



Observatori Català
de la Justícia en
Violència Masclista

El suïcidi a les presons des d'una perspectiva de gènere.

Característiques diferencials i mesures
de prevenció i postvenció

Autores

Cristina Garés Calabuig
Joana Bertran Ribas
Sandra Varela Carpio
Daniel Simón Zamarripa
Jose Navarro Pardo

Any 2024



Generalitat de Catalunya
**Centre d'Estudis Jurídics
i Formació Especialitzada**

L'Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista ha editat aquesta recerca respectant el text original de les autores, que en són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en aquest document són de responsabilitat exclusiva de les autores, i no s'identifiquen necessàriament amb les de l'Observatori.

Avis legal



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Així doncs, es permet la reproducció, la distribució i la comunicació pública del material, sempre que se citi l'autoria del material i l'Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista (Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Departament de Justícia) i no se'n faci un ús comercial ni es transformi.



SECRETARÍA DE ESTADO
DE IGUALDAD
Y CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

016 ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE
MALOS TRATOS POR VIOLENCIA DE GÉNERO

Activitat finançada a càrrec del crèdits rebuts del Ministeri d'Igualtat
(Secretaria d'Estat d'Igualtat i contra la Violència de Gènere)

Índex

Glossari de les sigles i abreviatures	5
Presentació de la recerca.....	9
Antecedents i justificació de la recerca.....	9
Marc teòric: La perspectiva de gènere i els drets humans	15
Objectius	20
Metodologia.....	22
Equip de recerca:	25
Introducció	27
Introducció a l'objecte d'estudi.....	27
Capítol 1: El suïcidi a les presons des d'una perspectiva de gènere.....	32
1.1 Introducció.....	32
1.2 Factors de risc.....	33
1.2.1 Factors de risc individuals.....	34
1.2.2 Factors de risc ambientals	42
1.3 Factors de protecció.....	45
1.3.1 Factors de protecció individuals	45
1.3.2 Factors de protecció ambientals	46
Capítol 2. Estàndards i Recomanacions d'organismes de drets humans	48
2.1 Estàndards, Principis i Regles mínimes per al tractament de dones privades de llibertat	48
2.2 Recomanacions d'organismes de control i garantia d'àmbit internacional	55
2.3.1 Recomanacions del MNPT	63
2.3.2 Recomanacions del Síndic de Greuges	71
Capítol 3: Guies d'operadors penitenciaris basades en estàndards	77
3.1 Consideracions prèvies a les guies	78
3.2 La importància de la capacitació dels funcionaris i treballadors penitenciaris	80
3.3 La creació de perfils de risc.....	81
3.4 L'entrada dels i les internes al medi penitenciari com a principal condicionant del suïcidi.....	82
3.4.1 La constitució d'un medi penitenciari positiu	83
3.4.2 L'avaluació dels interns/es que ingressen a presó i el seguiment dels perfils de risc.....	84
3.5 La gestió dels intents de suïcidi i el treball en la postvenció	89
Capítol 4: La prevenció del suïcidi a Catalunya i als Centres penitenciaris catalans	92
4.1 El Pla de Prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025 (PLAPRESC).....	92
Línia 1. Prevenció universal, selectiva, indicada i estructural del suïcidi	97

Línia 2. Detecció, accés, atenció immediata, tractament, recuperació i processos de suport en casos d'intents de suïcidi	110
Línia 3. Postvenció i suport a la família i a altres supervivents.....	113
Línia 4. Seguretat dels pacients i prevenció del suïcidi	115
Línia 5. Suport a la gestió de la informació i del coneixement en la vigilància epidemiològica.....	116
Línia 6. Governança, desplegament del pla i rendició de comptes.....	119
4.2 La prevenció dels suïcidis als centres penitenciaris catalans.....	121
4.2.1.El programa marc de prevenció dels suïcidis als centres penitenciaris catalans	121
4.2.2. Programa temporal per abordar els incidents vinculats a les conductes suïcides de les persones preses i les conductes violentes.....	143
4.2.3.Guies per a la prevenció del suïcidi a l'entorn penitenciari	146
Capítol 5. Els programes de prevenció del suïcidi a altres sistemes penitenciaris	148
.....	
5.1. Programes d'àmbit nacional	148
5.1.1 El Programa marc de prevenció dels suïcidis a centres penitenciaris espanyols i les posteriors adaptacions per incorporar la perspectiva de gènere	148
5.1.2 El programa marc de prevenció dels suïcidis als centres penitenciaris del País Basc	165
5.2 Programes de prevenció del suïcidi a presons de fora l'Estat espanyol.....	178
5.2.1 L'estratègia per prevenir suïcidis a les presons escoceses: "Talk to me" (Parla'm).....	178
5.2.2. Les mesures en l'àmbit de la prevenció dels suïcidis i autolesions a les presons d'Anglaterra i Gal·les (20/2021).....	189
Capítol 6: Resultats de les entrevistes amb responsables de la prevenció dels suïcidis al sistema penitenciari català	220
.....	
6.1 Introducció.....	220
6.2 Consideracions generals	221
6.3 Detecció del risc, activació del protocol i seguiment	226
6.4 Coordinació entre els professionals i gestió de la informació.....	230
6.5 Mesures i intervencions dins del programa marc per la prevenció de suïcidis .	232
6.6 Formació del personal penitenciari.....	241
6.7 Postvenció.....	242
6.8 Medi obert i excarceració	244
6.9 Perspectiva de gènere.....	245
6.10 Reptes del sistema sanitari penitenciari.....	249
Capítol 7. Síntesi de la recerca i Conclusions	254
.....	
7.1 La prevenció del suïcidi dins d'una estratègia integral i multisectorial.....	254
7.1.1 Recomanacions	256
7.2 El clima institucional i el benestar	256
7.2.1 Recomanacions	258

7.3 L'aplicació de la perspectiva de gènere de forma transversal al model d'execució	259
7.3.1 Recomanacions	261
7.4 L'adequada formació del personal.....	263
7.4.1 Recomanacions	264
7.5 L'avaluació de totes les persones preses i altres mesures a l'ingrés	265
7.5.1 Recomanacions	267
7.6 L'atenció a la salut mental	268
7.6.1 Recomanacions	270
7.7 Mesures a adoptar per gestionar el risc i la prevenció dels suïcidis.....	271
7.7.1 Dissenyar plans d'intervenció individualitzats i centrats en la persona	271
7.7.2 Participació de la família i altres persones properes	272
7.7.3 Evitar l'aïllament.....	273
7.7.4 La implementació d'una supervisió efectiva	274
7.7.5 El suport entre iguals: la figura dels interns i internes de suport.....	275
7.7.6 Seguiment multidisciplinari del cas i registre de totes les actuacions	276
7.7.7 Mesures a adoptar amb anterioritat a l'excarceració	278
7.7.8 Recomanacions	280
7.8 Postvenció: acompanyament i investigació dels casos de suïcidi	282
7.8.1 Recomanacions	284
Referències	286
Referències bibliogràfiques	286
Referències de pàgines web	301
Referències de normatives.....	301
8. Annexos	304
Annex 1. Taula factors diferencials de gènere en l'àmbit de la prevenció del suïcidi	304

Glossari de les sigles i abreviatures

ACCT: Assessment, Care in Custody and Teamwork (avaluació, atenció en custòdia i treball en equip) - Anglaterra

ASSIR: Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva - Catalunya

CAS: Centre d'Atenció i Seguiment - Catalunya

CEDAW: Convenció sobre l'Eliminació de Totes les Formes de Discriminació contra la Dona

CEJFE: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada - Catalunya

CIRE: Centre d'Iniciatives per la Reinserció - Catalunya

CIRS: *Critical Incident Response and Support* (Resposta i suport a incidents crítics) - Anglaterra

CP: Centres Penitenciaris / Codi Penal

CPT: Comitè Per a la prevenció de la Tortura del Consell d'Europa

CRS: Codi risc de suïcidi-Catalunya

CSMA: Centre Salut Mental Adults

CUSI: Cap de la Unitat de Seguretat Interior - Catalunya

DETR: Departament Especial Règim Tancat

DGSP: Direcció General de Serveis Penitenciaris

DI: Discapacitat Intel·lectual

DIDH: Dret Internacional dels Drets Humans

DSAS: Després del Suïcidi. Associació de Supervivents

EAPP: Equips d'Atenció Primària Penitenciària-Catalunya

ECAP: Estació clínica d'atenció primària-Catalunya

EMD: Equips Multidisciplinaris - Catalunya

ERSP: Escala de risc suïcida Plutchik

ESM: Equip de Salut Mental

FLO: *Family Liaison Officer* (Oficial d'Enllaç Familiar) - Anglaterra

FSI: Funcionaris/es dels serveis d'interior - Catalunya

HMPPS: *Her Majesty's Prison and Probation Service* (Servei de presons i llibertat condicional de Sa Majestat).

IA: Intern/a d'Acompanyament o Intern/a ombra - Espanya

ICS: Institut Català de Salut - Catalunya

IIDH: Institut Internacional de Drets Humans

INE: Institut Nacional d'Estadística - Espanya

LGTBI: Lesbianes, gais, transsexuals, bisexuals i intersexuals

LOGP: Llei Orgànica General Penitenciària

MCPT: Mecanisme Català de Prevenció de la Tortura

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

MNPT: Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura

MPIC: Model de Participació i Convivència

NHS: *Scottish National Health System* (Sistema Nacional de Salut escocès)

OCJVM: Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista

OIT: Organització Internacional del Treball

OMS: Organització Mundial de la Salut

OMU: *Offender Management Unit* (Unitat de Gestió de Delinqüents)- Anglaterra

ONG: Organització No Governamental

ONU: Organització de les nacions Unides

PAIEM: Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (Programa d'atenció Integral al malalt mental) - Espanya

PCP: Programa de col·laboració entre l'atenció a la salut mental i addiccions i l'atenció primària i comunitària

PDCA: Plan-Do -Check-Act- Irlanda del Nord

PIT: Programa Individualitzat de Tractament

PLAPRESC: Pla de prevenció de Suïcidis de Catalunya (2021-2025)

PMOC: Programa Marc d'Organització Curricular - Catalunya

PPH: Hospital Penitenciari Psiquiàtric

PPS: Programa prevenció de suïcidis - Espanya/ Programa de prevenció de suïcidis-Catalunya

PSI: Programa de Seguiment Individualitzat

PSP: Programa de Salut Penitenciària - Catalunya

RHB: Equips de rehabilitació - Catalunya

SCT: *Safer Custody Team* (Equip de custòdia segura) - Anglaterra

SCTL: *Safer Custody Team Leader* (Cap d'equip de custòdia segura) - Anglaterra

SEPE: Servicio Público de Empleo Estatal

SGIP: Secretaria General d'institucions Penitenciàries - Espanya

SIM: Security Intervention Meeting (Reunió d'Intervenció de Seguretat)-
Anglaterra

SIPC: Sistema d'Informatització Penitenciari Català

SIRECOVI: Sistema de Registre i Comunicació de la Violència Institucional

SISCAT: Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya

SM: Equips de Salut Mental - Catalunya

SMART: Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound (específica,
mesurable, assolible, rellevant, limitada en el temps) - Anglaterra

SMPRAV: Secretaria de Mesures Penals Reinserció i Atenció a la Víctima-
Catalunya

SOC: Servei d'Ocupació de Catalunya

SP: *Scottish Prison Service* (Servei de Presons Escocès)

SPC: *Suicide Prevention Coordinator* (Coordinador de Prevenció del Suïcidi) -
Anglaterra

SPIC: Sistema informàtic penitenciari de Catalunya

SPS: Servei de presons escocès

TEDH: Tribunal Europeu de Drets Humans

TEPT: Trastorn d'Estrès Post-Traumàtic

TLP: Trastorn Límit de la Personalitat

UHPP: Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària - Catalunya

VRC: *Violence Reduction Coordinator* (Coordinador/a de reducció de la
violència) - Anglaterra

Presentació de la recerca

Antecedents i justificació de la recerca

Segons dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) cada any se suïciden al voltant d'unes 700.000 persones al món, constituint una de les principals causes de mort. Les dades reflecteixen que a l'Estat espanyol el suïcidi és un veritable problema de salut pública, doncs, segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE) cada dia es lleven la vida una mitjana d'11 persones, sent la principal causa de mort absoluta entre les persones de la franja d'edat d'entre 15 i 29 anys.

Tot i la progressiva sensibilització que darrerament s'ha estès pel que fa a la importància de tenir en compte la salut mental com un eix clau de les polítiques de salut pública, especialment amb relació a les persones més joves, l'evolució del fenomen mostra una tendència a l'alça. Catalunya no n'és una excepció. Segons dades del Departament de Salut, durant l'any 2022 es van suïcidar a Catalunya 607 persones, la xifra més alta registrada fins ara.

Els suïcidis representen un fenomen d'elevat impacte social. Com han posat en relleu diversos estudis, més enllà de les fatals conseqüències que comporta per la persona, la càrrega del suïcidi és immensa i el procés de dol és diferent del d'un altre tipus de mort, tant per als familiars (Dyregrov i altres, 2014) com per als i les professionals que atenen els pacients (Zisook i Shea, 2009). Aquest fet comporta que els supervivents poden presentar una alta vulnerabilitat per patir trastorns emocionals com la depressió, l'ansietat, l'abús de substàncies o l'aïllament social (Brent i altres, 2009). A més, el risc de patir un dol complicat o patològic és del 40%, el doble que per a altres tipus de morts, el qual s'estima en un 15-20%, observant-se taxes elevades d'ideació, intents i suïcidis consumats entre la població en dol per suïcidi, independentment de l'estrès traumàtic viscut i la presència de símptomes depressius (Crosby i Sacks, 2002). Aquest fet ha estat posat també en relleu per altres estudis, els quals han evidenciat que el dol complicat està associat a una alta probabilitat de suïcidi en els supervivents, on és 5,5 vegades més alt (Latham i Prigerson, 2004).

El suïcidi té un especial impacte quan es dona en entorns de privació de llibertat, constituint un esdeveniment estressant tant per als familiars de la persona com per als i les professionals penitenciàries i la resta de persones preses que el confronten. En espais penitenciaris el suïcidi presenta a més unes especificitats pròpies, derivades tant del tipus de persones que s'hi troben internades, com pel context en què es dona l'empresonament. Aquestes especificitats comporten que la població privada de llibertat constitueixi un col·lectiu especialment vulnerable pel que fa al risc de suïcidi.

Les presons són espais tancats, que produeixen en els qui hi romanen no pocs impactes a escala psicològica, social, físic i econòmic. El fet d'ingressar a presó introdueix a la persona en un procés d'assimilació a una subcultura pròpia, marcada entre altres aspectes per l'existència d'unes normes rígides i per la convivència forçada en un ambient generalment hostil i carregat de violència. Aquesta situació ineludiblement provoca conseqüències sobre les persones internes, conseqüències que es troben condicionades també per un seguit de circumstàncies, entre les que caldria citar les característiques prèvies de la persona (com l'edat, el gènere, els possibles historials de consum o de problemàtiques de salut mental) així com del context i de les condicions en què es desenvolupa la privació de llibertat (model arquitectònic, règim de vida i possibilitats d'interacció personal, qualitat de l'atenció sanitària, grau d'accés a activitats i programes d'intervenció, etc.).

Els efectes de l'empresonament sobre les persones recloses han estat àmpliament estudiats per la literatura científica. A nivell físic s'han descrit alteracions somàtiques en la visió, l'audició, l'olfacte i la son, que produeixen un empitjorament de les funcions vitals del cos (Escaff i altres, 2013; Valverde, 1997). Tanmateix, les conseqüències de l'empresonament tenen una major afectació en l'esfera psíquica i emocional de la persona. En el pla psicològic i emocional, el pas per presó pot significar una experiència traumàtica, danyar la psicologia de la persona, provocar trastorns d'ansietat, empobrir les habilitats socials, provocar la pèrdua de consciència de drets fonamentals bàsics, minar l'autoestima i propiciar l'aprenentatge de la cultura de la violència i l'evitació, entre molts altres efectes (Cajamarca i altres, 2015). Les malalties mentals

sobrevingudes (depressions, trastorns neuròtics, trastorns psicòtics i alteracions en la personalitat i de la conducta) són també molt freqüents. La presó, amb les seves característiques de control i disciplina (horaris rígids, monotonia, restriccions, manca d'autonomia), la convivència forçada, l'aïllament social i emocional de la persona i la frustració que això comporta, esdevé un ambient hostil que provocarà en algunes persones trastorns adaptatius i en altres l'empitjorament de la patologia mental prèvia.

Com s'apuntava, a aquests factors s'hi han de sumar aquells inherents a les persones que acaben entrant en contacte amb el món penitenciari, molts dels quals, com s'anirà veient, han estat identificats per la literatura científica com a factors de risc per a les conductes suïcides. Això és perquè la salut de les persones preses prèvia entrada a presó ja acostuma a ser més dèbil que la de la població en general, i aquesta empitjora encara més a la presó. Segons dades del Servei Català de Salut (2020), quan es compara la càrrega de morbiditat o malaltia segons els estrats de risc de la població reclusa amb una població equivalent per edat i sexe, s'observa que mentre per a la població reclusa hi ha un 36% de persones amb risc alt o moderat, aquest percentatge per a la població general equivalent és del 8%. Especialment preocupant és l'elevada presència de persones preses diagnosticades d'algun tipus de trastorn mental. La prevalença de malaltia mental als Centres Penitenciaris catalans és quasi 7 vegades superior que en el conjunt de la població no reclusa, sent els diagnòstics psiquiàtrics més freqüents els trastorns afectius adaptatius, els trastorns de la personalitat i els trastorns psicòtics (ICS, 2020). Ens trobem a més, amb el fet que una bona part de la població està diagnosticada de patologia dual, és a dir, d'una addicció i un altre trastorn mental alhora o de manera seqüencial al llarg del cicle vital, oscil·lant la prevalença al voltant del 12-30% segons els estudis, i sent major en el cas de les dones que en el dels homes.

En molts casos, la presència de malaltia mental es correlaciona també amb la presència de Discapacitat Intel·lectual (DI). Diversos estudis suggereixen que la prevalença de persones amb DI és molt més alta a la població de presons. Un estudi realitzat per Muñoz (2020) evidencia que la prevalença de DI en presos

del centre penitenciari Brians 1 és del 35,6%, una xifra molt més alta que la trobada a la població general, on s'estima entre un 0,7% i un 2% segons la literatura científica. Els resultats del citat estudi van constatar, alhora, que els presos amb DI van presentar un major nivell de risc de violència autodirigida, intrainstitucional i de reincidència violenta, major percentatge de comorbiditat psiquiàtrica (és a dir, la presència de dos o més trastorns psiquiàtrics en la mateixa persona al llarg de la seva vida), seguiment psiquiàtric i consum de psicofàrmacs, d'intents de suïcidi i autolesions així com un alt nivell de malestar psicològic, amb major consum de tòxics i major prevalença de malalties per transmissió parenteral (Muñoz, 2020).

Pel que fa a específicament al col·lectiu de dones privades de llibertat, nombroses recerques han posat en relleu l'elevada incidència que presenta aquest col·lectiu d'antecedents d'abús i violència tant en la infància com a l'edat adulta. Un estudi realitzat al CP Brians 1 va evidenciar també que la prevalença del Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) en dones preses era del voltant del 35%, respecte a l'1-2% del total de la població (Navarro i altres 2016). Com també va posar en relleu l'esmentat estudi, aquest diagnòstic correlaciona amb un major índex d'autolesions, pitjor adaptació a la presó, més penositat en el compliment de les sentències (més temps sense gaudir de permisos o accedir a medi obert, per exemple), i també amb altres variables clíniques com la drogodependència, factors que tindran un enorme impacte sobre la seva salut mental d'aquestes dones.

Així, ens trobem que a les presons conflueixen una sèrie de factors individuals i ambientals que generen que les taxes de suïcidi siguin molt superiors que per a la població general. A Catalunya la taxa de suïcidis per cada 10000 habitants morts va ser l'any 2020 de 6,97, tanmateix, aquesta va ser de 29,2 en el cas de la població penitenciària. El suïcidi constitueix la causa més comuna de mort en espais penitenciaris. Segons dades del Consell d'Europa (2021) el 33,9% de les morts que es van produir a centres penitenciaris espanyols durant l'any 2021 van ser per suïcidi, xifra que augmenta fins al 47,8% en el context dels centres penitenciaris catalans. És, a més, un fenomen a l'alça, doncs només a

Catalunya van ser 14 les persones preses que es van llevar la vida el 2022, un 22% més que la dels dos anys anteriors.

Tenint en compte que el primer deure de l'Administració penitenciària és preservar la vida de les persones a càrrec seu, les quals es troben privades de llibertat i en un context de subjecció especial, aquestes administracions tenen la responsabilitat de desenvolupar o implementar programes de salut mental a escenaris penitenciaris. Com ens recorda l'OMS (2010) el subministrament de serveis adequats per a la prevenció i intervenció del suïcidi és beneficiós tant per a les persones preses com també per a la institució on s'ofereixen els serveis.

Com assenyalen l'OMS i la International Association for Suicide Prevention (2007) els centres penitenciaris han de tenir una política raonable i integral per a la prevenció del suïcidi, i són les autoritats d'institucions penitenciaris - no pas el personal funcionari ni el personal de sanitat penitenciària -, els qui tenen la responsabilitat d'instaurar aquests programes. Actualment, com han apuntat Navarrete i altres (2022) sembla que les respostes a la prevenció de les conductes suïcides procedeix únicament dels serveis sanitaris, concretament a l'àmbit de la salut mental. Les guies tracten principalment la identificació primerenca, el maneig precoç, el tractament i l'atenció de persones amb patiments mentals i problemes d'abús de substàncies. Això, seguint als mateixos autors (2022), pot comportar un problema de reduccionisme i d'abordatge parcial, pel fet que no es contempli la interacció entre els factors socials, culturals i ambientals, així com amb alguns altres factors psicològics i biològics.

Com ens recorda l'OMS (2010) encara que la prevenció del suïcidi és factible, comprèn una sèrie completa d'activitats, que van des de la provisió de les millors condicions possibles per a l'educació dels nostres infants i joves, mitjançant el tractament efectiu dels trastorns mentals, fins al control ambiental dels factors de risc. Com ha posat en relleu tant aquesta institució com l'ONU, un pas important per a la prevenció del suïcidi és desenvolupar perfils que es relacionin amb grups i situacions de risc que poden necessitar més avaluació i

intervenció. Com s'ha plantejat, un d'aquests grups és el de la població privada de llibertat, col·lectiu que tot i presentar trets comuns, presenta una àmplia diversitat que ha de ser també estudiada a fi d'identificar les necessitats específiques d'intervenció que presenta cadascun dels perfils poblacionals que en aquest context es poden diferenciar. En aquest apunt cobra una especial rellevància atendre a la categoria *gènere*. Cal tenir en compte que aquestes categories no són estanques i que en moltes ocasions poden entrecreuar-se. Aquesta interseccionalitat entre diferents eixos de dominació augmenten la complexitat a l'hora de detectar necessitats específiques d'intervenció. Així, podem trobar diferents especificitats com dones trans, dones joves, dones migrants, dones amb diversitat funcional.

Des de la Direcció General d'Afers Penitenciaris són conscients que el model d'execució penal que s'aplica actualment als centres penitenciaris catalans no és capaç de donar una resposta adequada a les necessitats de la població penitenciària femenina. Amb objecte de revertir aquesta realitat, l'any 2022, van decidir desenvolupar de la mà del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE), un projecte de recerca en el marc del qual es recolliren, des d'una perspectiva de gènere, les principals necessitats de la població penitenciària catalana. Així, es va impulsar el macroprojecte de recerca "*Gènere i Execució Penal*" des del qual s'han determinat els diversos àmbits on es considera necessari la introducció d'aquesta visió específica, així com els blocs temàtics en els quals es considerava convenient fer propostes més especialitzades. Un d'aquests àmbits ha estat el de la prevenció dels suïcidis.

La manca d'indagació específica en matèria de suïcidis de dones, sumada al fet que les dones representen una minoria en la població penitenciària, ha comportat que les recerques prèvies hagin prestat escassa atenció a l'estudi del fenomen del suïcidí a les presons des d'una perspectiva de gènere, i menys encara a l'estudi de les mesures existents en l'àmbit de la prevenció. Aquest fet és encara més notable quan parlem de dones trans, àmbit en relació amb el qual són gairebé inexistents les evidències científiques. Com han apuntat Navarrete i altres (2019) la revisió de la literatura científica envers les

intervencions en matèria de prevenció de la conducta suïcida, evidència l'escassetat de dades existents sobre l'efectivitat de la majoria de les intervencions, i les limitacions metodològiques dels estudis disponibles, que acaben derivant en grans dificultats per a la generalització de les conclusions: problemes de disseny, escassa replicació i gran variabilitat de resultats, per exemple, en la identificació de factors de risc.

En coherència amb la filosofia del macroprojecte en el qual s'emmarca, el projecte de recerca que aquí es presenta té com a principal objecte, realitzar propostes de millora respecte a les mesures actuals de les quals disposa el sistema penitenciari català en l'àmbit de la prevenció del suïcidi. Propostes que, d'acord amb les evidències científiques existents, les bones pràctiques identificades en altres contextos i les recomanacions portades a cap per organismes de protecció i garantia dels drets humans, permetin incorporar la perspectiva de gènere a les polítiques actuals per prevenir el suïcidi a les presons.

Marc teòric: La perspectiva de gènere i els drets humans

Els drets humans són atributs inherents a tota persona per l'única condició de ser-ho, sense cap distinció d'edat, origen, nacionalitat, gènere, religió, classe social o qualsevol altra condició. El dret a la igualtat i la prohibició de la discriminació constitueixen els principis que sustenten tots els drets humans. Tanmateix, no es pot obviar que les regles de l'ordenament social responen a patrons socioculturals i, per això, la concepció i l'aplicació dels drets humans es va concebre des dels seus inicis en clau masculina: l'home com a centre del pensament humà, del desenvolupament històric, protagonista únic i paràmetre de la humanitat. Els drets de les dones han estat històricament pensats com una part de l'univers masculí; sota un prisma que les concebia com una minoria, motiu pel qual les dones han estat també històricament excloses, essent invisibilitzades les seves diferències, la seva diversitat, així com les seves necessitats.

Per a Chavez (2004) la causa de les desigualtats, la marginació i la subordinació per a la majoria de les dones ha estat la determinació de les

característiques construïdes socialment a partir de les diferències sexuals entre homes i dones. En aquest punt resulta important recordar la diferència entre els conceptes *sexe* i *gènere*. El primer al·ludeix a les diferències biològiques entre un home i una dona, que són universals. El segon es refereix a les característiques i oportunitats socials vinculades a allò femení i allò masculí, així com a les relacions entre homes i dones (Organització Internacional del Treball (OIT), 2010). El concepte *gènere* es comença a utilitzar a partir dels anys seixanta com una categoria d'anàlisi emprada per a l'estudi de les relacions socials entre homes i dones (Andrade i Guzman, 1998). Aquesta categoria és utilitzada per analitzar com es defineixen, representen i simbolitzen les diferències sexuals en una determinada societat. Per tant, el concepte de *gènere* al·ludeix a les formes històriques i socioculturals en què dones i homes construeixen la seva identitat, interactuen i organitzen la seva participació en la societat. Formes que varien d'una cultura a una altra i es transformen a través del temps (Inmujeres-PNUD, 2007).

Així doncs, el concepte *gènere* aporta una nova forma d'entendre els éssers humans, a partir de la consideració que és la societat qui s'encarrega d'assignar a les persones característiques fixes i el paper que s'hi exerceix en funció del seu sexe; i, per tant, haver col·locat el sexe femení en una posició de subordinació històrica respecte del masculí (IIDH, 2004). El reconeixement de la base sociocultural de les diferències de *gènere* té una conseqüència directa: hi ha la possibilitat que siguin modificades, essent aquí on emergeix la necessitat que els fenòmens socials siguin estudiats des d'una perspectiva de *gènere*.

La perspectiva de *gènere* al·ludeix a una eina que, com a enfocament, cerca mostrar que les diferències entre dones i homes es donen, més que per la seva determinació biològica, per les diferències socioculturals assignades als éssers humans (Inmujeres-PNUD, 2007). Com argumenta Barroso (2019), emprar la categoria de *gènere* en l'estudi de la salut mental ens permet aprofundir en la manera en què les construccions socials històriques s'expressen a través de la interpretació del món, es donen en unes condicions materials i subjectives d'existència i es reproduïxen mitjançant les dimensions simbòliques i

normatives de les institucions socials. Partint de la premissa de la no existència d'una única identitat universal masculina i femenina sinó múltiples formes de ser i actuar, la perspectiva de gènere ens permet comprendre la dimensió simbòlica del suïcidi i dels seus intents com a crit d'atenció sobre problemes socials.

Es tracta d'una eina d'anàlisi que una vegada determinades les diferències i les seves necessitats diferencials, ha de tendir a millorar les condicions de vida dels dos gèneres i ha de cercar transformar la posició de la dona en relació amb la de l'home, la comunitat i la societat en general (Chavez, 2004).

Així, la perspectiva de gènere ens permet, per una banda, comprendre l'impacte diferencial que té el sistema social en la situació d'homes i dones i d'altra, respondre diferencialment a necessitats, interessos i problemes específics de dones i homes derivats d'aquesta situació (Andrade i Guzman, 1998). En suma, amb aquesta eina es busca modificar les relacions, funcions i obstacles per eliminar les inequitats entre els gèneres, i totes les formes de subordinació i domini (Loria, 2002).

Seguint el plantejament de l'Institut Interamericà de Drets Humans (2004), la perspectiva de gènere es caracteritza per ser:

(1) Inclusiva: tenint en compte que incorpora a l'anàlisi condicions que fan més suportable o aguditzen la discriminació de gènere, com són la classe, l'ètnia i l'edat.

(2) Permet observar i comprendre com opera la discriminació, ja que aborda tots aquells aspectes que tenen a veure amb la condició social i econòmica de les dones i els homes, a fi d'afavorir les mateixes oportunitats per a un accés equitatiu a recursos, serveis i drets.

(3) Qüestiona l'androcentrisme i el sexisme que permetin totes les institucions i activitats socials, alhora que proposa accions estratègiques per enfrontar-los críticament i erradicar-los.

(4) Permet fer visible les experiències, perspectives, interessos, necessitats i oportunitats de les dones, amb la qual cosa es poden millorar substancialment les polítiques, programes i projectes institucionals, així com les accions dirigides a assolir societats equitatives, justes i democràtiques.

(5) Aporta les eines teòriques, metodològiques i tècniques necessàries per formular, executar i avaluar estratègies que portin a l'empoderament de les dones.

Utilitzar la perspectiva de gènere ens permet també entendre per què la doctrina dels drets humans —en constant evolució i desenvolupament— ha contemplat ampliacions conceptuals i reconeixements explícits dels drets de les dones. L'aplicació d'una perspectiva de gènere en l'àmbit del dret internacional dels drets humans ha permès el reconeixement internacional sobre la discriminació que enfronten la majoria de les dones al món, així com posar de manifest les limitacions que afecten l'exercici ple dels seus drets humans i els impedeix millorar les condicions en què viuen. És per això que, com veurem al capítol 2 d'aquest informe, hi ha instruments internacionals de drets humans que prenen com a punt de partida aquesta desigualtat històrica, reconeixent i protegint específicament els drets de les dones (IIDH, 2004).

Aplicar, doncs, la perspectiva de gènere, enriqueix la manera de mirar la realitat i d'actuar-hi. En matèria de drets humans, permet, entre altres coses, visualitzar inequitats construïdes de manera artificial, socioculturalment; i detectar millor l'especificitat en la protecció que necessiten els qui pateixen desigualtat o discriminació (IIDH, 2004).

Atesa la minoria que suposen les dones preses en el conjunt de la població privada de llibertat, l'adopció de la perspectiva de gènere en l'anàlisi de les polítiques penitenciàries cobra una especial rellevància. A més de l'estigma que carreguen per haver infringit la llei sent dones, han de complir les seves condemnes a llocs dissenyats en funció dels homes i no adaptats a les seves necessitats, com posa en relleu l'evidència científica. Habitualment aquestes dones han d'afrontar pitjors condicions que les dels homes, essent un col·lectiu

especialment vulnerable pel que fa a possibles vulneracions dels seus drets fonamentals.

D'acord amb el dret internacional dels drets humans, els Estats signants de les diverses Convencions, Tractats o altres normes aprovades pels organismes internacionals de drets humans, entre ells aquells relatius a la no discriminació de les dones, i de les persones privades de la seva llibertat, tenen l'obligació i el deure de complir-los, respectar-los i protegir-los. Això comporta que s'han d'abstenir d'interferir en el gaudiment dels drets humans o de limitar-los, de protegir les persones i els grups contra les violacions de drets humans i d'adoptar mesures positives per facilitar el gaudiment dels drets humans bàsics.

Això és el que recull la norma i el que estableix la doctrina jurídica, tanmateix, com ens recorda l'IIDH (2004) hi ha una gran bretxa entre la norma i la pràctica, entre la igualtat *de iure* i la igualtat *de facto*. Com apunta Parra (2020) la materialització dels drets humans és un dels aspectes més problemàtics i complexos. La raó és que en l'actualitat resulta evident que per la realització d'aquests drets no n'hi ha prou amb la positivització d'un dret com a dret humà a escala universal o regional mitjançant tractats, com tampoc la seva consagració en l'àmbit estatal com a dret fonamental, social o col·lectiu. És per això que un dels camps d'anàlisi que més s'ha enriquit en les darreres dècades és el relatiu al com s'ha de fer efectiva la materialització i la protecció efectiva d'aquests drets en la realitat institucional, social, universal i estatal. Seguint a aquest autor (2020), un dels aspectes més importants per a la institucionalització i materialització d'aquests drets és incorporar la seva anàlisi en la metodologia de les polítiques públiques. És a dir, s'utilitza el cicle de política pública, el qual consta dels passos següents: la construcció dels problemes socials, el disseny, la implementació i l'avaluació del conjunt d'accions, programes i mesures per solucionar aquest problema.

En aquest punt, es reitera que un dels grans avantatges d'aquesta metodologia és que ha permès treure les anàlisis dels drets fonamentals, socials i col·lectius de la mera esfera constitucional i legal per connectar-los a la presa de

decisiones concretes de les organitzacions públiques i privades, dirigides a materialitzar-los. Aquest extrem es relaciona amb allò que alguns autors i autores han vingut a denominar com la *teoria de les obligacions del dret internacional dels drets humans* (DIDH), la qual no és altra cosa que el d'empaquetatge del dret, és a dir, l'anàlisi d'un dret humà a partir de les diverses obligacions que el constitueixen.

La creació d'una teoria de les obligacions del DIDH té moltes aplicacions. És elemental, per poder realitzar una política pública amb perspectiva de drets humans, poder treballar al voltant de l'anàlisi de violacions de drets humans ja sigui per una política específica; una llei, un pressupost, un reglament, un acte de govern, etc., per realitzar diagnòstics, per construir indicadors, la qual cosa comporta el desemparament del dret per tal de determinar amb quin indicador mesurarem cada obligació, amb quin element essencial, amb quin altre quin principi d'aplicació, etc., per esmentar-ne només alguns. D'aquí una qüestió important: la teoria de les obligacions del DDHH no és una eina amb finalitats pròpies, és una metodologia per a assolir fins (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal de México, 2011).

Objectius

Per dur a terme la recerca aquí exposada es van establir els següents objectius generals i específics.

Objectiu general:

Estudiar el fenomen del suïcidi a les presons i les possibles mesures a adoptar en l'àmbit de la prevenció i postvenció des d'una perspectiva de gènere, a fi d'identificar bones pràctiques i realitzar recomanacions i propostes de millora en relació amb les mesures actuals que s'adopten en el marc del sistema penitenciari català, basades en l'evidència científica i en els estàndards internacionals en matèria de drets humans.

Objectius específics:

1. Analitzar les evidències científiques existents en relació amb els precursors personals i ambientals dels suïcidis a les presons des d'una perspectiva de gènere.
2. Analitzar les evidències científiques existents en relació amb els factors de risc dels suïcidis a les presons, i les seves diferències des d'una perspectiva de gènere.
3. Sistematitzar els estàndards internacionals en matèria de tractament a dones privades de llibertat i prevenció de suïcidis a les presons.
4. Sistematitzar les observacions i recomanacions realitzades per organismes internacionals (CPT del Consell d'Europa) així com per organismes nacionals i autonòmics de drets humans (MNPT, MCPT) en relació amb el tracte a les dones i privades de llibertat i la prevenció del suïcidi a les presons, després de les seves visites a les presons espanyoles i catalanes.
5. Sistematitzar les principals recomanacions realitzades per l'OMS i per l'ONU en relació amb la prevenció del suïcidi a les presons, i el tracte diferencial que els agents penitenciaris han de donar a certs col·lectius d'especial vulnerabilitat com les dones o persones amb discapacitat.
6. Analitzar les mesures que s'empren actualment en el marc de diversos sistemes penitenciaris en l'àmbit de la prevenció del suïcidi.
7. Analitzar les mesures en l'àmbit de la prevenció del suïcidi que es desenvolupen en el marc del Programa de prevenció dels suïcidis a Catalunya (PLAPRESC).
8. Analitzar les mesures que s'empren actualment en el marc sistema penitenciar català en l'àmbit de la prevenció del suïcidi.
9. Realitzar propostes de millora per a la detecció del risc del suïcidi a les presons i per a la seva prevenció basades en l'evidència científica.
10. Realitzar propostes per a incorporar la perspectiva de gènere en l'actual programa marc per a la prevenció de suïcidis.
11. Realitzar propostes per garantir el compliment de les normes internacionals en matèria de drets humans de dones privades de llibertat i incorporar les recomanacions dels organismes nacionals i internacionals (l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'Organització

de les Nacions Unides (ONU), i el Comitè Per a la prevenció de la Tortura (CPT) del Consell d'Europa als actuals plans de prevenció de suïcidi a les presons.

Metodologia

Per la realització d'aquesta recerca s'han emprat diferents tipus de tècniques i metodologies d'investigació de caràcter qualitatiu, principalment la revisió bibliogràfica, l'anàlisi documental (de normes, articles científics, informes i d'altres publicacions) i l'anàlisi de contingut dels resultats de les entrevistes. Al present apartat veurem amb més de detall la metodologia i les tècniques de recerca a través de les quals s'han assolit els objectius anteriors.

En primer lloc, a fi de conèixer i determinar les evidències científiques actualment disponibles en relació amb els precursors personals i ambientals i factors de risc del suïcidi a les presons, es va realitzar un procés de revisió i anàlisi documental de la bibliografia i els estudis anteriors envers aquest fenomen, realitzats tant en el nostre com en altres contextos. En aquest àmbit, s'han prioritzat aquells estudis que han analitzat el fenomen del suïcidi des d'una perspectiva de gènere, i que, per tant, permeten obtenir evidències respecte a les característiques diferencials d'aquest fenomen en funció del gènere de la persona.

En segon lloc, per poder sistematitzar els estàndards i principis internacionals en matèria de tractament a dones privades de llibertat i de prevenció de suïcidis a les presons, es va dur a terme un procés de revisió i anàlisi documental de la normativa dictada en l'àmbit dels drets internacional dels drets humans respecte al tractament de les persones privades de llibertat, i la prohibició de tota mena de discriminació cap a les dones.

Seguidament, amb l'objecte d'identificar i sistematitzar les observacions i recomanacions realitzades per organismes de protecció i garantia de drets humans en relació amb les mesures actuals de prevenció del suïcidi que

s'adopten en el marc del sistema penitenciari català es va realitzar una anàlisi documental de:

- Els informes publicats pel Comitè per a la Prevenció de la Tortura (CPT), del Consell d'Europa a posterior de les visites realitzades a centres penitenciaris espanyols i catalans entre els anys 2007 i 2022.
- Els informes publicats pel Relator Especial sobre les execucions extrajudicials sobre Morts a les presons de les Nacions unides
- Informes anuals del Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura (MNPT) i el Mecanisme Català de Prevenció de la Tortura (MCPT) relatius al període comprès entre els anys 2017 i 2022.

Així mateix, a fi de determinar quines constitueixen les principals recomanacions en matèria de tractament a dones privades de llibertat i prevenció del suïcidi a les presons, especialment pel que fa a certs col·lectius d'especial vulnerabilitat com les dones o persones amb discapacitat, realitzades per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i per les Nacions Unides (ONU), es va realitzar una revisió i anàlisi documental de diverses guies publicades per aquests organismes dirigides a operadors penitenciaris.

Per tal de conèixer les mesures actuals en el marc de la prevenció del suïcidi que s'adopten en diversos sistemes penitenciaris, i identificar així bones pràctiques en aquest àmbit, es va efectuar una revisió i una anàlisi documental de diversos protocols de prevenció del suïcidi que s'empren actualment en el marc de diversos sistemes penitenciaris propers al nostre context, concretament al sistema penitenciari, espanyol, basc i anglès.

L'acostament que s'ha dut a terme a la realitat catalana ha volgut anar més enllà de les meres disposicions contingudes als programes o protocols de prevenció del suïcidi.

En primer lloc, es va realitzar una anàlisi del contingut del Programa marc de prevenció de suïcidi a les presons catalanes, així com d'altres recursos existents en aquest àmbit, a fi d'identificar les línies estratègiques de l'actual

política de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris catalanes així com possibles aspectes susceptibles de millora.

Seguidament, es va realitzar una anàlisi del PLAPRESC amb objecte de conèixer l'actual pla estratègic per a la prevenció del suïcidi a Catalunya, i identificar aquelles mesures que podrien ser extrapolables al context penitenciar.

D'acord amb els resultats de les anàlisis dels protocols de prevenció del suïcidi analitzats, així com dels estàndards internacionals i les recomanacions realitzades per organismes de protecció i garantia dels drets humans, es van dissenyar entrevistes dirigides a diversos responsables penitenciaris:

- El Cap del Servei de Rehabilitació de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV i un tècnic en Salut d'aquesta mateixa àrea.
- La responsable del Programa de Salut Penitenciària (PSP) i el Coordinador de l'àrea de salut mental del programa.
- La Psicòloga UHRPI de Catalunya (CP Brians 2) i integrant de la Xarxa de Salut Mental de l'hospital Sant Joan de Déu i la psicòloga de PCP (SJD-Salut Mental) de Wad Ras.

Aquestes entrevistes tenien diversos objectius. Primerament, esbrinar si hi havia altres mesures que s'estan adoptant actualment en l'àmbit de la prevenció del suïcidi en el marc del sistema penitenciar català que no estaven incloses en el programa marc. En segon lloc, conèixer la percepció i valoracions d'aquests professionals respecte a les mesures actuals que s'apliquen en el marc del sistema català. I, en tercer lloc, conèixer l'opinió d'aquests/es professionals respecte a altres mesures o accions que s'empren en el marc d'altres sistemes penitenciaris (les quals havien estat identificades prèviament com a bones pràctiques) i sobre la possibilitat que aquestes siguin integrades en el marc del nostre sistema penitenciar.

En l'última etapa de la recerca, es van triangular els resultats de les diverses anàlisis realitzades amb objecte de fer propostes de millora dels actuals plans

de prevenció, sobre la base de l'evidència científica, a les bones pràctiques identificades i de les recomanacions realitzades per organismes de drets humans.

Equip de recerca:

Cristina GARES CALABUIG (Coordinadora).

Graduada en Psicologia. Màster en Criminologia i Sociologia Jurídico-Penal. Investigadora de l'Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans i integrant de l'àrea de presons del SIRECOVI. Universitat de Barcelona.

Joana BERTRAN RIBAS.

Graduada en Criminologia. Màster en Criminologia i Sociologia Jurídico-Penal. Investigadora de l'Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans i integrant de l'àrea de presons del SIRECOVI. Universitat de Barcelona.

Daniel Simón ZAMARRIPA

Graduat en Criminologia. Màster en Dret Penitenciari i Qüestió Carcelaria. Investigador de l'Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans i integrant de l'àrea de presons del SIRECOVI. Universitat de Barcelona.

Sandra VARELA CARPIO

Diplomada en Treball Social. Màster en Intervenció i Investigació Psicosocial. Investigadora de l'Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans i integrant de l'àrea de presons del SIRECOVI. Universitat de Barcelona.

