimientos

La condición de inclusión en PPS figurará de forma clara y visible en la documentación que acompañe al interno en el momento de los traslados entre Centros Penitenciarios: la historia clínica y en la documentación sanitaria de traslados.

1.4.- Situaciones especiales de riesgo

Aunque el conocimiento que otorga la experiencia penitenciaria suele orientar y aconsejar a los profesionales un plus de atención en determinados momentos de la vida de los internos, en función de cambios que inciden en su situación de internamiento, resulta práctico distinguir algunos con carácter general.

Periodos con menor presencia de profesionales: Especial consideración merece la detección de posibles situaciones de crisis en periodos de tiempo en los que no pueda llevarse a cabo la adecuada evaluación –fines de semana o periodos de ausencia de los correspondientes profesionales-.

En estos casos, la detección determinará la inmediata evaluación por el Médico de guardia y la adopción cautelar, en su caso, de medidas provisionales de prevención de suicidio, hasta que se produzca la correspondiente evaluación, que eleve o no a definitiva la programación cautelar adoptada.

Limitaciones regimentales y situaciones de aislamiento: La situación de aislamiento del interno -bien por aplicación de los artículos 10 ó 43 de la LOGP o en virtud de las previsiones de los artículos 72 y 75 del Reglamento-, se llevará a efecto siempre con informe del médico del establecimiento.

Situaciones familiares o afectivas graves: La incidencia que determinados acontecimientos puedan tener en los internos determina la necesidad de establecer medidas de detección en situaciones de conflictos familiares o afectivos graves o en la situación socioeconómica del recluso o sus familiares que pueda afectarle.

La repercusión mediática de su ingreso en prisión, delito, condena o cualquier otra vicisitud penitenciaria: La aparición en los medios de comunicación de cualquier circunstancia que pueda determinar su estigmatización en prisión o en su futura vida en libertad.

Modificación de la situación de cumplimiento: Será objeto de especial atención cualquier modificación en la situación de los internos tanto procesal-penal (comunicaciones con agentes judiciales o abogado) como penitenciaria (regresiones de grado de tratamiento, no autorización de permisos de salida, denegación de libertad condicional, resolución de expulsión para internos extranjeros), las cuales pueden ser vivenciadas de forma negativa.

Próxima excarcelación: Asimismo se valorará la proximidad de la excarcelación como situación de riesgo, incluidas las excarcelaciones temporales o parciales, como los permisos o el régimen abierto. La perspectiva de reencuentro con un escenario que pudo haber sido hostil en el pasado o que puede haber cambiado drásticamente en el presente, puede significar una situación traumática para el interno.

La enfermedad mental es uno de los principales factores de riesgo de la conducta suicida, especialmente la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los cuadros depresivos graves.

Abuso crónico de sustancias: Según datos de la OMS el abuso de alcohol es un trastorno frecuente en los casos de suicidio, especialmente si se encuentra asociado con otros problemas de salud mental, deterioro físico o desarraigo social. Los intentos de suicidio suelen ocurrir tras un largo periodo de consumo crónico, (si bien esta situación viene siendo cada vez más frecuente en jóvenes) y en un 75% presentan recidiva. La dependencia a otras sustancias sigue patrones similares, siendo de especial consideración el aumento del riesgo ante reiterados fracasos en un tratamiento de deshabituación y la posible conducta instrumental al objeto de conseguir un tratamiento farmacológico. Este último supuesto es relevante teniendo en cuenta los altos niveles de impulsividad presentes y por ello, una pobre valoración de las consecuencias.