José NAVARRO PARDO.

Graduat en Sociologia. Màster en Criminologia i Sociologia Jurídico-Penal. Investigador de l'Observatori del Sistema Penal i

els Drets Humans i integrant de l'àrea de presons del SIRECOVI.
Universitat de Barcelona.

Introducció

Introducció a l'objecte d'estudi

El suïcidi és un fenomen complex, que es dona en totes les societats, i en què intervenen múltiples factors, des dels psicològics fins als culturals, socials i econòmics. Aquest podria definir-se, a grans termes, com l'acte deliberat de llevar-se la pròpia vida, tanmateix, la conducta suïcida comprèn des del pensament i ideacions de posar fi a la pròpia existència com l'acte suïcida consumat. La complexitat que aquest fenomen amaga ha estat fruit de diverses teories i concepcions al llarg de la història, des de les visions teocèntriques fins a les visions més mèdico-científiques, passant per les diferents teories sociològiques.

La consideració de l'acte suïcida com una malaltia mental és un fet relativament recent en la història, estès arran de l'expansió de la psiquiatria, la qual va popularitzar la idea de la persona suïcida com mentalment alienada, consideració que, entre altres aspectes, permet sortejar l'excomulgació. D'altra banda, amb una visió més sociològica i enfocada a l'exterior de la persona, es troben les teories del suïcidi de Durkheim, les quals afirmen, en línies generals, que aquest fenomen en les societats modernes es deu, entre altres factors, a la desorganització social, la inconsistència de les normes socials modernes i, especialment, a la ruptura dels llaços entre la persona i la societat (un fet especialment rellevant en aquelles persones que pateixen la pena privativa de llibertat); en definitiva, al terme anomenat com *anòmia* (Betancort i altres, 2019).

No obstant aquestes teories, en l'actualitat el suïcidi s'aborda, principalment, des d'un paradigma multidimensional de caràcter biopsicosocial, des del qual aquest acte es concep com la culminació final de tot un procés denominat conducta suïcida en el qual alguns autors com Maroto i Castillo (2017) diferencien tres etapes: (1) Ideació suïcida; (2) Gest o intent suïcida; (3) Fase de suïcidi consumat.

En aquest context, cal tenir en compte diversos termes que sovint es barregen i confonen; a continuació es mostren alguns d'aquests (Martí, 2020; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012):

- **Autolesió:** conducta la qual, a priori, pogués resultar suïcida, però que no té com a finalitat la mort, sinó que és un gest de petició d'ajuda o busca aconseguir altre fi (conegut també com a gest suïcida o *parasuïcida*).
- **Autòlisi no suïcida:** la persona busca provocar-se dany, però sense tenir com a finalitat última la mort. No obstant això, pot derivar en aquesta en funció de la gravetat de l'autoagressió.
- **Ideació suïcida:** conjunt de pensaments sobre el suïcidi. En aquest estat el suïcidi opera a un nivell cognitiu, i poden fer-se plans sobre com posar fi a la pròpia vida, amb major o menor intencionalitat, sense que necessàriament desemboqui en el mateix suïcidi.
- **Conducta suïcida:** conducta potencialment lesiva en la qual existeix una evidència de què la persona desitja infligir-se dany i/o posar fi a la seva vida, sigui aquesta l'única intenció, o bé aparentar aquesta intenció amb alguna finalitat. Aquesta conducta pot o no provocar lesions de diferent gravetat. Es consideren formes de conducta suïcida les autolesions, les conductes suïcides no determinades i els intents suïcides (temptatives i suïcides frustrats).
- **Temptativa de suïcidi:** no porta a la mort efectiva perquè la persona no ha emprat els mitjans adequats, potser perquè no existeix una intenció prou ferma de morir, o perquè s'han emprat mètodes massa tous.
- **Suïcidi frustrat:** aquell intent de suïcidi que no acaba en mort per causes no previstes alienes a la voluntat de la persona.
- **Suïcidi consumat:** aquell acte suïcida que posa fi a la vida de la persona en qüestió.

Com apunten Illana i Thomas (2021) el fet que el comportament suïcida comporti diferents fases separades en el temps permet en la majoria dels casos poder intervenir i prevenir-lo, sempre que s'aconsegueixin detectar a temps indicadors de risc. Tanmateix, com s'apuntava anteriorment, aquest és un fenomen complex que està influenciat per diversos factors interrelacionats, que

L'OMS (2014a) ha classificat en: (1) factors sistèmics i socials com, per exemple, barreres per accedir a l'atenció sanitària, estigma associat de la demanda d'ajuda; (2) factors comunitaris: situacions de discriminació, traumes o abusos; (3) factors relacionals: sentiments d'aïllament i manca de suport social; i (4) factors individuals com, per exemple, patiment psíquic, consum d'alcohol i altres substàncies, intents de suïcidi anteriors, entre d'altres.

Com s'apuntava anteriorment, aquests factors han estat emprats en diferents combinacions per identificar grups específics d'alt risc o poblacions d'especial interès, en la mesura en què tendeixen a cometre suïcidi a taxes més altes que la mitjana. L'OMS (2010) identifica diversos perfils de risc, entre els quals es troben les persones privades de llibertat.

Diversos estudis han examinat les raons darrere l'alta prevalença d'intents de suïcidi entre homes i dones empresonades. Una revisió d'estudis realitzada per Marzano i altres (2016) va evidenciar que els intents de suïcidi greus protagonitzats per persones preses no van ser el resultat d'una sola causa o esdeveniment, sinó que eren deguts a l'acumulació i la interacció de factors tant proximals com distals, incloent-hi factors individuals dependents de l'estat i dels trets, i influències ambientals. Alguns han suggerit que les morbiditats psiquiàtriques, els antecedents de tendències suïcides abans de l'empresonament i els esdeveniments estressants durant l'empresonament poden augmentar el risc d'intent de suïcidi (Favril i altres, 2020; Shaw et al., 2004). Altres estudis suggereixen que el suïcidi a la presó està fortament associat a factors socials i ambientals dins les presons, com els relacionats amb l'amuntegament, l'aïllament i la presència d'infraccions o victimització durant l'empresonament (Leese i altres, 2006; Sánchez i altres, 2018).

Aquests factors presenten certes especificitats en el cas de les dones preses, com veurem en el pròxim capítol. Tanmateix, tot i que en els últims anys han començat a emergir les recerques centrades específicament en dones empresonades, principalment en països anglosaxons, la literatura continua sent limitada (Favril i altres, 2020; Zhong i altres, 2021), especialment en el nostre context.

Ens trobem, a més, que la gran majoria dels estudis que s'han realitzat envers el suïcidi han estat de caràcter mèdico-epidemiològic amb un enfocament principalment positivista, en els quals s'utilitzen qüestionaris estandarditzats amb l'objectiu de generar escales preconcebudes per valorar el risc de suïcidi d'una persona o d'un grup d'aquestes. En aquesta perspectiva es troba generalment la limitació de les categories "home" i "dona", les quals s'usen com a categories analítiques i comparatives, però sense problematitzar-se com a tal. En aquest context manquen investigacions amb un enfocament centrat en la persona, que aprofundeixin en l'estudi dels factors qualitius, dels riscos particulars i de les necessitats de la persona concreta. És aquí, com ens recorda Barroso (2019), on cal que el suïcidi s'abasti des d'una perspectiva de gènere que impliqui entendre allò "femení" i "masculí" com a processos de construcció social, i no com a categories essencialistes.

Com apunten Marzano i altres (2016) una implicació important de les evidències derivades dels esmentats estudis és que els factors associats als intents de suïcidi de les persones preses inclouen factors clínics, psicosocials i ambientals potencialment modificables. Per tant, les estratègies per reduir les autolesions i el suïcidi en aquest context han d'incloure l'atenció a aquests factors i les seves interaccions. Tanmateix, diversos meta-estudis semblen evidenciar que una de les deficiències en aquesta prevenció és l'abús de les escales del "risc suïcida". Segons han apuntat alguns d'aquests meta-estudis, com el realitzat per Fournier (2010, citat en Navarrete and all, 2019), entre el 50% i el 85% de les persones mortes per suïcidi que havien estat avaluades a través d'aquestes escales es trobaven en el grup de "risc baix", el que comporta que aquestes escales acabin generant una falsa sensació de seguretat. Així, la conclusió a la qual va arribar la citada recerca és que un ús excessiu d'aquesta eina pot resultar inapropiat. Segons els esmentats autors/es perquè l'anàlisi preventiva sigui funcional i adequada resulta necessari adoptar un enfocament centrat en la persona, en el marc del qual es realitzi un estudi detallat dels factors qualitius, dels riscos particulars i de les necessitats del subjecte concret.

D'altra banda, el meta-estudi va evidenciar també que l'etiqueta de "risc suïcida" basada únicament en conceptes mèdics pot portar a la prescripció de tractaments i fàrmacs inútils o contraproductius, que poden descoratjar a les persones afectades a tornar a recórrer a aquests serveis posteriorment, especialment si els tractaments en qüestió estan basats en restriccions o mesures coercitives, en lloc de centrar-se en un procés de recuperació.

En un sentit similar apunten les conclusions de la recerca desenvolupada per Markez, i altres (2022), els quals afirmaven que tot i no tenir la capacitat per predir si una persona privada de llibertat tindrà un intent suïcida o cometrà suïcidi, les respostes al model no poden ser només sanitàries, encara que aquestes hi siguin presents. Les alteracions de l'aïllament i d'altres dificultats del centre penitenciari han d'oferir altres opcions no penals i no sanitàries. Una millor orientació de la rehabilitació cap a aspectes socials vinculats a la vida quotidiana exigeix canvis des de les Juntes de Tractament dels centres penitenciaris, amb opcions no medicalitzades en el marc de l'itinerari de reinserció.

Capítol 1: El suïcidi a les presons des d'una perspectiva de gènere

1.1 Introducció

Els estudis internacionals mostren que les taxes de suïcidi i intents de suïcidi letals en les dones preses són similars (Fazel et al., 2017a) o més elevades que la dels homes (Favril i O'Connor, 2021), i molt més elevades en comparació amb la població general femenina, representant per a la població reclusa femenina la primera causa de mort previsible més comuna (Caravaca-Sanchez et al., 2023), i per tant evitable.

Si bé les dades ens mostren el major risc que corren les dones preses enfront de les conductes suïcides, com s'explica a l'apartat precedent, els estudis que pretenen donar explicació a aquest fenomen són limitats, i en la gran majoria han estudiat el fenomen a països com els Estats Units i el Regne Unit. Diversos autors i autores han estudiat els factors que influeixen en el procés suïcida travessat per la categoria "gènere", amb la intencionalitat de donar una explicació no androcèntrica a aquest fenomen, i comprendre com interrelaciona el gènere en la conducta suïcida, tant en els factors de risc com en els de protecció. Les possibles explicacions apunten al fet que les dones preses estan més exposades a situacions considerades de risc, com la victimització durant la infància i l'edat adulta, tan prèvia com a la mateixa presó, unes condicions de salut deteriorades, principalment pel que fa a la salut mental, i un ús abusiu de substàncies. Podem trobar a l'annex 1 d'aquest estudi una sistematització dels factors diferencials de gènere.

Fins uns mesos abans de la publicació d'aquesta recerca en què la Secretaria de Mesures Penals Reinserció i Atenció a la Víctima (SMPRAV) va actualitzar la seva pàgina web afegint un buscador que permet la cerca de dades sistematitzades a partir de certes variables clau (centre penitenciari, sexe, nacionalitat, situació penal, delicte, etc.) a Catalunya ens trobàvem a més amb la limitació que la majoria dels descriptors estadístics dels serveis penitenciaris, dades proporcionades pel Departament de Justícia, Drets i Memòria, no estaven

desagregats per sexe, dificultant la comprensió i anàlisi del fenomen des d'una perspectiva de gènere.

En el marc del present capítol es descriuran els principals factors de risc i protecció, que des d'una perspectiva de gènere, han estat evidenciats per la literatura científica. Per a la seva sistematització i presentació s'ha optat per categoritzar-los en funció de si aquest són de caràcter ambiental, és a dir, que tenen a veure amb l'espai on es troben les persones i els efectes que venen derivats d'aquest; o individuals, i per tant relacionats amb les característiques personals de l'intern/a.

S'ha optat per emprar aquest sistema de categorització per considerar-lo de major utilitat pràctica. D'una banda, la identificació dels factors de risc i protecció ambientals, permetrà que en el marc de l'activitat penitenciària es dissenyin i implementin mesures generals dirigides a incidir sobre aquests factors, minimitzant els primers i potenciant els segons. D'altra banda, l'avaluació sistemàtica i la identificació dels factors de risc i protecció individuals permet la identificació i la intervenció sobre aquelles persones que es puguin considerar de "risc" i dissenyar intervencions individualitzades, centrades en les característiques de la persona, que tinguin per objecte donar resposta a les seves necessitats, tenint en compte els recursos i limitacions que la persona presenta.

1.2 Factors de risc

Amb el terme *factor de risc* s'està fent referència a qualsevol característica o circumstància detectable d'una persona o grup de persones que se sap que està associada amb un augment en la probabilitat de patir, desenvolupar o estar especialment exposat a una malaltia. En aquest apartat veurem quins són aquests factors en el cas de la conducta suïcida.

1.2.1 Factors de risc individuals

Un dels principals factors de risc individuals que ha estat evidenciat per la literatura científica té a veure amb la **victimització**. Esdeveniments vitals estressants i adversos, com abusos físics, emocionals i/o sexuals, tant en la infància i adolescència com en l'edat adulta, augmenten la vulnerabilitat i exposició a conductes suïcides (Vijayakumar, 2015), i són viscudes principalment per dones.

Diversos estudis demostren que les dones empresonades han viscut situacions de violència en un percentatge significativament més elevat que les dones de la població general. Segons l'estudi que van realitzar Cruells i altres (2005) a les presons catalanes, de la mostra de 199 dones el 80,4% va afirmar haver viscut situacions de violència en algun moment de la seva vida, mentre que segons una macroenquesta realitzada l'any 2002 per l'Institut de la Dona, el percentatge de dones de la població general que van manifestar haver viscut situacions de violència va ser del 9,2% (Esquina i altres, 2022). A l'estudi que realitzar Navarro (2016) al centre penitenciari de Brians l'any 2015, les dades mostraren que d'una mostra de 305 dones, el 31,9% va verbalitzar maltractaments físics durant la infància i el 44,8% en l'edat adulta, el 37,6% parlà de maltractament psicològic durant la infància i un 56,9% durant l'adulthood. El 16,7% de les dones que van participar en l'estudi va reconèixer haver viscut abusos sexuals durant la infància i el 24% en l'edat adulta. En un estudi més recent (Meléndez i altres, 2023) un 33% de les dones que participen en el qüestionari manifesten haver viscut situacions de violència masclista. Tanmateix, les mateixes autores refereixen que les dones privades de llibertat tenen en comú, en diferenciació amb els homes, una gran dependència emocional, derivada principalment de situacions traumàtiques i victimització prèvia.

Es constata així l'elevada presència de victimització i experiències traumàtiques prèvies a la situació d'empresonament, havent viscut gran part de la població reclusa femenina situacions de violència masclista i abusos sexuals, tant en la infància com en l'edat adulta. Aquestes experiències tenen una correlació amb

els diagnòstics de salut mental i el consum de substàncies, tal com veurem a continuació. A més, segons diversos estudis, la victimització prèvia afegeix més vulnerabilitat durant el compliment de la pena, que pot provocar o augmentar problemes de salut mental, així com incrementar el risc de conductes autolítiques i suïcides (Torres, 2022). La victimització dins del mateix centre penitenciari també es relaciona amb les conductes suïcides, fet que veurem amb més detall a l'apartat de factors ambientals.

Uns altres factors de risc individuals són aquells relacionats amb les **condicions psicològiques** de les persones preses. Segons va evidenciar una recerca realitzada per Metzner (2002), els antecedents de malaltia mental i problemes emocionals, sumats a l'impacte de l'empresonament seran considerats com a factors de risc. A més, la comorbiditat - és a dir, la presència de dos o més trastorns simultanis - augmentarà significativament el risc (Navarro i altres, 2016). Com ja s'ha apuntat anteriorment, als centres penitenciaris la prevalença de trastorns és més alta que a la població general (Calles, Rubiales i Ibáñez del Prado, 2020). Si ens centrem en el cas de les dones preses, si bé els percentatges varien a causa de diferents factors (Esquina i altres, 2022), com els criteris diagnòstics o les metodologies emprades, els estudis coincideixen en una elevada prevalença de trastorns mentals en les dones empresonades amb unes xifres de 59,2% (Watze i altres, 2006), 61% Butler et al. (2011), 65% (Gottfried i Christopher, 2017) o 80,9% (Bedriñana i altres, 2017). A Catalunya, al recent estudi realitzat per Meléndez i altres (2023) ens mostra que gairebé el 80% de les dones preses estan diagnosticades de depressió i més del 30% d'altres trastorns mentals. L'estudi de Navarro (2016) parla d'un percentatge del 59,4% d'episodis depressius, i un 22,4% de trastorns de la personalitat.

Els trastorns psiquiàtrics més freqüents en la població penitenciària amb risc suïcida són la dependència a substàncies psicoactives, els trastorns afectius i els trastorns psicòtics (Baxter i Appleby, 1999). En el cas de les dones privades de llibertat són els trastorns de l'estat d'ànim, seguits pel Trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT) i els trastorns de personalitat, especialment el trastorn límit (Esquina i altres, 2022), així com una elevada prevalença de patologia

dual. A més, malgrat la discrepància entre els estudis, la major part afirmen que existeix una prevalença més elevada en problemàtiques de salut mental en les dones preses que en els homes. Els estudis evidencien també que sovint aquesta problemàtica es tracta amb un ús excessiu de medicació psiquiàtrica, realitzant una sobremedicalització que és freqüent envers les dones, i facilita l'accés a medicació que pot portar a sobredosis, entre altres riscos (Melendez i altres, 2023).

En aquest sentit, resulta rellevant apuntar que, tal com han posat en relleu diversos estudis, com el realitzat per Schrijvers i altres (2012), els mètodes utilitzats per homes solen ser més violents i més letals que els utilitzats per dones. Aquestes solen usar l'enverinament, principalment a través de medicaments, mètode d'una alta toxicitat, però de baixa letalitat, mentre que els homes utilitzen el penjament i les armes de foc. L'elecció del mètode està relacionada amb l'accessibilitat i acceptació del propi mètode, i aquests factors, com han posat en relleu Payne i altres(2008), també estan travessats pels rols de gènere hegemònics. La feminitat no s'associa amb comportaments violents i suïcides, en canvi, per als homes sobreviure a un acte suïcida podria tenir connotacions negatives. El tipus de mètode utilitzat també podria esbiaixar les dades sobre suïcidis consumats, ja que és possible que molts suïcidis femenins, realitzats principalment per enverinament, s'hagin pogut classificar com a sobredosis, contràriament als mètodes més violents, sovint utilitzats per homes, que rarament poden classificar-se com a morts accidentals (Schrijvers i altres, 2012).

Diverses investigacions sobre el suïcidi mostren també com els problemes de salut mental són factors de risc importants per a la conducta autolesiva i suïcida (Baranyi i altres, 2019; Fazel i Seewald, 2012). L'estudi realitzat per Caravaca-Sánchez i Garcia-Jarillo (2020) amb dones preses de Múrcia posa en evidència que l'angoixa mental té una alta correlació amb els intents de suïcidi. A Catalunya, en un estudi realitzat per Esquina i altres (2022) amb una mostra de 151 dones, es constata la relació entre trastorn mental i risc elevat de violència autodirigida en comparació amb les dones que no presenten un trastorn

mental. Aquesta relació augmenta en el cas dels diagnòstics de trastorn de la personalitat.

També **trets de la personalitat** com la impulsivitat, l'agressivitat i la manca de control, s'hauran de tenir en compte, ja que poden comportar l'aparició de conductes que comportin sancions penitenciàries, sent aquestes constitutives d'un factor de risc (Calles-Rubiales i Ibáñez del Prado, 2020; Navarro i altres, 2016; Téllez-Vargas, 2006). Bani i altres (2019) indiquen que les conductes autolesives són més grans entre persones privades de llibertat amb baixa tolerància a la frustració, ansietat patològica i baix suport social. Carli i altres (2010) exposen que hi ha una relació entre les conductes suïcides i la impulsivitat a través de variables psicològiques com l'agressió i la resiliència. Altres recerques com la realitzada per Marzano i altres (2010) indiquen que, si bé en menor mesura, la presència de pensaments i sentiments de desesperança serà un factor de risc, així com ho seran l'afrontament passiu i l'experimentació de sentiments de solitud (Wittouck i altres, 2016). En un estudi realitzat pel CEJFE (2021) sobre el programa N'VIU¹, amb mostra de 70 persones privades de llibertat (49 homes i 21 dones) que havien estat valorades en un algun moment de la condemna amb un risc de suïcidi de moderat a alt, es va evidenciar que un 90% d'aquestes persones mostraven poca tolerància a l'estrès en el moment de l'estudi, així com alts percentatges d'instabilitat emocional, impulsivitat i temeritat. En relació amb aquest últim tret, els resultats van posar en relleu com les dones el presenten en un 68,4% dels casos mentre que els homes únicament en un 25%.

El **consum de substàncies**, inclòs l'alcohol i psicofàrmacs, s'ha evidenciat també com un factor de risc (Navarro i altres, 2016; Negredo i altres, 2011; Téllez-Vargas, 2006) així com l'abstinència d'aquestes substàncies per a les persones que havien tingut un consum actiu amb anterioritat a l'empresonament (Marzano i altres, 2010). Segons el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017) la prevalença del consum d'alcohol i altres drogues és molt superior en les dones preses que en la població

¹ Programa d'intervenció grupal psicoeducativa per a persones amb conducta suïcida que es duu a terme en el medi penitenciari català.

general, i és considerat un problema de salut a nivell internacional. S'estableix que el consum d'alcohol en les dones empresonades oscil·la entre el 10% i el 30% i l'ús d'altres drogues entre el 30% i el 70% (Fazel i altres, 2017b). En un estudi recent sobre les dones preses a Catalunya es mostra que un 48% era consumidora abans de l'empresonament.

L'estudi realitzat per Caravaca-Sánchez i altres (2020) en el context de les presons espanyoles van posar de manifest també que l'abús de substàncies és un factor de risc per a les conductes suïcides, evidenciant alhora com el consum d'alcohol era el doble de freqüent entre les dones que havien realitzat intents suïcides que les que no, i quatre cops més alt el consum d'altres drogues en comparació amb les dones que havien intentat suïcidar-se de les que no ho havien fet. A l'estudi de Navarro i altres (2016) en el marc del sistema penitenciari català s'evidencia també que al voltant d'un 50% de dones que han realitzat conductes autolesives consumeixen alcohol o altres drogues, com psicoestimulants, cocaïna o benzodiazepines. S'han trobat també evidències que relacionen el consum abusiu de substàncies i una trajectòria de victimització física i sexual, especialment durant la infància (Tripodi i Pettus-Davis, 2013). Aquest fet, segons Caravaca-Sanchez i altres (2020): *“podria suggerir que l'associació entre l'abús de drogues i el suïcidi en les presons pot estar vinculat a una estratègia d'afrontament desadaptatiu desenvolupada prèviament en resposta a les experiències traumàtiques de la infància”*.

Com hem apuntat anteriorment, existeix una alta prevalença de patologia dual en les dones empresonades. Segons James i Glaze (2006) aproximadament un 54% de les dones preses presenten comorbiditat entre trastorn mental i consum de drogues, mentre que el percentatge en homes correspon al 40%. Altres estudis (Zabala, 2015) parlen d'una xifra del 46% mentre que la comorbiditat entre consum de drogues i trastorn mental s'estima en un 4,6% en la població general femenina. En l'estudi realitzat per Esquina i altres (2022) amb dones empresonades a Catalunya, no s'estableix una relació entre les dones diagnosticades amb un trastorn mental i un consum actiu. Tanmateix, sí que s'observa una relació en els trastorns de la personalitat, evidenciant com el 89,6% de les dones diagnosticades presentaven consum actiu enfront del

52,8% de les dones que no tenien diagnòstic de trastorn de la personalitat, però sí que presentaven consum actiu.

Un altre dels factors de risc individuals identificats es relaciona amb el nivell de **suport social** que puguin tenir les persones preses. Per una banda, el poc suport social i familiar és considerat com a un factor de risc important tant per l'Organització Mundial de la Salut (2007) com pels estudis de Metzner (2002), factors que es tradueix en l'absència de visites familiars i persones properes (Duthé i altres, 2013). L'estat civil també presenta diferències rellevants entre homes i dones (Payne i altres, 2008). Existeix per als homes major risc de suïcidi entre els solters, separats, divorciats i vidus en comparació amb els casats, mentre que per les dones no és un factor de risc (Kposowa, 2003). Les relacions afectives o matrimonis protegeixen més als homes que a les dones i l'explicació també està relacionada amb els rols de gènere hegemònics. Per una banda, el matrimoni per als homes redueix conductes de risc com el consum abusiu d'alcohol. A més, a nivell social, les relacions afectives o de matrimoni ofereixen benestar emocional i integració social, que poden ser més importants per als homes, ja que, habitualment, tenen menys relacions properes alternatives i menys xarxa social (Möller-Leimkühler, 2003).

Relacionat amb el punt anterior, també es podria associar aquesta diferenciació de gènere amb les situacions de violència masclista dins la parella, ja que es considera un dels factors de risc més rellevants que precipiten el suïcidi per a les dones.

En el cas de les persones migrades les dificultats en la comunicació amb els seus familiars poden contribuir a l'aïllament d'aquests als centres penitenciaris, encara que siguin llocs on poden aturar la vida que duïen, plenes de carències, que formaven part de les seves violències diàries. Això, unit a la por de ser extradits i les dificultats amb l'idioma com a factors estressants afegits, pot contribuir a augmentar el risc de suïcidi (Metzner, 2002). No obstant això, els resultats indiquen que existeix un risc més gran de suïcidi entre la població penitenciària nacional, no immigrant (González i altres, 2003). Per a Alcántara-Jiménez (2023) ser nacional és la variable que presenta un major efecte com a factor de risc. Segons han apuntat autors/es com Negrodo i altres, (2010)

aquesta diferència entre el risc en els nacionals i els immigrants podria tenir una explicació cultural, en la mesura en què, sigui per motius religiosos o culturals, el suïcidi seria menys accessible com a solució final. Una altra explicació que es planteja és que els interns nacionals poden aconseguir més reforços pel seu comportament autolesiu per part del personal de la presó, per la qual cosa tendeixen a repetir-ho (Negredo et ál., 2010), és a dir, la conducta autolesiva serà una crida d'atenció eficient pels interns nacionals.

Pel que fa a les dones, l'evidència posa de manifest que l'empresonament provoca un impacte més sever en elles i en els seus entorns, a causa del rol que ocupen generalment com a cuidadores principals, i en moltes ocasions també les úniques, dels seus fills o filles menors d'edat o d'altres persones a càrrec seu (Torres, 2022), causant en moltes ocasions sentiments de culpabilitat i angoixa que poden repercutir en la seva salut mental. Seguint a García-Vita i altres (2017) la separació dels fills i filles pot provocar problemàtiques com ansietat, depressió i addicció a psicofàrmacs, simptomatologia que en molts casos pot passar desapercibuda. En l'estudi realitzat per Bedriñana i altres (2017) el 29,6% de les dones que van verbalitzar intents de suïcidis previs presentaven simptomatologia afectiva, i el 27,9% havia tingut episodis d'autolesions previs.

Segons un estudi recentment realitzat a les presons de Catalunya per Navarro, i altres (2023) el 73% de les dones empresonades són mares. Tanmateix, com es posa de manifest a l'esmentat estudi, tot i que la normativa internacional (Regles de Bangkok) imposa als Estats l'obligació de conèixer el nombre de fills i filles de les persones empresonades, els seus noms, edats i el seu principal cuidador, la realitat és a Catalunya no es disposa d'aquestes dades.

El **rerefons delictiu** de les persones privades de llibertat també ha estat estudiat per a determinar possibles factors de risc. Els antecedents penals familiars o empresonaments previs de la pròpia persona (Saavedra i López, 2015) seran considerats com a tals, tot i que altres estudis (Bénèzech i Rager, 1987, citats per Ruiz i altres, 2002) identifiquen el xoc que suposa

l'empresonament en les persones que han estat detingudes per primera vegada com a factor de risc. Les condemnes llargues també han estat evidenciades per alguns estudis com a un factor de risc (Constanza i altres, 2016; Saavedra i López, 2015). Pel que fa al delicte comès, Favril i altres (2019) determinen que els delictes d'homicidi i sexuals seran especialment rellevants per la predicció de conductes suïcides. Altres autors com Humber i altres (2011) també faran aquesta associació en relacionar els antecedents violents amb les conductes autolesives per igual en homes i dones.

Un **historial d'intents de suïcidi** ha estat evidenciat també com a un factor de risc greu (Favril i altres, 2019), tant a la presó com fora (Marzano i altres, 2016). Segons l'estudi realitzat per Navarro i altres (2022) el nombre previ d'intents de suïcidi es va associar a un risc més alt de suïcidi a un menor afrontament resilient als pensaments autolítics. En relació a les dones, en un estudi realitzat al Quebec va evidenciar que el 53,4% de les dones participants de l'estudi havien tingut intents de suïcidi previs, en comparació al 30% dels homes presos al Quebec, o el 13% presos a presons angleses (Daigle, 1999). Es constata també la severitat i gravetat d'aquests, sent un 29,4% d'alta severitat. També les conductes autolesives són un factor de risc. A l'estudi realitzat pel CEJFE (2021) el 95,2% de dones participants en l'estudi que havien estat avaluades amb un risc de suïcidi de moderat a alt presentaven intents previs de suïcidi, enfront del 41,7% de la població femenina "ordinària".

L'**edat** és una variable que si bé no es considera com a determinant (Constanza i altres, 2016) ens pot donar una orientació envers els col·lectius amb més risc. Per una banda, les persones preventives que cometen suïcidi en custòdia són generalment homes joves (20-25 anys), solters i delinqüents que infringeixen la llei per primera vegada i que han estat arrestats per delictes menors, generalment relacionats amb substàncies il·lícites, en canvi, els presos ja jutjats que cometen suïcidi a la presó són generalment de major edat (30-35 anys), delinqüents violents que se suïciden després de passar un temps considerable en custòdia, sovint quatre o cinc anys (OMS, 2007). Metzner (2002) afegeix que la població jove presenta més risc de suïcidi en estar separats de la seva família i amistats. Per altra banda, Caravaca-Sánchez i

altres (2020), indiquen que l'autolesió es presenta més entre joves empresonats, mentre que els intents de suïcidi són superiors en presos de més de 50 anys.

S'hauran de tenir en compte també altres **factors estressants** com poden ser la mort d'un familiar o persona estima, així com una ruptura sentimental (Téllez-Vargas, 2006)

1.2.2 Factors de risc ambientals

Com hem vist anteriorment, és important tenir en compte que el fet de ser a presó constitueix una situació de risc en vers la conducta suïcida (OMS, 2007), no solament quant als suïcidis consumats sinó també per a la ideació suïcida i conductes autolítiques. Seguint a Barber (2007) l'estada a presó pot suposar una experiència traumàtica, sent un espai on es donen diversos fenòmens que poden desenvolupar emocions intenses, perjudicant l'estat vital de les persones preses (com, per exemple, la por constant de ser agredit o agredida, l'estil autoritari de l'ambient en un centre penitenciari, l'absència dels éssers estimats, així com una constant incertesa que genera nivells alts d'estrès) i excedir les seves habilitats per a fer front a aquesta situació. Segons ha evidenciat l'OMS (2007) l'impacte psicològic de l'arrest i l'empresonament és més elevat per a aquelles persones més vulnerables.

Exposarem, en primer lloc, aquells factors que són **situacionals**, és a dir, que es relacionen amb l'espai o la situació dins de l'establiment en la que es troben les persones privades de llibertat. Aquests factors són especialment rellevants en el cas de les dones en la mesura en què són pocs els centres penitenciaris exclusius per a elles, i que, per tant, no estan dissenyats, ni estructural ni funcionalment, pensant en les seves necessitats. A Catalunya hi ha una única presó de compliment exclusiu per a dones, Wad Ras, la resta de dones privades de llibertat estan repartides en els diferents centres penitenciaris d'homes, en els que s'habiliten mòduls per a elles.

Aquesta limitació de l'espai genera una discriminació, ja que les dones no poden ser classificades segons les seves característiques personals i

penitenciàries. Això es tradueix en més conflictivitat i, per tant, més sancions, que com hem vist anteriorment constitueixen un factor de risc. Diversos estudis coincideixen a dir que malgrat que en els mòduls d'homes la conflictivitat és més violenta, les dones tenen més sancions disciplinàries (Martin, 2015). Això, segons han posat en relleu diversos autors/es, es podria explicar per la falta de formació en perspectiva de gènere del personal de vigilància. Seguint a Torres (2022):

“el personal de vigilància i tractament d'aquests centres ha estat preparat i seleccionat per a gestionar el volum majoritari de la població penitenciària, això és, interns homes potencialment violents, però tal vegada menys preparat per a atendre la problemàtica d'internes no violentes, que pateixen situacions de frustració greu i de culpa derivades de la separació de les persones dependents que queden a l'exterior —sovint menors—, afectades freqüentment per trastorns i afectacions psicològiques, que s'agreugen amb l'empresonament i amb un accés restringit als serveis i programes que no han estat tampoc dissenyats específicament per a elles. Tot això determina que, si bé les dones no acostumen a expressar aquestes frustracions en forma d'altercats com els que es poden viure en les presons d'homes, sí que poden tenir més tendència a expressar queixes i descontentament, que es pot traduir també en conflictes de la convivència diària dins d'un mòdul“ (p.250-251).

Una de les possibles sancions és la mesura d'aïllament, on l'estada a aquest tipus de cel·les pot arribar a ser de 23 hores al dia. Metzner (2002) indica la quantitat desproporcionada de suïcidis que passen en departaments d'aïllament i Duthé i altres (2013) també fa referència a la vida en una cel·la disciplinària com a factor de risc. Navarro i altres (2022), en un estudi previ, també va exposar el fet que el nombre d'ocasions que una persona privada de llibertat es troba en aïllament en els darrers 6 mesos s'associa a un risc més alt de suïcidi.

Sovint aquelles persones sancionades ho són per presentar un risc alt de violència intrainstitucional i alhora moltes d'elles presenten també problemàtiques de salut mental, com mostra l'estudi realitzat per Esquina i altres (2022) on es constata que entre les dones que tenen un diagnòstic psiquiàtric el 52,3% té un risc alt de violència intrainstitucional (especialment

aquelles diagnosticades d'un trastorn de la personalitat), enfront del 28,8% que no tenen diagnòstic psiquiàtric. Això suposa que les persones més vulnerables són exposades a sancions, segons l'estudi realitzat pel CEJFE (2021) totes les dones que han realitzat el programa N'VIU han tingut expedients disciplinaris molt greus i/o greus, que molts cops deterioren el seu estat de salut físic i mental.

Continuant amb els factors situacionals, s'ha trobat que existeix més risc de suïcidi en mòduls d'ingrés, règim tancat i preventius (Constanza i altres 2016; Eck i altres, 2019; Departament de Justícia, 2019; Navarro i altres 2016; Negrodo i altres, 2011; Saavedra i López, 2015). Altres estudis han posat en relleu com el 30% dels suïcidis ocorren en els 7 primers dies a la presó (Shaw i altres, 2004).

Pel que fa a la situació de canvis de la **situació processal-penitenciària**, com poden ser: una nova causa, o el trasllat de CP o mòdul, diversos estudis com el realitzat per Eck i altres (2019) o el de Ruiz i altres (2002) evidencien com es tracta d'un factor de risc a tenir en compte. Segons apunten (Archel i Rauvant (1989, citats per Ruiz i altres, 2002) la persona a la presó pot veure's afectada psicològicament per problemes com la lentitud dels procediments legals, les dificultats del procés penal, el formalisme jurídic, la manca de zel del defensor o la gravetat de les decisions judicials. Les sancions com les regressions de grau o ingressos a mòduls tancats també seran factors de risc a tenir en compte (Calles-Rubiales i Ibáñez del Prado, 2020; Eck i altres, 2019; Muñagorri i Peñalver, 2008; Navarro i altres, 2016; Téllez-Vargas, 2006).

Una altra mena de factors són aquells de tipus ambiental, els quals deriven de les **relacions socials** que té la institució penitenciària com a part del seu funcionament i l'ambient que s'hi fomenta. La presó es constitueix com un espai aïllat i separat del món exterior, i com a tal, s'hi creen unes relacions entre individus que seran pròpies d'aquest medi. En aquest context, les persones preses amb tendències suïcides sovint experimenten factors estressants com intimidació, conflictes entre reclusos/es, infraccions disciplinàries, etc., que poden conduir al suïcidi a través de sentiments de desesperança, limitació de

perspectives o una pèrdua d'opcions per afrontar les adversitats (Metzner, 2002). En el cas de les dones, com hem vist, la conflictivitat pot augmentar degut a la manca de classificació, i això pot augmentar també situacions de victimització. Segons un estudi realitzat per Caracava-Sánchez i altres (2020) es van associar taxes més elevades d'amenaçes, robatoris, i abusos físics i sexuals en aquelles dones que havien protagonitzat intents de suïcidi amb anterioritat. En un altre estudi realitzat pel CEJFE (2006) sobre l'opinió de les dones preses, el 71% de les participants manifestava que l'ambient al centre penitenciari és tens. Malgrat això, un gran percentatge de dones reconeixien tenir amigues i persones properes amb les quals parlar, fet que pot constituir un element de protecció, com veurem més endavant.

En aquest sentit, és important tenir en compte també, la relació amb el personal de vigilància, en la mesura en què una bona relació és crucial per a garantir un ambient no hostil als centres penitenciaris.

1.3 Factors de protecció

S'entenen per factors de protecció totes les circumstàncies, les característiques, les condicions i els atributs vinculats al comportament prosocial que potencien les capacitats d'una persona per afrontar amb èxit determinades situacions adverses.

1.3.1 Factors de protecció individuals

Tal com ha evidenciat la literatura acadèmica, un dels més importants factors de protecció és l'existència d'una xarxa de suport familiar o social. Segons han posat en relleu Navarro i altres (2022) les responsabilitats familiars i les relacions de parella significatives actuen com a factors protectors de la ideació suïcida. A més, seran factors de protecció tenir fills i/o filles, especialment en dones (Marzano i altres, 2010). En el cas de les dones les evidències semblen demostrar que el fet d'estar complint condemna a un mòdul de mares pot ser un factor de protecció, ja que augmenta la fortalesa per a fer front a l'empresonament. Tanmateix, degut a la seva curta temporalitat, únicament

podran estar al mòdul de mares fins que la criatura compleixi tres anys, podent constituir el moment de la separació com un factor de risc (Herrero, 2019). Per a les dones, els factors de protecció tenen una relació important amb el fet de sentir-se emocionalment sostingudes, així, la creació d'una xarxa de suport dins del centre penitenciari entre les altres recluses pot constituir també un factor de protecció. En un estudi realitzat per Andrade i altres (2010) amb dones preses a un centre penitenciari de Colòmbia, el 80% de les participants afirmaren cultivar bones relacions dins del centre penitenciari.

En aquest àmbit, les condicions psicològiques i els trets de personalitat tindran un paper rellevant. Els factors de protecció es relacionen també amb la presència de certes competències clau com les habilitats socials, la capacitat de resolució de problemes, l'autocontrol de la impulsivitat, l'autoestima, les estratègies d'afrontament i la capacitat de resiliència (McAuliffe i altres, 2006), les habilitats personals i estratègies d'afrontament (Caballero i altres, 2015). Altres recerques com la realitzada per Echeburúa (2015) consideren també com a factor de protecció el fet de realitzar un bon tractament.

1.3.2 Factors de protecció ambientals

El primer dels factors de protecció que es vol destacar està relacionat amb la seva contrapart de factor de risc; si la cel·la individual i estar sol/a a la cel·la és un factor de risc, compartir cel·la serà un factor de protecció (Marzano i altres, 2010). També l'accessibilitat als dispositius de salut i la restricció a mètodes letals de suïcidi seran factors de protecció.

En un estudi realitzat amb dones d'un centre penitenciari de Lima per Hildenbrand, (2015) les raons per a fer front a la vida que van donar les dones que van participar en l'estudi van ser les següents: expectatives envers el futur, relacions familiars, autoavaluació positiva, creences d'afrontament i relacions amb iguals. Quant a les expectatives de futur, la recerca va evidenciar que un pla formatiu i laboral adequat a la realitat social exterior podria fomentar les expectatives de futur.

Navarro i altres (2022) evidencien també l'existència d'una sèrie de factors de protecció en l'espai carcerari, tals com la retirada d'objectes útils (cordons, cinturons, etc.) que redueix en gran mesura la probabilitat, un diagnòstic psiquiàtric precoç, les actuacions sobre la ideació suïcida, l'evitació d'accions disciplinàries i punitives innecessàries, un suport psicosocial veritable per a les persones amb problemes psicològics i el requeriment d'un enfocament de tota la institució per crear un entorn humà que afavoreixi la seguretat i el benestar de les persones preses.

En un estudi qualitatiu realitzat a dones que han sobreviscut a intents de suïcidi quasi letals per Borril i altres (2005) van valorar de forma positiva l'esforç del personal en l'escolta activa i acompanyament. Per algunes d'elles escoltar està relacionat amb la capacitat d'empatia, i de tenir en compte les necessitats específiques de cada persona.

Capítol 2. Estàndards i Recomanacions d'organismes de drets humans

En aquest capítol s'exposen els estàndards internacionals i els principis que regulen el tractament de les dones privades de llibertat, així com les recomanacions tant d'organismes d'àmbit internacional (Comitè per a la Prevenció de la Tortura (CPT) del Consell d'Europa, i Relator Especial sobre les execucions extrajudicials sobre Morts a les presons de les Nacions unides) com nacional (Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura (MNPT) i el Mecanisme Català de Prevenció de la Tortura (MCPT) del Síndic de Greuges), pel que fa a les especificitats de les dones en la privació de llibertat, a la prevenció dels suïcidis als centres penitenciaris i a l'enfocament de gènere en la política penitenciària.

2.1 Estàndards, Principis i Regles mínimes per al tractament de dones privades de llibertat

Hi ha un seguit de convencions, pactes i declaracions internacionals que sustenten les bases dels drets i llibertats de tota persona. Aquestes regles mínimes guien el tractament que tots els estats han de procurar en els seus sistemes penitenciaris per assegurar la garantia d'unes condicions, drets i llibertats bàsiques per a la població penitenciària, i d'una sèrie de drets específics pel que fa al tractament de les dones privades de llibertat.

La premissa més bàsica, que actua com a pilar fonamental sobre la qual construir la resta de drets i llibertats, és la proclama a la **igualtat davant la llei de totes les persones i la prohibició de discriminació**. La Declaració Universal dels Drets Humans la recull en el seu article 2: *“Tota persona té tots els drets i llibertats proclamats en aquesta Declaració, sense distinció de raça, color, sexe, idioma, religió, opinió política, origen nacional o social, posició econòmica o qualsevol altra condició”*. El Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics la conté en el seu vint-i-sisè article: *“Totes les persones són iguals*

davant la llei i tenen dret sense discriminació a igual i efectiva protecció de la llei". Al seu torn, el Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals reconeix en el seu article 12 el dret de tot individu al gaudi del més alt nivell possible de salut física i mental, sense discriminacions.

Segurament l'instrument específic més important sobre els drets humans de les dones del sistema universal sigui la **Convenció sobre l'Eliminació de Totes les Formes de Discriminació contra la Dona** aprovada per les Nacions Unides el 1979 (coneguda per les seves sigles en anglès, com ara CEDAW). Al seu primer article, la Convenció CEDAW defineix la discriminació contra la dona com: *"tota distinció, exclusió o restricció basada en el sexe que tingui per objecte o per resultat menyscar o anul·lar el reconeixement, gaudi o exercici per la dona, independentment del seu estat civil, sobre la base de la igualtat de l'home i la dona, dels drets humans i les llibertats fonamentals a les esferes polítiques, econòmica, social, cultural i civil o en qualsevol altra esfera"*.

La CEDAW emmarca les condicions més bàsiques pel que fa a la prohibició de discriminació de les dones, essent aquestes: seguir una política encaminada a eliminar la discriminació de la dona vetllant perquè les autoritats i institucions públiques actuïn de conformitat amb aquesta obligació (article 2); prendre les mesures apropiades en totes les esferes per assegurar el ple desenvolupament de la dona i la igualtat de condicions de l'home (article 3); aplicar mesures per modificar patrons socioculturals de conducta d'homes i dones, per assolir l'eliminació de prejudicis i pràctiques basades en la idea de la inferioritat o superioritat de qualsevol sexe o en funcions estereotipades d'homes i dones (article 5); adoptar mesures per assegurar l'eliminació de la discriminació contra la dona en l'esfera laboral (article 11); i adoptar mesures per assegurar l'eliminació de la discriminació contra la dona en l'esfera de l'atenció mèdica per assegurar en igualtat de condicions l'accés als serveis d'atenció mèdica i als de planificació familiar (article 12).

El Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics de 1966 reconeix en el seu article 10 que **"tota persona privada de llibertat serà tractada humanament i amb el degut respecte a la dignitat inherent a l'ésser humà [...] els processats**

estaran separats dels condemnats i seran sotmesos a un tractament diferenciat". Pel que a tractament de persones preses refereix, la normativa més desenvolupada a nivell internacional és la denominada com a **Regles Nelson Mandela** (Regles Mímines pel Tractament dels Reclusos de les Nacions Unides de 1955, modificades l'any 2015). La regla 11 fa referència a l'obligatorietat de separació entre reclusos que pertanyen a categories diferents, sigui en establiments o en pavellons separats, per raó de sexe i edat, antecedents penals, motius de detenció i de tracte que correspongui aplicar-los, de manera que en la mesura possible les dones i els homes han d'estar en establiments o pavellons separats. La regla 30 proclama que un professional de la salut competent ha de veure a cada persona interna, parlar-hi i examinar-lo en el moment de l'ingrés i, posteriorment, de forma recurrent. En aquest sentit, s'ha de procurar especialment el reconeixement de les necessitats d'atenció de salut i adoptar mesures pel tractament, detectar possibles maltractes patits abans de l'ingrés al centre, detectar qualsevol índex d'estrès psicològic, **inclòs el risc de suïcidi o autolesió** i la síndrome d'abstinència; i determinar la capacitat física de cada intern per treballar, fer exercici o participar en activitats. Pel que fa a les dones, les Regles Nelson Mandela recullen, en la seva regla 81, que en els establiments penitenciaris mixtos el pavelló de dones estarà sota vigilància d'una funcionària encarregada, que cap funcionari home podrà entrar al pavelló de dones si no va acompanyat d'una funcionària, i que la vigilància de les internes serà exercida exclusivament per dones funcionàries.

Un altre conjunt de Convencions i Principis que destaquen pel tema que ens ocupa, sobretot pel que fa al tractament de patologies mentals i als drets de les persones amb discapacitat són els **Principis per a la protecció dels malalts mentals i per a la millora de l'Atenció a la Salut Mental**, aprovats el 17 de desembre de 1991 per l'Assemblea General de les Nacions Unides, així com la **Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat** aprovades el 2006 i ratificades l'any 2008 per l'Estat espanyol. Aquestes recullen que les dones i nenes amb discapacitat estan subjectes a múltiples formes de discriminació, i per tant cal que els estats adoptin mesures per assegurar que gaudeixin en igualtat de condicions tots els drets humans i llibertats fonamentals. Els principis per a la protecció dels malalts mentals estableixen

una sèrie d'articles per la protecció dels malalts mentals i la millora de l'atenció a la salut mental: que totes les persones tenen dret a la millor atenció disponible en matèria de salut mental, i que aquesta ha de ser part del sistema d'assistència sanitària i social; que tots els qui pateixin una malaltia o trastorn mental han de ser tractats amb humanitat i amb respecte a la dignitat inherent a l'ésser humà; que tenen dret a la protecció contra l'explotació econòmica, sexual, i maltractament físic o tracte degradant; i que no ha d'existir discriminació per raó de malaltia mental. Pel que fa al tractament, la Convenció recull que tot pacient té dret a ser tractat en un ambient el menys restrictiu possible; que les cures i tractament de cada pacient s'han de basar en un pla prescrit individualment, examinat amb el pacient i revisat periòdicament; que l'atenció psiquiàtrica es dispensarà sempre d'acord amb les normes d'ètica corresponents; i que el tractament de cada pacient estarà destinat a preservar i estimular la seva independència personal. Aquesta Convenció també fa menció específica als delinqüents i persones penades, proclamant que tota persona que es trobi a presó o detinguda també ha de gaudir de les mateixes garanties que les persones no privades de llibertat.

Les **Regles Penitenciàries Europees**, aprovades pel Consell d'Europa l'any 2006 i modificades el 2020, també aporten llum al tema que ens ocupa. En el seu article 47.2 es fa menció expressa de la prevenció del suïcidi: *“El servei mèdic del medi penitenciari garantirà el tractament psiquiàtric de tots els interns que requereixin teràpia i prestarà especial atenció a la prevenció del suïcidi”*. Pel que fa a les dones preses, les Regles Penitenciàries Europees determinen que el personal que treballi amb grups específics d'interns (ja siguin dones, menors, persones amb patologies mentals o estrangers) han de rebre una formació específica adaptada a les seves tasques, inclòs l'estudi d'instruments internacionals i regionals per la protecció dels drets humans. D'altra banda, es disposa que s'han d'aplicar polítiques específiques que integrin el concepte de *gènere* i mesures positives per satisfer les necessitats particulars de les dones preses, que les autoritats han de respectar les seves necessitats i demandes (a nivell físic, professional, social, psicològic i d'atenció als familiars), que s'han de fer esforços especials per protegir les dones preses de qualsevol violència física, mental o sexual i permetre l'accés a serveis especialitzats en la matèria i,

finalment, que sempre s'han de procurar dispositius per tal que les dones preses puguin donar a llum fora la presó.

Són les conegudes com a **Regles de Bangkok** (Regles pel tractament de les recluses i mesures no privatives de llibertat per dones delinqüents de 2010 de les Nacions Unides), les que desenvolupen amb més profunditat els estàndards mínims de tractament de dones preses, motiu pel qual mereixen una anàlisi més exhaustiva. Basant-se en (1) les Regles de Tòquio, que consideren les mesures substitutives de l'empresonament, (2) tenint en compte les particularitats de les dones que entren en contacte amb el sistema de justícia penal, (3) prenent en consideració la Declaració de Viena sobre la delinqüència i la justícia, en què els estats es van comprometre a orientar la política en les necessitats especials de la dona reclusa, i (4) reconeixent que les dones preses són un grup vulnerable que conviu en un món concebut principalment pels reclusos homes, les Regles de Bangkok formulen una sèrie de principis que han de guiar el tractament envers les dones privades de llibertat.

Pel que fa als serveis **d'atenció de salut**, les Regles determinen la necessitat de realitzar un reconeixement mèdic a totes les internes en ingressar al centre, basat en un examen exhaustiu per tal de determinar les seves necessitats bàsiques de salut: malalties de transmissió sexual, malalties i trastorns mentals – inclòs el trastorn d'estrès posttraumàtic i el risc de suïcidi o autolesió –, i l'historial de salut reproductiva que inclogui embarassos en curs i anteriors, la presència de problemes de toxicomania i els antecedents d'abús sexual o altres formes de violència patides amb anterioritat a l'ingrés a presó (Regla 6). S'ha documentat en països d'arreu del món alts nivells de violència domèstica i abús físic i sexual, així com que les dones que ingressen a presó tenen més probabilitats de patir alteracions mentals, sovint com a resultat de la violència viscuda. Aquesta premissa fa necessària que la garantia d'assistència a la salut mental sigui sensible al gènere, evitant caure en tractar únicament els símptomes més que no pas les raons subjacents, com ocorre en ocasions en què es prescriu medicació per la depressió o angoixa en comptes de brindar suport psicosocial. Degut a raons culturals i/o com a conseqüència d'experiències negatives amb homes en el passat, incloent-hi l'abús sexual o la

violència, de vegades les dones poden no desitjar ser examinades per personal sanitari masculí, així doncs, les Regles recullen que les dones preses tenen dret a requerir examen i tractament mèdic per part de professionals del sexe femení, sense haver d'entrar a donar més explicacions. D'altra banda, hi ha evidència significativa que l'abús de drogues també està lligat a l'historial de violència i trauma. Els tractaments de desintoxicació i/o deshabituació requereixen, doncs, un enfocament de gènere que compregui la por a la pèrdua de custòdia dels fills, les barreres d'accés a tractaments en la comunitat i la manca de confiança en aquests, que tan presents es troben en el cas de dones preses amb addicions a substàncies.

Tota dona interna que sigui **diagnosticada d'un abús** durant el seu període de custòdia, ha de ser informada del seu dret a denunciar i se l'ha de proveir d'assistència legal adequada, decideixi denunciar o no. El principi de confidencialitat ha de ser respectat i la dona ha de rebre atenció psicològica per part de serveis externs. Aquelles dones preses que es consideri que tenen unes necessitats d'atenció a la salut mental a cobrir, se'ls ha de disposar o bé als centres o bé en altres entorns, amb programes de salut i rehabilitació individualitzats que tinguin en compte les qüestions de gènere (Regla 12). Per altra banda, el personal penitenciari s'ha de sensibilitzar sobre possibles moments d'especial angoixa per les dones, per tal de reaccionar correctament i donar-los suport (Regla 13), així com s'ha de capacitar al personal per detectar necessitats d'atenció de salut mental i risc de suïcidi.

La Regla 16 de les mencionades Regles de Bangkok especifica que les **estratègies de prevenció del suïcidi i autolesions** – que sempre han de centrar-se en les necessitats específiques i individualitzades de les dones preses – han de formar part d'una política àmplia d'atenció a la salut mental als centres penitenciaris femenins. D'aquesta manera, les estratègies de prevenció del suïcidi no poden abordar únicament solucions tècniques (com ara remoure elements físics que poden ser emprats per l'acte suïcida) sinó que cal posar l'èmfasi en la causa d'angoixa mental així com en la creació d'un ambient agradable pel benestar mental de les dones internes. El text menciona que *“les dones, especialment les analfabetes, les pobres, les que han estat*

violentament victimitzades i les que són les principals cuidadores de famílies i fills, se senten especialment vulnerables quan ingressen per primera vegada a la presó. Acostumen a no ser conscients dels seus drets, estan extremadamentangoixades pel que els hi està passant i en l'impacte sobre els seus fills.

*Segons alguns estudis, les detingudes tenen major risc d'autolesió i suïcidi durant el període inicial d'ingrés". Per aquest motiu **es mostra fonamental que existeixi una àrea especial de recepció de noves internes** per assistir-les amb la recepció d'informació completa sobre el règim penitenciari i sobre on buscar ajuda, especialment pel cas de les dones estrangeres. La cura dels fills/es és una de les majors preocupacions de les internes, per tant, cal fer especial esforç en brindar informació sobre assessoria legal i alternatives de cura i protecció pels seus infants. El text exposa també que els estudis sobre suïcidis d'interns indiquen que les condemnes de llarga durada, l'ús de cel·les individuals, els desordres mentals, l'abús de substàncies i els antecedents de tendències suïcidis estan associats amb l'increment del risc de suïcidi; cal doncs tenir molt presents aquests elements de cara a efectuar una bona prevenció del risc de suïcidis als centres penitenciaris.*

Atenint-nos al **contacte amb el món exterior**, les Regles mencionen que les sancions disciplinàries no han de comprendre la prohibició de contacte amb els seus familiars, especialment amb els nens i nenes; que s'ha de facilitar per tots els mitjans el contacte de les dones recluses amb els seus familiars, especialment en aquells casos en què es trobin en centres allunyats dels seus domicilis (una problemàtica molt present en el cas de les dones preses degut a les limitacions de centres penitenciaris i mòduls femenins); i que les visites amb infants s'han de realitzar en entorns propicis, permetent el contacte lliure entre la mare i els fills durant una estona prolongada. Durant el moment de posada en llibertat, també es determina la necessitat de prestar suport a les dones que requereixin ajuda psicològica, mèdica, jurídica i pràctica en cooperació amb els serveis comunitaris. Pel cas de les dones preses estrangeres, si existeixen acords bilaterals que ho permetin, s'ha de brindar la possibilitat de traslladar-les com més aviat es pugui al seu país d'origen, en particular si hi tenen fills.

Pel que fa a **l'avaluació del risc i a la classificació de les dones recluses** amb especificitats de gènere, les Regles plantegen la necessitat de tenir en compte que, en general, les preses presenten menor risc per les altres persones i que l'aplicació de mesures d'alta seguretat i aïllament poden produir-los efectes especialment nocius; que cal tenir present tota aquella informació relativa als seus antecedents i situacions de violència i oferir-los serveis de suport psicològic; que cal vetllar perquè les dones que requereixen atenció a la salut mental compleixin la condemna en recintes no restrictius; i que les autoritats penitenciàries, en la mesura possible, han de permetre opcions com la visita a la seva llar, les presons obertes i els programes de base comunitària amb la finalitat de facilitar el seu pas cap a la llibertat i reduir la seva estigmatització.

Les Regles també fan esment als **grups minoritaris i als pobles indígenes**, concretament en la Regla 54, en mencionar que s'ha de reconèixer que les dones preses de diverses tradicions religioses i culturals tenen diferents necessitats i poden afrontar múltiples formes de discriminació que els impedeixen l'accés a programes i serveis, per tant, cal preveure programes amplis que atenguin les seves necessitats, en consulta amb les mateixes dones recluses. Pel que fa a les **dones embarassades i amb criatures**, les Regles exposen que la presó no està dissenyada per aquestes circumstàncies, per tant, s'ha de fer tot l'esforç possible per mantenir aquestes dones fora dels centres penitenciaris.

2.2 Recomanacions d'organismes de control i garantia d'àmbit internacional

El Comitè per la Prevenció i denúncia de la Tortura (CPT) del Consell d'Europa va visitar diversos centres penitenciaris catalans l'any 2007, tal com recull en el seu informe publicat l'any 2011². Pel que fa al CP Brians 1, la delegació visitant

² CPT/Inf (2011) 11 Informe al gobierno de España sobre la visita realizada por el Comité Europeo Sobre la Tortura y las Penas y tratos inhumanos o degradantes (CPT) del 19 de setiembre al 1 de octubre del 2007.

va observar les dificultats d'acomodar les dones preses totes juntes, sense poder-les diferenciar tal com es fa amb els homes presos, amb l'única excepció del mòdul d'aïllament (CPT, 2011). Aquesta limitació, tal com van exposar diverses dones a la delegació, provoca que es barregin totes **sense diferenciacions** i, per tant, produeix una sensació d'inseguretat i por. En aquest sentit, el CPT (2011) va recomanar proporcionar unes condicions diferenciades per les recluses per facilitar la seva vida als centres i millorar la capacitat del personal per gestionar i donar-los suport. Un altre element important que va observar la delegació del CPT (2011) és que, en moltes ocasions, s'oferien **activitats formatives i laborals estereotipades** de gènere (tallers de cuina, costura i cura de persones grans), amb un clar biaix respecte a la visió del rol tradicional que ha tingut la dona al llarg de la història, la qual cosa suposa una limitació important a la igualtat d'accés als recursos i activitats educatives i esportives respecte als homes. Més enllà d'aquesta estereotipació, també el Comitè (2011) va posar de manifest que existia una desatenció de les dones preses per part de l'administració penitenciària en considerar-se que s'ofereix un catàleg d'activitats insuficient, que no se'ls brinda un suport i informació suficient en ingressar al centre i que hi ha una manca general de comoditats per les internes.

Pel que respecte a l'atenció psicològica i psiquiàtrica, el CPT (2011) va observar que en ocasions als centres penitenciaris catalans **conviu en una mateixa cel·la dues persones amb greus problemes emocionals** que queden a càrrec de protegir-se els uns als altres. En aquest sentit, l'organisme va suggerir que els serveis mèdics han d'operar sota un enfocament més proactiu i cal brindar el suport que mereix cada individu, sense evadir-se de la responsabilitat de cura del benestar dels presos (CPT, 2011).

Pel que fa al personal dels centres, durant la visita realitzada l'any 2007 el CPT (2011) va observar que, tot i que la majoria realitzava les seves funcions tan bé com podia, en alguns centres **el personal no estava adequadament preparat per gestionar els interns més conflictius**. Les denúncies de maltractaments i intimidació foren un indicatiu d'aquesta manca de preparació, per la qual cosa es

va recomanar assegurar una formació en habilitats per realitzar les tasques de forma professional.

El CPT va visitar diversos centres penitenciaris catalans i espanyols l'any 2011, destacant a l'informe relatiu a la citada visita³, una sèrie d'aspectes considerats. El Comité (2013) va constatar que **la manca d'activitats i els llargs períodes de soledat en cel·la empitjoren la situació d'algunes persones preses amb problemàtica de salut mental**, i per tant va recomanar garantir que els presos i preses vulnerables que es trobin en unitats especials tinguin accés als tractaments i a atenció mèdica necessària, així com que aquelles persones que pateixen trastorns mentals siguin portades en centres mèdics adequats. En la visita al CP Brians 1 la delegació es va poder reunir amb diverses internes que van referir haver sigut agredides per part del personal i haver estat sotmeses a contenció mecànica a posteriori. Pel que fa al control mèdic, es van posar de manifest els mateixos problemes expressats el 2007; es va observar que el personal mèdic no prestava gaire atenció a l'intern/a sotmès a immobilització, ni tan sols per comprovar si estava alterat/da o tranquil/a, i tampoc posaven objeccions quan s'immobilitzava a persones amb tendències suïcides o trastorns psiquiàtrics (CPT, 2013). A aquest respecte, el CPT (2013) va recordar que la mesura de **contenció mecànica** ha d'utilitzar-se exclusivament com a última ràtio, i va recomanar millorar la comunicació interpersonal dels funcionaris, recomanació que es va reiterar en el seu informe de 2017, en el qual s'exposa la mort d'un intern com a conseqüència d'haver sigut immobilitzat a posterior d'haver amenaçat de penjar-se.

Al seu informe publicat al 2013 també s'hi recull el testimoni d'una dona jove presa a Brians 1 que, trobant-se a DERT, va ser portada a una **cel·la d'aïllament** provisional i immobilitzada en un llit durant més de 5 hores després d'haver fet comentaris sobre la possibilitat d'autolesionar-se. Dies després, es va poder comprovar que la noia seguia encara en una cel·la de càstig sola, sense ràdio, ni televisor ni llibres, ni tampoc es comunicava amb el personal ni

³ CPT/Inf (2013) 6 Informe al gobierno de España sobre la visita realizada por el Comité Europeo Sobre la Tortura y las Penas y tratos inhumanos o degradantes (CPT) llevada a cabo del 30 de mayo hasta el 13 de junio de 2011

se li havia ofert la possibilitat de tenir contacte amb altres internes. En diverses ocasions apareixen exemples similars als informes del CPT, persones que després d'autolesionar-se són sancionades, mesures que clarament no s'adeqüen al procediment recomanat. El CPT (2013) recorda que l'aïllament pot tenir efectes extremadament perjudicials per a la salut mental, somàtica i social de les persones, motiu pel qual només s'hauria d'imposar una sanció disciplinària en casos excepcionals i com a últim recurs.

En els anys 2012, 2014 i 2016 el CPT va tornar a visitar les presons espanyoles⁴. Pel que fa concretament als centres penitenciaris catalans, el CPT (2017)⁵ va detectar que diverses persones preses denunciaven agressions després d'autolesionar-se, en molts casos en el marc d'immobilitzacions mecàniques. A aquest respecte, el CPT (2017) va recalcar la necessitat que el personal penitenciari estigui sota una supervisió més estreta per part de la direcció dels centres així com de **rebre formació especial en tècniques de control i de contenció emocional dels interns amb tendències suïcides** o autolesions.

El 2018 el Comitè va realitzar una nova visita ad hoc a Espanya, la qual es va centrar especialment en els centres penitenciaris catalans. A l'informe publicat després d'aquesta visita el CPT (2020)⁶ va destacar que els interns/es en estat d'agitació que poden ser un perill per si mateixos o per terceres persones poden ser traslladats temporalment a una cel·la d'aïllament provisional, sempre i quan totes les alternatives raonables (com per exemple, parlar amb la persona) no hagin funcionat. En tot cas, sempre se li ha de **brindar l'oportunitat de parlar** de la seva experiència durant el moment o a posteriori; aquest diàleg ha d'involucrar a un membre del personal sanitari o a un membre del personal amb capacitat adequada.

⁴ Informe: CPT/Inf (2017) 34. Informe para el Gobierno español sobre la visita llevada a cabo por el CPT del 17 de septiembre al 10 de octubre de 2016.

⁵ CPT/Inf (2017) 34 Informe para el Gobierno español sobre la visita llevada a cabo por el CPT del 17 de septiembre al 10 de octubre de 2016.

⁶ Informe: CPT/Inf (2020) 6. Informe para el Gobierno español del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) sobre la visita a España llevada a cabo del 6 hasta el 13 de septiembre de 2018

A l'esmentat informe, el CPT dedica un apartat específic als centres penitenciaris de dones. Pel que fa al CP Wad Ras, el CPT (2020) menciona que el centre és antic, està deteriorat i no va ser dissenyat atenent les necessitats de les internes. El CPT (2020) va recomanar que les autoritats catalanes desenvolupessin un enfocament específic de gènere per les recluses, una visió que ha de tenir en compte que, en general, les dones representen un menor risc per la seguretat. Pel que fa al CP Brians 1, les internes entrevistades pel Comité van declarar que la situació havia millorat respecte a anys anteriors, però també es van constatar denúncies de maltractament físic i ús excessiu de la força, particularment al DERT, algunes de les quals tenien lloc després d'un episodi d'autolesió o intents de suïcidi. Com apunta el Comité (2020) si bé sembla obvi que controlar una interna agitada pot ser tot un repte, tots els funcionaris de presons han de ser entrenats en tècniques de control i restricció autoritzades per desencallar la situació. També s'assenyala la importància de dur a terme les examinacions mèdiques a posterior d'una lesió, sense presència ni escolta de funcionaris del centre, com s'ha detectat en algunes ocasions (CPT, 2020)

En aquesta visita el CPT (2020) també en destaca que moltes dones entrevistades van estar greument angoixades en estar sotmesos a subjecció mecànica, a més, diverses de les dones a les qui se'ls havia aplicat la mesura tenien un greu trastorn de salut mental.

Pel que fa al procediment d'admissió o ingrés als centres, en tots els establiments visitats durant la visita realitzada pel comité al setembre de l'any 2018 es va valorar positivament aquest procés, doncs totes les dones havien rebut informació sobre el funcionament del centre. Les recent ingressades eren generalment examinades per una infermera i posteriorment per un metge/ssa, durant les 24 hores següents a l'ingrés. El CPT (2020) detalla que, si bé està ben fundat que **les dones preses tenen major prevalença que els homes de malalties de salut mental, drogoaddiccions, autolesions, i d'haver estat víctimes de violència sexual o de gènere, les regles del procés d'ingrés no contenen disposicions específiques** en aquest sentit. Això requereix observar les vulnerabilitats de les dones recent ingressades, i es recomana dur

a terme un examen sistemàtic d'abús sexual o violència de gènere per detectar aquestes victimitzacions que clarament podran tenir una correlació directa amb el comportament de la dona privada de llibertat. Si bé sí que es va observar que al CP Brians 1 es realitzaven exàmens mèdics per detectar violències i l'historial de salut reproductiva així com que s'oferien cursos sobre el tema, diverses dones van declarar que l'avaluació no havia donat com a resultat cap assessorament ni havia quedat reflectida en el seu Pla Individual de Tractament (PIT). Com va apuntar el Comitè (2020) la manca de detecció d'abús sexual o violència de gènere va significar en alguns casos, que les dones necessitaven suport psicològic especialitzat no el van rebre. Així, el CPT (2020) recomana desenvolupar procediments d'admissió en els centres que alberguen dones per tenir en compte les necessitats específiques de gènere. Seguint amb les recomanacions del Comitè (2020) cal que els centres i les autoritats penitenciàries siguin proactives a l'hora d'oferir cursos acreditats per abordar la victimització, l'empoderament i l'autosuficiència; suport psicològic i programes d'assessorament per totes les internes que ho necessitin.

En aquest informe el CPT (2020) destaca també la necessitat **d'oferir atenció especial i activitats a mesura per grups vulnerables** (de caire educatiu, recreatiu, esportiu i tallers), com són les dones que es troben als DERT. La delegació també va observar les dificultats d'acomodar a les dones sense poder-les diferenciar de manera similar a la del cas dels homes. Durant la visita realitzada al setembre del 2018 al CP Wad Ras, el Comitè (2020) va observar un grau d'amuntegament en què moltes de les cel·les més grans albergaven cinc o sis internes, superant la capacitat permesa. També en aquest centre, el CPT (2020) va comprovar que les dones amb trastorn de salut mental eren conduïdes a l'anomenada "unitat polivalent" que consistia en quatre cel·les d'ocupació única, una sala i un menjador. En aquesta unitat, en el moment de ser visitada pel CPT l'any 2018, la custòdia la realitzaven funcionaris sense capacitat en salut mental, la qual cosa en opinió del Comitè (2020) provocava mancances en la cura i atenció de les dones. Sense anar més lluny, a l'informe publicat pel CPT s'exposa com a exemple el cas d'una dona amb trastorn bipolar que es passava el dia sola, i que temps abans s'havia autolesionat i l'havien aïllat. Com va manifestar el CPT (2020) la unitat polivalent no és un

entorn apropiat per dones amb malaltia mental, recomanant que aquestes dones siguin traslladades a una institució psiquiàtrica o, en tot cas, comptar amb personal de salut mental per brindar-los suport i activitats ocupacionals.

Segons va fer constar el Comité al seu informe en els centres penitenciaris catalans visitats l'any 2018 pel CPT, l'administració va reconèixer que entre les internes predominaven els talls i altres formes d'autolesió (2020). Tot i això, part dels funcionaris concebien aquesta alta prevalença d'autolesions com un simple intent de cridar l'atenció i que caldria tractar-ho amb severitat. El CPT (2020) va recalcar que els actes d'autolesió o els intents de suïcidi sovint reflecteixen dificultats psicològiques o psiquiàtriques que s'han d'abordar des d'una visió terapèutica en lloc de punitiva. En aquest sentit el CPT(2020) recomanava, posar en pràctica una política de prevenció i reducció d'autolesions i suïcidis que impliqui identificar les internes en risc, iniciant-se des del moment de l'ingrés i, posteriorment, gestionar les que presenten risc per proporcionar-los suport i atenció mèdica. Això implica, també, la capacitat del personal en identificació i interacció amb dones en risc.

El CPT (2020) recomana que tot el personal que treballa en centres o mòduls de dones rebin formació específica en gènere, així com que el personal masculí tingui present com poden entendre's les seves accions per part de dones preses que han estat víctimes de violència o abús. Es recomana que els centres de dones almenys la meitat del personal de vigilància siguin dones.

Pel que fa al contacte amb el món exterior, el CPT (2020) va recomanar que donat que les dones preses són molt més propenses que els homes a ser les principals cuidadores dels fills, és important que es facin tots els esforços possibles per promoure els contactes entre una mare i els seus fills. Segons van fer constar al seu informe relatiu a la visita realitzada a les presons catalanes l'any 2018, algunes dones estrangeres van queixar-se del preu de les trucades telefòniques als seus països d'origen, recomanant promoure opcions per facilitar el contacte de les dones estrangeres amb les seves famílies i fills, com ara incentivar les videotrucades. En aquest sentit cap apuntar que desde la pandèmia sanitària derivada de l'expansió del virus Sars-COV-2 que va

esclatar l'any 2020, el sistema penitenciari català va començar a integrar les videotrucades com a alternativa a les comunicacions presencials per a aquelles persones privades de llibertat, ja siguin estrangeres o nacionals, que per diversos motius no puguin comunicar-se de manera presencial amb els seus familiars. En tot cas, el CPT(2020) considera que s'ha de fer tot el possible per oferir a les dones estrangeres la possibilitat de ser retornades als seus països d'origen.

En l'última visita periòdica realitzada pel CPT als centres penitenciaris de l'estat espanyol l'any 2020⁷, no es va visitar cap centre de Catalunya, però es van produir dos suïcidis al PPH d'Alacant durant el període de tancament de la COVID-19, i al PHH de Sevilla un pacient es va suïcidar. En opinió de la delegació (2021), el fet que les habitacions de tots dos establiments tinguessin reixes horitzontals a les finestres era la principal font de preocupació quant al risc de suïcidi. El CPT (2021) recomana eliminar les barreres horitzontals dels espais físics de custòdia de persones.

Segons ha manifestat el CPT (2021) el fet que les autoritats no identifiquin a persones en risc de suïcidi o no les tractin adequadament, constitueix una negligència terapèutica. El Comitè (2021) també desaconsella l'ús d'internes com a observadores permanents d'altres internes en risc de suïcidi o autolesió; sí que pot ser apropiat que rebin formació per desenvolupar un rol de 'mentores' de suport per a persones. Segons recomana el CPT (2021): (1) cal implantar programes d'avaluació dels reclusos en ingressar a presó i abans de sortir en llibertat per tal de determinar el seu estat de salut mental, el risc de suïcidi i la seva vulnerabilitat en general. (2) Cal, acabar amb mètodes inadequats o inhumans per prevenir el suïcidi, com el règim d'aïllament. En aquest sentit, com recorda el Comitè (2021) cal tenir en compte que, la carència de recursos no eximeix als governs de responsabilitat. Si a les presons no es poden atendre les necessitats bàsiques, l'empresonament en si mateix vulnerarà els drets humans, inclòs el dret a vida. (3) Les sessions de

⁷ CPT/Inf (2021) 27 Informe para el Gobierno español sobre la visita llevada a cabo por el CPT del 14 al 28 de septiembre del 2020.

teràpia conversacional de forma regular ajuden els pacients a comprendre millor les raons del suïcidi.

En la mateixa línia que el CPT, el Relator Especial sobre les execucions extrajudicials sobre Morts a les presons (2023)⁸ recomana que tots els reclusos han de tenir accés a serveis sanitaris equivalents als oferts en la comunitat; han de ser examinats per metges qualificats i s'ha de portar un registre confidencial del seu estat de salut física i mental i dels tractaments i vulnerabilitats detectades.

Per últim, cal destacar l'Informe del Relator Especial sobre les execucions extrajudicials sobre Morts a les presons publicat l'any 2023-. En aquest informe, el Relator se centra en la qüestió de les morts a les presons per crear consciència sobre una tragèdia invisible i en gran mesura, evitable. Segons es fa constar a l'esmentat informe (2023) les principals causes immediates de mort evitable de persones privades de llibertat són la violència, el suïcidi i les malalties transmissibles. Els alts nivells d'angoixa, la desesperança i la impotència en aquestes circumstàncies, així com l'exclusió social, poden conduir a la malaltia mental i al suïcidi. Com també assenyala el Relator (2023) les vulnerabilitats i les necessitats relacionades amb l'edat i el gènere (també pels interns LGBTIQ+) han de tenir-se en compte en la distribució dels interns i les internes així com en l'accés a programes i a atenció sanitària. Com també exposa (2023) existeix un major risc de suïcidi al principi de la condemna així com en el moment de sortida en llibertat.

2.3 Recomanacions d'organismes de control i garantia d'àmbit nacional

2.3.1 Recomanacions del MNPT

S'exposen a continuació les principals recomanacions del Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura en España (MNPT) pel que fa a la prevenció

⁸ Informe del Relator Especial sobre las ejecuciones extrajudiciales. Consejo de Derechos Humanos 53er período de sesiones 19 de junio a 14 de julio de 2023.

de suïcidis en espais de privació de llibertat, fruit de l'anàlisi dels Informes de l'organisme publicats en el període comprès entre 2017-2022.

Respecte a la privació de llibertat de llarga duració:

En l'informe del MNPT de 2017 es menciona que en alguns dels centres penitenciaris analitzats s'aplicaren mitjans coercitius de contenció mecànica davant de trastorns de conducta, autolesions o intents de suïcidi de les persones preses, situació que el MNPT no estima oportuna. El MNPT va poder observar que en alguns CP, com n'és el cas de Brians 1, s'utilitzaren contencions mecàniques d'ús preventiu davant de situacions de risc a interns amb trastorns mentals greus i trastorns psicòtics, que necessitarien un abordatge terapèutic en comptes de regimental (MNPT, 2017). En l'informe de 2021 del MNPT es reitera aquesta observació, mencionant que es continuen apreciats centres on es practiquen subjeccions mecàniques prolongades per casos d'intents de suïcidi, una pràctica qüestionable que també ha sigut destacada pel Comitè per la Prevenció de la Tortura. En l'informe més recent del MNPT, el de 2022, es destaca que en moltes ocasions, s'empren les sales d'aïllament com a espais justificats en situacions de risc de suïcidi, la qual cosa s'ha d'evitar en la mesura possible.

El MNPT menciona en el seu informe de 2017, fruit de les observacions als centres penitenciaris d'arreu de l'estat espanyol, la necessitat de realitzar investigacions més exhaustives davant de potencials situacions de maltractaments que denomina 'indirectes', casos en què, degut a l'absència de mesura directa per part del personal, es produeixen resultats greus de morts o lesions, per exemple casos de suïcidis d'interns que presentaven indicatius de risc que no van ser correctament detectats o, fins i tot, interns inclosos en els programes de prevenció de suïcidis que finalment consumeixen l'acte que es podria haver evitat. D'altra banda, en l'informe de 2018 del MNPT es constata que la gestió dels llibres de control de situacions especials – que permeten comprovar com es materialitza el tractament de qüestions rellevants, com l'atenció als interns inclosos en programes de prevenció de suïcidis-, divergeix en cada centre espanyol visitat. El MNPT (2018) recomana, en aquest sentit,

que s'estableixin llibres de registre d'aquesta mena també a les infermeries de tots els Centres Penitenciaris, per tal de supervisar com es fa el seguiment d'aquestes situacions.

Pel que respecta als interns de suport del protocol de prevenció de suïcidis (PPS), l'informe del MNPT de 2020 menciona que, en alguns dels CP analitzats, el programa comprèn una formació pels interns de suport i la seva funció és avaluada positivament, i que les reunions periòdiques dels responsables del programa amb aquests interns de suport també són satisfactòriament valorades, si bé el MNPT suggereix assignar més d'un intern de suport per cada persona inclosa en el PPS, de manera que no sigui un mateix intern el qui hagi d'estar les 24 hores del dia pendent de la persona. En l'informe de 2021 el MNPT recomana regular la tasca que realitzen les internes de suport al programa PPS, tant pel que fa a la formació en matèria de gènere com en la retribució, garantint la seva supervisió per professionals i el seu desfogament emocional. En el mateix informe de 2021, el MNPT exposa el testimoni d'una dona presa que feia tasques de suport a una altra presa sense haver rebut formació específica ni cap compensació, explicant que li resulta complexa en trobar-se ella mateixa en situació de depressió postpart.

Un altre aspecte important que menciona el MNPT en el seu informe de 2020 pel que fa al programa de prevenció de suïcidis és que es detecten casos de persones preses que se suïciden i que no estaven incloses al PPS, la qual cosa evidencia la necessitat d'extremar la detecció i avaluació del risc de suïcidi. En l'informe més recent, el de 2022, el MNPT constata que el Protocol de Prevenció de Suïcidis (PPS) és un dels que a la majoria dels centres espanyols manquen com a propis o específics per cada CP, i recomana que s'adapti per cada centre. En l'informe de 2021 s'exposa el cas d'una altra dona interna que presentava clars indicadors de depressió postpart després d'haver donat a llum i donar en adopció al seu fill, que no va ser inclosa en PPS.

Pel que respecta al protocol de prevenció de suïcidis (PPS), l'informe del MNPT de 2019 detecta que en alguns CP espanyols el mencionat protocol conté una escala d'avaluació de risc de suïcidi homologada que és la mateixa per homes i

dones. Així, si bé l'escala recull variables com la preocupació de la persona privada de llibertat per l'exterior, els fills i ascendents a càrrec – preocupacions importants pel cas de la dona presa – el MNPT determina la necessitat de tenir en compte variables de risc que reflecteixin explícitament les particularitats de la dona per una correcta prevenció de la conducta suïcida amb perspectiva de gènere. També en l'informe de 2019 el MNPT detectà en alguns CP que l'atenció psicològica és percebuda per gran part de les internes com a escassa i poc útil, considerant que no aborden els problemes que els hi preocupen. A més, també es va detectar que la violència de gènere està present en un alt percentatge de dones internes (per exemple, al CP Madrid I s'estimava en un 70% de les dones). Es tracta d'estimacions, doncs no existeix una recollida de dades que incorpori aquesta informació de forma sistemàtica, però amb un gran impacte en la dona presa, doncs afecta la seva salut física, psíquica, emocional, i condiciona el seu procés de reinserció. La violència de gènere no s'avalua directament en cap dels protocols revisats l'any 2019 pel MNPT (PIT, entrevistes d'ingrés, informe psicològic...) i, per tant, no es té en compte en els programes de tractament. L'informe de 2021 del MNPT torna a insistir en aquest aspecte, destacant que en tots els centres visitats s'aplica un mateix protocol PPS, que no atén les especificitats entre homes i dones (maternitat, haver estat víctima de violència de gènere, etc.). Aquesta omisió pot tenir greus conseqüències; s'exposa el cas d'una interna del CP Menorca a qui no se li va valorar el risc de suïcidi correctament, la qual cosa es va materialitzar en un intent de suïcidi un mes després del seu ingrés. No s'havien gestionat correctament les visites amb els seus fills menors, s'havia produït un aïllament de facto, no havia pogut mantenir comunicacions significatives amb la seva parella i no se li havia facilitat acompanyament psicològic.

El MNPT exposa a l'informe de 2021 que en alguns dels CP espanyols visitats les dades de registre del protocol de prevenció de suïcidis no es disgreguen per sexe. Així, es recomana disgregar aquestes dades per sexe i per edat.

També en l'informe de 2019 el MNPT menciona que es detectaren alguns centres de l'estat que acullen dones preses en què el personal funcionari, de tractament i sanitari, no reben formació específica i continuada en igualtat ni en

violència de gènere. El MNPT va recomanar, en aquest sentit, ampliar la formació de tot el personal en perspectiva de gènere així com en diversitat sexual i identitat de gènere, atès que es va detectar que no sempre el personal tracta de forma respectuosa a les persones transsexuals.

A l'informe de 2021, el MNPT indaga sobre la implementació del Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM) i aprecia que la salut mental i l'atenció psiquiàtrica als centres penitenciaris de tot l'estat, també de Catalunya, té amples marges de millora. Es considera que s'ha de millorar la detecció d'interns amb patiments psíquics, dotant als professionals de recursos terapèutics per tal de superar un abordatge exclusivament farmacològic.

El MNPT dedica, en el seu informe de 2021, una extensa anàlisi de la gestió de prevenció de suïcidis al CP Brians 1. Degut a la mort per suïcidi d'una interna l'any 2015, el MNPT ha mostrat reiteradament la seva preocupació per les condicions i l'alta taxa de suïcidis als DERT. En aquest sentit, va formular diverses recomanacions:

- Complementar els informes i anàlisis que l'Administració duu a terme a posterior d'un suïcidi, amb una visió més ample de les possibles causes, i elaborar una eina d'avaluació d'incidents crítics a partir del Programa Marc de Prevenció de Suïcidis per tal de monitoritzar la utilitat del Pla, a poder ser per un agent extern.
- Incloure elements del dia a dia, així com dels dies previs, en l'anàlisi dels intents de suïcidi, per detectar elements dels centres que poden ajudar a entendre els fets autolítics (interaccions amb funcionaris, canvis de règims de vida, problemes amb altres interns, etc.).
- Incloure en la valoració i investigació del suïcidi a persones externes de la institució perquè puguin entrevistar a persones privades de llibertat i mostrar elements de la institució que resultin opacs.
- Implicar a tot el personal penitenciari en l'evitació i prevenció del suïcidi, treballant amb els interns el significat de la mort i la cultura institucional de les autolesions i el suïcidi com a forma de resolució de problemes, articulant formes de suport mutu.

- Garantir que en totes les cel·les del DERT existeixin elements perquè la persona privada de llibertat no es quedi sense estímuls, com per exemple: televisió, llibres, ràdio, diaris, augmentar les hores de pati (que també hauria de tenir elements distractors), accions proactives, i activitats esportives i programades per estructurar el temps.

En l'informe de 2022 el MNPT declara que aborda tres perspectives respecte a les morts a presó: la prevenció, el dret a la mort digna i el deure d'investigació de l'Administració penitenciària, posant actualment el focus en la primera d'elles. El MNPT (2022) ha recomanat a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) facilitar una mínima informació sobre la situació o vulnerabilitat d'un intern en relació al seu risc de suïcidí a les persones encarregades de la seva custòdia quan surten puntualment del centre per tal de donar continuïtat al procés de prevenció de suïcidis iniciat a l'àmbit penitenciari. En aquest cas, el MNPT argumenta que al·legar protecció de dades no pot emprar-se en detriment dels drets fonamentals, el reconeixement del qual en depenen la resta de drets.

Respecte a l'enfocament de gènere

El MNPT també dedica part dels seus informes a abordar la temàtica de gènere en l'àmbit penitenciari. Així, en l'informe de 2018, es recopilen diverses recomanacions sobre qüestions claus a tenir en compte pel tractament del col·lectiu de dones al sistema penitenciari que, tal com mencionen, constitueix una minoria. S'aborden qüestions relatives a les instal·lacions, l'accés igualitari a les activitats, l'assistència sanitària i higiènica, l'assistència durant l'embaràs i postpart, l'atenció pediàtrica, la formació en perspectiva de gènere i els mitjans emprats per facilitar el contacte amb l'entorn exterior. Va ser l'any 2018 quan es va engegar un pla pilot per detectar els aspectes de discriminació de gènere amb l'objectiu d'establir paràmetres per avaluar la situació de les dones en totes les visites del MNPT als centres penitenciaris de l'estat. L'any 2019 es va prosseguir amb aquesta iniciativa, però és en l'informe de 2020 on més s'aprofundeix en la qüestió. En el mencionat informe es dedica un extens apartat a abordar el projecte de visites per prevenir la discriminació per raó de

gènere i orientació sexual a les presons. El mecanisme (2020) declara que, en un sistema androcèntric com és la presó, la identitat de la dona i de la persona LGTBI s'expressa en tota la seva complexitat (cultura, migració, edat, violències, pobresa, maternitat...) en un entorn en el qual, pel fet de ser minoria, els seus drets no es garanteixen en igualtat de condicions. Així, seguint les anomenades Regles de Bangkok, així com els Principis de Yogyakarta, el MNPT (2020) formula una sèrie de recomanacions que requereixen un abordatge ample i global per fer front a les deficiències estructurals:

- Incorporar la variable de sexe en la recollida de dades i estadístiques
- Incorporar la variable de dona de minoria gitana en les dades i estadístiques, en vistes de realitzar informes que introdueixin una perspectiva interseccional de gènere en la política penitenciària.
- Fomentar l'ús del llenguatge inclusiu en formularis i registres.
- Facilitar a les internes documentació informativa que incorpori la perspectiva de gènere i llenguatge inclusiu durant el seu ingrés.
- Sistematitzar les dades pel que fa a distància entre domicili d'origen de la dona presa i el centre penitenciari per fomentar accions compensatòries, partint de la premissa que les dones tenen més dificultats que els homes per complir condemna en centres pròxims al seu entorn així com pel que fa al compliment de règim de semilibertat pròxim al seu nucli de convivència⁹.
- Garantir la formació de tot el personal funcionari, tècnic i sanitari en perspectiva de gènere, orientació i identitat sexual, violència de gènere i els seus efectes biopsicosocials de les dones preses.
- Incorporar protocols d'avaluació i entrevistes semiestructurades en perspectiva de gènere.
- Incorporar la perspectiva de gènere en el Protocol de Prevenció de Suïcidis (PPS). Aquesta recomanació es va formular en detectar que en tots els centres visitats l'escala d'avaluació del risc de suïcidi és la mateixa per homes i dones. Si bé recull la preocupació per l'exterior, que

⁹ Aquestes dificultats accentuades en les dones preses repercuteixen clarament en la seva salut i economia, i la separació familiar complica de manera singular l'experiència de privació de llibertat de les dones, doncs juga un paper clau en el seu estat emocional i la cura familiar.

acostuma a ser una font de tensió comuna en les dones preses, no reflecteix en la seva amplitud les particularitats de les dones.