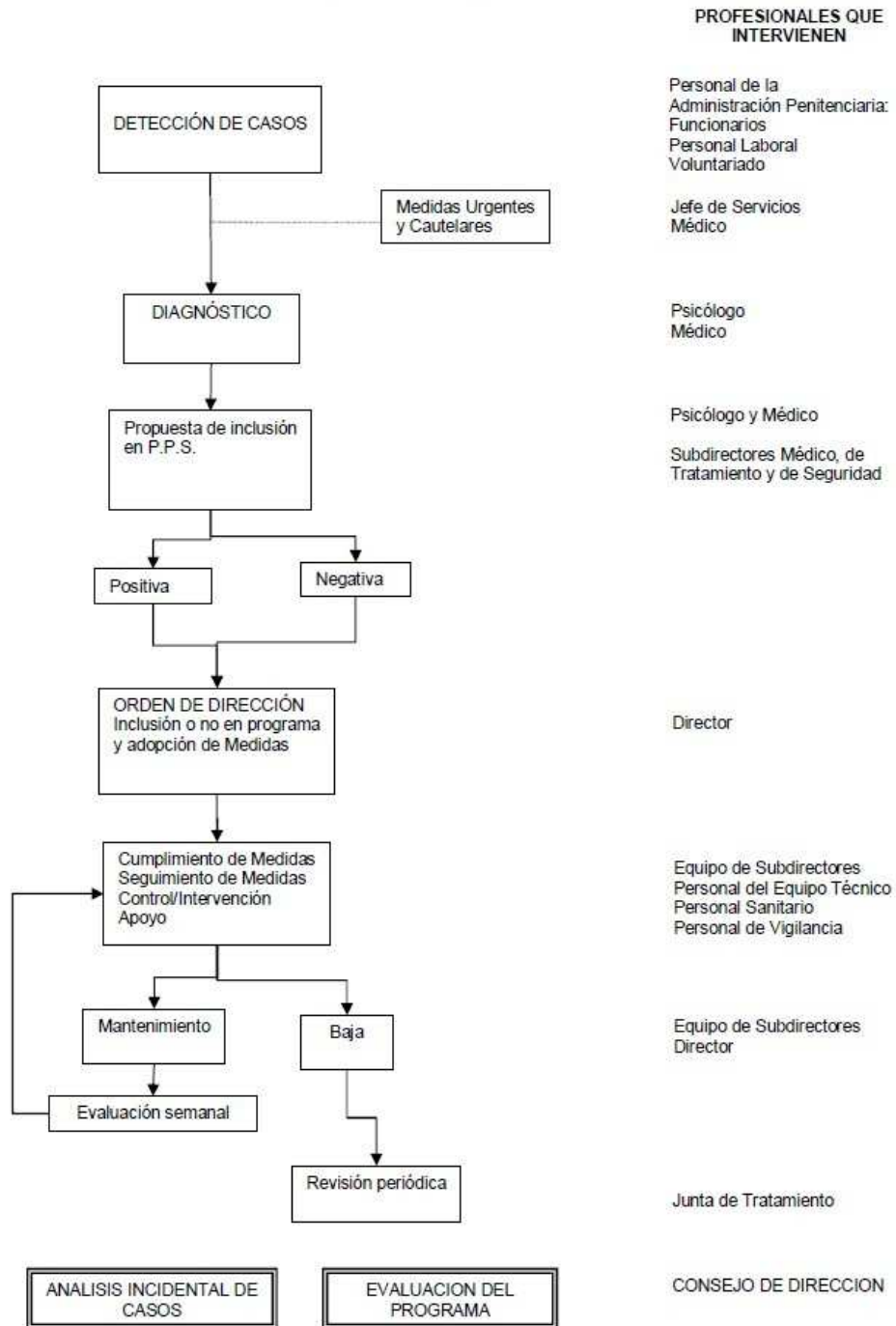
Tipología delictiva: Imputación o comisión de delitos de violencia de género, en el ámbito familiar, contra las personas o contra la libertad o indemnidad sexual.

Momentos de descenso de actividades: Durante determinados periodos del año, coincidiendo principalmente con épocas vacacionales, se produce una disminución en la oferta de actividades. La falta de ocupación puede afectar notablemente al estado de ánimo de los internos.

Intentos de suicidio previos y conductas autolesivas: La conducta autolesiva previa no manipulativa y, en general, los antecedentes de intento de suicidio son claros factores de riesgo de la conducta suicida, según la OMS. Igualmente debe prestarse atención a la existencia de suicidios o tentativas en los antecedentes familiares.

2. La adopción de acuerdos al respecto. Diagrama del programa.

DIAGRAMA DEL PROGRAMA.



3.- La aplicación de medidas.

Medidas Preventivas de carácter organizativo.

Se vigilará la correcta composición en todo momento del Equipo Técnico de atención a Ingresos, establecido por I. 14/2011 y el buen funcionamiento del Protocolo de acogida de internos al ingreso.