- Regular la tasca de les internes de suport al programa PPS tant pel que fa a la formació en matèria de gènere, com en la retribució, com en l'acompanyament per part d'educadors/es i psicòlegs/gues.
- Garantir l'accés a atenció psiquiàtrica i psicològica que tingui en consideració les qüestions de gènere. Aquesta recomanació es formula en detectar-se que en alguns centres les dones, a diferència dels homes, no tenies accés al Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM).
- Incorporar la història de violència de gènere i sexual en els diferents protocols i entrevistes de recollida d'informació. Aquesta recomanació es formula en detectar-se que la violència de gènere no es té en compte com a paràmetre en cap dels protocols revisats, si bé els estudis en la matèria evidencien que haver estat víctima de violència de gènere suposa un impacte greu en la salut física i psíquica de les dones, condiciona el seu procés de reinserció i pot deixar seqüeles d'estrès posttraumàtic i ansietat. La incorporació d'aquesta variable també s'ha de tenir en compte al pas de la dona presa cap a la secció oberta, a fi de conèixer el possible retorn a la situació de violència al domicili o família, i oferir possibles recursos especialitzats a l'exterior.
- Desenvolupar el programa de tractament «Ser mujer» en tota la seva dimensió (sessions, temàtica, equip multidisciplinari) tal com està dissenyat.
- Realitzar diagnòstics de salut que serveixin com a marc d'intervenció multiprofessional sobre la salut de les internes
- Abordar el tractament especialitzat pel que fa a la deshabitació de consum de drogues, des d'un enfocament integral i atenent a les seves necessitats especials. És sabut que moltes de les dones preses hi són per haver comès delictes relacionats amb el consum de substàncies, de manera que és un element clau pel que fa a la seva reincidència, cal doncs realitzar programes de drogodependència amb perspectiva de gènere que garanteixin la seva igualtat d'oportunitats.

- Valorar la inclusió de productes de cura personal i alimentació saludable. Aquesta mena de productes han estat reiteradament reclamats per les dones preses, entre els quals es troben el gel, la crema hidratant, la laca d'ungles, acetona, productes específics de pell i cabell per part de dones subsaharianes, productes per nadons en les unitats de mares, i productes d'higiene femenina en quantitats suficients.
- Accés al treball i tractament en igualtat de condicions que els homes privats de llibertat. Tal com declara el MNPT, el tracta rebut per part de l'Administració penitenciària pràcticament evidencia que es considera com a no productives les dones preses, unes limitacions basades en l'organització dels centres que dificulten el seu accés a feina i formació que xoquen amb l'esperança de futur.

2.3.2 Recomanacions del Síndic de Greuges

En aquest apartat s'exposen les principals recomanacions del Mecanisme Català per la Prevenció de la Tortura (MCPT) del Síndic de Greuges pel que fa a la prevenció de suïcidis en espais de privació de llibertat, fruit de l'anàlisi dels Informes de l'organisme del període comprès entre 2017-2022.

Com exposa el Síndic (2021), la mort per suïcidi a presó sempre ha estat una prioritat d'anàlisi per la institució, i ja l'any 2008 es va recomanar a l'Administració – a posterior d'una revisió i un estudi comparatiu de sistemes penitenciaris europeus – la necessitat de descriure situacions de risc, quantitatives i qualitatives, per tal de formar el personal i incloure les variables en els protocols de prevenció.

En primer lloc, els informes del Síndic, posen en manifest algunes carències que es presenten en l'aplicació del **protocol de prevenció del suïcidi**. L'estudi del cas d'una dona que s'havia suïcidat l'any 2017, posava de manifest que no hi va haver una aplicació ajustada del protocol d'actuació davant la conducta amb risc autolític que presentava la interna i que es van passar per alt algunes de les normes relacionades amb l'abordatge de la conducta suïcida i la gestió del període en què la dona va romandre a la infermeria. En afegit, el centre va

informar que no hi ha un protocol d'intervenció col·lectiu en cas de suïcidi i, per tant, no es realitza un abordatge grupal quan se'n produeix, perquè es considera contraproductiu, si bé es pot activar una intervenció individual per part del psiquiatre. Segons informaren, el procediment que se segueix consisteix en el fet que el psicòleg i el psiquiatre fan una avaluació del risc, per tal de fer una proposta conjunta al cap de serveis perquè aquest adopti les mesures de prevenció oportunes i la interna sigui vigilada mitjançant les càmeres i rebi més visites. Per tot això, el Síndic va suggerir al Departament de Justícia que posés a disposició del Servei d'Inspecció de la Direcció General de Serveis Penitenciaris els antecedents i l'expedient relatiu a aquest cas i que es donessin les indicacions oportunes perquè les direccions dels centres penitenciaris fossin rigoroses en el compliment dels programes de prevenció de suïcidis, amb l'objectiu de garantir al màxim la protecció dels drets fonamentals de les persones sotmeses a aquestes mesures.

Sobre el protocol de suïcidi individual, el CP Brians 1 va informar l'any 2017 que només s'aixeca la mesura quan existeix un informe que justifica la desaparició dels elements que van fer-lo engegat. Pel que fa a l'acompanyament, informaren que és el psiquiatre qui dicta l'ordre i qui decideix qui ha de ser la interna que faci aquest acompanyament.

També en aquest mateix Departament, l'any 2017 es va obrir investigació per la denúncia rebuda per diverses internes per uns fets en què van resultar ferides greus. Segons es va denunciar, l'origen dels incidents era la implementació de mesures de prevenció del suïcidi de dones internes, com ara fer conviure en una mateixa cel·la internes amb perfil conflictiu i menys conflictiu. Un altre element important que se'n desprèn de les entrevistes realitzades per part del MCPT a dones internes és que moltes d'elles demanen compartir habitació perquè no volen estar soles, però qüestionen els criteris que se segueixen en assignar companyes, doncs sovint s'ajunten preses que totes dues requereixen ajuda que no es poden donar mútuament.

Per altra banda, en l'informe del MCPT de 2022 s'exposa que, pel que fa al protocol de prevenció de suïcidis que s'aplica a la UHPP, mai no es fa

acompanyament per un altre pacient, si bé les mateixes característiques del centre fan que el risc de suïcidi estigui controlat pels funcionaris i personal sanitari. En tot cas, el centre va informar que si un pacient es considera de risc, se l'ubica en una habitació individual amb càmera.

El Síndic (2018) va exposar la necessitat de que s'estudiés incorporar un nou apartat en el protocol de prevenció de suïcidis relatiu a l'atenció i el tractament psicològic a les persones internes. La Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima (SMPRAV) va dictar la Instrucció 2/2021, per la qual es fa difusió dins de l'àmbit d'execució penal del Programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris de Catalunya, validat per la Comissió de seguiment de l'Acord de coordinació entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut per al desenvolupament d'un programa d'atenció a la salut mental i a les addiccions en el marc de les actuacions dels serveis d'execució penal de Catalunya. Aquest Programa marc s'analitzarà amb més detall en apartats següents.

Per altra banda, l'equip del Síndic es va interessar pel **procediment de detecció d'interns en risc de suïcidi**, i el centre va informar de l'existència d'un protocol (no escrit) que es fonamenta en la intervenció dels funcionaris/àries duent a terme observació directa de la persona, la seva actitud i manifestacions, i en el moment en què es detecten actituds de tristesa o apatia els funcionaris ho posen en coneixement del coordinador/a, qui al seu torn ho transmet als serveis mèdics, els quals són els encarregats de fer una valoració més exhaustiva, determinar el risc de suïcidi i adoptar les mesures a aplicar. Així i tot, el mateix equip del MNPT, durant la seva visita, va detectar un intern que presentava alguns d'aquests símptomes (actitud clarament apàtica), però no estava inclòs al PPS.

S'exposa de forma similar en l'informe de 2021, el Síndic va obrir una actuació d'ofici amb la finalitat d'investigar el suïcidi d'un intern del Departament Especial de Règim Tancat (DERT) del Centre Penitenciar de Mas d'Enric. La informació facilitada per la SMPRAV va indicar que l'intern no va ser inclòs en el Programa de prevenció de suïcidis perquè el seguiment psicològic, tant individual com

grup al, que se li va fer no va posar en relleu cap incidència, i la seva evolució va ser correcta i funcional.

La següent de les problemàtiques exposades pel Síndic de Greuges està relacionada amb **l'ús del règim d'aïllament i les contencions mecàniques**. En l'informe de 2021, el MNPT exposa que en les seves visites es detecta que, si bé les dones preses acostumen a protagonitzar incidents menys violents que els homes i, en acabat, és més habitual que es reconciliïn, analitzant la documentació respecte als mitjans coercitius, es conclou que l'aïllament provisional, les corretges homologades i la força física s'apliquen en major percentatge en dones que en homes. Aquest fet indica que les mesures són utilitzades com una forma de càstig informal i que, tal com declara el MNPT, poden suggerir una major resistència de l'Administració a la insubordinació de la dona.

Un altre cas es exposat a l'informe del MCPT de 2018 menciona que al CP Brians 1 van entrevistar una dona que complia sanció al DERT que va intentar-se lesionar i que, malgrat això i que va demanar estar acompanyada, continuava estant sola a la cel·la. L'informe MCPT de l'any 2019 torna a insistir en aquest aspecte, mencionant que la jurisprudència del TEDH declara que mantenir a persones amb problemes mentals empresonades o en aïllament, quan requereixen tractament psicològic o quan hi ha risc de suïcidi, pot comportar la violació de l'article 3 (casos Rivière contra França i Dybeku contra Albània, entre d'altres) o de l'article 2 pel fet de no satisfer les obligacions positives dels estats (Renolde contra França). En l'informe de 2020, s'insisteix a recordar la prohibició que hi ha d'imposar sancions d'aïllament a persones internes amb malalties mentals i la necessitat que es compleixi el que estableixen els protocols de prevenció de suïcidis.

Un'altra evidència de la gestió dels casos de internes amb problemes de salut mental la trobem en les entrevistes realitzades el 2017 per part del Síndic al CP Brians 1, de les quals se'n desprèn que gran part de les dones pateixen trastorns mentals severos i, malgrat que les Regles Mímines de l'ONU

prohibeixen la imposició d'aïllament quan aquestes patologies es puguin agreujar, totes les dones entrevistades havien passat pel DERT.

Els estudis alerten de la vulnerabilitat especial en què es troben les persones preses als mòduls d'aïllament i, concretament, les que tenen algun tipus de patologia mental o antecedent psiquiàtric. D'ençà d'una compareixença de diversos experts, es va decidir revisar a fons el protocol que regula els mòduls d'aïllament. Entre els objectius hi havia el de reduir al mínim necessari la durada de l'aplicació del règim d'aïllament.

La vida a la presó pot generar angoixa i problemes d'adaptació, i això s'agreuja en persones amb problemes psiquiàtrics o amb discapacitat intel·lectual. Per això, cal insistir que no convé que les persones amb discapacitat intel·lectual estiguin en règim de vida ordinari. Cal ubicar-los en espais específics. Per la seva especificitat i vulnerabilitat, necessiten una atenció individualitzada i més acompanyament". (Síndic de Greuges, 2022)

Seguidament, el Síndic fa referència a una manca de **seguiment mèdic al mòdul d'aïllament**. De les entrevistes anteriors també s'en va desprendre que hi ha una manca de seguiment mèdic continuat, doncs el psicòleg visita les internes només a petició d'aquestes i són considerades insuficients.

Durant la visita del MCPT, al mòdul de dones del CP Brians 1, l'equip del MCPT va entrevistar-se amb dones preses, dues de les quals en protocol de prevenció de suïcidis, que compartien cel·la, les quals van queixar-se de la manca de visites mèdiques i d'activitats. Les visites mèdiques, pel cas de les dones internes sancionades, es fan a través de la reixa de la cel·la i tan sols consisteixen a preguntar si estan bé.

La **falta de de formació** dels professionals que treballen als centres penitenciaris en matèria de prevenció del suïcidi es un'altra de les qüestions en les quals incideix el Síndic. Durant una visita a Brians 2 es va detectar que en cap cas els funcionaris tenen formació específica sobre detecció d'aquests indicadors. El MNPT recomana, en l'informe de 2017, oferir als funcionaris formació permanent i continuada per la detecció del risc de suïcidi, sobretot als mòduls de règim tancat, l'ús de protocols de comunicació clars i escrits, així

com evitar les regressions a primer grau i sancions d'aïllament a interns/es amb patologies mentals, donat que l'equip del Síndic va detectar el 2017 persones amb malaltia mental complint primers graus.

Com a últim punt a destacar, en l'informe del MCPT de 2022 també s'hi menciona que, degut al context de pandèmia, les mesures de confinament i aïllament que s'han hagut de prendre als centres han tingut un impacte en el benestar mental de les persones privades de llibertat, motiu pel qual es recomana que el tractament i seguiment de les seqüeles psicològiques sigui prioritat pels serveis penitenciaris de l'Institut Català de la Salut. Cal destacar, en aquest sentit, l'acord de col·laboració signat entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut per potenciar l'atenció a la salut mental i les addicions en l'àmbit de l'execució penal, que recull els objectius del Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya. L'acord té tres grans eixos de cooperació: el tractament de les addicions, l'abordatge de la salut mental en l'àmbit de la justícia juvenil i, molt especialment, la prevenció del suïcidi.

Capítol 3: Guies d'operadors penitenciaris basades en estàndards

El següent apartat té l'objectiu d'exposar, per temàtiques, el contingut de tres guies d'operadors penitenciaris que es basen i fonamenten en els estàndards europeus i internacionals de la matèria. Considerem que és necessari una anàlisi de la materialització dels estàndards en les guies perquè ens permeten observar les vies pràctiques ja existents en la formulació d'uns models procedimentals que defensin i afrontin la problemàtica del suïcidi a la presó.

El primer d'aquests documents és la guia de l'OMS "*Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*", publicada originalment el 2007 i adaptada al castellà el 2010. Es configura com una guia dirigida "*als administradors de correccionals que tenen la responsabilitat de desenvolupar o implementar programes de salut mental en escenaris penitenciaris i, més directament, a funcionaris penitenciaris i persones que proveeixen assistència i que tenen la responsabilitat de la seguretat i custòdia dels reclusos suïcides*" (OMS, 2010). Les principals funcions que proposa la guia són la presentació d'antecedents generals sobre el suïcidi i la identificació d'una sèrie de factors claus que es poden emprar com a part d'un programa integral de prevenció del suïcidi en l'àmbit penitenciar.

També s'analitza la guia de l'ONU "*Manual para administradores penitenciarios y formuladores de políticas sobre Mujeres y Prisión*", publicada el 2008 per l'Oficina de drogues i Crim de les Nacions Unides. Aquesta guia té com a subjecte principal les recluses i l'enfocament amb una perspectiva de gènere en la gestió penitenciària. A més, es tindran en compte tant els antecedents de les recluses com les seves necessitats com a dones dins de presó, per tal d'abordar de la millor manera possible les especificitats que presenten. Aquesta guia sorgeix de la necessitat d'abordar la problemàtica que s'ha materialitzat amb el canvi de la composició poblacional de les presons i que "*ha posat de manifest les deficiències a gairebé tots els sistemes penitenciaris per satisfer les necessitats específiques de gènere de les recluses*" (ONU, 2008).

En tercer lloc, s'analitza el "*Manual para los reclusos con necesidades especiales*" de l'Oficina de les Nacions Unides contra la droga i el delictes, publicat el 2009. Aquesta guia es constitueix com una eina que pot ser utilitzada tant com a document de referència, com a eina de capacitació per la implementació efectiva de l'estat de dret i el desenvolupament de reformes en la justícia penal. Aquesta guia està dirigida a tots aquells i aquelles involucrades en el sistema de justícia penal, incloent-hi autoritats responsables, legisladors/es, direccions de presons, personal penitenciari, membres d'organitzacions no governamentals i altres persones interessades o actives a l'àrea de la justícia penal i les reformes penitenciàries.

3.1 Consideracions prèvies a les guies

Les tres guies parteixen d'una sèrie de consideracions que es constitueixen com a justificació per la necessitat de formular les propostes i recomanacions per la millora del funcionament de la institució penitenciària. A més, l'OMS (2010) considera que la prevenció del suïcidi s'ha de constituir a través d'una sèrie completa d'activitats, que incloguin tots els àmbits i espais on sigui possible tant la conscienciació general com la intervenció directa amb les persones en risc.

Per altra banda, l'UNODC (2009) fa èmfasi en la problemàtica que tenen les persones amb deficiències o trastorns mentals com a potencials víctimes de violacions de drets humans a les presons. La victimització, que pot ser produïda tant pels funcionaris/es com per part d'altres interns/es, s'agreuja amb un perfil que té dificultats per comprendre les normes de la presó i són més susceptibles a les pressions o amenaces. Aquesta victimització, que podrà materialitzar-se en els abusos, les agressions sexuals, la violència o les intimidacions, serà especialment greu en perfils de persones que difícilment s'adapten amb èxit a les dinàmiques socials de les presons, obtenint així unes respostes problemàtiques, constituïdes per agressions, violència o indiferència. Aquesta situació, que en el reglament penitenciari es preveu com a motiu de sanció, els farà entrar en una espiral de conflictes i càstigs durant la duració de les seves penes.

“Les violacions disciplinàries als recintes penitenciaris estan subjectes a càstigs, sovint en segregació administrativa/unitats d'aïllament. Com a resultat, els reclusos amb deficiències mentals que trenquen les regles són sovint posats en aquestes unitats, la qual cosa és extremadament nociva pel seu benestar mental, i en ocasions els porta a l'autolesió o al suïcidi. Com ja s'ha establert en moltes jurisdiccions, la manera principal de tractar amb reclusos amb deficiències mentals que són vistos com a problemàtics o que trenquen les regles és subjectar-los físicament durant llargs períodes de temps. Les faltes disciplinàries freqüents i els càstigs porten a l'acumulació d'informes de mala conducta, la qual cosa té un impacte negatiu en les oportunitats d'alliberament primerenc de reclusos amb deficiències mentals, quan són els que haurien de beneficiar-se de la llibertat condicional com una prioritat” (UNODC, 2009).

La guia també considera com a factors d'especial importància per l'estudi del fenomen de les conductes autolítiques i/o autolesives la dependència a les substàncies (historial d'alcoholisme, dependència a drogues) i els trastorns mentals (en especial predominança la victimització d'actes violents) o ambdues a la vegada, com s'ha mencionat en capítols previs.

Finalment, l'ONU fa especial referència a la dona presa com a subjecte que presenta una especial vulnerabilitat. Tal com s'ha exposat al capítol 1, les dones preses han viscut situacions de violència i abús sexual prèvia a l'empresonament, fet que provoca una alta taxa de presoneres amb deficiències i trastorns mentals com a resultat de les seves vivències. Com s'ha abordat, les carències de salut mental són factors que repercuteixen greument en la qualitat de l'estada en el centre penitenciar i serà un factor de risc important en el desenvolupament de les conductes suïcides. Així doncs, la dona que entra a presó, com a víctima d'abusos i com a grup que presenta una alta taxa de problemes mentals, es constitueix com un grup d'especial vulnerabilitat, sobretot si la comparem amb el de les dones en llibertat. A les condicions mentals amb les quals entren al medi penitenciar s'hi ha de sumar

la criminalització que reben tant per l'opinió pública com per l'aïllament familiar en què es troben.

“A la majoria de les comunitats, les dones són cuidadores, de vegades les úniques cuidadores, de les seves famílies i el canvi sobtat del seu paper de cuidadora a “criminal” i l'aïllament dels seus éssers estimats solen tenir un efecte advers intens en el benestar mental” (ONU, 2008).

3.2 La importància de la capacitat dels funcionaris i treballadors penitenciaris

La necessitat d'una formació adequada dels treballadors de la presó és una qüestió que no passa desapercebuda. Com indica l'OMS (2010), en una correcta implementació d'un programa de prevenció del suïcidi, la capacitat serà un factor vertebral. A més, es fa èmfasi en el fet que no només sigui el personal sanitari aquell que es formi, sinó tot el personal de presó, ja que *“generalment els intents de suïcidi succeeixen en les unitats habitacionals dels reclusos [...] fora de l'abast del personal dels programes”*. El personal de presó és sovint l'únic subjecte que es relaciona amb els i les internes durant les 24 hores del dia, així doncs, és essencial que estiguin formats en els programes de prevenció. La tasca de la detecció de possibles signes d'alarma o el seguiment en l'avaluació de persones en risc serà una tasca que s'haurà d'assumir per part dels funcionaris penitenciaris. Els programes de capacitat han d'incloure tot el personal que pugui tenir impacte en la prevenció del suïcidi i aquests hauran de ser regulars i periòdics. Per altra banda, s'hauran d'abordar com a mínim les següents temàtiques:

- L'impacte del medi penitenciar en les conductes suïcides
- Les respostes del personal penitenciar enfront del suïcidi
- Els factors de risc més importants en relació amb les conductes suïcides
- Els períodes d'alt risc de suïcidi
- Els senyals i signes d'alerta
- L'historial d'intents de suïcidi en el centre penitenciar

- Les polítiques de prevenció a la institució

En definitiva, com reitera l'UNODC (2009), el personal penitenciari haurà de ser la primera barrera per la prevenció i haurà d'estar capacitat i conèixer els moments en els quals les i els presos poden arribar a sentir alts nivells d'estrès, ansietat o depressió que els puguin portar a desenvolupar conductes autolítiques. L'OMS (2010) també exposa la necessitat que el personal estigui format en primers auxilis i respiració cardiopulmonar, així com en l'ús dels diferents equips d'emergència que es trobin en cada cel·la. A més, serà important la incorporació de pràctiques simulades tant en la capacitat inicial com en les actualitzacions formatives.

Finalment, l'ONU (2008) fa referència a la necessitat que la capacitat del personal tingui sempre present la perspectiva de gènere. Serà necessari que el personal penitenciari rebi la formació necessària per adquirir les aptituds que puguin cobrir les necessitats específiques de gènere de les recluses.

3.3 La creació de perfils de risc

L'eficiència dels programes de prevenció del suïcidi estarà condicionada per la capacitat de les institucions en avaluar i detectar les persones en risc. Per individuar les persones en risc serà necessària la construcció d'un perfil o perfils de risc a través d'una sèrie d'amplis factors que interactuen per col·locar un individu en més risc de suïcidi, incloent-hi factors socioculturals, condicions psiquiàtriques, biològics, genètics i d'estrès social (OMS, 2010). Així doncs, a partir dels factors de risc com els que s'han exposat al capítol 1 del present estudi, s'establiran uns perfils que hauran de tenir un seguiment especialment que permeti una correcta implementació dels plans de prevenció del suïcidi.

És important tenir en compte que en qualsevol dels perfils que es pugui construir a través dels diversos factors de risc, el malestar de les persones preses es manifesta com a sentiments de desesperança, pèrdua de vistes de futur o d'alternatives. Així, el suïcidi es constitueix com la solució final a una situació sense sortida o irremeiable. Serà necessari prestar especial atenció no només als factors de risc, sinó també a la verbalització d'aquest tipus de

sentiments o al reconeixement de pensaments o plans suïcides i s'hauran de considerar com a perfils d'alt risc.

Per altra banda, és rellevant tenir en compte que els perfils de risc poden canviar i modular amb el temps. El treball dels programes de prevenció, les condicions dels centres, les característiques locals o altres variables poden afectar i modificar els perfils de risc en els centres penitenciaris. És important tenir en compte aquest caràcter evolutiu dels perfils, per tal de poder-los adaptar a les característiques locals i temporals on s'ha de dur a terme el treball preventiu. La revisió periòdica dels factors de risc i la seva consegüent revisió clínica també són claus per obtenir un perfil efectiu.

3.4 L'entrada dels i les internes al medi penitenciari com a principal condicionant del suïcidi

A l'apartat anterior hem pogut conceptualitzar els que constitueixen els perfils de risc dins de la presó, fet que ens permet localitzar els individus amb més risc de cometre actes suïcides durant la custòdia. Com s'ha reiterat, la presó es constitueix intrínsecament com un medi on les persones preses presenten una taxa de suïcidi més alta que la població general, i per tant la població penitenciària es constitueix com un grup d'alt risc (OMS, 2010). En conseqüència, el procediment d'entrada en el medi penitenciari s'haurà de fer a partir de dues dimensions diferents, la de la prevenció general i la del treball individual. Per una banda, la prevenció general en l'àmbit de la prevenció del suïcidi a presó haurà d'enfocar-se en el xoc que suposa l'entrada en un medi tancat, les dinàmiques de funcionament i l'atenció que reben les persones privades de llibertat. Per altra banda, el treball individualitzat en les primeres etapes de l'empresonament ha de comprendre l'avaluació dels factors de risc i la consegüent aplicació del programa de prevenció.

3.4.1 La constitució d'un medi penitenciari positiu

L'entrada a la presó suposa el canvi de la vida en llibertat a la vida en un medi tancat, on les decisions personals queden subjugades a la norma de l'establiment i la vida social és desenvolupa de forma qualitativament diferent. En aquesta etapa, sobretot al llarg del primer mes, el risc de suïcidi és especialment alt (OMS, 2010). Justament en aquesta etapa es recomana adaptar els procediments de recepció per tal de reduir les alteracions emocionals més fortes. Altres recomanacions passen pel contacte amb la família durant els primers dies d'empresonament o l'habilitació d'espais on tots els nous reclusos passen els seus primers dies. Posteriorment, l'OMS (2010) recomana l'establiment d'un procediment d'inducció organitzat amb la finalitat d'introduir els reclusos/es al règim penitenciari.

L'OMS emfatitza la importància d'un entorn penitenciari que no sigui nociu pel benestar dels reclusos/es. Aquest entorn positiu s'ha de basar en *“l'establiment de relacions positives entre els reclusos i el personal, la voluntat del personal d'escoltar els problemes i queixes dels reclusos i de respondre de forma clara i completa a les preguntes dels reclusos sobre tots els aspectes de la vida penitenciària, inclosa l'atenció mèdica, en la mesura que sigui possible”* (ONU, 2008) Serà necessari que les autoritats penitenciàries tinguin una orientació proactiva i positiva per millorar la moral de la presó amb el fi d'evitar conductes autolesives i autolítiques (OMS, 2010).

Per altra banda, existeixen altres mitjans per millorar l'ambient penitenciari, tals com els mitjans de suport informals. Aquesta eina, que pretén involucrar els/les mateixos/es reclusos/es del centre, es basa en la capacitat dels interns/es en habilitats de suport informal per tal que puguin monitorar l'angoixa o el malestar dels seus companys/es en moments crucials com pot ser l'entrada al centre penitenciari.

La introducció de la dona en l'espai carcerari presenta algunes diferències que és important tenir en compte per poder fer efectiva la construcció d'un entorn beneficiós per les internes. A més, tot i no haver-hi abús sexual, el tracte de conflicte de les internes amb funcionaris homes pot derivar en faltes de

respecte que tenen o transmeten un contingut sexual. Això últim, combinat amb l'alta taxa de dones amb història d'abús sexual i maltractament, dona lloc a la consideració que la presència d'homes allà on les dones preses fan la seva vida diària pot provocar un efecte de "retraumatització". Per altra banda, la reclusió de les dones en annexes a presons femenines pot constituir un perill per la seva integritat i difícilment les necessitats concretes que presenten no poden ser cobertes. També és important tenir en compte la criminalització que poden patir i els efectes d'aquest, l'abandonament familiar, la ruptura dels vincles familiars i la pèrdua de custòdies. És necessari doncs treballar en el reconeixement d'aquestes necessitats específiques, tant en la infraestructura com en la forma de gestionar els centres penitenciaris, els programes oferts, l'atenció mèdica i l'avaluació de les internes.

Tenint en compte tant les qüestions generals en la gestió penitenciària com la perspectiva de gènere que s'ha d'incloure en un model penitenciar que s'adeqüi a totes les particularitats, els següents punts seran essencials (ONU, 2008):

- El reconeixement de les diferents necessitats de les dones.
- La capacitat i disposició del personal penitenciar per comunicar-se obertament amb els reclusos/es i d'una forma menys autoritària.
- Habilitats com l'escolta activa, paciència per l'exposició de normes i control d'expectatives.
- Consciència de la dinàmica emocional i capacitat per donar respostes fermes, justes i coherents.

Aquest estil de treball haurà de ser present en les activitats rutinàries del centre penitenciar i s'haurà de complementar amb aquelles activitats que s'adrecin de forma expressa a suplir les necessitats de les persones privades de llibertat.

3.4.2 L'avaluació dels interns/es que ingressen a presó i el seguiment dels perfils de risc

L'avaluació dels i de les internes que entren a presó serà fonamental per identificar aquells/es que tinguin que un major risc de recórrer al suïcidi. El risc

que suposa el fet d'entrar a presó, com a xoc emocional i psicològic, ens indica la necessitat que l'avaluació es doni en el menor temps possible. L'ONU (2008) indica que la prevenció del suïcidi "*depèn en gran mesura de la supervisió adequada i de la capacitat del personal penitenciari per identificar els reclusos en risc i remetre'ls a especialistes en salut mental sense demora*". L'OMS (2010) proposa una avaluació immediata durant l'entrada a presó i una revisió en el cas que hi hagi canvis en les circumstàncies o condicions dels interns/es. Per l'avaluació, es considera que la resposta positiva a un o més dels següents ítems serà indicadora de risc:

- El/la reclus/a està intoxicat i/o té una història d'abús de substàncies.
- El/la reclus/a expressa alts i inusuals nivells de vergonya, culpa i preocupació durant la detenció i l'encarcerament.
- El/la reclus/a expressa desesperança o temor sobre el futur, i/o expressa senyals de depressió, tals com plors, falta d'emocions o falta d'expressió verbal.
- El/la reclus/a admet tenir idees actuals relacionades amb el suïcidi.
- El/la reclus/a ha rebut tractament previ per un problema de salut mental.
- El/la reclus/a pateix d'una condició psiquiàtrica o actua d'una manera inusual.
- El/la reclus/a ha tingut un o més intents suïcides previs i/o admet que el suïcidi és una opció acceptable.
- El/la reclus/a admet que té un pla actual de suïcidar-se.
- El/la reclus/a admet o sembla tenir pocs recursos de suport intern i/o extern.
- El/la funcionari/ària que el deté o trasllada considera que hi ha risc de suïcidi.
- Els registres del centre penitenciari indiquen que l'intern/a estava en risc de suïcidi durant un empresonament previ.

Aquests factors seran útils, ja que cobreixen unes àrees d'interès que seran substancials per la prevenció i permeten una categorització ràpida dels i les internes. A més, involucren el conjunt de funcionaris/es i l'equip mèdic dels centres penitenciaris en un treball conjunt per la prevenció. Per altra banda,

permet la iniciació d'un registre sobre el recorregut de l'intern/a a la institució, les condicions en les quals entra i el seu historial de pensament. És important tenir en compte que aquests ítems no estan limitats a l'entrada al centre penitenciari, sinó que es podran actualitzar en qualsevol moment del confinament de l'intern/a si es considera necessari tornar a identificar el risc de suïcidi i la pertinent intervenció. També serà rellevant que en els casos en el que s'ha identificat un risc més alt de suïcidi, s'anoti a l'expedient de l'individu de manera que la informació sigui transferida al personal del torn següent o al personal d'una altra institució o establiment.

En qualsevol cas, si el resultat d'aquesta avaluació inicial és positiva, serà crucial que el personal mèdic faci la seva intervenció en el menor temps possible. Un cop individualitzats els interns/es que presenten un risc de suïcidi més elevat, serà indispensable el seguiment d'aquestes persones, ja que els indicadors de risc no ens indiquen ni quan podrà intentar cometre l'acte suïcida, ni quin en podrà ser el desencadenant. L'observació continua serà clau en la prevenció efectiva d'aquests/es interns/es (OMS, 2010).

El seguiment dels i de les internes haurà d'estar sistematitzat a través d'un procés d'administració amb polítiques i procediments clarament formulats, definint responsabilitats de la institució sobre l'intern/a, una dinàmica de supervisió contínua i una intervenció que tracti les problemàtiques de salut mental dels interns en risc.

La supervisió haurà d'estar especialment implementada en els moments de major risc, com pot ser l'horari nocturn. A més, aquesta supervisió s'ha d'adaptar al grau de risc que presenten els interns.

“Els reclusos que han aixecat sospites de suïcidi al personal, però que no admeten ser activament suïcides, poden no requerir supervisió constant, però necessiten ser observats amb més freqüència (per exemple, observació estreta en intervals esglaonats de 5-15 minuts). Tot i això, tenint en compte que un intent de suïcidi per penjament pot prendre només tres minuts per causar dany cerebral permanent i de 5 a

7 minuts per ser letal, fins i tot les rondes a intervals de cada 10-15 minuts podrien no ser suficients per a un reclus agudament suïcida”
(OMS, 2010)

La supervisió no s'haurà de limitar a la vigilància dels interns/es, sinó que haurà d'aprofitar el contacte humà per permetre l'autoexpressió del i la reclusa. Aquesta supervisió s'ha de construir com una eina d'acompanyament per la persona en risc. La supervisió, més enllà de tenir aquesta funció d'acompanyament, servirà per identificar certs senyals de conducta que poden ser indicatives d'una conducta suïcida i que hauran de ser comunicades entre els diferents agents que interactuen amb els interns/es. Aquest procés de comunicació es compon de tres etapes que seran essencials per la prevenció del suïcidi:

- La comunicació entre el/la funcionari/ària que efectua la detenció i el personal penitenciari: el comportament de l'intern/a en la detenció i durant el seu transport pot aportar informació que pugui ser important per la prevenció del suïcidi, així doncs, serà essencial que aquesta informació sigui aportada al centre penitenciari. Aquesta etapa de les comunicacions també integra les comunicacions d'amics o familiars.
- La comunicació entre el personal penitenciari: és rellevant que dins del centre penitenciari els diferents agents col·laborin i comparteixin informació. Sobretot, és important que l'equip mèdic rebi tota la informació en referència als interns en risc. Aquesta difusió de la informació serà fonamental per una correcta aplicació de mesures d'aplicació que s'hagin dictat.
- La comunicació entre el personal penitenciari i el/la reclus/a suïcida: és vital que el/la reclus/a en risc conegui que hi ha un treball que s'està fent per ajudar-lo, que existeixen professionals als quals pot recorre i que els/les funcionaris/es poden ser un suport d'on pot treure profit.

Com s'ha mencionat anteriorment, el suport social és molt important a l'hora de prevenir el suïcidi, així com ho serà evitar la soledat de les persones en risc. És preferible que les persones que estiguin en risc estiguin en cel·les compartides, ja que, per un part, serà un inhibidor per cometre l'acte suïcida i, per altra, el/la

company/a podrà avisar si veu que hi pot haver perill. Tot i això, les persones en risc hauran de ser igualment monitoritzades ja que la companyia o la supervisió d'un altre intern/a pot resultar poc eficient amb perfils que no simpatitzen amb la víctima. Pel que fa a l'acompanyament per part d'altres reclusos/es, existeix la figura dels "companys de suport", interns/es capacitats per ajudar a altres interns/es amb risc de suïcidi i que han donat bons resultats. Per altra banda, aquelles persones que no puguin estar en una cel·la compartida hauran de ser vigilades constantment (OMS, 2010).

Part del seguiment també serà crear un ambient segur per l'intern/a en risc. La cel·la haurà d'estar adaptada i s'haurà d'evitar que s'hi puguin trobar objectes amb els quals autolesionar-se o suïcidar-se. Finalment, davant la detecció de persones en un alt risc de suïcidi, el personal penitenciari haurà de realitzar una avaluació i tractament actualitzat i que pugui fer front a la gravetat de la situació. L'OMS considera que en centres amb recursos limitats és recomanable desenvolupar programes basats en la comunitat.

Pel que fa als/les reclusos/es en risc que presenten problemes de deficiència mental, l'UNODC (2009) recomana evitar les unitats d'aïllament, degut a l'aspecte negatiu agreujat que pot produir en aquests perfils.

"Cal desenvolupar estratègies per reduir o eliminar l'ús de segregació administrativa o de qualsevol altra mesura punitiva potencialment perjudicial emfatitzant les mesures preventives. Un panorama general de les mesures disciplinàries relacionades amb els reclusos amb deficiència mental és una necessitat urgent a gairebé tots els sistemes penitenciaris" (UNODC, 2009).

La gestió dels incidents amb persones amb problemes mentals haurà de passar una estricta valoració mèdica que tingui sempre present la situació del i la interna com a persona amb risc de suïcidi.

3.5 La gestió dels intents de suïcidi i el treball en la postvenció

Durant l'estança d'una persona amb tendències suïcides a la presó, serà esperable que ocorrin temptatives de suïcidi en les que finalment la persona, per motius seus o per intervenció externa, no acaba morint. Per altra banda, i com s'ha anat exposant, les autolesions també estan relacionades amb la conducta suïcida. L'UNODC (2009) exposa que les autolesions poden ser utilitzades com a mitjà per la protesta d'una mala qualitat de vida a les presons.

La gestió d'un intent de suïcidi o de les conductes autolesives s'haurà de constituir com a una actuació immediata, s'hauran de tractar les ferides i el/la intern/a en qüestió haurà de tenir accés a assistència i a un tractament adequat. En aquests casos, es fa especialment important la capacitació del personal de vigilància per assegurar l'espai i proporcionar primers auxilis fins l'arribada de l'equip mèdic. Un cop establitzada la salut de l'intern/a, serà necessària una avaluació psicològica d'aquest/a. Aquesta avaluació haurà de dur-se a terme en un espai còmode per les parts implicades i tindrà l'objectiu de clarificar els següents factors:

- Els factors desencadenants de l'acció suïcida/autolesiva
- El nivell d'intenció suïcida
- Els problemes subjacents
- L'existència o no de patologies mentals
- La probabilitat de reincidència
- El tractament més adequat per l'intern/a

Per altra banda, és rellevant que el personal penitenciari no penalitzin les conductes d'aquesta índole, ja que no resulten com positives les mesures punitives, sinó tot el contrari; augmenten la tensió i les discrepàncies que ja preexisteixen en l'intern/a.

“La resposta correcta seria investigar els problemes del reclús en lloc de castigar-lo. La indiferència cap a les conductes autodestructives o el càstig als reclusos amb conductes autodestructives a través de la

segregació, poden empitjorar el problema requerint que el reclus prengui riscos cada cop més dramàtics” OMS (2010).

També serà necessari no tractar l'intent suïcida com poc important en el cas que pugui resultar com una conducta “manipuladora” per obtenir beneficis o control sobre la seva situació. El procés descrit anteriorment s'haurà d'aplicar sense tenir en compte les motivacions que els funcionaris/es poden suposar que es constitueixen com a motius de la conducta.

La necessitat de tractar tots els casos com a importants i urgents es fonamenta en dues qüestions:

- La percepció d'una conducta autolesiva manipuladora només pot ser clarificada pel personal mèdic. Les percepcions del personal de vigilància s'ha de limitar a la preservació de la salut dels interns del centre.
- Tot i que la conducta no tingui intencions suïcides, les conductes autolesives poden derivar en situacions de gravetat mortal, per la qual cosa és important que cada cas sigui tingut en compte de la mateixa manera.

Tot i la feina preventiva que es pot desenvolupar als diversos medis, i en concret a presó, el suïcidi pot acabar-se consumant i és necessari poder-ho afrontar. De les tres guies que hem analitzat, només l'OMS (2010) es manifesta al respecte, tot i que des d'una perspectiva majoritàriament burocràtica. Es presenta la necessitat que hi hagi procediments de documentació i notificació oficials dels incidents. Aquests procediments tindran una doble funcionalitat; per una banda, el registre dels incidents que permeten les anàlisis de la incidència dels suïcidis en els centres penitenciaris, i en segon lloc, la retroalimentació constructiva per l'actualització dels programes de prevenció.

Així doncs, es considera necessari que tant el personal de vigilància com sanitari informin sobre les següents temàtiques:

- La reconstrucció dels fets que condueixen la víctima al suïcidi.

- La identificació dels factors que poden haver sigut rellevants i que es poguessin haver ignorat o no valorat prou.
- L'avaluació de les respostes a les situacions d'emergència.
- L'anàlisi de les polítiques que puguin permetre una millora en les futures aplicacions d'aquestes.

Veiem doncs que els registres dels suïcidis són una font d'informació que, en cas de ser produïda i gestionada correctament, es pot constituir com molt valuosa per l'avenç dels programes de prevenció. Per altra banda, és important tenir en compte el treball de postvenció que és necessari fer amb les persones que han sigut properes a la víctima. L'OMS (2010) considera que *“el personal penitenciari i el personal que treballa a l'establiment que han experimentat el suïcidi d'un reclus/a sota la seva supervisió o els altres reclusos poden experimentar una sèrie de sentiments que van des de la ràbia i el ressentiment fins a culpa i tristesa”*, i considera que serien justament aquests subjectes els que haurien de rebre un suport emocional i psicològic. Tot i això, ens trobem amb diverses carències pel que fa a aquesta formulació. En primer lloc, no es detallen uns estàndards de seguiment a les persones afectades ni es contempla aquesta part del suport psicològic com un apartat més dels programes de prevenció, i per altra banda, no es tenen en compte els vincles externs que poguessin tenir les víctimes ni el suport que poden arribar a requerir aquestes persones, tant per la comprensió dels fets com per l'esclarament de les incògnites que una institució com la presó pot produir.

Capítol 4: La prevenció del suïcidi a Catalunya i als Centres penitenciaris catalans

Aquest capítol està dedicat a analitzar el contingut del pla de prevenció de suïcidis a Catalunya i del programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris catalans.

Com s'anirà veient, molts dels protocols de prevenció dels suïcidis a les presons analitzats en el marc d'aquesta recerca s'integren dins del programa de prevenció de suïcidis general dels departaments de sanitat dels diversos països o regions. Tot i que en el cas de Catalunya no sembla ser així, atenint-nos a què en el cas del sistema penitenciari català l'atenció en l'àmbit de la salut de les persones empresonades és competència del Departament de Salut, s'ha considerat imprescindible analitzar, a més del contingut del programa marc, les línies estratègiques i les principals mesures que s'articulen a través del pla de prevenció de suïcidis a Catalunya (2021-2025) al que s'ha denominat PLAPLESC, així com la relació que hi ha entre tots dos programes de prevenció.

4.1 El Pla de Prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025 (PLAPRESC)

Per l'elaboració del PLAPRESC es van revisar els plans de prevenció de suïcidi de l'OMS i les seves revisions, així com els del País Basc, Austràlia, Irlanda, Japó i Londres, identificant bones pràctiques que conjuntament amb les evidències científiques més actuals respecte a la prevenció i gestió del risc del suïcidi, han ajudat a delimitar les mesures a adoptar en aquest àmbit.

Tot i que el pla ha estat desenvolupat pel departament de Salut, per a la seva elaboració es va crear un grup de treball integrat per una gran diversitat de professionals que desenvolupen la seva tasca especialment a l'àmbit sanitari, però també a associacions de supervivents del suïcidi. A més del grup de treball encarregat de la seva redacció, el PLAPRESC ha estat elaborat amb el suport de molts i moltes altres professionals (de justícia, serveis socials,

sanitaris, d'entitats del tercer sector, d'educació, etc.) que d'una forma o altra han participat en l'elaboració o revisió del programa.

El PLAPRESC articula una estratègia integral i multisectorial que inclou accions i activitats de diferents nivells, comprenent, com a mínim, les següents quatre grans àrees: (1) Accions en l'àmbit de la població general: sensibilització, publicitat, escoles; (2) Accions en l'àmbit de les administracions locals i agents que no són de salut; (3) Accions en l'àmbit de la salut no mental; (4) Accions en l'àmbit de la salut mental i les addiccions.

Com es posa en relleu al PLAPRESC, i com s'ha anat veient al llarg d'aquest informe, la conducta suïcida és un fenomen complex que és influenciat per diversos factors interrelacionats: personals, socials, psicològics, culturals, biològics i ambientals. El programa descriu diversos factors de risc que no ens detindrem aquí a desenvolupar, per ser aquests factors ja abordats en detall al primer capítol d'aquest informe. Caldria apuntar, únicament, el fet que, seguint la classificació proposada per l'OMS, aquests es diferencien en: factors sistèmics i socials, comunitaris, relacionals i individuals.

Com es recull al mateix PLAPRESC, la població privada de llibertat, per la intersecció que solen tenir de diversos d'aquests factors de risc, constitueix una població especialment vulnerable pel que fa al risc de suïcidi. La discriminació, derivada de la situació d'empresonament, a la que se sumen en moltes ocasions altres variables com: l'estrès derivat pel desplaçament en persones migrades, la presència de traumes o antecedents d'abús, maltractaments o violència, que com s'ha anat veient són habituals entre la població penitenciària (especialment en el cas de les dones), els problemes financers, acadèmics o laborals, el sentiment d'aïllament, soledat i falta de suport social, els possibles conflictes en les relacions, disputes o pèrdues (pèrdua dels fills o d'altres relacions derivada de l'empresonament), la presència de trastorns mentals (essent la seva prevalença molt superior al context penitenciari que a la població general), el consum nociu d'alcohol i altres drogues, la pèrdua de feina o financera, la desesperança o certs trets de personalitat habituals entre aquesta població com per exemple la impulsivitat.

Tanmateix, situació contrària s'identifica pel que fa als factors de protecció. Habilitats socials, estabilitat emocional, capacitat de resolució de problemes, autocontrol de la impulsivitat, elevada autoestima, les estratègies d'afrontament adequades, els valors i normes o la participació social són tots ells factors que no s'identifiquen habitualment entre la població penitenciària.

Els principis en què es basa el pla de prevenció de suïcidis a Catalunya, són els següents:

1. Centrat en un enfocament preventiu i d'apoderament comunitari, territorial i local, amb mesures que tenen una orientació integral per a tota la població, construint sistemes comunitaris de suport i centrant-se en riscos individuals, familiars, comunitaris i socials respecte al suïcidi.
2. Basat en la millor evidència científica disponible i orientat als resultats, amb capacitat d'adaptar-se al canvi i a les circumstàncies noves emergents.
3. Amb un enfocament col·laboratiu, d'atenció integrada i en xarxa, en un sistema ampli i coordinat que treballi amb una diversa gamma de socis, organitzacions i sectors, incloses les persones que han estat afectades pel suïcidi.
4. Sensible a les necessitats individuals i respectuós amb els drets i amb l'atenció centrada en les persones, la família i l'entorn, oferint respostes de servei de qualitat, amb un abordatge d'interseccionalitat.

Com es pot constatar de la lectura d'aquests principis, l'abordatge que des del sistema català de salut es pretén realitzar de la conducta suïcida és un abordatge integral que pretén incidir des de les etapes prèvies en què es pugui donar la ideació suïcida fins a les etapes posteriors, una vegada consumat el suïcidi. Un programa que busca una intervenció multidisciplinària i comunitària, en què participen una gran diversitat d'agents, promovent entre tots ells un model de treball cooperatiu en què es maximitzi el potencial dels diversos agents, a l'hora de realitzar una intervenció centrada en la persona, en la que es tingui en compte les seves necessitats i recursos, tant a nivell personal, social com comunitari.

El PLAPRESC és també un pla dissenyat des d'una perspectiva de gènere, perspectiva que com anirem veient al llarg d'aquesta anàlisi es va integrant als diversos nivells del pla. En aquest àmbit cal destacar la referència a altres plans relacionats que es desenvolupen de forma paral·lela als que es fa referència a l'hora d'assolir l'acció de "*millorar la detecció i l'abordatge de la conducta suïcida en casos de persones víctimes de violència, abús i/o situacions límit*". Entre aquests caldria citar el Pla estratègic de polítiques d'igualtat de gènere 2019-2022, el Pla de contingència per a víctimes de violència masclista i domèstica, el Pla de seguretat i atenció a les víctimes de violència masclista i domèstica, i el Pla de xoc per a l'atenció a les dones que han sofert violència masclista.

Pel que fa al marc estratègic del pla, aquest es marca com a principal objectiu reduir la prevalença i l'impacte de la conducta suïcida (ideació, intent i mort per suïcidi) a Catalunya a través d'un sistema integrat i eficient de prevenció, intervenció i postvenció que tingui en compte la perspectiva de gènere, amb la prioritització dels grups de més risc en les seves accions i plantejaments. Per a assolir aquest objectiu el pla estableix 6 línies estratègiques. Per a cadascuna d'aquestes s'estableixen diverses àrees d'activitat, establint-se per a cadascuna d'aquestes uns objectius específics a assolir. Per a garantir l'assoliment de cadascun d'aquests objectius específics, el pla estableix una sèrie d'accions a realitzar, i per a cadascuna d'aquestes accions un ventall d'activitats a desenvolupar per part d'una gran diversitat d'agents.

En total són 77 les accions a realitzar, i 319 les activitats que es proposen. Tenint en compte que una descripció detallada de totes elles escaparia als objectius d'aquesta anàlisi, així com al fet que aquestes poden ser consultades al PLAPRESC, s'ha decidit realitzar una anàlisi del seu contingut que visibilitzi les accions que considerem que, amb certes adaptacions, podrien desenvolupar-se al context penitenciari. Tot i que en el marc de la nostra anàlisi farem menció als continguts de cadascuna de les línies estratègiques del pla, així com a la gran majoria d'àrees que les integren, ens limitarem a fer menció únicament a aquelles accions i activitats que considerem tenen rellevància per al context penitenciari, deixant de banda aquelles que fan referència a

contextos que amb poca probabilitat interaccionaran amb el món penitenciari, com per exemple, objectius o accions que han d'abordar-se per organismes de rang superior o sobre els quals des de l'àmbit penitenciari no hi ha capacitat d'incidència.

És important tenir en compte en aquest sentit que, com ja s'ha anat apuntant, les persones privades de llibertat a Catalunya són també un dels col·lectius destinataris d'aquest pla. Tanmateix, més enllà de les referències explícites que en el marc del PLAPRESC es pugui fer a la població privada de llibertat o al context penitenciari, no es pot oblidar que les persones preses tenen el mateix dret a la salut (i, per tant, a què les administracions públiques adoptin les mesures necessàries per garantir-la) que la població general, i per tant el mateix dret a què se'ls ofereixi una atenció integral i multimode davant la presència de qualsevol situació de risc de suïcidi.

Veurem ara, amb una mica més de detall, els objectius establerts per a cadascuna de les línies estratègiques establertes al PLAPRESC, així com les accions i activitats concretes que creiem que poden ser extrapolables i tenir un especial impacte al context penitenciari. És important tenir en compte que, com veurem després en analitzar el contingut del pla marc de prevenció del suïcidi als centres penitenciaris catalans, i de l'anàlisi dels resultats de les entrevistes realitzades als principals responsables del seu disseny i de la seva implementació, moltes d'aquestes accions ja es desenvolupen actualment en el marc dels centres penitenciaris catalans. Així mateix, hi ha moltes altres mesures a les quals farem menció, que possiblement encara no s'estiguin implementant tampoc a l'entorn comunitari, en la mesura en què el PRAPRESC estableix un procés d'implementació gradual, atès el gran nombre d'agents, institucions i administracions implicades al mateix, desconeixent, aquest equip investigador, l'estat actual de desplegament del mateix a Catalunya.

Veiem ara, com dèiem, les diverses àrees d'activitat en què se subdivideix cadascuna de les sis línies estratègiques, els objectius específics que es marquen per a cadascuna d'elles, i les accions i activitats que considerem extrapolables al context penitenciari.

Línia 1. Prevenció universal, selectiva, indicada i estructural del suïcidi

Aquesta primera línia estratègica és la més general, integrant les diverses mesures a desenvolupar en l'àmbit de la prevenció general i aquella enfocada a certs col·lectius que s'identifiquen d'especial vulnerabilitat.

La prevenció, en aquest àmbit, està sempre enfocada a potenciar la salut de les persones. Com s'explicava anteriorment, la població penitenciària és per se una població d'especial vulnerabilitat pel que fa al risc de suïcidi, essent habitual entre aquesta població la presència de factors identificats com de risc i la mancança pel que fa als factors de protecció. Ja s'ha parlat anteriorment de les característiques més usuals que solen tenir les persones privades de llibertat, fent menció explícita en aquest àmbit a la major prevalença de malalties físiques, però especialment en l'àmbit de la salut mental que trobem habitualment al context penitenciari. No es pot obviar, a més, que trobar-se bé o malament, especialment pel que fa a l'àmbit de la salut mental, està molt influenciat també de l'entorn on ens trobem, no podent separar la salut de la percepció de la salut.

Ens trobem a més que el context penitenciari, per la seva configuració estructural i arquitectònica, per les rígides normes de funcionament que caracteritzen el sistema disciplinari i l'opacitat pròpia del sistema, l'aïllament social i familiar derivat de l'empresonament i la convivència forçada amb altres persones, no és un entorn de salut. Tampoc és un espai en què mostrar les debilitats pròpies o mostrar-se vulnerable, tingui habitualment conseqüències positives per a les persones internes, les quals en termes generals tendeixen a voler mostrar-se fortes i a amagar les seves vulnerabilitats davant la resta de persones preses. Aquest fet cobra major rellevància si tenim en compte el perfil que caracteritza les persones preses, marcades habitualment per la manca d'habilitats i competències socials i de capacitats de resoldre conflictes, i amb trets de personalitat habituals com la impulsivitat, l'agressivitat, la labilitat o l'egocentrisme.

Tots aquests motius ens porten a pensar que les estratègies de prevenció general, enfocades a incidir sobre aquests aspectes, haurien de ser un dels eixos estratègics de qualsevol pla de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris. Constatem que així sembla considerar-ho també l'Institut Català de Salut per a la població general, en la mesura en què gairebé la meitat de les accions (48%) i un 44% de les activitats descrites al PLAPRESC s'integren dintre d'aquesta línia estratègica.

La línia estratègica 1, se subdivideix en 4 àrees d'activitat dirigides cadascuna d'ella a diversos sectors poblacionals: prevenció universal, prevenció selectiva, prevenció indicada i prevenció estructural. Veiem amb una mica més de detall els continguts de cadascuna d'elles.

Àrea 1.1 Promoció de la salut i mesures de prevenció universal del suïcidí:

El primer objectiu específic que s'estableix per a aquesta àrea és *“millorar els resultats de l'enquesta de salut de la població”*. Concretament, millorar en un 10% els indicadors relacionats amb el benestar emocional i la capacitat de fer front a les adversitats. Desconeixem si aquesta enquesta es distribueix també pel context penitenciar, i per tant si el sistema de salut català disposa de resultats específics en aquest àmbit pel que fa a la població penitenciària. Tanmateix, com ja s'ha apuntat, considerem òbvia la necessitat de potenciar tant el benestar emocional de les persones preses com la seva capacitat d'afrontar problemes o dificultats.

La primera de les accions que es proposen és *“involucrar la població general perquè sigui part del canvi i proporcionar oportunitats per tenir més resiliència per fer front a les adversitats”*. Les activitats que es proposen en aquest àmbit estan enfocades a garantir una oferta formativa en l'àmbit de la prevenció del suïcidí dirigida a la totalitat de la població, reforçar el paper individual de cada persona o donar suport als equips d'acompanyament a famílies.

La segona de les accions d'aquesta primera àrea és *“enfortir els factors protectors personals i mediambientals davant del suïcidí tenint en compte les característiques, el sexe i edats dels diferents grups destinataris”*. Destaquem

en aquest punt les activitats dirigides a treballar amb la població més jove per promoure competències transversals d'afrontament així com el coneixement de les violències masclistes i els seus efectes nocius que poden tenir la imposició d'identitats i les orientacions de gènere estereotipades, de promoure iniciatives per al manteniment de la xarxa relacional (família, comunitat i institucions socials), potenciar una autoestima sana i aprofundir en el propòsit i sentit de la vida, o promoure la corresponsabilitat familiar i els treballs de cures entre els homes.

La tercera de les accions és *“promoure accions que millorin el benestar emocional de la població en el seu conjunt, amb estratègies diferenciades per grups d'edat i grups poblacionals”*. Entre les activitats que es proposen caldria destacar: fer que les persones joves participin de forma activa en el disseny i discussions col·lectives sobre com es poden activar mesures protectores i de prevenció del suïcidi adreçades a la població jove i adulta, potenciar els estils de vida saludables, treballar la gestió de l'estrès, les habilitats socials i la solució de problemes.

Com es pot constatar, són totes activitats dirigides a potenciar les competències clau de les persones a qui van dirigides, competències totes elles que resulten de vital importància no únicament per a l'àmbit penitenciari, sinó també per a desenvolupar-se de manera adequada en el context actual, marcat pels constants canvis i per la incertesa.

La quarta i última de les accions que s'han definit per assolir aquest primer objectiu és *“reforçar la xarxa relacional de les persones a través de diferents estratègies, incloses les noves tecnologies, en l'àmbit de la intervenció comunitària, per establir contacte i promoure el contacte continu”*. Tenint en compte que per la pròpia configuració de la privació de llibertat, aquest és un àmbit al qual pensem s'hauria de prestar especial atenció al context penitenciari. Es constata, com sembla que el Departament de Salut n'és conscient, en la mesura en què en aquest punt el PLAPRESC fa referència explícita a les persones privades de llibertat, establint la necessitat d'identificar i

potenciar iniciatives comunitàries per reduir la solitud i augmentar les connexions socials entre les poblacions d'alt risc.

El segon dels objectius específics establerts per a aquesta primera àrea, que si recordem és aquella enfocada en la prevenció universal, és *“millorar la conscienciació i el coneixement sobre la conducta suïcida a la població general”*. La primera acció establerta per assolir aquest objectiu és *“difondre informació comprensible sobre el suïcidi i fenòmens relacionats amb les conductes suïcides”*. Pel que fa a les activitats concretes cal destacar la necessitat d'augmentar la consciència de la població sobre l'associació entre la conducta suïcida i el consum d'alcohol i/o altres substàncies, així com sensibilitzar i millorar el coneixement de la població sobre la rellevància de l'autolesió no suïcida com un factor de risc de suïcidi, altament prevalent entre els joves. Com ja s'ha vist, tant el consum d'alcohol i substàncies com les conductes autolesives, són força habituals al context penitenciari, essent, per tant, conductes a les quals considerem s'hauria de prestar sempre una especial atenció, establint diverses estratègies per abordar-les.

La segona de les accions que s'estableix per assolir aquest segon objectiu és: *“donar suport a les comunitats locals per prevenir i respondre a les conductes suïcides”*, acció que es pretén desenvolupar mitjançant activitats com ara millorar la capacitat i la sensibilització de la ciutadania i de les i els professionals per contribuir a la prevenció del suïcidi des de l'entorn familiar. En aquest sentit, considerem important recordar que igual que la majoria de les persones empresonades, les seves famílies pertanyen a les classes socials més desfavorides (Cabrera, 2002; Robertson, 2007), el que ineludiblement influirà sobre les seves capacitats i competències. És per aquest motiu, que pensem que la prevenció del suïcidi a la presó, requereix també estratègies d'intervenció específiques dirigides als familiars de les persones empresonades, que potencien les seves capacitats com agents de prevenció.

Si seguim analitzant els objectius establerts per aquesta primera àrea, el tercer d'ells és *“promoure la desestigmatització dels trastorns de salut mental i addiccions i la cerca d'ajuda en els entorns educatius, socials, laborals i de*

lleure, posant especial èmfasi en la població jove". En aquest punt destaquem l'acció destinada a *"incorporar dins dels programes actuals d'atenció a la salut mental i addiccions accions concretes per a l'abordatge de l'estigma en salut mental i addiccions"*. En aquest àmbit el PLAPRESC estableix la necessitat de treballar conjuntament amb entitats del tercer sector dedicades a l'estigma en salut mental i addiccions, i implementar conjuntament estratègies per minimitzar l'estigma. Com ja s'ha apuntat, aquestes problemàtiques en l'àmbit de la salut mental són força habituals al context penitenciari. Tanmateix, la majoria d'aquestes persones es troben en seguiment psiquiàtric ambulatori, tenint en molts casos pautades altes dosis de psicofàrmacs. Aquest punt, sumat a l'escassa oferta d'intervencions psicològiques i/o d'activitats terapèutiques i ocupacionals dirigides al tractament dels trastorns de salut mental, i a l'aïllament social derivat de la situació d'empresonament, sol generar una major estigmatització cap a aquestes persones. És per aquest motiu que creiem que aquest resulta un àmbit a què s'hauria de prestar especial atenció al context penitenciari.

El quart dels objectius específics, i últim dels d'aquesta primera àrea, és *"reduir l'accés a mitjans letals"*. Tot i que al PLAPRESC aquest objectiu està molt enfocat a l'adaptació de l'espai urbà, inclou accions i activitats concretes que considerem poden tenir també un especial impacte al context penitenciari, com reduir l'accés a fàrmacs d'ús freqüent en les sobredosis intencionades de medicaments o posar en marxa recursos de vigilància i suport o altres mitjans de dissuasió en els casos en què no sigui possible augmentar el control de mètodes letals utilitzats en conductes suïcides.

Àrea 2. La prevenció selectiva

Com ja s'ha apuntat, la segona de les àrees que integren aquesta primera línia estratègica del PLAPRESC està enfocada a la prevenció selectiva, és a dir, aquella dirigida als col·lectius d'especial vulnerabilitat o risc de suïcidi, entre els quals com hem vist, es troba la població penitenciària.

El cinquè dels objectius del pla i el primer aquesta àrea és *"donar una resposta integrada a col·lectius considerats vulnerables en situació de possible risc de*

suïcidi: prevenció, detecció precoç i abordatge de la conducta suïcida d'acord amb les necessitats específiques de cada col·lectiu". Tot i ser conscients que un dels col·lectius d'especial vulnerabilitat identificats és el de les persones joves, crida l'atenció que tot i que aquest objectiu estableix la necessitat d'adaptar-se als diversos perfils, la gran majoria de les accions establertes per assolir aquest objectiu estiguin dirigides a aquest col·lectiu, afegint-se a aquest els col·lectius professionals amb un risc més elevat, com professionals de la salut (en situacions de pandèmia), cossos de seguretat i professionals penitenciaris o serveis d'emergència. Analitzarem, per tant, en aquest àmbit, únicament les accions dirigides cap al col·lectiu de persones joves, que com moltes altres de les descrites, considerem que en gran part, amb certes adaptacions en funció dels diversos perfils, podrien ser extrapolables a la població penitenciària.

La primera de les accions definides amb objecte d'assolir aquest objectiu és *"enfortir els sistemes comunitaris per abordar la salut emocional i mental dels joves i adolescents, mitjançant un procés col·laboratiu de participació"*. En aquest àmbit cal destacar certes activitats com: (1) Millorar la detecció i l'abordatge davant situacions d'abús o agressió, (2) Dissenyar un programa específic de prevenció del suïcidi adreçat a grups de subcultures urbanes de joves en els quals s'han identificat més prevalença de factors de conductes autolesives i de risc de suïcidi, (3) Establir un protocol d'atenció ràpida i seguiment dels adolescents que tenen conductes autolesives o suïcides.

En aquest àmbit volem remarcar la condició d'especial vulnerabilitat en què es troben les persones joves privades de la seva llibertat. A la condició d'especial vulnerabilitat derivada de la seva edat i la seva condició de persona presa, molts d'aquests joves presenten a més històries de vida que inevitablement afectaran la seva salut mental. A Catalunya, molts d'aquests joves han passat per processos migratoris, arribant al sistema penitenciar després del pas pel sistema d'acolliment de menors. Molts no disposen d'una xarxa familiar i social al nostre país, presentant habitualment escasses expectatives de futur. Com s'ha anat veient al llarg d'aquest informe la majoria d'aquestes variables han estat identificades com a factors de risc per a conductes suïcides.

La segona de les accions que es proposen per assolir aquest objectiu és *“potenciar accions de prevenció del suïcidi als centres educatius”*, destacant especialment en aquest context la necessitat de potenciar la capacitat de saber com demanar ajuda en aspectes de salut mental i addiccions.

Una altra de les accions que ens sembla rellevant destacar és *“el disseny de programes escolars de prevenció de la violència i desenvolupament d’habilitats socials i emocionals, amb la coparticipació de mestres i altre personal docent, alumnes i pares/tutors legals, relacionats amb el foment de la responsabilitat social i de les aptituds socials i emocionals”*. Una de les activitats que es proposen que considerem d’especial rellevància és la incorporació de la identificació i l’abordatge del risc de suïcidi en la formació continuada del professorat amb dedicació especial a grups de risc. En aquest àmbit, creiem que els i les mestres que treballen al context penitenciari poden tenir una especial capacitat d’incidència sobre aquests joves, essent, per tant, un agent que considerem estratègic en aquest àmbit. Aquesta activitat estaria íntimament relacionada amb la següent acció la qual recull la necessitat d’incorporar formació respecte als senyals d’alerta als centres educatius per identificar casos d’alt risc de depressió i de suïcidi.

La cinquena de les accions establertes per a assolir aquest cinquè objectiu està enfocada a incorporar formació en prevenció del suïcidi en els programes educatius. Entre les activitats que es proposen per al seu desenvolupament cal destacar la de seleccionar i formar persones referents que serveixin de suport i orientació en la identificació i l’abordatge del risc suïcidi. També comporta la formació de persones sentinella, així com l’existència d’un sistema per donar assessorament i suport. Tot i que el PLAPRESC fa referència en aquest punt a l’entorn universitari, pensem que aquesta acció podria extrapolar-se igualment al context penitenciari i aterrar en la figura de l’intern/a de suport.

L’última de les accions a la que volem fer menció està enfocada a *“incorporar formació en la prevenció del suïcidi dirigida als professionals que exerceixen algun tipus de tutelatge i acompanyament (entrenadors, monitors de lleure i altres figures) a joves en situació de vulnerabilitat i adults que es trobin en*

situació de malestar emocional en els àmbits de l'entorn comunitari". En aquest àmbit creiem que els monitors esportius, així com altres professionals que realitzen activitats d'oci dirigides a la població penitenciària poden constituir també agents estratègics.

El sisè objectiu (o segon d'aquesta àrea) és *"donar suport a persones víctimes de violència, abús i/o situacions límit, incloent-hi l'estrès posttraumàtic"*, condicions totes elles força habituals entre la població penitenciària, especialment la femenina. Les accions que s'estableixen en aquest punt estan enfocades a donar suport a aquestes persones, així com a millorar la detecció i abordatge de la conducta suïcida en aquests casos. Considerem rellevant remarcar diverses de les activitats que en aquest àmbit es proposen: (1) Garantir que els serveis de salut mental i addicions i d'altres àmbits i serveis implicats que interactuen amb les persones cobreixen les necessitats de salut de les víctimes de violència masclista i altra violència intrafamiliar; (2) Millorar-ne els temps d'atenció i la capacitat; (3) Incorporar l'avaluació sistemàtica de la violència intrafamiliar i de gènere com un factor de risc de suïcidi en l'algoritme d'avaluació del Codi risc de suïcidi a Catalunya; (4) Efectuar un programa de seguiment i suport de les víctimes d'abusos infantils i amb biografies adverses, així com l'assetjament i la violència escolar, en les quals s'identifiqui un possible risc de suïcidi; i (5) Establir un protocol específic de seguiment dels casos de delictes sexuals i violència sexual

El setè dels objectius específics que s'estableix és: *"donar suport a persones amb factors de risc socials i de salut"*, en aquest punt cal destacar diverses accions. La primera d'elles està enfocada a la necessitat de millorar la detecció i l'abordatge en persones en situació de desigualtat social i greu risc d'exclusió social, a través de mesures (o activitats) concretes com ara potenciar polítiques actives de treball, especialment en el cas de persones amb responsabilitat familiar. És evident que la privació de llibertat comporta, en la majoria dels casos, una afectació econòmica, tant a la persona presa com a la seva família, afectació que pot fer augmentar encara més el risc d'exclusió social d'aquestes persones, així com les sobrecàrregues econòmiques.

La segona, està enfocada a millorar el suport a les dones embarassades i durant el primer any després del part, i la tercera a millorar la detecció i l'abordatge de la conducta suïcida en gent gran, persones amb malalties cròniques i discapacitats, persones amb dolor, malaltia avançada i altres persones en situació de vulnerabilitat, de forma integrada i coordinada amb els diferents àmbits i serveis implicats. És important tenir en compte en aquest sentit que més enllà de la major prevalença de malalties tant en l'àmbit de la salut física com mental que s'identifica a la població penitenciària respecte a la població general, la població penitenciària és una població cada vegada més envellida. Aquest fet ha comportat que la prevalença de malalties cròniques a la presó ha augmentat a nivells similars als de la població general, però amb un índex de diagnòstics molt més reduït¹⁰. L'impacte d'una malaltia sobre qualsevol persona es pot entendre com una situació de crisi, que posa pot fer trontollar el seu equilibri personal. L'impacte que aquesta pugui tenir sobre una persona dependrà de la gravetat de la malaltia, la seva durada i complexitat, de les capacitats de la persona per assumir-la, però també del grau de suport social i familiar que tingui a disposició. L'empresonament comporta l'aïllament de l'entorn social i familiar, per la qual cosa ineludiblement, comportarà un major impacte de qualsevol malaltia, per la qual cosa ha de ser un aspecte al qual qualsevol estratègia de prevenció del suïcidi al context penitenciari hauria de prestar atenció.

La quarta de les accions contemplada en aquesta segona àrea està dirigida a millorar la detecció i l'abordatge en el cas de les persones incurses en processos penals com a encausades o penades i la cinquena als centres penitenciaris. Respecte a aquesta última acció cal destacar la necessitat establerta al PLAPRESC de consensuar i unificar amb els referents dels centres penitenciaris i de detenció, les estratègies del PLAPRESC perquè siguin desenvolupades de forma conjunta amb institucions penitenciàries així com de garantir que els centres penitenciaris tinguin contacte amb organismes

¹⁰ Com han posat en relleu alguns estudis, com el del Grupo de Enfermería de Sanidad Penitenciaria (2014), les patologies cròniques en els Centres Penitenciaris (CP) es comporten com un iceberg, estant diagnosticada el 19,7% de la població penitenciària (part visible) respecte a un 32,2% que presentant criteris diagnòstics d'unes certes patologies no han estat diagnosticats (part submergida).

de prevenció del suïcidi i amb el circuit del Codi risc de suïcidi (CRS). Aquest extrem evidencia com el PLAPRESC és un pla dissenyat per a ser adaptat al context penitenciari, fent-se extensives, per tant, les accions i les activitats previstes a aquest context i acostant al mateix, als agents que treballen al context comunitari.

Dins d'aquesta acció volem destacar també l'activitat que recull la necessitat de desenvolupar un programa de seguiment i protecció específica per a persones en llibertat condicional o excarceracions de persones privades de llibertat en situació de risc de suïcidi.

La sisena de les accions establertes per a assolir aquest cinquè objectiu és el de millorar la detecció i l'abordatge de la conducta suïcida de persones que pateixen discriminació per la seva orientació sexual i/o per la seva identitat de gènere, un col·lectiu que en molts casos pot veure afectada el seu grau de discriminació al context penitenciari. Entre les activitats concretes a desenvolupar que es proposen, cal destacar la necessitat de treballar de manera conjunta amb el col·lectiu LGTBI en les estratègies per reduir el risc de suïcidi.

La setena de les accions definides és la necessitat d'establir estratègies per treballar conjuntament amb programes adreçats a persones refugiades i migrants, amb intervencions adaptades a grups culturals específics. En aquest punt cal destacar algunes de les activitats concretes que es proposen, com millorar la competència cultural en l'abordatge de la depressió i les conductes que afavoreixen l'aparició de la conducta suïcida o incloure de forma activa les persones que tenen dificultat a l'hora de comunicar-se per raó de l'idioma, a aquelles que tenen barreres d'accés de tipus cultural o que estan fora del sistema. Atenent l'elevada proporció de persones estrangeres que trobem entre la població privada de llibertat, considerem molt rellevant que les diferències culturals sigui una variable a tenir en compte a l'hora d'abordar la conducta suïcida al context penitenciari.

La vuitena de les accions que s'integren en aquest àmbit i que considerem també de vital rellevància al context penitenciari està dirigida a establir

programes de suport per a homes que tenen dificultats en el maneig de les emocions com la ira, amb l'objectiu preventiu de la conducta suïcida. Ja hem abordat abans els trets de personalitat habituals entre la població penitenciària, per la qual cosa no creiem necessari justificar novament el perquè és, per tant, un àmbit al qual s'hauria de prestar especial atenció al context penitenciari, no únicament en l'àmbit de la prevenció del suïcidi, sinó també en el de la reinserció.

Una altra de les accions que considerem que s'ha de destacar és la de revisar els protocols de prevenció del suïcidi de les persones ateses per malaltia mental i addiccions, ja que com ja s'ha assenyalat, la prevalença de trastorns mentals i d'abús de substàncies és molt superior al context penitenciari que a la població general. En aquest àmbit considerem pertinent destacar la necessitat d'enfortir el programa de salut mental per a l'abordatge i tractament adequats, oportuns i efectius de la depressió i altres formes de malaltia mental altament relacionades amb el risc de suïcidi en població general, amb un model d'atenció integrada de l'atenció primària i de la salut mental i les addiccions i un abordatge individualitzat conforme a les guies de pràctica clínica basades en l'evidència científica

L'última de les accions definides per a assolir aquest cinquè objectiu que volíem recollir és oferir programes de suport telefònic i en línia per a persones amb malestar emocional de forma coordinada amb el 061 i el Codi Risc de suïcidi, recurs que creiem que podria ser especialment útil al context penitenciari, atenent l'aïllament social derivat de l'empresonament.

Àrea 1.3. Prevenció indicada

Els programes de prevenció indicada estan adreçats a les persones amb factors específics de vulnerabilitat que experimenten els primers símptomes. El vuitè dels objectius específics que es marca el PLAPRESC és l'únic que es dirigeix a l'àrea de prevenció indicatiària. Aquest objectiu és "*centrar-se en grups d'alt risc ajuda a prevenir actes suïcides repetits*". Veiem, per tant, que en aquesta àrea les accions estan dirigides a les persones que ja han protagonitzat en alguna ocasió un intent autolític.

La primera de les accions que es proposen per assolir-lo és potenciar les estratègies basades en l'evidència científica que condueixin a la reducció del risc en persones en situació d'alt risc de suïcidi i antecedents previs. Entre les activitats proposades per dur a terme aquesta acció, en destaquem algunes com: proposar cursos en línia, com per exemple píndoles formatives, de pràctiques basades en l'evidència científica per a la prevenció específica del suïcidi de persones amb conductes suïcides prèvies. Aquestes formacions estarien dirigides als pacients, als familiars i amics/gues, companys/es, i professionals. Es proposa també a aquestes mateixes persones serveis d'assessorament sobre estratègies preventives i signes d'alerta. També considerem rellevant destacar la proposta de millora de les vies d'atenció general i atenció psicosocial i psiquiàtrica per a persones en situació de vulnerabilitat a conductes suïcides.

Una altra de les accions incloses en aquest bloc del PLAPRESC que considerem que podria tenir un fort impacte al context penitenciari és el fet de garantir la utilització de serveis de salut mental i d'addiccions per a la prevenció i atenció del suïcidi. En aquest àmbit es recomana potenciar la identificació i l'abordatge dels factors de risc i desencadenants del suïcidi en el cas de persones amb trastorn d'ansietat /o trastorn de consum de substàncies, i/o addiccions comportamentals, així com promoure l'accessibilitat, continuïtat, compliment i efectivitat de l'ús de teràpies per a persones amb trastorn bipolar, psicosi (entre d'altres) que estiguin en situació de risc de suïcidi.

Finalment, volem destacar la quarta de les accions establertes per assolir aquest objectiu: incorporar l'entorn familiar, relacional i comunitari en la prevenció de conductes suïcides en casos d'alt risc. Per a aquesta acció, a més de les activitats directament dirigides a fomentar la participació d'aquests agents en la gestió de casos, es proposa elaborar un manual d'instruccions per a companys/es i amics/gues sobre criteris d'actuació quan es detecti un risc elevat de suïcidi i afavorir iniciatives de suport entre iguals per a la prevenció del suïcidi. No podem obviar que l'empresonament comporta una convivència forçada amb la resta de les persones preses, convivència que portarà a l'assoliment de vincles i relacions que poden tenir un especial impacte en la

prevenció del suïcidi. És per aquest motiu que pensem que, amb independència de la formació específica dirigida a la figura dels interns/es de suport, s'hauria de dirigir formacions i capacitacions al conjunt de la població penitenciària, a fi de maximitzar el seu potencial com a agents de prevenció i seguiment de les persones identificades de risc.

Prevenció estructural, arquitectònica i adequació de l'entorn

L'última de les àrees d'aquesta primera línia estratègica enfocada a la prevenció primerenca, és l'enfocada a la prevenció estructural, arquitectònica i a l'adequació de l'entorn. Com per a l'anterior àrea en aquesta, el PLAPRESC es marca un únic objectiu: *“promoure espais segurs i respectuosos que disminueixin els riscos associats als punts denominats calents en l'àmbit de la prevenció del suïcidi”*. Aquests punts calents són fàcilment identificables al context penitenciari, per la qual cosa pensem que hauria de ser més fàcil incidir sobre aquests.

Pel que fa a les accions previstes, la primera d'elles està enfocada a promoure bones pràctiques en la indústria, arquitectura i enginyeria civil per limitar l'accés als mitjans letals, recomanant-se la inversió de majors recursos en les zones on hi ha hagut més quantitat de suïcidis, així com la millora de les instal·lacions i les mesures de prevenció.

En segon lloc, s'estableix com a acció a desenvolupar el fet de garantir un entorn d'atenció segur als centres d'hospitalització de salut mental i addiccions, als serveis d'urgències, als centres penitenciaris i a altres serveis assistencials per a la prevenció del risc de suïcidi. Pel que fa a les activitats, es proposa garantir que aquests espais disposin d'una avaluació del risc ambiental anual, per tal d'identificar les característiques del medi físic que es podrien utilitzar per intentar suïcidar-se, així com que l'organització prengui les accions necessàries per minimitzar el risc.

Línia 2. Detecció, accés, atenció immediata, tractament, recuperació i processos de suport en casos d'intents de suïcidi

La segona línia estratègica del PLAPRESC integra tots aquells objectius a assolir i accions en l'àmbit de la detecció, abordatge i seguiment de les persones en risc de suïcidi, així com els processos de suport dirigits a aquelles persones que ja han protagonitzat algun intent autolític.

Aquesta línia estratègica es divideix novament en 4 àrees d'activitat. Veiem en què consisteix cadascuna d'elles.

Àrea 2.1. Identificació de casos de risc i derivació als serveis de tractament

El desè objectiu del PLAPRESC i primer per a aquesta àrea estratègica és *“afavorir la identificació i derivació a l'àmbit sanitari de persones respecte de les quals hi hagi sospita de risc de suïcidi”*. Una de les accions que es proposen per assolir aquest objectiu que ens agradaria destacar està enfocada a millorar la prevenció del suïcidi per part dels serveis d'atenció primària i d'altres serveis prestadors de serveis de salut, socials i penitenciaris. Entre les activitats que es proposen destaquem la necessitat de garantir l'existència d'una estratègia de detecció primerenca dels casos d'alt risc de suïcidi. Això, tal com s'estableix al PLAPRESC, implica fer cribratges de risc de suïcidi en la població de risc amb les eines adequades en funció de la situació de les persones. Les eines han d'incloure la identificació de factors de risc i de protecció rellevants als àmbits individual, familiar, comunitari i social, i tant de suïcidi com d'intents de suïcidi.

La segona de les accions que volem destacar és la d'introduir programes de prevenció específica en patologies o situacions en què hi ha un elevat risc de suïcidi, proposant-se garantir que totes les persones que tinguin alguna de les condicions o situacions identificades com a prioritàries (p. ex. malaltia crònica, alteracions emocionals agudes, etc.) se'ls preguntin sobre els seus pensaments, plans o actes de lesió autoinfligida o suïcidi. També es recomana com a activitat la millora de la detecció de risc de suïcidi en el cas de joves que s'autolesionen i els qui han estat víctimes d'abús, negligència o maltractament

a la infància, ja que presenten un risc més elevat de tenir ideació suïcida i cometre actes suïcides.

Pel que fa a la prevenció, en el cas d'homes adults s'emfatitza la necessitat d'activar mesures que tinguin en compte la competència cultural d'aquestes persones, i les situacions d'especial vulnerabilitat que se'n puguin derivar d'aquestes. En relació amb aquest col·lectiu, es recomana que sempre que es detecti que la persona presenta un elevat risc social, factors precipitants i signes d'alarma del risc de suïcidi (la finalització d'una relació sentimental o de separació o divorci de la parella, la mort d'una persona estimada, l'acomiadament si són persones amb responsabilitats familiars o l'existència de greus problemes financers) s'activin estratègies específiques per la detecció primerenca del risc, en coordinació amb els serveis socials. En aquest àmbit, els i les professionals dels Equips de tractament dels centres penitenciaris, resulten agents estratègics, especialment els i les treballadores socials, en la mesura en què tenen o poden tenir coneixement d'aquest tipus de casuístiques que poden afrontar les persones preses.

Àrea 2.2. Accessibilitat i continuïtat de l'atenció

En aquesta àrea es defineix un únic objectiu consistent en "*millorar l'accés a serveis sanitaris i de la xarxa de salut mental i addiccions per a persones en situació d'elevat risc suïcida eliminant les barreres a l'atenció i assegurant la continuïtat amb altres professionals i recursos d'ajuda (sanitaris i/o comunitaris)*". Resulta evident que la necessitat d'eliminar les barreres d'accés a aquests recursos cobra encara una major rellevància al context penitenciar. Per assolir aquest objectiu, s'estableix la necessitat de promoure l'accés immediat d'aquestes persones als serveis integrats existents, valorant-se com a necessari millorar l'accés d'aquestes persones a intervencions terapèutiques efectives per a persones vulnerables al suïcidi, així com establir un pla integrat amb la xarxa de discapacitat intel·lectual que atén persones amb elevat risc de suïcidi.

Àrea 2.3. Intervenció i tractament oportú. Actuació en situacions de crisi: emergències i primera intervenció

Pel que fa a aquesta àrea considerem rellevant destacar un únic dels seus objectius, atenent a què la resta estan enfocats a la intervenció de certes professions considerades de risc en situacions d'emergència, com la que es va donar durant la pandèmia derivada de l'extensió del virus SARS-CoV-2. Es tracta de l'objectiu 13, el qual està dirigit a *“garantir la resposta individual per als pacients que necessiten intervenció relacionada amb el seu risc elevat i/o presència de conductes suïcides, tenint en compte els seus drets i les seves necessitats d'integritat personal”*.

En relació a les accions proposades volem destacar-ne també una; la de garantir la realització d'estratègies i plans individualitzats per a cada persona en situació de risc de suïcidi amb estratègies basades en l'evidència científica i la utilitat clínica. En aquest àmbit s'estableix la necessitat que les persones en risc puguin participar de l'elaboració del seu pla o tractament, aspecte que considerem imprescindible per garantir la seva participació activa, i per tant la major efectivitat d'aquest. Una altra de les activitats que es proposen al PLAPRESC que pensem que podria ser d'utilitat per acostar els recursos de la xarxa comunitària a la presó que en proposa és integrar l'atenció no presencial al suport i a l'acompanyament en casos de risc de suïcidi, per tal de millorar l'accessibilitat i efectivitat de les estratègies de recuperació.

També considerem interessant destacar l'activitat enfocada al desenvolupament de models que ajudin als i les professionals a establir un pla individualitzat de seguretat per a cada pacient, elaborat de forma col·laborativa entre les diferents disciplines que intervenen en la seva atenció.

Àrea 2.4. Procés de recuperació després d'un intent de suïcidi

Aquesta àrea inclou també un únic objectiu, que es pretén desenvolupar a través d'una única acció. L'objectiu específic és *“garantir serveis segurs i de qualitat per a persones vulnerables al suïcidi que estiguin en procés de recuperació després d'un intent de suïcidi”*. Per assolir-lo es proposen activitats com garantir un seguiment d'aquests pacients amb perspectiva de gènere i que tingui en compte també les necessitats individuals i de la seva situació clínica, sense deixar de banda els drets dels pacients al llarg de tot el procés, així com

donar suport a familiars i xarxa relacional de les persones després d'un intent de suïcidi. Com es pot constatar, al PLAPRESC la perspectiva de gènere no és una categoria d'anàlisi que s'empri únicament durant l'etapa de la detecció o avaluació del risc, és a dir que determini els factors a avaluar en funció del gènere de la persona, si no que és una eina que s'empra al llarg de tot el procés per ajudar a donar una resposta més adaptada i, per tant, útil a les necessitats de cada persona.

Línia 3. Postvenció i suport a la família i a altres supervivents

La tercera de les línies estratègiques integra totes les accions que s'inclouen dintre de l'àmbit de la postvenció, és a dir, totes les accions dirigides a donar suport, acompanyar i treballar amb els supervivents del suïcidi. Es tracta d'accions que tenen com a principal objectiu mitigar els riscos cap a aquestes persones derivats de la situació viscuda. La línia 3 es divideix en 3 àrees diferents.

Àrea 3.1. Suport en el procés immediat després d'un cas de suïcidi. Anàlisi de la situació i mitigació de l'impacte i riscos associats

En aquesta àrea l'objectiu que s'estableix és *“millorar la intervenció i l'abordatge en la postvenció immediata”*. Per fer-ho, es proposen diverses mesures entre les quals considerem rellevant destacar l'elaboració d'un protocol d'actuació en cas del suïcidi per tal de garantir que hi hagi una actuació adequada dels i les professionals que hi intervenen, així com la incorporació d'àrees de la formació continuada per a professionals de primera intervenció, atenció primària, salut mental i addiccions, urgències generals, serveis socials, centres penitenciaris i agents socials, perquè sàpiguen atendre i/o derivar correctament als serveis de suport i ajuda les persones que han perdut un ésser estimat per suïcides.

Àrea 3.2. Suport a familiars, amics, companys, altres supervivents i professionals després d'un suïcidi

L'objectiu establert en aquesta àrea és *“garantir que les persones supervivents reben un suport i una resposta adequada a les seves necessitats dels serveis*

socials, de salut, d'educació, de lleure i del sistema judicial". Per fer-ho es proposen diverses accions. La primera que volem destacar és la incorporació de l'atenció als supervivents dins de la prestació de serveis del Departament de Salut, oferint a aquestes persones estratègies multimodals d'intervenció en els casos detectats de risc amb dol disfuncional, que incloguin el suport terapèutic i l'educatiu. En aquest àmbit, el pla emfatitza la necessitat d'involucrar l'entorn social de la persona, els quals han de comptar amb el suport d'una persona formada específicament.

La segona, és el desenvolupament de plans per informar a familiars, amics, companys i altres implicats i l'elaboració de documentació dirigida a aquestes persones sobre aspectes pràctics que els ajudin en el procés de recuperació, tenint en compte els temes transversals i les característiques específiques del grup al qual s'adrecen. Com apuntàvem, el perfil habitual de les persones preses i les seves famílies comporta que aquests/es constitueixen un col·lectiu amb necessitats i característiques específiques que s'han de tenir en compte a l'hora de desenvolupar aquests plans d'informació i acompanyament.

La tercera de les accions proposades per a assolir aquest objectiu que volem destacar és la importància de fomentar i donar suport a l'associacionisme de supervivents des de les institucions públiques, entre les queensem s'haurien de trobar les penitenciàries. Les activitats que es proposen en aquest àmbit es dirigeixen entre altres aspectes a fomentar el suport comunitari i la participació de tots els agents implicats, així com a oferir formació sobre les necessitats del procés i l'abordatge dels supervivents als professionals implicats i altres col·lectius.