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

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

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

El psicólogo del Equipo Técnico de Ingresos entrevistará en el departamento de ingresos, a los internos que ingresen de libertad, detectando cualquier estado o situación que aconseje actuaciones inmediatas o a medio plazo.

Con el fin de posibilitar la debida observación de los internos que tengan aplicado el PPS, se evitará su ubicación en Módulos de Respeto de alta exigencia.

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

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

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

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

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

Medidas Provisionales urgentes

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

Medidas Programadas

- a. Control por los Servicios Médicos:
 - Consulta médica programada.
 - Derivación para valoración por especialista en psiquiatría.
 - Dispensa farmacológica mediante tratamiento médico directamente observado (TDO).
 - Ingreso en enfermería para observación y tratamiento médico.
- b. Intervención desde los Servicios de Tratamiento:
 - Consulta psicológica programada.
 - Seguimiento directo por Educador.
 - Valoración por Trabajador Social.
 - Contacto y asesoramiento familiar.
- c. Control por las Unidades de vigilancia:
 - Vigilancia nocturna.
 - Vigilancia especial.

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

d. Régimen de vida

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

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

3.- ESPECIAL INCIDENCIA EN LA FIGURA DEL INTERNO DE APOYO.

Para contribuir en las tareas de seguimiento, apoyo y atención de aquellos internos que se encuentren dados de alta en el PPS o en situaciones de malestar emocional significativo así como para colaborar en la observación preventiva de sus compañeros aparece la figura de INTERNO DE APOYO.

El rol de interno de apoyo es una estrategia de tratamiento que se ha considerado necesaria para incrementar la eficacia del Programa de Prevención de Suicidios. La actuación de dichos internos estará siempre guiada y supervisada por el Equipo Técnico implicado en el abordaje terapéutico, fundamentalmente por el médico y el psicólogo del módulo.

Funciones.

La principal función de estos internos es el ACOMPAÑAMIENTO de compañeros de internamiento en los que se ha valorado la existencia de riesgo suicida en mayor o menor grado. La mayor ventaja de dicha tarea es que ésta se realiza en la cotidianidad del módulo, actuando como agente de salud en el lugar dónde se encuentra el interno en PPS ofreciendo escucha activa, contención, apoyo y comprensión, acercándolo a los profesionales que intervienen con el citado interno. El Interno de Apoyo puede aliviar el dolor que lo inmoviliza y reforzar las posibilidades de acceder a algún bienestar, por pequeño que sea.

Dicho acompañamiento no es un todo o nada, sino que dependerá de la evaluación realizada de la situación, y que irá variando a lo largo de la ejecución del programa, siendo la retirada paulatina. Por ello se contemplan varias opciones:

- Compartir celda
- Acompañamiento, además, en todas las actividades no colectivas
- Acompañamiento las 24 horas (Interno de apoyo-sombra).

La presencia de los Internos de Apoyo adquiere especial importancia en el Departamento de Ingresos dónde su labor de acogida no se limita a recibir e informar, sino que lo más relevante es el ofrecimiento de cuidado y ayuda, pudiendo reducir el impacto de la situación en estos primeros momentos de internamiento.

Además de la función de acompañamiento, el Interno de apoyo tiene otro cometido en los módulos ordinarios: la OBSERVACIÓN PREVENTIVA. Los Internos de apoyo deben constituirse como vehículo de información, participando en la detección

de posibles situaciones de riesgo, atendiendo a las posibles señales de alerta que pudieran indicar comportamientos suicidas, siendo imprescindible la coordinación de los mismos tanto con los Funcionarios de Vigilancia, cómo con los Servicios Médicos y de Tratamiento.

Funciones colaterales del Interno de apoyo:

- Brindar contención en la conducta suicida.
- Transmitir a los profesionales información relevante.
- Mejorar la autoestima a los internos incluidos en Programa de prevención de suicidios.
- Prestar atención a los cambios bruscos del estado de ánimo.
- Detectar y estimular intereses que puedan ayudar al interno incluido en Programa de prevención de suicidios a mejorar su adaptación.
- Posible modelo con el que los internos en Programa de prevención de suicidios puedan identificarse, en el sentido de iguales capaces de resolver problemas y conflictos sin que éstos paralicen la vida.