Àrea 3.3 Suport als i les professionals en cas de suïcidi de la persona atesa

L'objectiu específic establert per a aquesta àrea és "*consolidar, dins de la línia de seguretat dels pacients, el suport a les segones víctimes en cas de suïcidi del pacient*". Per fer-ho es proposa incloure dins del Programa de seguretat dels pacients, en la línia d'atenció de suport a segones víctimes, als i les professionals de la salut, serveis socials i serveis penitenciaris, que hagin viscut

la mort per suïcidi d'una de les persones ateses o que estigui sota la seva custòdia.

Línia 4. Seguretat dels pacients i prevenció del suïcidi

Aquesta quarta línia comprèn les accions enfocades a mitigar els riscos de les persones que es troben en seguiment en el marc del programa de prevenció de suïcidis. Aquesta se subdivideix en 5 àrees diferents.

Àrea 4.1. Pla de seguretat de l'atenció en relació amb el risc de suïcidi

L'objectiu específic establert per a aquesta àrea és *“potenciar la seguretat dels pacients pel que fa a persones en situació de risc de suïcidi ateses als dispositius socials, sanitaris, centres penitenciaris i de justícia juvenil”*. Volem destacar dues de les accions que es proposen per assolir-lo; la primera està enfocada a garantir l'existència de plans de seguretat dels pacients basats en l'evidència científica en tots els nivells d'atenció sanitària, social i penitenciària, en el mapa d'actius comunitaris i de salut del territori. Les activitats que en destaquem respecte a aquesta acció s'enfoquen a potenciar les estratègies en aquest àmbit així com el seu desplegament mitjançant tant recursos i serveis públics com privats que atenen persones en situació de risc de suïcidi, així com a establir un model de plans de seguretat individuals, basats en les característiques i preferències dels pacients, de les necessitats i suport de l'entorn familiar i relacional, i de les millors evidències disponibles segons cada context determinat. Com es pot constatar, el pla s'ha de desenvolupar atenent les característiques (factors de risc i protecció) de cada persona, tenint en compte sempre l'opinió de la persona. Tal com es desenvolupa al PLAPRESC aquests models han de tenir les variables mínimes que permetin valorar els riscos i factors protectors relacionats amb: a) característiques personals; b) entorn familiar; c) entorn domiciliari; d) entorn laboral, i e) entorn comunitari.

La segona de les accions que destaquem està enfocada a potenciar una metodologia proactiva que permeti gestionar els riscos i incidents de seguretat de les persones ateses als diferents nivells d'atenció: sanitaris, socials, educatius, laborals, comissaries i serveis penitenciaris i de justícia juvenil,

incloent-hi tant l'atenció presencial com la virtual. Considerem que, atenent les característiques concretes de l'entorn penitenciari (entre d'altres, la llunyania respecte als nuclis urbans, i normes restrictives de seguretat que dificulten l'accés als establiments així com la lliure circulació al seu interior), la incorporació de mètodes d'atenció virtual a diferents nivells pot ser un recurs molt útil per facilitar l'acostament dels recursos comunitaris a aquest context.

Àrea 4.2 Sistemes d'anàlisi de cas, notificació i millora de la seguretat de l'atenció

També en aquesta àrea s'estableix un únic objectiu, que en aquest cas es dirigeix a *“potenciar la utilització de les eines de millora de la seguretat dels pacients per millorar el procés d'aprenentatge vers als resultats de salut i benestar dels pacients, familiars i professionals”*.

De les accions proposades resulta pertinent destacar la necessitat d'incorporar metodologies reactives d'anàlisi de cas cada vegada que es produeixi un suïcidi. Pel que fa a les activitats proposades cal destacar la necessitat que aquestes revisions siguin realitzades per equips multidisciplinaris, així com la incorporació en el sistema de notificació d'esdeveniments sentinella del centre els casos de suïcidi

Línia 5. Suport a la gestió de la informació i del coneixement en la vigilància epidemiològica

La cinquena de les línies estratègiques integra totes aquelles mesures i accions tendents a potenciar les recerques en relació amb la prevenció i la gestió del risc del suïcidi, suggerint diverses accions dirigides a garantir la sistematització de les dades disponibles així com l'anàlisi posterior dels incidents. Aquesta línia inclou també les accions dirigides a la capacitació dels diversos professionals i agents implicats, a fi de maximitzar les seves capacitats de detecció i abordatge de les conductes suïcides.

Com es pot inferir, són molts els objectius així com les accions que es recomanen per assolir-los, que escaparien a les competències penitenciàries. És per aquest motiu que en el marc de les anàlisis de les propostes que

s'integren dins d'aquesta línia estratègica prestarem atenció únicament a aquelles àrees, objectius, accions i activitats que considerem que poden o podrien ser extrapolables al context penitenciari.

Àrea 5.1 Suport a la recerca

L'objectiu establert per aquesta primera àrea de la línia 5 és *“fomentar la investigació epidemiològica, clínica, social i medicoforense per millorar l'evidència científica sobre la conducta suïcida i la seva prevenció, amb una perspectiva interseccional”*. Tot i que aquest és un dels àmbits als quals fèiem referència anteriorment, en la mesura en què escaparia a les competències penitenciàries, hem considerat rellevant destacar una de les activitats que es proposen per a assolir-lo. Aquesta activitat està dirigida a elaborar i adoptar un índex de benestar, per al seguiment a escala poblacional de persones, grups i comunitats amb el risc més elevat de suïcidi. Com s'ha anat evidenciant, la població penitenciària és un grup d'especial vulnerabilitat en aquest àmbit, que a més presenta característiques diferencials molt marcades. És per aquest motiu que pensem que seria bo disposar d'escales específiques per mesurar aquest índex que puguin ajudar a detectar necessitats estructurals d'intervenció.

Àrea 5.2 Suport als processos de recollida i sistemes de gestió de la informació

L'objectiu que s'estableix per aquesta àrea és *“millorar la qualitat i la temporalitat de les dades nacionals i locals sobre el suïcidi i els intents de suïcidi”*. Com en el cas anterior, farem menció únicament a una de les activitats que es proposen, en la mesura en què la resta estan enfocades a potenciar la coordinació en la sistematització i recollida de dades. L'activitat suggereix integrar en un mateix registre la valoració del risc de suïcidi efectuat per professionals del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), professionals d'altres departaments i per professionals de la xarxa privada. Tot i no fer menció explícita, creiem que això comportaria que les valoracions de riscos que es realitzin al context penitenciari s'haurien d'incorporar també al SISCAT.

Àrea 5.5 Formació i capacitació dels i les professionals

L'objectiu establert per a aquesta àrea és *“contribuir a millorar la competència dels i les professionals de tots els àmbits implicats en la detecció del suïcidi per al reconeixement i l'abordatge de les persones en situació de risc de suïcidi”*.

Volem destacar dues de les accions que es proposen per assolir aquest objectiu, la primera està enfocada a contribuir a millorar la competència dels i les professionals que intervenen de forma activa en l'estratègia de prevenció, reconeixement i atenció de les persones en situació de risc de suïcidi amb perspectiva interseccional. Com es pot constatar, el PLAPRESC va més enllà de capacitar a aquests/es professionals en l'adopció de la perspectiva de gènere de forma transversal al llarg de tot el procés, establint la necessitat d'adoptar una mirada interseccional, que a més del gènere tingui en compte variables interconnectades com l'origen i la classe social.

Entre les activitats que es proposen en aquest àmbit cal destacar la incorporació de la prevenció del suïcidi i la seva postvenció en els programes de formació continuada per a professionals, i fomentar el personal encarregat de coordinar les mesures preventives de suïcidi en cada territori, així com en centres i serveis, amb l'objectiu d'establir un referent que coordini iniciatives del PLAPRESC aplicables al seu centre, servei o territori. Això comportaria, per tant, la necessitat que cada centre penitenciari comptés amb un/a professional referent per coordinar les iniciatives del PLAPRESC amb els recursos disponibles a nivell comunitari en cadascun dels territoris on aquests s'ubiquen.

Aquesta última activitat es relaciona directament amb la segona de les accions que volíem destacar, el fet de garantir la millora de les competències dels i els professionals per donar resposta als reptes que planteja el PLAPRESC.

Línia 6. Governança, desplegament del pla i rendició de comptes

L'última de les línies estratègiques del PLAPRESC està enfocada a enfortir els mecanismes institucionals existents a fi de garantir una efectiva implementació del pla, garantint alhora la coordinació entre les diverses institucions i departaments implicats al pla. També comprèn les accions enfocades a garantir el monitoratge i l'avaluació del pla a fi de poder realitzar una veritable rendició de comptes, així com la millora continua de les actuacions.

Igual que la línia estratègica anterior, la línia 6 integra estratègies més enfocades a aspectes generals del pla (previsions pressupostàries, aliances polítiques, etc.), que en la majoria dels casos escapen a les competències penitenciàries, i tenen per tant escassa rellevància per al nostre àmbit de treball. És per aquest motiu pel qual, com s'ha fet amb la línia anterior, es prestarà atenció únicament a aquelles àrees o àmbits que pensem poden traduir-se en accions extrapolables al context penitenciari.

Àrea 6.2. Estratègia de desplegament del Pla i estratègia de canvi

L'objectiu específic que s'estableix per a aquesta àrea és *“establir estratègies d'implementació del PLAPRESC per passar de la teoria a la pràctica”*. Com s'ha anat veient, el PLAPRESC és un pla integral i multimodal que requereix la coordinació d'un gran nombre d'agents i recursos públics i, per tant, la participació de moltes institucions. Es tracta d'un pla que requereix un gran nombre de canvis pel que fa a les pràctiques i protocols d'actuació d'aquestes institucions i agents, motius pels quals resulta evident que per garantir la seva adequada implementació resulta imprescindible l'activació d'un gran nombre d'estratègies i aliances.

Una de les accions proposades per a assolir aquest objectiu que volem remarcar és dissenyar com serà aquesta estratègia de canvi i el procés d'implementació del pla. En aquest punt, se suggereixen activitats com incloure la prevenció del suïcidi dins dels contractes programa de les organitzacions sanitàries, de serveis socials, educatives i penitenciàries de Catalunya. També volem destacar la proposta d'implementar les intervencions

basades en l'evidència científica de forma coordinada entre serveis i institucions.

Àrea 6.3. Coordinació interdepartamental i interadministrativa

L'objectiu que s'estableix en aquesta àrea està enfocat a garantir la coordinació interdepartamental per assolir conjuntament les metes del PLAPRESC.

Destaquem en aquest punt únicament una de les activitats que es proposen, que estableix la necessitat que el pla inclogui estratègies multifocals i multinivells de forma simultània i sinèrgica per aconseguir millors resultats, prioritzant els paquets de mesures integrades per activar un projecte col·laboratiu de gran escala amb la finalitat d'implementar-les de forma coordinada i sinèrgica. Com es pot constatar, el pla està pensat per garantir una intervenció holística a tots els contextos, el que necessàriament requereix la coordinació de totes les institucions, administracions, entitats i professionals implicats al mateix, entre els quals es troben l'administració penitenciària i els seus i les seves professionals.

Àrea 6.4. Integració vertical i horitzontal de serveis per prevenir el suïcidi

L'últim dels objectius als quals farem menció està molt relacionat amb l'última activitat a què s'ha fet menció. Aquest objectiu, l'últim dels PLAPRESC, està dirigit a *“desenvolupar intervencions i accions efectives multidisciplinàries amb participació dels diferents serveis, agències i associacions que intervenen en el desplegament del PLAPRESC”*. Com en el cas anterior, en destaquem únicament una activitat que proposa generar una aliança amb els organismes locals i les entitats prestadores de serveis locals i comunitaris per a l'abordatge conjunt i integrat de la prevenció del suïcidi.

4.2 La prevenció dels suïcidis als centres penitenciaris catalans

4.2.1.El programa marc de prevenció dels suïcidis als centres penitenciaris catalans

Mitjançant la Instrucció 2/2021, la Secretaria de Mesures Penals Reinserció i Atenció a la Víctima (SMPRAV) del Departament de Justícia, feia difusió dins l'àmbit d'execució penal de la darrera adaptació del Programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris de Catalunya.

El juliol de 2017 els consellers de Justícia i Salut van signar un acord de coordinació que, entre altres qüestions, preveia l'establiment de programes d'intervenció i prevenció de les conductes suïcides de forma coordinada entre els serveis d'atenció primària, salut mental i serveis penitenciaris i que, així mateix, constituïa una Comissió de seguiment. En data 16 d'octubre de 2018, es validava un Programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris de Catalunya, que entrava en vigor el dia 1 de juny de 2019. La posterior revisió del funcionament del Programa marc en els centres penitenciaris va determinar la necessitat d'introduir diferents canvis en el document i, en data 19 de novembre de 2020, es va validar la nova versió del Programa.

Atenent a que el PLAPRESC es va publicar el juny del 2021, el primer que ens crida l'atenció és que a data d'avui no s'hagi realitzat una nova adaptació del programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris catalans per integrar les mesures establertes en el marc del PLAPRESC.

En aquest apartat, analitzarem detalladament el contingut de l'esmentat programa, a fi d'identificar les línies principals de l'estratègia adoptada per l'administració penitenciària catalana a l'hora d'abordar el fenomen del suïcidi a les presons catalanes.

Principis

En l'apartat introductori del programa marc, després d'aportar algunes dades respecte al suïcidi, i especialment respecte a aquesta problemàtica en el context de les presons, es defineix els seus principis. Els principis en els quals, segons es fa constar al document analitzat, es basa el programa de prevenció de suïcidis a les presons catalanes, són:

- La promoció de la salut i la prevenció del suïcidi com a eixos centrals de treball dels centres penitenciaris.
- El fet que totes les persones que es relacionen en l'entorn penitenciari (interns, familiars o referents externs, entitats, professionals, etc.) són agents de promoció de la salut, prevenció, intervenció i postvenció.
- La necessitat que el treball per promocionar la salut, prevenir i tractar les conductes suïcides ha de tenir un enfocament biopsicosocial.
- La necessitat de trencar amb el tabú del suïcidi mitjançant la lluita contra l'estigmatització.
- La importància de promoure entre tots/es els/les agents que estan en contacte amb la institució la cultura que les morts per suïcidi són evitables.
- El fet que la coordinació entre professionals de tots els àmbits és una de les claus de l'èxit per a la prevenció i la intervenció eficaç.
- La necessitat d'aprendre de totes les incidències relacionades amb les morts per suïcidi, les temptatives de suïcidi i les autolesions.
- La necessitat de garantir l'atenció i el suport a les persones supervivents del suïcidi, així com als professionals vinculats de manera directa en el cas.

Al llarg de la nostra anàlisi, prestarem especial atenció a identificar fins a quin punt aquests principis s'integren de forma transversal a tot el Programa marc.

Objectius

Al segon apartat s'hi descriuen els objectius del programa. Els generals estan enfocats a: 1) minimitzar les morts per suïcidi, 2) prevenir la repetició de

temptatives i 3) augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida. Pel que fa als objectius específics que es marca són: 1) impulsar i garantir una atenció proactiva i adequada; 2) implantar un procediment homogeni i àgil; 3) garantir unes condicions òptimes de seguretat; 4) Relacionar les temptatives de suïcidi i els casos d'alt risc i fer-ne un seguiment longitudinal periòdic durant 12 mesos, que previngui noves temptatives; 5) Millorar la comunicació i coordinació intra i extrapenitenciària; i 6) Millorar la formació i capacitat dels professionals penitenciaris.

Una primera lectura d'aquests objectius posa en relleu que, atenent les característiques que com hem anat veient, presenta el fenomen de la conducta suïcida, problemàtica que sol requerir un abordatge molt adaptat a les característiques concretes de cada persona i molt sensible a les seves necessitats, el programa marc de prevenció del suïcidi als centres penitenciaris catalans, sembla voler impulsar un procediment que prioritzi l'agilitat a través de l'homogeneïtzació davant d'un procediment individualitzat sensible a les necessitats específiques de cada cas.

D'altra banda, crida l'atenció que, un dels principis en els quals, en la teoria, està basat el programa, el qual considerem a més de màxima prioritat, com és *"la promoció de la salut i la prevenció del suïcidi com a eixos centrals de treball dels centres penitenciaris"*, no sembla estar recollit entre el conjunt dels objectius, en la mesura en què cap d'ells sembla estar enfocat a assolir-lo. Tanmateix, com després veurem, el programa marc dedica un apartat a aquest àmbit d'activitat: la promoció de la salut en la prevenció del suïcidi, el qual és concretament al tercer apartat del pla.

Finalment, l'últim dels aspectes que volem remarcar en relació amb els objectius, està relacionat amb l'últim d'ells, el qual està dirigit a millorar la capacitat dels professionals. Crida l'atenció que tot i ser aquest un dels objectius del programa, no es dediqui cap apartat el mateix a descriure l'estratègia formativa dissenyada per garantir la correcta implementació del programa.

La promoció de la salut en la prevenció del suïcidi

En aquest punt el programa emfatitza la necessitat de dur a terme activitats divulgatives, d'informació i de formació psicoeducativa adreçades a la lluita contra l'estigmatització, les falses creences i els prejudicis envers el suïcidi. Amb aquest objectiu s'estableixen dos tipus d'activitats que han de ser impulsades des dels diversos centres penitenciaris, unes adreçades a proporcionar a les persones preses informació i educació sobre la prevenció del suïcidi, i altres amb el mateix objectiu, adreçades als i les professionals.

El programa proposa tasques concretes a desenvolupar per assolir cadascun dels objectius i estableix els equips responsables de cadascuna d'elles: Equips d'Atenció Primària Penitenciària (EAPP), equips de Salut Mental (SM), Equips de rehabilitació (RHB), Funcionaris/es dels serveis d'interior (FSI). Per a algunes d'aquestes tasques o activitats el programa inclou recursos als annexos, consistent principalment en tríptics informatius.

Les accions dirigides a l'equip de professionals es limiten a sessions de sensibilització que han de ser programades pel Consell de direcció del centre anualment. Les accions dirigides a la població reclusa són més variades: 1) informació a l'ingrés: sessió informativa als programes d'acollida; 2) Treballar els mites i les falses creences al voltant del suïcidi com a mínim en un dels subprogrames grupals d'intervenció del Programa Marc d'Organització Curricular (PMOC)¹¹; 3) Educar sobre la importància d'informar si detecten un company/a amb un possible risc de suïcidi. 4) Programar accions divulgatives i de formació en el Dia Mundial per a la Prevenció del Suïcidi.

Com es pot constatar, a excepció de la tercera d'elles, la qual tampoc no s'estableix quan ni com s'ha de dur a terme, la resta són accions puntuals, que es duen a terme en un moment concret de l'etapa de l'empresonament (ingrés o moment de realització d'un programa) o en un dia concret de l'any.

¹¹ Aquest programa estableix quins programes de tractament s'han de desenvolupar en totes les presons catalanes, la durada que han de tenir, els professionals que els han de dur a terme, etc.

La impressió inicial després de l'anàlisi del contingut d'aquest apartat, és que les accions en aquest àmbit es troben una mica limitades, i molt lluny del que estableixen altres programes de prevenció com el mateix PLAPRESC.

La detecció del suïcidi

El quart apartat del programa està dedicat ja a la detecció del suïcidi. En aquest punt, es deixa clara la idea que qualsevol persona pot detectar un risc de suïcidi per qualsevol via; tanmateix, s'identifiquen tres moments o etapes clau:

1. El moment de l'ingrés: establint-se la necessitat d'una valoració sistemàtica de cada persona a fi d'identificar persones vulnerables
2. Detecció espontània en qualsevol moment del compliment per l'aparició de variables sobrevingudes
3. Detecció en els trasllats o trànsits entre establiments

Per fer la detecció, el programa recomana atendre a una sèrie de **factors de risc i de protecció** que es detallen a l'annex 3 del programa. Aquests factors es diferencien entre:

1) Factors de risc:

a) biològics, genètics i psicològics: més temptatives a les dones que als homes però més mortalitat als homes, risc més alt en adolescents i persones grans, presència de trastorns mentals, temptatives prèvies, antecedents familiars, sentiments de desesperança, impulsivitat i agressivitat, consum de substàncies, rigidesa de pensament, dificultat en resolució de problemes;

b) Factors socials, culturals i mediambientals: viure sol/a, escàs suport familiar, estar solter/a o divorciat/da; manca de xarxa social, problemes socials, accessibilitat a material letal.

c) Esdeveniments vitals greus: antecedents de trauma, discapacitat física, mort o malaltia greu de familiars referents, altres estressors com l'atur, problemes de parella, etc.

d) Factors penitenciaris: primer ingrés, llarga condemna, delictes contra les persones, ressò als mitjans de comunicació, pèrdua de lligams familiars i socials, canvis en la situació processal penitenciària, suïcidi o temptativa d'un company/a, separació dels companys/es, canvis de centre, victimització a la presó.

e) Senyals d'alerta: sancions, canvis en la conducta, modificació i situació de compliment, regalar pertinences, aspecte trist, irritabilitat no habitual, no participació en activitats, sentiment que les coses et sobrepassen, expressions d'ideació suïcida o autolesions.

2) Factors de protecció:

a) psicològics socials o ambientals: bona salut, sentiment de seguretat, autoestima, capacitat d'adaptació i afrontament, habilitats de resolució de conflictes, socials i interpersonals, tenir fills/es, especialment en el cas de les dones; socials o mediambientals: suport familiar i social i integració, creences religioses o valors positius, valors tradicionals, seguiment de llarga durada en tractaments en salut mental, poca exposició a factors estressants.

Com es pot constatar, el seguit de factors a tenir en compte en el marc de l'avaluació és molt gran, sense que es faci una diferenciació d'aquests segons el perfil de la població (dona/home, joventut/adultesa, situació preventiva/condemna) més enllà de mínimes referències al major o menor risc que presenten un respecte als altres.

El programa tampoc facilita cap recurs o eina, com pogués ser un qüestionari o una llista de comprovació (*checklist*), per a què els o les professionals, o altra persona amb contacte amb la població reclusa, pugui realitzar una valoració sistemàtica i rigorosa en vers a aquests factors. Tampoc no estableix una

mínima relació entre els factors de risc i protecció o una orientació respecte al pes que se li ha de donar a cada variable.

Malgrat la complexitat que suposa estar atent a una gran diversitat de factors o variables, els quals en termes generals no llencen cap mena d'informació rellevant, sinó que són analitzats tots ells conjuntament, s'indica que tota persona ha d'estar atenta a aquests factors, i en cas de detectar qualsevol sospita de risc informar verbalment i per escrit al o la cap de serveis.

Més enllà del llistat de factors de risc i protecció, resumits anteriorment, que poden ser consultats a l'annex del programa marc, com s'explica a aquest mateix document, el sistema penitenciari català disposa també de l'eina **RisCanvi**, la qual està dissenyada per donar resposta a l'avaluació i la gestió del risc de tot el conjunt de la població penitenciària catalana. Aquesta eina és emprada pels i per les professionals dels equips de tractament en el marc de les seves tasques periòdiques d'avaluació de la població reclusa.

Segons s'estableix al Manual d'aplicació del RisCanvi elaborat per la pròpia SMPRAV (2019) el protocol de valoració RisCanvi preveu l'aplicació de dos tipus d'escala de valoració del risc: RisCanvi Screening (R-S) i RisCanvi Complet (R-C). L'escala R-S, consta de 10 factors de risc, essent una escala de cribratge que prediu la probabilitat d'aparició de 5 conductes criteri (violència auto dirigida, violència intrainstitucional, reincidència delictiva general i violenta, i trencament de condemna) per a tota la població penitenciària, discriminant aquelles persones de baix risc d'aquelles que són d'alt risc.

L'avaluació RisCanvi és universal i continua, tenint el resultat de les avaluacions, com a norma general, una vigència màxima de 6 mesos. L'inici del procediment de l'avaluació RisCanvi comença una vegada l'intern/a ingressa en un centre penitenciari. Si l'escala Screening indica un nivell de risc baix, aquesta és susceptible de quedar tancada amb la supervisió i correcció d'un validador/a. Per contra, si l'escala Screening dona un resultat alt, l'equip haurà de fer una nova avaluació amb l'escala completa.

L'escala completa (R-C) està formada per 43 factors de risc agrupats en les següents àrees o grups de factors: criminals; personals i biogràfics; socials i

familiars; clínics i de personalitat. D'igual manera que l'escala R-S, també valora el risc futur d'aparició de les 5 conductes criteri per a població penada. A diferència de l'escala R-S, el R-C distingeix els nivells de risc en tres categories: alt, mig o baix, en cada un dels criteris a predir.

Les crítiques que s'han realitzat en els darrers anys a les escales de valoració de riscos com el RisCanvi, han estat nombroses. Algunes d'aquestes estan relacionades amb la manca de fiabilitat dels seus resultats. Tal i com apunta Martínez (2014) el nombre d'errades en les prediccions realitzades a través d'aquests instruments és molt elevat, i fins i tot, no disminueix de forma significativa respecte del que generen els judicis clínics. Seguint a la mateixa autora (2016) els estudis de validació que s'han dut a terme per avaluar la capacitat predictiva d'aquest tipus d'instruments han llançat resultats molt pobres amb percentatges freqüentment inferiors al 50%.

Així mateix, s'ha de tenir en compte que, tot i que l'eina RisCanvi s'empri per avaluar el risc de violència autodirigida, no és una escala específicament dissenyada per avaluar el risc de suïcidi, essent especialment per a l'avaluació aquest criteri, on l'instrument ha mostrat major carències.

A la auditoria en relació amb l'algoritme RisCanvi¹², la darrera revisió de la qual es publicava al gener del 2024, no es van detectar biaixos discriminatoris greus en el RisCanvi Complet respecte a grups protegits en termes de sexe, edat ni nacionalitat. Tanmateix, si es van detectar biaixos significatius respecte a l'escala Sreening, la qual, com s'explicava, és l'escala que passa a la totalitat de població penitenciària. Concretament, els resultats d'aquesta escala, llancen una major proporció de falsos negatius en els casos protegits (dones, estrangers i menors de 30) i, suposant una subestimació del risc de Violència Autodirigida (Dribia Data Research, 2024). En altres paraules, l'algoritme té una taxa de falsos negatius més alt per dones, persones joves i persones estrangeres i, per tant, hi ha més persones que pertanyen a aquests subgrups classificades amb risc baix que després reincideixen en violència autodirigida.

¹² Auditoria encarregada per la Direcció General d'Afers penitenciaris del Departament de Justícia, Drets i Memòria a l'empresa Dribia Data Research

Així, es constata que l'ús de l'eina RisCanvi, al menys com s'empra actualment en el marc del sistema penitenciari català, no sembla ser un instrument suficientment eficaç per avaluar el risc de suïcidi de la població de dones privades de la seva llibertat.

Com estableixen els propis avaluadors, en una futura anàlisi respecte a l'eina RisCanvi, s'hauria de determinar si és necessari definir noves variables per RisCanvi Screening, recomanant, fins i tot, fer servir diferents algorismes per cadascun dels sub-grups de persones privades de llibertat.

Possibles mesures preventives i comunicació del risc als serveis mèdics

Una vegada detectat qualsevol senyal d'alarma per part de qualsevol professional del centre, i els fets hagin estat comunicats al cap de servei, aquest podrà valorar la pertinència d'activar una sèrie de mesures preventives, que es posaran en funcionament abans que la persona sigui visitada per un professional sanitari, qui realitzarà una valoració clínica d'aquest risc. Les mesures provisionals o preventives que contempla el programa són: no deixar la persona sola, garantir que estigui permanentment observada a la cel·la pel personal de vigilància o una càmera i retirar els objectes amb els quals es pugui autolesionar, o en cas de risc baix la monitorització dels senyals d'alerta i factors de risc.

Pel que fa a la mesura d'aïllament en cel·la permanentment vigilada, el programa estableix les especificitats que han de tenir aquestes cel·les, així com el protocol a seguir per ingressar a algú en aquestes. Han de ser cel·les individuals i climatitzades, el llit ha d'estar fix a terra i estar dotades amb un matalàs de difícil esquinçament, un lavabo i un rentamans amb mesures de seguretat, finestres no practicables i sense mànec o altres components que permetin lligar-hi cordes o altres elements. També han de disposar de càmera de videovigilància i so. Els accessos a la cel·la, als passadissos o als patis han de disposar d'elements que evitin la precipitació de l'intern. Abans de deixar la persona a la cel·la se li ha de

practicar un escorcoll integral i treure-li totes les pertinences personals i dotar-la de roba de llit i vestuari (de paper o similar) que en dificulti l'ús com a element autolesiu.

El o la cap de serveis serà el o la responsable també de comunicar la situació de risc, així com de les mesures provisionals adoptades, a la direcció del centre i als serveis sanitaris. Per a la realització d'aquestes comunicacions (serveis sanitaris i direcció) el protocol disposa de dues fitxes model que es poden consultar als annexos del mateix document, tanmateix, aquest constitueixen models estandarditzats, no específics per a aquest àmbit, on el o la professional indica únicament els fets que ha observat.

L'avaluació clínica del suïcidi

El següent epígraf del programa, està destinat a l'avaluació clínica del suïcidi, avaluació que duran a terme els i les professionals sanitàries. Aquest apartat comença amb una definició conceptual dels principals termes relacionats amb el suïcidi: ideació suïcida, comunicació suïcida (amença o pla), conducta suïcida i autolesió o gest suïcida, definicions en les quals no aprofundirem ara, atenint-nos a què aquestes ja han estat abordades a la introducció d'aquest mateix informe.

Segons estableix el Programa marc, l'avaluació clínica del risc de suïcidi l'ha de realitzar inicialment el metge o metgessa de l'EAPP i, en un segon nivell, el psiquiatre o la psiquiatra o psicòleg/a clínic de l'equip de salut mental del centre (ESM), mitjançant la utilització d'instruments validats, escales, factors de risc i la impressió clínica. Tal com s'indica al programa marc, el codi risc de suïcidi (CRS) recomana utilitzar la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), una escala clínica antiga, breu i de senzilla aplicació per a la detecció del risc del suïcidi. El qüestionari per a l'aplicació d'aquesta escala està inclòs als annexos del programa, i com es pot constatar, totes les preguntes estan dirigides a preguntar directament si ha tingut antecedents de conductes autolítiques i per la presència de pensaments suïcides.

El programa no fa menció a cap altra escala o instrument validat de la que s'hauran de valdre els i les professionals clínics per a la realització de la valoració del risc que estigui específicament dissenyat per avaluar el risc en el context penitenciari, menys encara a l'existència d'instruments d'avaluació específics per als diversos perfils de població penitenciària. Si seguim analitzant el protocol, podem inferir, per tant, que seran principalment els resultats de l'escala MINI, els que determinaran el nivell de risc resultant. El programa, estableix un resultat de la valoració de risc, d'acord amb els resultats quantitius llançats per l'escala:

Risc alt: MINI \geq 10 punts: planificació de la conducta i temptatives prèvies.

Risc moderat: Escala MINI de 6 a 9 punts: pensament suïcida sense planificació

Risc baix: Escala MINI d'1 a 5 punts: idees passives de mort, o ganes de desaparèixer.

Segons estableix el programa, el criteri clínic resultant d'aquesta valoració preval sobre la resta d'exploracions i és el que determinarà la gravetat del risc de suïcidi i el pla d'intervenció resultant. Quan del resultat de l'avaluació se'n deriva l'existència d'un risc alt, el metge o metgessa ha de derivar a la persona al psiquiatre/a qui l'haurà de visitar en les següents 24 h. Quan es valora com a moderat, es recomana la valoració del psiquiatre/a en una setmana. Quan el resultat de la valoració llança un resultat de risc baix, comporta consultar al psiquiatre/a, a fi de valorar la possible presència de trastorn mental. En aquests casos la visita s'espaija fins a les dues setmanes.

En els tres casos s'indica que cal explorar altres factors de risc i problemes de salut que poden contribuir a agreujar la conducta suïcida i que poden ser susceptibles de millora amb mesures preventives o terapèutiques, però no s'indica si és el propi metge o metgessa qui ha de realitzar aquesta valoració, o serà posteriorment el psiquiatre/a el o la responsable de realitzar aquesta exploració. Tampoc s'estableix com accedirà aquest/a professional a tota la informació en relació amb la persona presa que l'ajudi a identificar la presència d'altres factors de risc.

El pla d'intervenció

Segons s'estableix al programa marc, serà el o la psiquiatre qui, després de la seva primera visita elabori el Pla d'intervenció, el qual vindrà determinat pel nivell de risc resultat de l'avaluació clínica però també per la patologia mental subjacent i l'estat psicopatològic de la persona.

Per a l'elaboració del pla, aquest/a professional ha de seguir un model de fitxa contingut als annexos del programa, així com de registrar-lo a la història clínica (eCAP) de la persona. Aquest model comprèn un gran nombre de variables relatives al pla que el/la professional ha de valorar: ingrés a unitat d'hospitalització psiquiàtrica, manteniment o suspensió de mesures cautelars, tractament farmacològic i necessitat de fer seguiment a l'adherència per part de tot el personal, consum de tòxics, indicacions per a la intervenció (activitats, oci, programes cognitius conductuals, etc.), indicacions respecte al règim de vida (unitats de vida, acompanyament durant el dia o nit, afavorir suport social i emocional), periodicitat de comprovació de senyals d'alarma i data de pròxima revisió.

Crida l'atenció que en cap moment del programa es faci referència al fet de si, en l'elaboració d'aquest pla, es té en compte les preferències de la persona, i per tant si aquesta participa d'algun mode en l'elaboració del pla, o es tracta, com en el cas dels tractaments mèdics, d'una prescripció en què no es deixa lloc al debat.

El que s'estableix al programa és que el pla elaborat pel psiquiatre o la psiquiatra serà posteriorment abordat en les reunions d'equip multidisciplinari, establint-se que aquests/es hauran de conèixer el pla, però sense que s'especifiqui si aquests professionals tindran algun tipus de marge d'incidència sobre el mateix (atenent el major coneixement que en teoria haurien de tenir de la persona) o simplement han de ser coneixedors del mateix per assabentar-se de les mesures que són responsables de dur a terme.

La intervenció en el cas de certs col·lectius especials

El programa dedica també un apartat a certs col·lectius que es considera que per les seves característiques especials presenten necessitats diferenciades: els i les joves, les dones i les persones transgènere, establint-se la necessitat d'adaptar la intervenció a les característiques de cada subgrup. Crida l'atenció que, tanmateix, a diferència del que hem vist en el cas del PLAPRESC, aquesta necessitat d'adaptació a les característiques dels diversos perfils no sembli fer-se extensiva a altres etapes del procés, com en les etapes inicials on s'adopten les mesures més generals (ja sigui universals o indicatòries) de prevenció, o al moment de l'avaluació del risc.

En el cas de les persones **joves**, s'estableix la necessitat d'adaptar la intervenció a les necessitats d'educació, d'activitat física o de gestió del temps, entre d'altres, que té aquest col·lectiu en aquesta etapa del cicle vital. S'emfatitza també la necessitat de prestar atenció a la manca de contacte social, a les possibles problemàtiques familiars de la persona o a la possibilitat que hagi patit abusos al context penitenciari. Altres factors que s'han de tenir en compte són el possible suïcidi d'una persona propera al o la jove o l'existència d'alguna situació d'humiliació com el fracàs acadèmic o conflictes de gènere que puguin afectar la seva autoestima. Es recomana també que la intervenció amb aquest grup sigui de tipus cognitiu conductual, treballant les habilitats de resolució i afrontament de problemes o conflictes, les habilitats interrelacionals i l'autoestima.

En el cas de **les dones** s'estableix que *“l'organització i l'atenció professional a les dones ha de tenir en consideració els requisits especials de salut, les condicions de vida, els interessos, els factors socials i els possibles antecedents de victimització en delictes violents que estan presents de forma prevalent en aquest sector de la població”*. El programa estableix la necessitat de dissenyar perfils de riscos més específics per les dones, i afirma que en general tenen menys suport social i familiar i més antecedents d'abús, violència i psiquiàtrics, tant a nivell personal com familiar, per la qual cosa s'ha de valorar la necessitat que rebin una atenció especial i se les inclogui als programes de prevenció. Crida l'atenció, però, que no es detalli a quin tipus d'atenció especial s'està fent referència, com tampoc en quin moment s'han d'abordar aquestes problemàtiques o per part de quins professionals, per la qual cosa es tracta de

mesures que semblen novament limitar-se a una declaració d'intencions més que a l'establiment d'un protocol adaptat a les necessitats específiques del col·lectiu.

Finalment, respecte a les **persones transgènere**, es recomana prestar especial atenció a la possibilitat de conductes trànsfobes que puguin derivar en assetjament i en com aquestes poden afectar la persona. També es posa en relleu com els problemes derivats de la construcció de la identitat i orientació sexual, especialment en persones joves, es relacionen amb sentiments de culpa, autorebuig, tristesa, aïllament, depressió, ideació suïcida i intent de suïcidi. Tanmateix, com en els anteriors casos, no s'especifica quins/es professionals seran els responsables d'abordar-ho.

Malgrat que com acabem de veure, el programa marc no estableix protocols diferenciats per a perfil de població penitenciari, contràriament sí que estableix la necessitat que cada centre penitenciari tingui un protocol propi d'aplicació d'aquest Programa marc. Dins d'aquest protocol s'han de recollir els procediments de funcionament intern i els aspectes organitzatius necessaris per al seu desenvolupament. Les modificacions que es facin als diferents centres hauran de ser revisades i ratificades per la Comissió de Seguiment del Programa de prevenció de suïcidis, abans de ser implementades.

Vam sol·licitar a l'administració penitenciària, que ens facilités les adaptacions que s'havien realitzat del programa marc als diversos centres penitenciaris, però se'ns va informar que aquestes eren mínimes, i feien referència principalment a aspectes organitzatius, i per això no resultava rellevant realitzar una anàlisi diferencial. Tanmateix, hem tingut accés al protocol que es desenvolupa al Centre penitenciari de joves, els quals com hem anat veient constitueixen un grup especialment vulnerable.

Tanmateix, una lectura d'aquest protocol permet ràpidament adonar-se que es tracta gairebé d'un resum del programa marc, en el que estranyament s'eliminen certs apartats. Crida l'atenció especialment el fet que és concretament un d'aquests apartats el que es dedica a descriure les especificitats que en aquest àmbit presenten certs col·lectius especials, entre els quals es troben, com

acabem de veure, les persones joves. També és remarcable el fet que als annexos del protocol de prevenció de suïcidis al centre penitenciari de joves, consta el mateix llistat de factors de risc i protecció que al programa marc sense que s'hagi fet una adaptació d'aquest, atenent al perfil concret dels interns ingressats a aquest centre penitenciari.

Seguiment del pla i coordinació entre professionals

En coherència amb els principis rectors del pla, el programa estableix que la coordinació entre els i les diferents professionals d'execució penal és cabdal per a la prevenció i l'atenció de les conductes suïcides. Per aquest motiu el programa estableix que el pla ha de quedar registrat tant aquest com les posteriors accions de seguiment al sistema informàtic penitenciari de Catalunya (SPIC) perquè pugui ser accessible per a tots els col·lectius de professionals que estan implicats: serveis de salut, rehabilitació i interior. El SPIC generarà una alarma que per a cada persona inclosa al programa, que serà visible per a tots i totes les professionals que accedeixen a la interfície.

Com apuntàvem, tots tres col·lectius de professionals (equip de tractament, sanitari i personal d'interior) són responsables de la correcta implementació del pla. L'equip de rehabilitació és el responsable de la coordinació amb sanitat i interior, així com de fer seguiment del cas i aplicar els programes corresponents. L'equip de tractament haurà de valorar també en les reunions d'equip periòdiques els casos inclosos en el Programa de Prevenció de Suïcidis (PPS), a fi de compartir i actualitzar la informació del Pla d'intervenció. La periodicitat de la revisió s'ha de fer en funció del risc: risc alt, setmanalment i risc moderat o baix, mensualment.

Els i les professionals d'interior han de conèixer el pla d'intervenció i actuar com a informadors de l'equip multidisciplinari, facilitant així el seguiment respecte al cas. Aquests/es disposen d'un full d'informació accessible també als annexos del pla, a través del qual han de comunicar qualsevol observació a la cap o al cap d'interior. Pel que fa a l'equip sanitari, el pes de la intervenció recau a l'EAPP i/o a l'ESM, depenent del nivell de risc avaluat i de l'evolució. Aquest pla tindrà un

temps de vigència màxima, que vindrà determinat també pel nivell de risc resultant (dues setmanes, en cas de risc moderat, sis setmanes, en cas de risc baix), transcorregut el qual se n'ha d'emetre un de nou.

El programa determina també les freqüències mínimes de les **visites de seguiment** que han de dur a terme cada col·lectiu de professionals (sanitat, rehabilitació i interior), les quals venen també determinades pel nivell de risc avaluat. En cas de risc alt: una visita setmanal del psiquiatre, dos cops setmana pel psicòleg/a clínica, visita diària per torn del servei d'interior. El seguiment del pla s'estendrà longitudinalment durant un mes. En cas de risc moderat: visita quinzenal del metge o metgessa, visita setmanal del i psiquiatre/a o del psicòleg/a de tractament, visita setmanal per part del servei d'interior. I en cas de risc baix: visita mensual del metge o metgessa, visita del psiquiatre o psiquiatre segons estableixi el pla i visita quinzenal del psicòleg/a de l'equip de tractament o del psicòleg/a clínica (en funció de si hi ha o no presència de patologia psiquiàtrica), visita quinzenal per part del servei d'interior.

Les possibles intervencions a adoptar

El protocol inclou també un quadre amb les possibles intervencions a adoptar en el marc de cada pla d'intervenció, on s'indica l'equip de professionals responsable de dur a terme cadascuna d'elles. Al llarg de l'epígraf s'ha anat fent referència ja a la majoria d'aquestes mesures, però caldria afegir a les ja esmentades, algunes com: la contenció mecànica (aplicable segons s'estableix únicament davant la necessitat de garantir la supervivència de la persona), la supervisió directa de la persona davant situacions específiques com menjar, autocura, l'augment de les activitats, la facilitació d'un intern/a de suport o la derivació al programa N'VIU. Vegem amb una mica més de detall en què consisteixen aquestes dues últimes opcions, la figura de l'intern o interna de suport i el programa N'VIU.

Els interns o les internes de suport

Els interns o internes de suport són, segons s'estableix al programa, persones preses que han estat seleccionades i han rebut formació i suport psicològic per part dels equips de tractament per a poder acompanyar les persones en risc de suïcidi i oferir-los suport. Aquest acompanyament pot suposar que ambdues persones compartiran cel·la o algunes activitats. Al programa marc de prevenció de suïcidis s'estableix la necessitat de crear un protocol específic per posar en marxa aquesta mesura que, un cop desplegat, formarà part del Programa marc com a annex. Tanmateix, en aquesta segona edició del programa encara no s'ha incorporat l'esmentat protocol.

Conductes autolesives i programa N'VIU

Segons s'explica al text del programa marc, les conductes autolesives, tan habituals en el context penitenciari, són una mesura que en ocasions utilitzen les persones preses a fi d'aconseguir guanys secundaris, com per exemple un trasllat a un altre departament o una sortida hospitalària. Segurament per aquest motiu, en la majoria d'ocasions al medi penitenciari aquestes conductes es tracten com a conductes manipulatives i, per tant, són ignorades, o fins i tot en ocasions, abordades amb mesures disciplinàries. No obstant això, existeix evidència científica que posa en relleu que qualsevol persona que s'autolesiona pateix com a mínim un desequilibri emocional que requereix d'una intervenció adequada. La falta d'adopció de mesures davant aquestes conductes pot acabar derivant en la mort de la persona, donat que les persones considerades manipuladores poden tenir també un elevat potencial de risc de suïcidi. En base a aquests fets el protocol estableix la necessitat de prestar atenció a qualsevol signe de suïcidalitat, com poden ser les amenaces verbals de suïcidi, els intents o les conductes autolesives. Totes aquestes conductes han de ser objecte d'una atenció i abordatge multidisciplinari que assumeixi la complexitat i la gravetat d'aquest fenomen. Així, d'una banda, s'estableix la necessitat d'informar de qualsevol autolesió el o la cap de serveis, els serveis sanitaris i l'equip de tractament de referència de la persona. Aquest equip pot valorar la derivació de la persona a un programa d'intervenció específic dirigit a abordar aquest tipus de conductes; el programa N'VIU.

El programa N'VIU és un programa d'intervenció grupal psicoeducativa per a la prevenció de conductes autolesives en el medi penitenciari. El programa es basa en un model d'afrontament i adquisició d'habilitats que proporciona una intervenció específica, estructurada i ajustada al context penitenciari. Aquest programa, el qual forma part del conjunt de programes destinats a treballar l'àmbit de la salut i desenvolupament personal, s'adreça a les persones que han comès algun tipus de conducta autolítica en els darrers 12 mesos, a les que tenen present una planificació suïcida (és a dir, que han pensat com fer-ho), a les que presenten un risc alt en el criteri de violència autodirigida, segons RisCanvi, persones en règim d'aïllaments perllongat (amb possibilitat d'aplicar l'article 100.2 RP per assistir al programa) i a persones que hagin donat qualsevol altre punt d'inflexió o senyal d'avís (prèvia exploració de la ideació suïcida).

La persona el pot realitzar amb independència de la seva situació penitenciària, integrant-se al seu Programa Individualitzat de Tractament (PIT). Tanmateix, es tracta d'un programa d'acompanyament, per la qual cosa el rendiment i l'assistència no es tenen en compte per a altres valoracions i es dona als professionals instruccions per a ser flexibles i estar atents/es a les raons que motiven la falta rendiment o d'assistència.

El programa es pot considerar tant una mesura d'ajuda i prevenció com una activitat de creixement i desenvolupament personal, recamant-se als professionals de tractament establir objectius relacionats amb els factors de risc del RisCanvi que podrien ser abordats amb la participació en el programa N'VIU, com per exemple: augmentar competències cognitives, reduir o eliminar distorsions cognitives, adquirir o potenciar la capacitat de planificació i presa de decisions, adquirir o potenciar estratègies de resolució de conflictes, desenvolupar competències emocionals, adquirir o potenciar la capacitat de regular les emocions de manera adequada, adquirir o potenciar l'autonomia, les habilitats de la vida i benestar i de gestió de l'estrès o millorar l'estat d'ànim i reduir l'ansietat.

Al programa marc de prevenció de suïcidis es recomana que el programa N'VIU el desenvolupin dos professionals, com per exemple psicòleg/a i educador/a, suggerint-se igualment potenciar la implicació del major nombre de professionals possible de les diverses àrees. Es recomana també convidar a professionals externs/es perquè puguin aportar la seva experiència, realitzar-se en grups de 10 a 12 persones, i que tingui una durada de 12 sessions d'1,5h cadascuna.

Atenint-nos a què no sembla haver-hi cap dubte que el programa N'VIU és un recurs que pot ser de gran utilitat per a prevenir conductes autolesives, així com possibles conductes autolítiques, sorprèn que aquest no sigui la primera opció terapèutica que s'ofereix a les persones preses a l'hora d'abordar aquestes conductes. El programa marc de prevenció de suïcidis estableix que la prioritat pel que fa a la intervenció cap a aquestes conductes radica en l'estabilització psíquica de les persones que tenen problemes en l'esfera emocional, motiu pel qual n'hi ha moltes que segueixen un tractament psicofarmacològic. Tanmateix, es reconeix la necessitat de complementar aquest amb l'aprenentatge de noves estratègies de resolució de problemes i d'autoconeixement, així com proporcionar eines per manegar adequadament les emocions negatives. En aquest sentit, crida l'atenció que tot i reconèixer que aquestes conductes tenen la seva base en un desajust emocional (síntoma que no ha de comportar necessàriament la presència de patologia psiquiàtrica), s'aposti com a primera via de tractament o intervenció per la prescripció farmacològica, i es consideri la intervenció terapèutica un complement a la primera. En un sentit similar, també sorprèn que no es faci menció a la possibilitat de combinar altres tipus d'intervenció, com pugui ser la teràpia individual i la grupal.

Mesures per garantir la continuïtat assistencial de les persones incloses al PPS

El programa marc preveu també una sèrie de mesures per garantir la continuïtat assistencial de les persones incloses al PPS davant possibles trasllats o canvis de centre. El registre d'una persona inclosa en el programa facilita alertes en el

moment de preparar la seva sortida del centre, a fi de garantir la continuïtat assistencial al nou establiment. Quan la persona realitza una sortida autoritzada amb la força pública per a realitzar qualsevol classe de diligència, s'informa també a les forces de l'ordre. En els casos en què la persona tingui prevista una sortida en llibertat, s'ha de realitzar la derivació als serveis sanitaris externs abans de la seva sortida. En els casos en què la persona surt en llibertat sense que la sortida hagi estat programada amb anterioritat (per exemple persones en condició de preventives), en cas de risc alt, el metge o metgessa han de valorar un possible ingrés psiquiàtric hospitalari, si el risc és moderat o baix, des de l'EAPP s'ha d'informar i vincular la persona als serveis de salut de referència del seu territori.

Mesures en l'àmbit de la postvenció

El protocol dedica també un apartat a les mesures a adoptar en l'àmbit de la postvenció, a fi de minimitzar l'impacte que qualsevol incident de suïcidi pot tenir per al món relacional de la persona així com cap a la pròpia institució. El programa estableix 4 estratègies per a fer-ho, tanmateix, únicament en desenvolupa una d'elles, quedant la resta en el que sembla una mera declaració d'intencions, en la mesura en què no es protocol·litzen ni se n'assignen temps ni responsables per fer-ho.

La primera d'aquestes va dirigida a la resta de població penitenciària, establint-se la necessitat d'oferir un espai a les persones significativament afectades per la mort per parlar dels seus sentiments i, si es valora necessari, vincular-les a un major suport. La segona va enfocada a la plantilla de professionals que treballa directament amb la persona, establint-se la necessitat que cada centre compti amb un espai estructurat per abordar els sentiments que se'n puguin derivar, així com per a oferir-los orientació o resoldre possibles dubtes que puguin presentar.

La tercera de les estratègies se centra en la família i éssers estimats de la persona morta. En aquest cas, la intervenció variarà en funció de si el suïcidi ha estat una temptativa o ha estat finalment consumat. En cas de temptativa, s'ha de programar una entrevista amb la família i informar-la de la situació i de les

mesures adoptades. El programa facilita diversos recursos que poden ser d'utilitat per als professionals responsables de fer-ho. En cas de suïcidi consumat, és la direcció del centre qui ho ha de comunicar a la família, i facilitar-li informació sobre els recursos comunitaris als quals pot acudir. En cas de temptativa, no s'especifica quin/a serà el professional encarregat de comunicar-ho a la família, per la qual cosa entenem es tractarà del o de la treballadora social.

L'última d'aquestes estratègies, a diferència de les 3 anteriors, està enfocada a analitzar els fets ocorreguts, a fi d'incorporar els aprenentatges a les pràctiques institucionals. Aquesta, a més, es troba protocol·litzada, establint-se els diversos passos a seguir, la seva temporalitat així com els o les professionals responsables de fer-ho. En aquesta anàlisi participaran tots els estaments del centre penitenciari que hagin tingut contacte amb la persona: Subdirecció de Tractament, representació de l'equip multidisciplinari, Cap de la Unitat de Seguretat Interior (CUSI) del mòdul, metge o metgessa de referència, mestre/a, psiquiatre/a, membres del CAS, monitors/es de les activitats en què participava l'intern/a, qualsevol professional del centre que per motiu de la seva feina hi hagi tingut contacte, així com també els integrants de la comissió de seguiment de la prevenció del suïcidi. Per dur a terme aquesta estratègia es preveu la realització de reunions comunes entre tots els professionals, així com reunions entre els professionals de direcció.

El procediment es duu a terme d'acord amb el model de millora contínua PDCA (Plan-Do-Check-Act), el qual té com a objectius aprendre de les deficiències que hagi pogut haver-hi, identificar en què es pot millorar perquè no es tornin a repetir i aportar idees des de tots els vessants professionals. Entre la informació que cal recollir es troba el relat de la incidència dels fets, factors de risc i factors de protecció que la persona presentava, característiques de la ideació suïcida, característiques del suïcidi, avaluació clínica dels dies previs als fets, senys d'avis i informació regimental.

La prevenció de suïcidis en medi obert

El programa marc dedica també un apartat a la prevenció de suïcidis en medi obert. Tot i establir que la prevenció de suïcidis en aquest context ha de seguir les directrius del programa marc, atenent les especificitats d'aquests centres s'estableixen algunes particularitats per a les persones que es troben en medi obert. Entre aquestes particularitats caldria destacar-ne dues. En primer lloc, atenent a què en aquests centres no hi ha Cap de serveis, les incidències o informació relacionada amb la persona en PPS s'ha de transmetre al o la comandament d'incidències. D'altra banda, atès el fet que els estressors inherents al medi obert poden generar noves crisis suïcides, s'indica la necessitat de prestar atenció als factors de risc descrits anteriorment.

Seguiment i avaluació del programa

El programa considera necessari fer un seguiment de l'adequació dels processos d'avaluació del risc, la coordinació establerta entre tots els agents, la formació que s'ofereixi als professionals i les accions de sensibilització realitzades. Per aquest motiu, es proposa la creació d'una Comissió Tècnica que faci seguiment de totes les mesures adoptades en l'àmbit de la prevenció del suïcidi i elabori propostes de millora.

A més a més, cada centre penitenciari ha d'eleva a finals d'any una memòria en la qual s'avaluï en funció d'una sèrie d'estàndards de qualitat per a la prevenció del suïcidi, que es poden trobar també als annexos del programa. Entre els aspectes a avaluar es troba l'adaptació del programa marc, el nivell de difusió del mateix entre els tres col·lectius de professionals (sanitaris, tractament i interior), nivell de comunicació entre psiquiatra i cap de serveis, existència de tríptic informatiu sobre el suïcidi, sessions informatives sobre el suïcidi realitzades o previstes, sessions sobre el suïcidi als itineraris del PMOC, activitats realitzades el dia de mundial per a la prevenció del suïcidi, derivació a psiquiatria de les persones amb risc de suïcidi, realització del programa N'Viu, intern/es de suport i formació a aquests/es, sessions d'anàlisis d'incidents crítics.

4.2.2. Programa temporal per abordar els incidents vinculats a les conductes suïcides de les persones preses i les conductes violentes

Dos anys després de l'aprovació del programa marc per a la prevenció de suïcidis als centres penitenciaris analitzat a l'apartat precedent, el Departament de Justícia reconeixia la ineficàcia que fins al moment havia tingut aquest per revertir la tendència alcista que, com hem vist, està experimentant el fenomen del suïcidi a les presons catalanes.

A l'increment d'aquest tipus de conductes en el context dels centres penitenciaris catalans, se sumen altres situacions, com l'increment del nombre d'agressions cap al col·lectiu de professionals penitenciaris, que han comportat un augment gradual de la conflictivitat en aquests espais.

Mitjançant l'Acord de Govern 210/2023, de 17 d'octubre, el Departament de Justícia, Drets i Memòria de la Generalitat de Catalunya aprovava la creació d'un Programa temporal per donar resposta a l'augment exponencial de la conflictivitat que s'ha produït en els darrers anys en el context dels centres penitenciaris catalans. Aquesta conflictivitat, com s'explicava, s'ha traduït entre d'altres qüestions, en un increment dels incidents violents protagonitzat per les persones preses, tant aquells dirigits a atemptar contra la seva pròpia integritat (conductes autolesives, temptatives de suïcidi i suïcidis consumats), com cap a la dels treballadors i treballadores penitenciàries.

A través d'aquest Programa la Direcció general d'Afers penitenciaris pretén implementar un model organitzatiu i d'intervenció que permeti desplegar actuacions concretes en matèria de prevenció de suïcidis i conductes autolesives de les persones preses, i controlar les conductes violentes i els procediments de seguretat i supervisió interior als centres penitenciaris, per reduir aquests incidents. El programa, que començarà a implementar-se a partir de principis de maig de l'any 2024, es desplegarà durant 3 anys, amb objecte que el seu temps de vigència serveixi per realitzar una anàlisi envers el seu impacte que permeti determinar la viabilitat de la seva implementació definitiva.

L'Acord de Govern preveu la incorporació de 111 nous i noves professionals per garantir la implementació del nou programa. Aquests/es professionals s'integraran en dos tipus d'equips: 1) Equips de suport especialitzats en la prevenció de suïcidis, d'acció transversal, adscrits als centres penitenciaris, i 2) Equips d'Intervenció especialitzada als departaments especials de règim tancat i interns de risc extrem de conductes violentes (RECVI).

El programa s'ha marcat 12 objectius específics, establint-se per a cadascun d'aquests una sèrie d'indicadors, i uns índexs ideals als quals es pretén arribar. Els tres eixos principals en què se sustentarà el nou programa són: 1) Equips de professionals especialitzats en prevenció de conductes suïcides i violentes; 2) Intervencions amb seguiment longitudinal amb els interns/es de risc extrem; i 3) Dedicació a l'avaluació, la intervenció i el seguiment, fent èmfasis en la detecció de les necessitats d'aquestes persones i l'enfortiment de les unitats de seguiment interior i intel·ligència penitenciària.

Com s'ha anat veient, no hi ha dubte que la conflictivitat dels centres penitenciaris impacta ineludiblement sobre el clima institucional, i per tant sobre la salut mental de les persones preses així com dels professionals que treballen en aquest context, així, totes les mesures que s'adoptin en aquest àmbit tindran una repercussió també sobre el fenomen del suïcidi a les presons. És per aquest motiu que creiem que tots els objectius que es pretenen assolir a través d'aquest nou Programa es podrien integrar dins de l'actual programa marc.

Tot i que en aquest apartat ens centrarem especialment en aquells objectius específicament relacionats amb l'àmbit de la prevenció del suïcidi, creiem rellevant, fer menció aquí a altres objectius que es pretenen impulsar a través de l'esmenat Programa, que pensem poden tenir també un impacte rellevant en l'àmbit que ens ocupa, entre els que caldria destacar:

- Minvar l'impacte dels mitjans coercitius i el règim tancat.
- Millorar la coordinació entre els diferents agents implicats en la tasca penitenciària (tractament, servei interior, càrrecs de comandament), per tal

de prevenir o anticipar-se a determinats tipus d'incidents, sobre la base de l'especialització en l'anàlisi de les conductes violentes dels interns.

- Evitar el deteriorament i l'estada dels interns en aïllaments perllongats.
- Afavorir el retorn a la socialització ordinària de les persones preses classificades en primer grau.
- Qualificar la intervenció amb els interns d'alta complexitat.
- Millorar el comportament positiu dels interns en risc extrem de violència.
- Reduir les agressions i les lesions als funcionaris/es.

Veiem amb una mica més de detall quins són els objectius que estableix aquest pla que estan directament relacionats amb la prevenció del suïcidi. Un d'aquests objectius és reduir els factors de risc i precipitants de les conductes autolítiques. En aquest àmbit es pretén reduir les valoracions del Riscanvi pel que fa al risc de violència, el nombre d'intents de suïcidi i autolesions al DERT així com el nombre d'activacions de PPS de persones diferents. Es pretén també augmentar el nombre d'interns/es que realitzen el programa N'VIU.

El segon dels objectius és disminuir les morts per suïcidi, intents de suïcidi, i autolesions que es produeixen en els centres penitenciaris.

El programa estableix també diversos objectius tendents a millorar les mesures en l'àmbit de la postvenció: la comunicació a les famílies en cas d'una mort i garantir l'atenció als supervivents: família, professionals i altres persones preses. Pel que fa a la comunicació de la mort, es pretén garantir la presència de tot l'equip de direcció en aquest procés així com que aquest/es rebin la formació adient per fer-ho, que la comunicació es faci en tots els casos seguint el protocol establert i reduir el nombre de queixes per part de familiars en relació amb aquests fets.

En relació amb l'atenció als supervivents, es pretén garantir la derivació d'aquestes persones als serveis adients, fomentar la realització d'activitats amb les persones preses davant la mort d'un company/a, garantir la coordinació

amb els Consolats en els casos en què les persones preses siguin estrangeres, i l'anàlisi de tots els incidents seguint el protocol establert.

4.2.3. Guies per a la prevenció del suïcidi a l'entorn penitenciari

Aquestes guies, que van ser publicades el passat 11 de juliol del 2024, han estat elaborades de forma col·laborativa, entre la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat del Departament de Justícia, Drets i Memòria, el Pla director de Salut Mental i Addiccions de la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut, dins les accions del Pla de Prevenció del Suïcidi de Catalunya 2021-2025, el Programa de Salut Penitenciària de l'ICS i el CEJFE.

Es tracta d'un conjunt de 3 guies, cadascuna de les quals es troba destinada a un col·lectiu diferent: 1) Al conjunt de professionals, entitats i voluntariat, no específics de l'àmbit de tractament, que duen a terme la seva tasca professional a l'entorn penitenciari. 2) Als familiars i persones properes de les persones privades de llibertat i 3) A les persones privades de llibertat.

L'objectiu general de les guies és sensibilitzar a tot l'entorn que està en contacte amb persones privades de llibertat, per tal que es converteixin en agents actius de prevenció envers el suïcidi. A la pràctica es tracta de documents senzills i breus dirigits a sensibilitzar als esmentats col·lectius respecte a la necessitat de prevenir el suïcidi.

La primera d'elles està destinada a sensibilitzar els treballadors i treballadores dels diferents col·lectius no específics de l'àmbit de tractament i salut, implicats en el dia a dia dels centres penitenciaris. La guia aporta un llistat general de variables que poden ajudar als professionals a identificar a aquelles persones que es troben en una situació més vulnerable de patir un intent d'autòlisis. S'aporta també un llistat de senyals d'alarma, així com una sèrie de pautes i consells pràctics que poden seguir els i les professionals davant la identificació d'aquets factors o davant una situació d'intent de suïcidi o mort per suïcidi.

La segona d'aquestes guies està enfocada a oferir informació i pautes per ajudar als familiars i altres essers estimats de les persones preses a identificar quan el seu familiar es troba en risc de suïcidi i unes pautes per abordar la situació. Com l'anterior, aquesta guia aporta un llistat de factors de risc i senyals d'alarma, així com una sèrie de pautes i consells pràctics que poden seguir els familiars davant la detecció d'una situació de risc. La guia per a familiars, aporta també una sèrie de consells per afrontar una situació de mort d'un ésser estimat com a conseqüència d'un suïcidi, així com un llistat de telèfons d'interès: dels centres penitenciaris, de les delegacions provincials dels serveis socials penitenciaris, així com d'altres recursos externs als que aquestes persones es poden dirigir.

La tercera d'aquestes guies està destinada a les persones privades de llibertat, amb objecte de donar-los informació per ajudar-les a identificar quan algun/a company/a es troba en risc de suïcidi i unes pautes bàsiques per saber com actuar. Aquesta guia a diferència de les altres dues, inclou un apartat on es donen pautes a la persona presa per a quan és ella mateixa la que ha pensat en la possibilitat del suïcidi.

S'ha d'assenyar però que, malgrat tractar-se de guies de publicació recent, i tot l'interès que recentment ha mostrat l'administració penitenciària catalana per incorporar la perspectiva de gènere a l'àmbit de l'execució penal, cap de les tres guies descrites s'han abordat des d'una perspectiva de gènere. Així, ni el llistat de factors de risc, ni el de senyals d'alarma ni les pautes d'actuació que es descriuen a cap de les 3 guies, són abordades atenent a les diferències que es poden donar en funció del gènere de la persona en risc. Tampoc, respecte a aquelles especificitats que es puguin derivar de la presència d'altres variables com l'edat, la presència de malaltia mental o al fet de si la persona en risc es estrangera o nacional, factors que com s'ha apuntat ja i veurem després amb més detall, poden influir de forma diferencial tant en la conducta de la persona, com en tipus d'abordatge que pugui requerir per abordar el seu risc de suïcidi.

Capítol 5. Els programes de prevenció del suïcidi a altres sistemes penitenciaris

5.1. Programes d'àmbit nacional

5.1.1 El Programa marc de prevenció dels suïcidis a centres penitenciaris espanyols i les posteriors adaptacions per incorporar la perspectiva de gènere

La introducció de la perspectiva de gènere

Mitjançant l'Ordre de Serveis 2/2021 de la Direcció General d'Execució Penal i Reinserció Penal recull, la Secretaria General d'institucions Penitenciaris (SGIP) del Ministeri de l'Interior recollia la necessitat de tenir en compte la perspectiva de gènere en l'execució penitenciària. Tal com s'estableix a l'esmentada ordre, per a això es fa imprescindible:

- Conèixer la diferent situació en què es troben les dones i els homes a l'àmbit penitenciari.
- Dissenyar i programar intervencions que tinguin en compte les necessitats i circumstàncies específiques de les dones a la presó, trenquin amb els rols de gènere tradicionals i contribueixin tant a l'apoderament de la dona privada de llibertat com el desenvolupament de noves masculinitats a l'home.
- Comptar amb les especificitats pròpies que presenta la dona a la presó perquè totes les activitats, programes de tractament i prestacions de l'administració siguin igual d'eficaces per a homes i dones.

Amb motiu del compliment de l'Ordre de Serveis 2/2021, el 2022 la SGIP aprova la Instrucció 9/2022 per tal d'introduir la perspectiva de gènere en el Programa de Prevenció de Suïcidis (PPS) regulat a la Instrucció 5/2014 de la SGIP. Com es fa constar a la justificació de la Instrucció 9/2022 de la SGIP, contemplar el fenomen del suïcidi a les presons amb perspectiva de gènere implica un abordatge de forma diferent a com s'ha realitzat fins al moment. Suposa que la prevenció i la intervenció s'ha de fer tenint en compte que dones i homes presenten circumstàncies diferents, que cal aprofundir en el coneixement de les necessitats que presenten les dones per a poder atendre-les i abordar terapèuticament de forma eficaç el fenomen de la conducta suïcida en elles. Com es pot constatar, en el marc de l'adopció de la perspectiva de gènere la SGIP no fa referència a la necessitat d'adoptar una visió de gènere interseccional, que a més del gènere, presti atenció a altres variables interconnectades com l'origen i la classe social.

La Instrucció es plateja els següents **objectius específics**:

- Visibilitzar i atendre les diferents necessitats entre homes i dones en relació amb la prevenció del suïcidi.
- Identificar biaixos de gènere del personal penitenciari en l'aplicació del PPS.
- Reconèixer els rols i identitats de gènere com a part del procés de salut/malaltia com a factors psicosocials.
- Millorar l'eficàcia del programa PPS adaptant-lo a les especificitats de les dones preses.

La Instrucció posa en relleu com a les presons espanyoles les taxes de suïcidi o de temptatives de suïcidi per gènere són equivalents, o almenys no tan diferenciades a com ho son fora de la presó, on es presenta una major freqüència d'idees i temptatives de suïcidi en dones, però són els homes qui presenten taxes superiors de suïcidi consumat (això es coneix com a "paradoxa de gènere"). També s'aporten algunes dades rellevants com ara que: a les presons espanyoles, l'any 2021 es van acollir al Programa PPS un 6,7% de les dones preses i un 4% dels homes presos, sent els suïcidis consumats un 0,6‰ per la població femenina i un 0,7‰ per la població privada de llibertat

masculina. Altres dades observables a Espanya l'any 2021 evidencien que: l'edat mitjana de persones preses mortes per suïcidis a presó va ser de 39 anys per ambdós gèneres; que el suïcidi per penjament va ser utilitzat pel 100% de les dones mortes i pel 87% dels homes; que el 64% de les dones mortes ja havien estat amb anterioritat en aplicació de PPS mentre que els homes presenten una taxa del 43%; que el 17% de les dones es trobaven en situació d'aïllament o limitacions regimentals i en el cas dels homes va ser d'un 28,7%.

La Instrucció de la SGIP, seguint a Velasco (2009) fa menció també als biaixos i estereotips de gènere en l'actuació professional amb relació als suïcidis de dones preses, sobretot per les representacions socials basades en un model tradicional, sent les més freqüents: la creença que les dones que es queixen són dèbils i, per tant, està injustificat (desvalorització de les queixes femenines); la creença que les dones tendeixen a demanar ajuda per la seva dependència afectiva; l'estigma de les dones com a mentalment trastornades; la invisibilitat de les dones com a treballadores i, per contra, la seva visibilitat només en la funció maternal i de cuidadores; la tradició històrica de vincular el suïcidi femení amb les emocions i pel cas dels homes, amb les dificultats econòmiques. És per això que la SGIP reconeix la necessitat de prendre consciència d'aquests per evitar que puguin influir en l'aplicació del PPS. Les pautes que es donen per aconseguir-ho són: (1) validar i no jutjar els desitjos i queixes de les dones preses, (2) fomentar la seva autonomia i apoderament, (3) evitar la seva infantilització i sobreprotecció, (4) fomentar models de feminitat i masculinitat no estereotipats i (5) potenciar relacions igualitàries.

A continuació, a la Instrucció es descriuen les adaptacions a realitzar en els diversos apartats del Programa Marc de Prevenció dels Suïcidis (Instrucció 5/2014 de la SGIP) a fi d'aplicar la perspectiva de gènere. Veurem, en primer lloc, a grans trets, com s'estructura el PPS a les presons espanyoles, i seguidament analitzarem amb una mica més de detall, quines han estat les esmentades adaptacions:

El Programa de Prevenció de suïcidis (2014)

El PPS aprovat a través de la Instrucció 5/2014 de la SGIP, substitueix a l'anterior PPS que es trobava vigent des d'agost de l'any 2005. Tot i que a la introducció es reconeix l'eficàcia de l'anterior PPS en la detecció i intervenció de les persones en risc de suïcidi, es fa també constar la necessitat de precisar alguns aspectes a tenir en compte en la seva detecció i sobre les mesures a adoptar al respecte.

A la Instrucció de 2014 es detallen alguns dels **desencadenats de la conducta suïcida**:

- L'impacte psicològic de la detenció o l'empresonament, així com l'estrès quotidià associat a la vida a la presó poden excedir les habilitats d'afrontament de les persones més vulnerables.
- L'afectació que el delictes (i en especial els delictes contra les persones, la llibertat sexual i la violència familiar) produeixen en algunes persones, no únicament a l'ingrés si no al llarg de la condemna debilita els ressorts de l'equilibri emotiu.
- L'impacte que pot tenir en la persona veure ressonada la seva vida delictiva als mitjans de comunicació.
- L'abatiment que la vida penitenciària pot tenir en les persones que han comès delictes econòmics.
- La separació i l'enyorança respecte als éssers estimats.
- La repercussió en els canvis respecte a l'estat processal penal i penitenciària de la persona.
- La malaltia mental.
- L'abús crònic de substàncies, en particular d'alcohol.
- L'historial previ, personal i familiar, de conducta suïcida.

La instrucció reconeix la **necessitat que tot el personal del cada centre penitenciari participi en el coneixement de la persona empresonada** a través de l'observació i l'escolta activa que possibiliti la comprensió i el diàleg i la intervenció immediata que faciliti l'adopció de mesures. Així com també el seu compromís de comunicar immediatament als professionals responsables del programa qualsevol situació de risc que detectin. Amb aquest objectiu s'estableix l'obligació de difondre la informació amb relació a cada cas entre els

i les professionals de tractament, salut i vigilància amb contacte amb la persona, així com el registre de totes les decisions.

El programa estableix també la **necessitat de comunicació directa entre les direccions dels diversos centres** a fi de garantir la continuïtat del programa en cada trasllat, el que requereix també la unificació de les bases de dades d'informació.

S'estableix també l'obligació de l'equip directiu de cada centre de **potenciar el perfeccionament del sistema** a través de mesures com: la **formació contínua** a través del centre d'estudis penitenciaris, **incrementar les activitats per facilitar el coneixement respecte a les persones preses i intensificar la coordinació entre els professionals** de les diverses àrees.

Per garantir la correcta implementació de totes aquestes mesures, es crea una **Comissió de seguiment i avaluació** de la instrucció que periòdicament analitzarà el contingut del programa i els incidents crítics ocorreguts.

Detecció de casos

En aquest punt s'emfatitza el paper del personal de vigilància, per ser el que per les seves tasques disposa de més possibilitat de realitzar observació directa de les persones preses. Així i tot, s'estableix que els i les professionals han d'informar amb celeritat al o la cap de serveis o a la subdirecció de qualsevol conducta de risc que detectin.

A l'ingrés: Reconeixent l'especial moment d'estrès que comporta l'ingrés a un centre penitenciar, l'Oficina de Gestió ha de proporcionar diàriament un llistat amb les persones que ingressen i els delictes que motiven l'ingrés, informació que s'incorpora al sistema informàtic.

La Instrucció precisa que els/les professionals que entrevistin a la persona quan ingressi, han d'explorar la possible existència d'antecedents personals o familiars de suïcidi i valorar l'existència d'especials situacions de risc i informar al subdirector/a de tractament. Tanmateix, no es concreta qui serà la persona

responsable de fer-ho ni si es disposa d'algun tipus de guia o instrument per a fer-ho.

S'estableix també que si la persona prové d'un altre centre s'ha de revisar la informació respecte als PPS.

Durant l'internament: Quan un/a professional tingui coneixement de l'existència d'idees suïcides per part de qualsevol persona presa ho ha de posar en coneixement del seu superior jeràrquic o dels professionals sanitaris o de tractament adscrits al departament. Aquesta informació serà sistematitzada en un informe.

Traslats i trànsits entre establiments: la inclusió al PPS consta tant a l'expedient com a l'historial clínic de la persona.

Es detallen les **situacions** que es valoren **d'especial risc**, i per a alguna d'elles, la persona responsable de realitzar la valoració sobre una possible afectació respecte al risc de suïcidi:

- A. **Períodes amb menys presència de professionals**, com caps de setmana, on la detecció requereix la immediata avaluació per part del metge o metgessa i l'adopció cautelar de mesures provisionals. No es detalla, però, quines són les possibles mesures a adoptar.
- B. **Limitacions regimentals:** en l'avaluació prèvia a l'aplicació de la mesura que ha de realitzar el metge o metgessa s'ha de realitzar valoració del risc.
- C. **Situacions d'aïllament:** amb avaluació mèdica prèvia.
- D. **Situacions familiars o afectives greus:** el personal de comunicacions han de comunicar al o la cap de serveis qualsevol possible incidència familiar detectada, la qual serà remesa al o la treballadora social per a la seva valoració. Si en tenen coneixement, els professionals dels equips tècnics ho han de comunicar a la subdirecció.
- E. **Repercussió mediàtica del delict.**

- F. **Modificació de la situació de compliment:** En aquest punt s'estableix que seran l'educador/a o jurista els o les responsables de detectar qualsevol possible afectació en aquests moments.
- G. **Pròxima excarceració:** és el o la treballadora social la responsable d'atendre a les dificultats per a la reinserció en aquesta etapa.
- H. **Malaltia mental:** aquestes persones han d'estar al programa PAIEM (Programa d'atenció integral a persones amb malaltia mental) per garantir el seu correcte control i seguiment
- I. **Abús crònic de substàncies.**
- J. **Tipologia delictiva.**
- K. **Moments de descans d'activitats:** la falta d'ocupació davant la manca d'oferta d'activitats al centre, especialment en períodes estivals, pot afectar l'estat de les persones preses. S'estableix la necessitat de potenciar altres activitats durant aquestes etapes i maximitzar l'observació cap a les persones preses.
- L. **Intents de suïcidi previs i conductes autolesives:** es manifesta que la conducta autolesiva no manipulativa (no s'estableix, però, quin professional ha de realitzar la valoració respecte al tipus de conducta i l'objectiu que aquesta persegueix) i els intents anteriors de suïcidi són factors de risc.

Factors de risc diferencials per gènere

Com apuntàvem anteriorment, la Instrucció 9/2022 estableix la necessitat de realitzar adaptacions en el PPS actual, sent la fase de la detecció de les més rellevants. En aquest punt, la Instrucció presenta de forma sistematitzada els factors de risc determinants de la conducta suïcida específics de gènere, evidenciats per la literatura acadèmica. Atenent a que una descripció detallada d'aquests factors excedeix els objectius d'aquesta anàlisi, i que els factors de risc ja han estat exposats al capítol 1 d'aquesta recerca, podent consultar la taula resum dels mateixos als annexos d'aquest mateix, document, no ens

detindrem en aquest apartat. Un dels altres aspectes aportats per la Instrucció 2/2022 és la major importància que es dóna a les conductes autolítiques. Com s'ha apuntat al PPS original, únicament s'indicava que aquestes (quan no són manipulatives) poden constituir factors de risc de la conducta suïcida. La nova instrucció detalla que aquests tipus de conductes sense cap voluntat suïcida són habituals als centres, i s'assenyalen alguns factors diferencials de gènere que permetin als i les professionals penitenciàries detectar-les.

Desencadenats: les relacions socials tenen un paper més determinant en el cas de les dones en la realització d'aquestes conductes. Les dones, a diferència dels homes, tendeixen a identificar en major mesura a una persona concreta com una font d'estrès que afecta en aquestes conductes.

Funció: per a les dones, a diferència que per als homes, les conductes autolesives compleixen moltes més funcions que pels homes, per exemple: ferir-se serveix com a via per no expressar la violència contra altres persones i no tan sols com a expressió d'ira.

Manifestació: acostumen a ser menys greus i perillosament letals en dones que en homes.

Conseqüències: La resposta que es dona a aquestes conductes autolítiques des de les institucions també difereix entre homes i dones, ja que es tendeix a donar respostes més punitives en homes i més terapèutiques en dones.

Segons dades de la mateixa SGIP, el 50% de les dones que s'autolesionen durant el primer any de presó tenien cicatrius de lesions anteriors al seu ingrés. És, per tant, molt necessària l'avaluació de les marques en les internes recentment ingressades, encara més quan les internes declaren haver-se autolesionat perquè volien escapar d'una situació vital determinada, ja que presenten major risc de cometre una autolesió greu/letal. Això requereix avaluar també la situació que envolta les conductes autolesives, fins i tot quan es presumeixin com a formes de manipulació per aconseguir certes millores, ja que un component manipulador no descarta l'existència d'altres precipitants.

La valoració del risc ha d'incloure també la valoració de la freqüència d'aquestes autolesions i si el trauma encara està present en la persona, així com la detecció de factors de victimització (violència de gènere o sexual), evitant, però una revictimització (en la mesura possible, fent que només expliqui els fets una vegada).

En el cas dels homes, es recomana fer una avaluació en profunditat, donat que és més habitual que amaguin o minimitzin els símptomes per no mostrar debilitat.

Com es pot constatar, la Instrucció 2/2022, estableix la necessitat d'indagar en un major nombre de variables en el marc de l'entrevista que es realitza a les persones preses en el moment de l'ingrés, i estableix factors diferencials de gènere als quals els professionals han d'atendre a l'hora de realitzar la valoració. És també molt rellevant, la nova forma d'entendre i analitzar les conductes autolesives, atès el canvi de visió i abordatge respecte a aquelles considerades manipulatives. Tanmateix, la Instrucció no fa referència a l'existència de cap eina i instrument que puguin emprar el personal responsable de fer l'avaluació, més enllà del llistat de factors a què s'ha fet referència, el que pot comportar que tots aquests factors no siguin analitzats amb el rigor necessari en tots els casos. Tampoc no s'estableix el termini en què s'ha de realitzar aquesta valoració des que la persona ingressa a presó.

Continuem ara veient el que estableix el programa marc de prevenció de suïcidis de la SGIP una vegada detectat el risc de suïcidi.

Normes d'organització i funcionament

La Instrucció, tot i donar independència als equips directius de cada centre per a l'aplicació del programa, estableix unes normes mínimes d'organització i funcionament, entre les quals caldria destacar:

S'estableixen quatre nivells de responsabilitat en el programa:

Nivell 1. El director/a, és qui adopta les decisions respecte a les altes i baixes.

Nivell 2: Subdirector/a mèdic/a, de tractament i de Seguretat: són les persones responsables que la informació respecte al programa es difongui entre tots els professionals, així com responsables executius en la presa de decisions.

Nivell 3: Professionals concrets que poden variar en cada centre, habitualment metge o metgessa i psicòleg/a: responsables de les tasques d'avaluació i intervenció dintre del programa.

Nivell 4: Totalitat de professionals penitenciaris i voluntariat: elements clau per a la detecció i per oferir suport a la persona.

Tanmateix, com s'apuntava abans, s'estableix que qualsevol professional que tingui coneixement d'una conducta o situació de risc ho posarà en coneixement del seu superior, i la persona serà valorada tan aviat com es pugui pel psicòleg/a i metge o metgessa. Sempre que es detecti una situació de risc, ambdós professionals s'hauran de reunir i aportar cadascú els informes resultants de les seves valoracions. Tot i no fer-se menció expressa, entenem que amb la figura del psicòleg/a s'està fent referència als professionals dels equips de tractament dels mòduls, en la mesura en què el sistema penitenciari espanyol no disposa d'equips de salut mental en els centres que comptin amb professionals de la psicologia.

Si el risc es detecta en el moment de l'ingrés: el metge/metgessa aportarà un informe resultat de la seva avaluació a l'ingrés (model sanitari 5) i informe sobre els antecedents clínics de la persona. El psicòleg/a aportarà complimentat un instrument de detecció que s'inclou en l'annex 5 de la Instrucció, on s'han inclòs un ventall de recursos i instruments que poden ser d'utilitat als professionals en el marc de l'avaluació del risc de suïcidi: Escala Plutchick¹³, escala de desesperació Beck¹⁴, escala d'ideació suïcida Beck, guia d'observació de risc suïcida per a professionals de vigilància, guia OMS per al cribratge de risc

¹³ L'escala de risc suïcida Plutchik (ERSP), és una escala originalment de 26 ítems, que avalua els intents autolítics previs, la intensitat de la ideació suïcida actual, els sentiments de depressió, desesperança, i altres aspectes relacionats amb les temptatives de suïcidi (Plutchik i Van Praag, 1989).

¹⁴ Escala que avalua la presència de símptomes depressius presents les darreres 2 setmanes, d'acord amb els criteris diagnòstics del DSM-IV. Compta amb 9 ítems en format Likert que es puntuen com 0 (mai), 1 (alguns dies), 2 (més de la meitat dels dies) i 3 (gairebé cada dia).

suïcida a centres penitenciaris. Aquests professionals disposaran també de la informació processal-penal i penitenciària de la persona així com de tota la informació obtinguda durant les entrevistes realitzades en el moment de l'ingrés.

En moments posteriors a l'ingrés: el psicòleg o psicòloga hauran de complimentar els instruments d'avaluació inclosos en els annexos del protocol (als que s'ha fet referència abans), així com la informació fruit d'avaluacions prèvies de la que disposi. El metge o metgessa, l'avaluació del risc d'acord amb l'Escala Plutchick i els antecedents sobre malalties mentals dels que disposi. Disposaran també d'un informe sobre la situació social actual de la persona.

El pla d'intervenció

La subdirecció, amb la informació rebuda per aquests/es dos professionals i pels professionals de vigilància, així com altra informació que hagin recopilat, faran una proposta de les mesures que estimin oportunes i de la seva durada (que inicialment no serà inferior a 3 setmanes) i la remetran a la direcció. Com també ocorre amb el Programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris catalans, el PPS espanyol no fa cap referència a la participació de la persona afectada en l'elaboració del seu pla d'intervenció.

Una vegada elaborat aquest, el PPS estableix que la direcció haurà d'emetre l'ordre i responsabilitzar del seu compliment als respectius departaments. Aquesta informació es transmetrà als equips de tractament, i es crearà una carpeta específica de la persona en PPS.

Com es pot constatar, el protocol de funcionament es troba bastant ben definit, establint-ne tant la persona responsable de realitzar cada tasca, la informació que s'haurà de tenir en compte per a la seva realització, així com també el/la professional responsable de recopilar i aportar la citada informació.

Les possibles mesures a aplicar

S'estableixen 3 tipus de mesures de diversa naturalesa que es considera que poden contribuir a prevenir o minimitzar el risc de suïcidi. Les primeres són de

tipus organitzacional, i per tant no s'apliquen a persones concretes sinó al funcionament del centre en conjunt. La resta són mesures d'aplicació a persones concretes, diferenciant-les entre provisionals i programades en funció del moment de la detecció.

Mesures preventives

- La correcta composició de l'Equip tècnic d'atenció a ingressos i el bon funcionament del protocol d'acollida a persones preses.
- Procurar que els funcionaris disposin de formació i informació en sensibilització de prevenció de suïcidis.
- En el departament d'ingressos existirà sempre un intern/a de suport i s'evitarà la permanència perllongada en règim d'aïllament.
- Amb caràcter general, els ingressos compartiran cel·la i s'intensificarà l'observació directa freqüent per part dels professionals de vigilància.
- Els trasllats de centre en aquells interns/es que tinguin aplicat PPS comportaran que la Direcció del centre remeti al centre de destí la informació necessària al respecte i s'assegurarà de transmetre els informes, historials clínics i documentació pertinent.
- Els trànsits estaran en cel·la compartida, evitant situacions d'aïllament, amb caràcter general.
- S'evitarà ubicar a les persones en PPS en mòduls de respecte d'alta exigència o nivell 3.
- El psicòleg o psicòloga de l'equip tècnic d'ingressos entrevistarà a cada persona realitzant una tasca clínica que permeti detectar qualsevol possible afectació que requereixi l'activació del PPS.
- Amb 24 hores d'antelació a què qualsevol persona en PPS sigui traslladada de centre, el director/a haurà d'informar al director/a i subdirector/a de seguretat del centre de destí de la situació actual de la persona i les mesures vigents.
- Es facilitarà les trucades reglamentàries a la família en el moment de l'ingrés i sempre que es consideri pertinent per motius excepcionals sobrevinguts.

Com es pot constatar, es tracta de mesures que permeten incidir sobre alguns factors del risc del suïcidi, minimitzant-los. En destaquem diverses d'elles per considerar-les molt rellevants.

En primer lloc, l'existència d'un bon protocol d'acollida de les persones preses, aspecte molt important per ajudar aquestes persones a adaptar-se a la nova realitat en què es troben. La presència d'un intern/a de suport als departaments d'ingressos que pugui acompanyar la persona en aquest procés d'adaptació inicial, establir una relació amb la persona en el marc de la qual l'intern/a de suport pugui estar atent/a als factors de risc, així com la sensibilització i formació específica als i les professionals de vigilància penitenciària que treballen a aquests mòduls dirigida a potenciar la seva capacitat de detecció de qualsevol mena de factor de risc. També, el fet d'evitar l'aïllament durant aquesta etapa, per ser aquest un factor de risc, permetent sempre el contacte amb la família, o la necessitat que el psicòleg o la psicòloga del departament d'ingressos entrevistés a la persona per poder detectar qualsevol situació de risc.

Mesures provisionals urgents

- la derivació urgent a l'hospital de referència.
- la dispensa farmacològica mitjançant tractament mèdic directament observat.
- la immobilització terapèutica acompanyada d'observació.
- l'assignació urgent d'un intern de suport.
- la retirada de material de risc.
- la vigilància especial dels funcionaris.
- la ubicació en una cel·la especial d'observació.

Pel que fa a les mesures provisionals, que són aquelles mesures a adoptar amb anterioritat a què es realitzi l'avaluació clínica del risc, destaquem el fet que en cas de valorar-se com a pertinent l'adopció d'una mesura d'immobilització o contenció mecànica, aquesta hagi d'anar acompanyada d'una mesura d'observació.

Mesures programades

- Control mèdic: consulta mèdica programada, derivació a l'especialista psiquiàtric, dispensa farmacològica, ingrés a infermeria, consulta psicològica programada.
- Control per l'equip de tractament: seguiment directe per part de l'educador/a, valoració del treballador/a social, contacte familiar.
- Control per unitats de vigilància: vigilància nocturna, vigilància especial, retirada de material de risc, la ubicació en una cel·la especial d'observació, el seguiment d'incidències en les comunicacions.
- Règim de vida: l'acompanyament continu de l'intern de suport, afavorir les comunicacions presencials i telefòniques amb familiars, potenciar la participació de l'intern/a en activitats.

Pel que fa a les mesures programades, destaquem especialment que es tingui en compte la possibilitat que sigui necessari afavorir les comunicacions amb la família o potenciar la participació de la persona en activitats, ja que a diferència de la resta que estan dirigides a augmentar el control sobre la persona, es tracta de mesures més enfocades a potenciar els factors de protecció i evitar l'aïllament social.