Selección/Nombramiento/Alta/Cese.

El desempeño de la actividad por parte de los internos será siempre voluntaria, participando en su selección el funcionario de interior, educador, médico y psicólogo del módulo de referencia, siendo nombrados finalmente por la Junta de Tratamiento del Establecimiento.

Los criterios mínimos a tener en cuenta para su incorporación son los siguientes:

- Presenten la adecuada capacitación, actitud y motivación.
- Posean una situación estable en el Centro, sin traslado previsible. Es deseable que reste al menos un año para la fecha previsible de libertad.
- No tengan sanciones sin cancelar por determinadas conductas tipificadas como falta muy grave o como falta grave.
- Carezcan de antecedentes de autolesiones o de enfermedad mental grave.
- No presenten consumo activo de drogas.

Respecto a la baja en la actividad de Internos de Apoyo, será también voluntaria, salvo que la falta de interés, la notoria incapacidad, el incumplimiento de las normas que se le impartan o la ausencia injustificada a las reuniones de coordinación y actualización

que se convoquen, provoquen la exclusión del grupo de Internos de Apoyo, siendo acordado su cese igualmente por la Junta de Tratamiento.

Formación.

Para asegurar dicha capacitación y formación, en todos los centros se organizarán Cursos de Formación para el grupo de Internos de Apoyo cuantas veces sea necesario garantizándose que alcance entre un 2% y un 3% de la población que albergue el Establecimiento Penitenciario. Salvo en situaciones de extrema necesidad, nadie ejercerá funciones de interno de apoyo sin haber recibido esta formación básica.

Se pretende con ello que el interno de apoyo adquiera conciencia de la función a desempeñar, su importancia y objetivos, proporcionándole sencillos conocimientos sobre la detección de circunstancias clínicas de riesgo, técnicas de escucha activa, comunicación interpersonal, conocimientos básicos sobre depresión y primeros auxilios. Los contenidos se abordarán a un nivel básico, con una metodología activa y eminentemente participativa. Desde el Área de Programas de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión se apoyará y supervisará la realización de esta formación.

Incentivos/Motivación.

La labor que realizan los Internos de Apoyo en la consecución de la labor de preservar la vida y reducir, en la medida de lo posible las conductas suicidas deben ser reconocidas por la Administración Penitenciaria y por sus trabajadores.. Dicho reconocimiento y puesta en valor, es la mayor recompensa que pueden recibir a esta labor altruista y generosa.

El Subdirector de Tratamiento, con los profesionales que estime oportunos organizará cada tres meses una sesión de trabajo con todos los internos de apoyo del Centro Penitenciario. Dichas sesiones además de constituirse como aprendizaje de la propia experiencia grupal y de pautar actuaciones para mejorar el desempeño de la actividad, tienen un claro objetivo motivacional , reforzando y manteniendo la implicación de los Internos de Apoyo en su encomiable tarea.

Igualmente cuando el Equipo de Subdirectores asigne a un Interno de Apoyo determinado se les impartirá unas sencillas instrucciones por parte de los profesionales implicados que, a la vez de redundar en la mejora de su actuación, servirá como refuerzo positivo de la misma.

Por otra parte, los internos que prestan esta colaboración constituyen un activo que debe de ser cuidado, registrado y conocido. A tal fin, se grabará en el sistema SIP la “situación de interno apoyo PPS” a los internos que hayan recibido la debida formación y se encuentren ejerciendo tareas de apoyo en el presente programa. . Quedará constancia documental además en el Expediente Personal del Interno, pudiendo así ser claramente identificada en el supuesto de que éste sea trasladado a otro establecimiento.

Estas actividades, aparte de constituir una aportación útil para otros internos y para toda la colectividad en último término, constituyen signos claros de una línea de reeducación y reinserción para la que el ordenamiento penitenciario tiene reconocidas instituciones como son las recompensas y los beneficios penitenciarios.

Por ello los órganos competentes del establecimiento –Comisión Disciplinaria y Junta de Tratamiento- deben tramitar la concesión de recompensas útiles para la debida incentivación de las actividades.

Melilla, 29 de julio de 2016.
Ángel Juan Nieto García