Interns i internes de suport

Com s'ha apuntat, els i les internes de suport són una de les mesures preventives que s'empren davant alguns casos que es valoren de risc. Segons s'estableix al Protocol, tots els centres seleccionaran, instruiran i mantindran actualitzat un grup d'interns/es de suport. La incorporació de les persones preses al grup d'interns/es de suport és decisió dels equips de tractament prèvia sol·licitud de la persona candidata. Aquestes persones poden estar tant en condició de preventives com de penades, establint-se entre altres requisits que estiguin motivades i presenten aptituds, que presentin una situació estable al centre, no tinguin sancions, no presentin consum actiu ni tinguin antecedents d'autolesió o intents de suïcidi.

Els i les internes de suport han de rebre anteriorment una formació de 20 h per part dels equips de tractament i de professionals d'ONG externes. La seva col·laboració com a interns/es de suport ha de ser reconeguda pels

professionals del centre, quedant constància a l'expedient de la persona i tenint-se en compte en el moment de presa de decisions en matèria dels denominats beneficis penitenciaris.

La intervenció amb perspectiva de gènere

El segon bloc de modificacions que estableix la Instrucció 2/2022 estan orientades a la fase d'intervenció, on es plantegen factors diferencials a tenir en compte en la intervenció en funció del gènere de la persona. Es parteix de la premissa que el model de masculinitat hegemònica se sustenta sobre el poder com a dominació i la imatge de l'home basada en la força, la competitivitat i el control emocional, el que pot comportar una major dificultat per aquests per expressar les seves emocions i, per tant, per identificar les problemàtiques subjacents.

En el cas de les dones, s'estableix la necessitat que es presti especial atenció a la salut mental. Els tractaments efectius per les conductes autolesives de dones preses han d'estar orientats a regular trastorns emocionals greus (la teràpia dialèctica conductual pot ser d'utilitat, i es proposa com a mètode alternatiu la combinació entre entrevista motivacional i les teràpies cognitiu conductuals). Sigui com sigui, per comprendre la salut mental de les dones i adequar les intervencions perquè siguin el màxim d'eficaces, cal partir des d'un model explicatiu integral que superi el biologicisme i tingui en compte factors com la classe social, condicionants laborals, i nivell educatiu, evitant recórrer únicament a la medicació i focalitzant també en altres factors individuals i socials. En el cas de les dones, però també dels homes, és vital potenciar relacions personals i el desenvolupament del benestar i d'estratègies d'afrontament positiu del conflicte (optimisme, estabilitat emocional...) que poden mitigar l'afectació de situacions i factors estressants.

Així, tot i haver-hi factors comuns, s'estableix que el tractament no pot ser el mateix per als homes que per a les dones, havent d'enfocar la intervenció als factors de risc específics, disminuint-los i potenciant els factors de protecció. En el cas de les dones, resulta fonamental abordar els processos de victimització prèvia, per ser més freqüents, així com la malaltia mental, per presentar

habitualment majors dificultats. També s'ha de fomentar la seva participació en activitats i programes, equiparant-la a la dels homes, així com sempre que sigui possible, traslladar-les a centres propers al seu domicili familiar.

En el cas dels homes, s'ha de treballar especialment en l'àmbit emocional, per a fomentar l'expressió i regulació emocional. Així com insistir en la importància de demanar ajuda i en el desenvolupament d'estratègies d'afrontament positives.

Com es pot constatar, el ventall de propostes d'intervenció és molt ampli i està molt adaptat a les evidències científiques respecte als factors diferencials existents entre homes i dones, tant respecte als factors de risc i protecció com a les necessitats que aquests presenten, però sense caure en l'homogeneïtzació i perdre la perspectiva que és necessari sempre atendre a la individualitat de cada cas. Tanmateix, s'ha d'apuntar que en la mesura que al programa no es fa menció als recursos als quals s'ha de derivar les persones perquè puguin tenir accés a aquests tipus d'intervencions (per exemple, la inclusió de la persona en cert programa d'intervenció destinat a treballar cert àmbit, la realització de sessions individuals amb els o les psicòlogues dels equips de tractament, o la derivació a un servei de salut mental on es pugui desenvolupar les teràpies cognitives conductuals a les quals es fa referència), es corre el risc que aquestes disposicions acabin convertint-se en meres declaracions d'intencions. Aquest aspecte resulta encara més rellevant si tenim en compte els problemes en l'àmbit de l'atenció sanitària que es donen en la majoria dels centres penitenciaris espanyols, on des de fa anys es dona un greu problema de manca de professionals sanitaris, en especial metges o metgesses i psiquiatres.

Una vegada analitzades les darreres modificacions aportades per la Instrucció 2/2022, continuarem veient les disposicions que s'estableixen al programa marc de prevenció de suïcidis respecte al seguiment de les persones i l'avaluació del programa.

El seguiment de la persona

La permanència mínima d'un intern/a al protocol PPS és de dues setmanes. S'allargarà tant com requereixi el cas, però no és recomanable la cronificació del PPS. Es procurarà que l'aixecament de les mesures sigui de forma gradual.

Els subdirectors/es mèdics, de tractament i de seguretat són els responsables de fer un seguiment de cada cas. L'observació i intervenció de cada persona en PPS es realitzarà pels membres de l'equip tècnic, metges o metgesses i Cap de serveis que acordi l'esmentat equips de subdirectors/es.

Cadascun d'aquests professionals recollirà setmanalment els moments d'intervenció amb la persona, les conductes observades, i una valoració personal sobre si escau realitzar algun canvi en la seva intervenció. En funció d'aquests informes l'equip de subdirectors/es valorarà les decisions, revisant setmanalment amb la direcció les altes i baixes del programa.

En aquest àmbit considerem molt positiu que en el procés de seguiment de la persona hi participin professionals de les tres àrees implicades (rehabilitació, sanitat i vigilància) i que cadascun d'ells/elles hagin de fer un informe setmanal en què sistematitzin totes les accions realitzades i les seves observacions i valoracions respecte a la situació de la persona, aspecte que garanteix que tant el procés de la intervenció com d'avaluació es realitzi de forma multidisciplinària, permetent així una visió més holística de la persona i del procés d'internació. Tanmateix, crida l'atenció que el programa no faci menció a la necessitat de la participació de professionals de psiquiatria en els processos d'intervenció, el que podria derivar de la problemàtica en aquest àmbit abans apuntada.

Baixa en el programa i revisions

Com ja s'ha apuntat abans, la Direcció serà la responsable de prendre la decisió respecte a les baixes en el programa, no obstant això, aquest ho farà amb la informació que rebi de les Subdireccions sanitàries, de règim i de tractament.

S'estableix que quan la baixa del programa suposi un canvi respecte a la ubicació de la persona, aquesta s'ha de postergar almenys una setmana, fins a poder cerciorar-se de l'adaptació de la persona a la nova ubicació.

La decisió de la baixa s'ha de comunicar a l'equip de tractament que serà el responsable d'adoptar totes les accions pertinents. En la documentació de baixa del programa s'establiran també els moments de revisió respecte a aquesta decisió. En funció de l'avaluació que es realitzi es decidirà envers la necessitat de realitzar o no futures avaluacions.

Al programa s'estableix també que els antecedents respecte a la inclusió en un PPS quedaran reflectits a l'expedient de la persona i s'hauran de valorar i reflectir en les successives decisions que s'adopten en vers la persona (revisions de grau o propostes de permís) i també s'hauran de tenir en compte i valorar en cas que la persona protagonitzi algun incident. Tanmateix, no s'estableix en quin sentit podran afectar aquests antecedents a la presa de decisions, per la qual cosa entenem aquest extrem queda a discrecionalitat dels professionals dels equips de tractament.

Anàlisi de casos i avaluació del programa

Com ja s'ha apuntat, aquesta funció és competència del Consell de direcció, qui realitzarà avaluacions respecte a cada incident crític (sigui o no consumat) i avaluacions anuals respecte a l'aplicació del programa. Tanmateix, no es fa cap menció al protocol que s'ha de seguir per realitzar les anàlisis d'incidents crítics.

4.1.2 El programa marc de prevenció dels suïcidis als centres penitenciaris del País Basc

Mitjançant la Instrucció 001/2023 de la Direcció de Justícia del Govern basc s'aprova el primer programa de prevenció de suïcidis (PPS) específic per a les presons basques. Cal recordar que el País Basc va assumir la competència en matèria penitenciària l'octubre del 2021.

Per a l'elaboració del PPS de les presons basques es van emprar els textos base del programa de prevenció de suïcidi vigent en aquell moment al CP Araba i Centre de Salut Mental Zaballa, la Instrucció I – 5/2014 de la Secretaria General d'Institucions Penitenciàries, i el Programa Marc de prevenció de suïcidis als Centres penitenciaris de Catalunya. Així mateix, el programa s'incardina dins de l'estratègia de prevenció de suïcidi a Euskadi del Departament de Salut, la qual ja recollia la mesura específica de millorar la detecció i abordatge de la conducta suïcida als Centres Penitenciaris d'Euskadi. A més, com s'estableix a la introducció d'aquest, està previst que el Programa estigui en constant procés d'actualització i millora, amb objecte d'incorporar les millors pràctiques del context internacional. Crida l'atenció que contràriament, per a la seva elaboració no s'hagi tingut en compte les modificacions per incorporar la perspectiva de gènere que havien estat incorporades a les presons espanyoles l'any anterior a través de la Instrucció 9/2022 de la SGIP.

Atès a què, com anirem veient, el PPS de les presons basques conté extractes directes tant del PPS a les presons espanyoles com del Programa marc per a la prevenció de suïcidis a les presons catalanes, el contingut dels quals ha estat ja analitzat amb anterioritat, analitzarem el contingut del PPS de les presons basques relacionant-lo amb les anàlisis anteriorment realitzades, a fi de veure quines són les principals aportacions o carències respecte als altres dos.

Els objectius generals del programa de prevenció de suïcidis a les presons basques són exactament idèntics als que s'estableixen per a les presons catalanes. Seguidament, igual que a la resta de protocols analitzats, al document s'estableixen una sèrie de principis orientadors, que en termes generals constitueixen un recull dels principis continguts en el PPS de la SGIP i del sistema penitenciar català. Tanmateix, caldria destacar el major èmfasi que sembla donar el PPS del sistema penitenciar basc a la importància de la implicació de tot el personal penitenciar així com de la resta d'agències externes que col·laboren en el procés de reinserció en els processos de detecció i seguiment de les persones en risc de suïcidi, tot i que aquest és un

factor al qual també es fa referència als PPS dels altres dos sistemes penitenciaris.

Seguidament, al PPS del sistema penitenciarí basc s'aporta una definició de diversos termes relacionats amb la conducta suïcida, extreta directament del programa marc dels centres penitenciaris catalans. En el següent apartat es detallen factors de risc de la conducta suïcida, i els factors de protecció, els quals són idèntics als que es poden trobar a l'annex 3 del Programa marc de prevenció de suïcidis a les presons catalanes, el qual, si recordem, no estava diferenciat atenent el gènere ni a cap altra variable.

Àmbits d'intervenció

Al següent apartat del PPS es presenten els diversos àmbits d'intervenció dels que disposa el sistema penitenciarí basc en matèria de suïcidis i autolesions.

Tot i que els recursos, mitjans i instruments dels quals es disposa en la pràctica el sistema penitenciarí basc per donar resposta a situacions de risc de suïcidi, són amb algunes excepcions, els mateixos de què disposen els altres dos sistemes penitenciaris de l'Estat, s'ha de destacar la visió de caràcter més integral i holístic que, almenys sobre el paper, sembla adoptar el sistema penitenciarí Basc a l'hora d'analitzar i afrontar el fenomen dels suïcidis a la presó. Tal com es fa constar a la introducció del PPS Basc *"la intervenció en matèria de suïcidi consisteix en un complex sistema d'accions de caràcter molt diferent que afecten diferents àrees i agents de la intervenció penitenciària: Hi ha accions de caràcter general o universals, altres de caràcter particular o concret; hi ha accions amb població indicada, en risc, i per col·lectius concrets; també accions de prevenció, de maneig de la conducta suïcida i de postvenció"*. Tanmateix, al protocol s'explica que al document s'intenta fer un esforç per presentar de forma organitzada i sistematitzada les diverses mesures que s'adopten en el marc del sistema penitenciarí basc en aquest àmbit, però que segurament n'hi haurà altres que es realitzen de forma transversal des d'altres àrees, agents i programes que no es recullen en el text.

És important deixar clar que tot i ser conscients que el sistema penitenciari català ha optat per un abordatge semblant del fenomen del suïcidi a presó, al seu programa marc aquesta premissa no es presenta de forma tan clara, és a dir, els diversos nivells d'intervenció s'exposen de forma que no queda tan explícita la necessitat d'afrontar el fenomen de forma multinivell i multimètode. El programa marc de la SGIP presenta en aquest sentit un abordatge encara més limitat, en la mesura en què se centra en la detecció de risc i en la intervenció posterior, sense fer menció a les mesures prèvies a la detecció del risc (més enllà d'aquelles mesures preventives, dirigides especialment a les persones de nou ingrés) ni tampoc a les mesures a adoptar en la fase de postvenció en relació amb els supervivents del suïcidi.

Mesures de prevenció universal de suïcidis i promoció de la salut a l'àmbit penitenciari

El primer conjunt de mesures que comprèn el PPS del sistema penitenciari basc són aquelles de caràcter general, les quals s'integren dintre del bloc de mesures de "*prevenció universal de suïcidis i promoció de la salut a l'àmbit penitenciari*". Segons s'estableix al protocol, aquestes mesures han de ser impulsades pel centre directiu amb el suport de les direccions dels diversos centres penitenciaris, amb l'objectiu de permetre un continu perfeccionament del sistema. D'aquest tipus de mesures, el Programa en destaca les següents:

- (a) La formació contínua dels professionals penitenciaris en detecció i prevenció de conductes suïcides
- (b) Profunditzar en una cultura de la intervenció, augmentant l'oferta d'activitats
- (c) Perfeccionar el sistema de coordinació de la informació, especialment entre els professionals de "vigilància, tractament, sanitat"
- (d) Realitzar activitats divulgatives als centres a fi de lluitar contra l'estigma associat al suïcidi

Protocol davant la detecció d'una situació de risc

En segon lloc, troben una descripció detallada del protocol a aplicar davant la detecció d'una situació de risc de suïcidi o davant un episodi concret.

Pel que fa a l'abordatge del fenomen de les **conductes autolesives** a presó, el PPS basc, seguint la línia de la instrucció 2/2022 de la SGIP, i tot i afirmar que poden tenir un component manipulatiu, deixa clar que no es poden obviar i que davant aquestes s'ha d'aplicar igualment l'algoritme d'intervenció. Aquest apartat és força semblant al que trobem al PPS de la SGIP. Primerament, es detallen els i les professionals responsables de l'aplicació, així com els 4 nivells de responsabilitat i les funcions derivades, les quals són equivalents als descrits per a les presons espanyoles.

Abans d'endinsar-se a descriure els diversos moments clau per a la detecció del risc, es detallen certes situacions que es poden donar al llarg del compliment de la condemna, que poden considerar-se senyals d'alerta. Davant l'observació d'aquest tipus de conductes, el PPS de les presons basques recomana realitzar observacions més precises a fi de poder detectar si darrere d'aquestes pogués haver-hi una conducta suïcida en procés. Es tracta de conductes com: 1) canvis en la conducta (tristesa, aïllament, agressivitat no habitual, etc); 2) regalar les pertinences o lliurar altres coses que anteriorment s'apreciaven molt; 3) Aspecte trist (plor) o deixat, Irritabilitat no habitual; 4) No participació en les activitats de la manera habitual; 5) Manifestació de sentir-se malament, que no pot amb les coses que li passen, que és una càrrega per a la família, que se sent culpable, amb desesperança; 6) Descobriments de material indicatiu d'intencionalitat suïcida.

Pel que fa als moments clau per la intervenció de detecció, són els mateixos que es descriuen al PPS de les presons espanyoles: 1. Durant l'ingrés; 2. Canvis durant l'internament; 3. En els trasllats i trànsits entre establiments; i 4. Les situacions d'especial risc.

Davant la detecció d'un cas, el protocol contempla la possibilitat que, en cas d'urgència, s'adoptin una sèrie de mesures provisionals. Tot i que el protocol de les presons basques contempla gairebé les mateixes mesures urgents o provisionals a adoptar davant la detecció d'una situació de risc de suïcidi que

l'espanyol, aquest no contempla, o almenys no descriu, les mesures preventives de caire organitzacional que es descriuen a l'espanyol.

Pel que fa a la presa de decisions, el PPS Basc, igual que l'Espanyol, estableix que qualsevol sospita de risc s'ha de notificar al o la cap de serveis, qui ho ha de comunicar a la direcció o comandament d'incidències i als serveis sanitaris perquè procedeixin amb l'avaluació. L'avaluació s'ha de realitzar sempre al més aviat possible, establint-se un termini que va de les 24 a les 72 h.

L'avaluació del risc

Com s'ha explicat anteriorment en els centres penitenciaris espanyols, l'avaluació del risc és un procés que han de dur a terme el psicòleg o la psicòloga de l'equip tècnic (en cas de detectar-se en el moment de l'ingrés els del mòdul d'ingressos i si es detecta més endavant el o la del mòdul en què es troba ubicada la persona), juntament amb el metge o metgessa de l'establiment. Aquests professionals, a més dels resultats dels informes o escales de valoració realitzats per ells o elles mateixes, podran comptar amb els informes d'altres professionals del centre.

Als centres penitenciaris bascos seran els mateixos professionals els responsables de l'avaluació, podent aquests/es desenvolupar el mateix paper que el metge o metgessa de l'establiment el o la responsable de salut mental del centre. En aquest sentit, crida l'atenció que tot i que el sistema penitenciar basc té transferides les competències en matèria de sanitat penitenciària i a cada centre es disposi d'equips de salut mental, no s'inclogui als i les psicòlogues d'aquests equips en aquest procés, tal com es fa en el marc del sistema penitenciar català. En aquest sentit, és important recordar el rol que exerceixen els professionals dels equips de tractament en la presa de decisions respecte a benèfics penitenciaris i/o altres qüestions, situació que pot afectar a l'hora d'establir una relació terapèutica més idònia per a aquest tipus de qüestions, així com el fet que no és requisit per als i les psicòlogues tenir una especialitat en psicologia clínica per formar part dels equips de tractament dels centres penitenciaris.

A les presons basques l'avaluació del risc es presenta com una mesura clínica que ha de ser realitzada a través d'un "Screening" o avaluació a través d'una enquesta metòdica. Per a realitzar aquest "Screening", l'equip mèdic compta amb una sèrie d'instruments: l'escala MINI (entrevista neuropsiquiatria internacional per a estudi de trastorns suïcides), l'escala SAD PERSONS i les recomanacions de la Guia de pràctica clínica de prevenció i tractament de Conducta Suïcida del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat del Govern Basc. Les dues primeres constitueixen escales breus per valorar el risc de suïcidi, establint la necessitat d'emplenar ambdues en tots els casos en què una persona ingressa per primera vegada al centre, quan qualsevol professional hagi detectat un risc de suïcidi i en els trasllats i trànsits entre establiments. El tercer instrument constitueixen unes recomanacions que poden ser d'utilitat als professionals per conduir l'entrevista de valoració.

Si recordem, un d'aquests tres instruments (l'escala MINI) és el que s'empra als CP catalans per fer l'avaluació del risc. Tot i que com hem vist, a les presons basques s'usen altres instruments per realitzar l'avaluació, a les presons basques, igual que al de les presons catalanes, s'ha optat per adoptar un model d'avaluació de risc de tipus quantitatiu, en el que els resultats de les escales d'avaluació són els que permeten classificar el nivell de risc entre lleu, moderat i alt.

Una vegada realitzada la valoració, l'equip de salut mental del centre serà el responsable de realitzar una proposta de pla de seguretat d'acord amb el nivell de risc resultant de la valoració anterior, que serà el que determina les possibles mesures a adoptar en cada cas.

Com es pot constatar, a diferència del sistema penitenciari català, on el o la responsable de realitzar aquest pla d'intervenció és el o la psiquiatra, en el sistema penitenciari basc, com a l'Espanyol, aquesta tasca és realitzada per un equip multidisciplinari. Tanmateix, en el cas del sistema penitenciari basc, es deixa aquesta tasca a un equip d'especialistes en salut mental, i si recordem, en el cas de l'Estat espanyol, aquest equip està integrat pels o les subdirectores de vigilància, sanitat i tractament.

Com a possibles mesures preventives a adoptar s'estableixen:

Risc alt: Retirada d'objectes de risc, cel·la especial d'observació, supervisió contínua (professional de vigilància i interns/es de suport), control de senyals d'alerta i factors de risc o trasllat al servei d'Urgències per ingrés hospitalari a unitat d'aguts de Psiquiatria o valorar ingrés a Mòdul d'Infermeria (valorar per Salut Mental), si estructuralment és possible.

Risc moderat: Retirada d'objectes de risc, intern/a de suport en cel·la i activitats no col·lectives, control de senyals d'alerta i factors de risc, permanència al propi mòdul a ser possible o valorar trasllat Mòdul d'Infermeria si estructuralment és possible.

Risc lleu: Retirada d'objectes de risc, intern de suport en cel·la a la nit, control de senyals d'alerta i factors de risc.

L'elenc de mesures descrites no comporta una assignació automàtica de les mateixes. Segons s'estableix al programa, seran els o les professionals responsables del PPS el que han de triar les més adequades entre elles (podent adoptar-ne també d'altres), en funció de les característiques de cada cas i moment, procurant fugir de l'automatisme a la seva aplicació i utilitzant criteris d'especificitat i suficiència. Igual que el programa marc de prevenció de suïcidis a centres penitenciaris catalans o el PPS de les presons espanyoles, el PPS de les presons basques no fa cap menció al grau de participació de la persona presa en el seu programa d'intervenció, a la necessitat d'elaborar-lo atenent les seves preferències individuals o, almenys, a la necessitat d'intentar que sigui un pla consensuat amb la persona afectada, a fi de garantir la seva implicació.

A més d'aquestes mesures, el sistema penitenciari basc proposa altres de caràcter estructural de caire més preventiu, que tenen per objecte incidir sobre determinats espais, moments i procediments que són considerats significatius als efectes del programa. Aquestes mesures són les mateixes que es contemplen en el marc del PPS espanyol, en el marc de les mesures preventives.

A més de l'elaboració del pla de seguretat basat en les mesures anteriorment descrites, el PPS de les presons basques contempla per a tots els casos també la possibilitat d'intervenció psicoterapèutica i psicofarmacològica si aquesta es valora com a pertinent. En els casos en què es valora el risc greu, les mesures a adoptar contempen la derivació psiquiàtrica, davant un risc moderat la valoració psiquiàtrica i davant un risc lleu la consulta psiquiàtrica.

Una vegada realitzada la valoració del risc, es reprèn el protocol establert per a les presons espanyoles. És a dir, s'ha de programar una reunió entre metge o metgessa i el psicòleg/a de l'equip de tractament en la que es prendrà una decisió en base a totes les evidències disponibles: resultats de les escales de valoració de risc, avaluacions psicològiques prèvies de les quals es disposi, informació sobre antecedents de malaltia mental en cas de disposar-se, informació processal-penal i penitenciària, informe social de la persona, etc.

S'ha d'apuntar que en aquest punt el protocol presenta certa confusió, en la mesura en què anteriorment es feia constar que l'avaluació del risc ha de ser realitzada per l'equip mèdic i seguidament la persona remesa al psiquiatre, però no es fa menció en cap moment al moment concret en què s'ha de realitzar la derivació al psicòleg/a de l'equip tècnic per a la realització d'una nova entrevista. Tanmateix, en aquest punt es fa referència a un instrument de detecció que aquest/a professional haurà de complimentar, que segons es fa constar es troba als annexos, malgrat que el protocol analitzat no disposi de cap annex. Així, tenint en compte que el contingut d'aquest apartat és idèntic al que trobem a la instrucció 9/2014 de la SGIP (la qual sí que disposa d'annexos entre els quals es troba l'esmentat document), en aquest punt es fa evident la falta de rigor per part de l'administració basca a l'hora d'integrar el contingut dels diversos protocols estudiants en la seva proposta de PPS.

Si seguim analitzant el protocol d'activació del PPS a les presons basques trobem que, com a les presons espanyoles, el resultat de la deliberació conjunta realitzada per metge metgessa i el psicòleg/a en relació amb la proposta d'incloure o no a la persona en el PPS ha de ser remesa a la direcció del centre, des d'on conjuntament amb els subdirectors/es de règim i

tractament i els responsables dels equips mèdics acordaran les mesures a adoptar.

Els processos per determinar l'alta, el seguiment de les mesures i l'estat de la persona, o la baixa en el programa són força idèntics als que s'estableixen a les presons espanyoles, per la qual cosa no ens detindrem aquí a analitzar-los.

Cal assenyalar únicament el major èmfasi que el sistema penitenciari basc sembla haver donat a la figura dels interns o internes de suport. Al sistema penitenciari basc aquestes persones són seleccionades i formades a fi que puguin realitzar diversos tipus de tasques encaminades totes elles a la reducció del risc de suïcidi als establiments penitenciaris.

Aquestes funcions són:

1. Acompanyament a les persones incloses al programa PPS, amb diferents nivells de seguiment:
 - a. Compartir cel·la.
 - b. Acompanyament, a més, en totes les activitats no col·lectives.
 - c. Acompanyament les 24 hores. En aquest cas, es denomina els interns/es de suport com interns/es ombra (IA).
2. Presència en espais i moments especialment sensibles, com és per exemple, al departament d'ingressos.
3. Observació preventiva en mòduls ordinaris.

Les persones preses que duen a terme aquestes tasques poden ser seleccionades pels equips de tractament dels centres penitenciaris entre la totalitat de la població reclusa (amb independència de la seva condició de preventius/ves o penats/des). Prèvia sol·licitud de la persona interessada i després que aquestes/es siguin entrevistades pel psicòleg o la psicòloga de l'equip tècnic i pel metge o metgessa, les persones seleccionades han de realitzar prèviament un taller sociosanitari, que és impartit per l'Entitat Aukerak (l'agència basca de reinserció social), podent rebre a més orientació i instrucció addicional per part dels equips tècnics i sanitaris.

L'objectiu d'aquest procés formatiu és que la persona adquireixi consciència de la funció a exercir, de la seva importància i objectius, així com proporcionar-li coneixements bàsics sobre la detecció de circumstàncies clíniques de risc, tècniques d'escolta activa, comunicació interpersonal, i sobre la depressió i primers auxilis.

Excepte en casos excepcionals, en què pel vincle amb la persona en risc de suïcidi, es decideix que un intern/a concret/a és la persona més idònia per acompanyar la persona en PPS, cap intern/a realitzarà funcions d'intern/a de suport sense haver rebut la formació adient. Segons s'estableix al protocol s'han de realitzar tantes formacions com sigui necessari fins a garantir que entre un 2 i un 3% de la totalitat de la població penitenciària estigui capacitada per desenvolupar aquesta funció.

Serà l'equip de subdirectors/es el responsable d'assignar, entre totes les persones disponibles, a l'intern/a de suport que ha d'atendre a cada cas inclòs en PPS, així com els professionals, dins de la corresponent àrea funcional, que han d'impartir les instruccions específiques a l'intern/a de suport. Aquestes instruccions s'hauran d'impartir en presència del Funcionari/ària encarregat/da de la Vigilància del Mòdul on exercirà l'activitat. L'educador/a social del mòdul mantindrà un contacte diari amb els interns/es de suport, per garantir que tinguin tota la informació actualitzada de la situació de les persones en PPS. En el cas que en aquest procés els professionals dels equips de tractament detectin una falta d'interès o manifesta incapacitat per part d'aquestes persones per desenvolupar les funcions que els han estat encomanades, com per exemple en cas que de forma injustificada s'absentïn de les reunions de coordinació, seran motius d'expulsió del grup.

Per al sistema penitenciari basc, la participació en aquestes activitats constitueix un signe clar de la voluntat de la persona de participar del seu procés de reinserció, havent, per tant, de tenir-ho en compte en la presa de decisions pel que fa a la seva evolució i accés a beneficis penitenciaris.

Col·lectius d'especial risc

Més endavant, a diferència del PPS espanyol, però de manera idèntica a com ho fa el programa marc de les presons catalanes, el PPS basc, inclou un apartat on es detallen les especificitats de l'atenció cap a certs col·lectius d'especial vulnerabilitat: joves, dones i persones transgènere. El contingut de l'apartat és una còpia idèntica del mateix apartat inclòs al PPS català, sense que es realitzi cap mena de referència o adaptació a la realitat de les presons basques.

Mesures de postvenció

Igualment, el PPS de les presons basques inclou un apartat en relació amb la postvenció que té com a objecte minimitzar l'impacte del suïcidi i afavorir la capacitat d'adaptació, resistència i habilitats d'afrontament de les comunitats afectades. És també en aquest apartat, igual que en el PPS català, on es descriuen les mesures a adoptar a fi de possibilitar l'anàlisi i l'aprenentatge de les experiències viscudes a un nivell organitzacional.

Pel que fa a les mesures dirigides al treball amb els supervivents del suïcidi que es descriuen al PPS basc, el contingut d'aquestes és idèntic al del protocol català, limitant-se, per tant, a una mera declaració d'intencions que no es protocol·litza de cap manera, com tampoc s'estableixen les mesures a adoptar per dur-ho a terme, ni els o les professionals responsables de fer-ho, així com si es disposa de guies o recursos per fer-ho. Contràriament, aquelles mesures destinades a analitzar els incidents crítics o experiències consumades, a fi d'aprendre de les mateixes i incorporar aquests aprenentatges a la pràctica, igual que en el PPS català, es troben molt més desenvolupades i protocol·litzades.

En el cas del protocol basc, l'anàlisi dels incidents consumats es realitza seguint el Protocol de Londres (Taylor-Adams, Sally and Vincent Charles. System Analysis of clinical incidents: the London Protocol. Versió de l'any 2004). Aquesta metodologia per a l'anàlisi d'esdeveniments adversos permet analitzar tota la cadena de successos, així com avaluar de forma estructurada i

sistemàtica els factors que van contribuir a fer que l'incident tingués lloc, amb l'objectiu final de descobrir quines van ser les mancances i deficiències del sistema i aportar recomanacions per a la correcció o millora.

De manera resumida, les fases del procés d'anàlisi són les següents:

1. La primera activitat és la reconstrucció completa dels fets esdevinguts: *què va passar?, com va passar?* De manera que s'estableix la seqüència cronològica.
2. A continuació, aquesta seqüència es confronta amb els protocols prèviament aprovats, les normes o la pràctica reconeguda; *Què hauria d'haver passat?*, de manera que es puguin identificar, si es van produir, situacions problemàtiques o errors en l'execució de les tasques.
3. El pas següent és identificar tots els problemes i errors. Per a cada problema, cercar factors contribuents i causes relacionades amb cadascun. Per a cada problema s'analitza si va estar relacionat amb: factors personals dels professionals implicats, formació, organització de les tasques, reconeixement del lideratge, comunicació, infraestructures, equipaments...
4. Un cop identificats els factors contribuents, s'investiguen les causes per les quals es van produir les fallades del sistema.
5. Conegudes les causes, s'estableix per a cadascuna una acció correctora i es duen a terme recomanacions per a la implantació.

A més de l'anàlisi d'incidents crítics, el PPS Basc estableix la necessitat de crear una Comissió de seguiment i avaluació del programa de prevenció de suïcidis interdepartamental (Justícia, Salut, Osakidetza) que, amb la periodicitat que resulti necessària, analitzarà el contingut d'aquest, la seva actualització i l'anàlisi quantitativa i qualitatiu de les conductes suïcides —temptades, consumades o frustrades— per facilitar-ne la prevenció.

5.2 Programes de prevenció del suïcidi a presons de fora l'Estat espanyol

5.2.1 L'estratègia per prevenir suïcidis a les presons escoceses: “*Talk to me*” (Parla'm)

L'estratègia per a la prevenció de suïcidis a les presons escoceses va ser elaborada pel *Scottish Prison Service* (el servei de presons escocès, en endavant; SPS) l'any 2016, estant prevista per a ser desenvolupada des d'aquest any fins al 2021, sense que avui en dia s'hagin publicat noves adaptacions a la mateixa.

Des del 2012, el govern escocès ha elaborat dues estratègies diferents per millorar la salut mental i el benestar i reduir el nombre de morts per suïcidi a Escòcia: l'estratègia de salut mental per a Escòcia 2012-2015 i l'estratègia de prevenció del suïcidi 2013-2016. Les complexes necessitats de les persones preses, van portar al Servei de presons escocès (SPS) a reconèixer que és essencial tenir una mirada més àmplia, que no se centri només en les estratègies que tracten la salut mental i el suïcidi. Per tal de produir una estratègia de prevenció del suïcidi que ofereixi un enfocament holístic, el SPS ha incorporat proves i pràctiques d'enfocaments basats en el trauma i els actius per garantir una atenció eficaç a les persones en dificultats sota custòdia.

“*Talk to Me*” (parla amb mi) és un programa que dona suport a l'estratègia nacional de prevenció del suïcidi. Aquesta es basa en les evidències científiques que han posat en relleu que parlar-ne obertament redueix les morts per suïcidi, apostant per una estratègia que promou la creació d'un entorn on les persones en situació de dificultat siguin animades a parlar amb el personal de vigilància i sanitari i al personal penitenciari a relacionar-se amb elles amb compassió, fomentant una comprensió comuna del que significa respondre d'una manera centrada en la persona. L'estratègia pretén també trencar amb l'estigma associat al suïcidi, treballant per normalitzar el fet de demanar ajuda, i no veure-ho com una debilitat.

Pel que fa a l'abordatge de les conductes autolesives al context penitenciari, el sistema escocès de presons és conscient que la relació entre el suïcidi i l'autolesió és complexa, i que moltes persones que moren per suïcidi tindran antecedents d'autolesió, però la majoria de les persones que s'autolesionen no moriran per suïcidi. Com a tal, l'autolesió és un clar factor de risc de suïcidi, però també és un fenomen que hem d'entendre i abordar per si mateix. Així, moltes de les activitats que es realitzen al context del sistema penitenciari escocès per reduir el suïcidi tindran beneficis per a aquells que s'autolesionin, però el focus d'estratègia "*Talk to me*" se centra en la prevenció del suïcidi.

L'estratègia té com a **objectiu** atendre les persones en risc de suïcidi proporcionant una via d'atenció centrada en la persona basada en les seves necessitats, els punts forts i els actius de l'individu, i promovent un entorn de suport on les persones sota custòdia puguin demanar ajuda. El Sistema Escocès de presons és conscient que aquesta tasca no la poden fer sols, i que per evitar les morts per suïcidi a les presons és imprescindible treballar conjuntament amb altres agents extrapenitenciaris.

Conscients que el treball en col·laboració és essencial per oferir una resposta integral i coordinada a la prevenció del suïcidi, per l'elaboració d'aquesta estratègia el SPS va treballar en col·laboració amb professionals i grups interessats. Diverses administracions, entitats i associacions del tercer sector han treballat estretament el servei de presons per desenvolupar la nova estratègia, ofereixen suport i experiència en l'aplicació del procés i donen suport a les persones en risc i les seves famílies en el marc de la seva aplicació. Entre aquests agents, cal destacar:

- **Health Scotland** (El sistema Nacional de Salut) i NHS Health Boards (El consell de Salut del Sistema Nacional de Salut escocès). Des de novembre del 2011 l'atenció sanitària a les presons és competència del NHS. Amb aquest traspàs de competències es pretén garantir l'equitat en l'assistència sanitària i mantenir els estàndards europeus i internacionals per a l'assistència sanitària de les persones preses.

- **L'associació Samaritans:** és una organització benèfica destinada a proporcionar suport emocional a qualsevol persona del Regne Unit i la República d'Irlanda, amb problemes emocionals que es trobi en risc de suïcidi. L'organització sovint proporciona suport a través d'una línia telefònica d'ajuda. Tot i que el seu nom deriva de la paràbola bíblica, l'organització no és religiosa.

Com a part de l'estratègia, cada establiment hauria de tenir en funcionament també un **grup d'oients**, els quals són persones preses que són especialment seleccionades, formades i recolzades pels samaritans. Es consideren una extensió dels samaritans i ofereixen una confidencialitat absoluta a aquelles persones que requereixen la seva escolta.

- El servei escocès "**Breathing Space**" (respirar l'espai): És un servei gratuït, confidencial, telefònic i de xat dirigit a tota la població escocesa major de 16 anys que pateix un estat d'ànim ansiós o depressiu. El servei està finançat per la Unitat de Salut Mental del Govern escocès, i des de l'any 2002 complementa el treball d'altres línies telefòniques i agències que treballen per reduir les taxes de suïcidi a Escòcia. La seva línia telefònica gratuïta està disponible a les presons i el servei es promou a través de la National Prisoner Induction.
- L'entitat "**Families Outside**" (Famílies de fora): és l'única organització benèfica nacional que treballa exclusivament a favor de les famílies afectades per l'empresonament a Escòcia. Ofereix informació, suport i assessorament tant a les famílies com als mateixos professionals penitenciaris, disposant d'una línia d'ajuda gratuïta i confidencial, que té com a objectiu capacitar i empoderar les famílies.

Principis clau de l'estratègia de prevenció "*Talk to me*"

En consonància amb allò explicat, els principis claus de l'estratègia són:

1. La prevenció del suïcidi és quelcom de tota la comunitat penitenciària, qui ha de prendre mesures immediates quan s'identifiqui un risc elevat.

2. L'estratègia proporciona un enfocament d'atenció millorat centrat en la persona i tot el personal s'ha de comprometre a garantir la millor atenció possible per a aquelles persones que estan sota custòdia.
3. L'enfocament multidisciplinari permet a tota la comunitat penitenciària, incloses les persones preses, treballar conjuntament per identificar les persones vulnerables, compartir informació i animar a les persones que estan en risc a acceptar ajuda i suport.
4. L'atenció a les persones a la presó que estan "en risc" ha d'implicar relacions i règims de suport i, quan sigui possible, reflectir la rutina normal alhora que permetre la participació en intervencions terapèutiques. L'ús de "Safer Cells" (cel·les segures) s'ha de limitar a circumstàncies excepcionals.
5. El suport posterior a l'incident després d'una mort, un intent de suïcidi o un incident d'autolesió greu per a tot el personal i les persones a la presó és de gran importància per a la gestió local, havent d'utilitzar-se les mesures adequades per donar suport a les famílies.
6. L'estratègia promou i fomenta:
 - a) una major implicació de la família, sempre que la persona doni el seu consentiment;
 - b) una millora de la planificació de l'atenció i la comunicació a través del procés de conferència de casos;
 - c) un menor ús de les camises de força o llits de contenció;
 - d) una cultura de contacte i suport millorada; d'un enfocament que se centra en els punts forts de la persona alhora que respon a les seves necessitats;
 - e) la creació d'un entorn positiu que redueixi l'estigma i la discriminació pel que fa a la salut mental i animi a les persones amb major risc a demanar ajuda i parlar sobre temes de suïcidi.

L'avaluació del risc

En l'estratègia adoptada pel sistema de presons escocès l'avaluació s'entén com un procés dinàmic, on els nivells de risc sovint canvien, de vegades molt ràpidament. L'avaluació eficaç s'ha de basar en l'evidència, ha de ser coherent i ha d'equilibrar els factors de protecció i de risc per aconseguir un alt nivell d'atenció. Per a la realització d'aquest procés s'ha de tenir en compte tota la informació de la persona i d'altres parts rellevants que puguin haver estat implicades en l'atenció prèvia a fi de conduir a una comprensió o formulació dels problemes de la persona i a identificar els factors que indiquen un risc addicional de suïcidi. Tota aquesta informació serà d'ajuda per al desenvolupament d'un pla d'atenció orientat a reduir el risc i afavorir la seva recuperació.

L'avaluació del risc de suïcidi s'ha de realitzar sempre que una persona ingressi a presó, realitzant-se noves avaluacions després de qualsevol trasllat a un establiment diferent i després de qualsevol compareixença al tribunal o vistes de llibertat condicional, tot i que aquestes es realitzin dins de l'establiment penitenciari. Les avaluacions també es realitzaran sempre que es detecti la presència d'una nova situació de risc al llarg de l'empresonament.

L'atenció o intervenció

L'atenció o intervenció sobre la persona no es limita als moments considerats crítics o de major risc. Ateses les evidències en relació amb el paper que el suport i la intervenció primerenca en la prevenció del risc, el sistema de presons escocès considera imprescindible promoure un entorn que fomenti les peticions d'ajuda per part de les persones en risc, així com les seves capacitats per explorar els seus sentiments en moments de dificultat. La premissa és que aquest suport i atenció primària, en la majoria d'ocasions, eviten l'aparició del risc.

Els aspectes claus de tot pla d'intervenció són:

1. **La participació de la persona:** Sempre que sigui possible l'atenció o intervenció s'ha de proporcionar amb l'acord de la persona en risc. La

persona en risc ha de participar també de les decisions sobre el seu pla d'intervenció i el personal ha de maximitzar les seves oportunitats de relacionar-se amb les persones rellevants per a aquest procés durant aquest període.

L'estratègia destaca la importància que no es percebi cap element punitiu a conseqüència del pla d'atenció i en temps de crisi s'ha de centrar en els actius que es poden identificar i desplegar a través de la conversa amb la persona.

2. **Plans d'intervenció individualitzats:** Els plans d'atenció han de ser individualitzats i reflectir les fortaleces i els actius individuals, així com atendre les necessitats. S'ha de promoure un enfocament basat en els actius dins de tota la comunitat penitenciària. Un enfocament en el qual en la planificació de l'atenció a les persones "en risc" s'identifiquin els factors de protecció que donen suport a la salut i el benestar i es promogui l'autoestima i les capacitats d'afrontament de les persones. La sensibilitat a les necessitats individuals s'ha de demostrar mitjançant plans d'atenció centrats en la persona, oferint un entorn i activitats tan normals com sigui possible i que garanteixin el manteniment de la dignitat personal. L'objectiu ha de ser augmentar la resiliència de la persona en risc per habilitar estratègies d'afrontament en situacions que poden ser extremadament difícils.

3. **Normalització de la intervenció:** L'estratègia ha de garantir que les persones "en risc" siguin ateses en un entorn normal on se sentin segures, còmodes i relaxades. L'estratègia no s'ha de traduir en aïllament, sinó en una major estimulació social i mental. S'ha d'animar a les persones a associar-se amb altres, per exemple, durant l'hora dels àpats i l'esbarjo. Així, l'ús de *Safer Cells* (cel·les segures)¹⁵ s'ha de limitar a circumstàncies excepcionals i durant el mínim temps imprescindible.

¹⁵ Les cel·les segures estan dissenyades per dificultar el més possible l'acte de suïcidi o autolesió mitjançant la lligadura. S'aconsegueix principalment reduint els punts de lligadura coneguts i instal·lant uns mobles i accessoris "anti lligadura" com a part integral del teixit cel·lular.

4. **La importància de la comunicació:** la comunicació oberta entre els agents implicats és fonamental, incloent-hi la família i els suports clau, quan sigui necessari, en la mesura en què assegura que tota la informació i totes les decisions preses es comparteixen i enregistren adequadament. S'entén també que la comunicació eficaç entre el personal penitenciari, el personal sanitari (especialment els professionals de la salut mental) i les organitzacions associades, així com la persona en risc, és fonamental per garantir que es desenvolupin i s'apliquin plans d'atenció proporcionats.
5. **La importància de la interacció:** L'atenció d'aquelles persones "en risc" no es pot limitar a l'observació, sinó que ha d'implicar un contacte de suport interactiu que inclogui les aportacions de fonts de la comunitat, la família i el suport clau si escau. La major oportunitat de seguiment que ofereix l'enfocament interactiu s'ha d'aprofitar i nodrir dels informes diaris del pla d'atenció com a part de l'estratègia. La qualitat de les relacions entre la persona en risc i els agents penitenciaris és un factor clau per mantenir la gent segura i fomentar una autoestima positiva.
6. **El treball multiagència i multidisciplinari:** s'ha de promoure a través del procés de conferència de casos, que és el procés de presa de decisions que dona suport i atén les persones en risc. Aquest enfocament també és necessari per proporcionar l'atenció i les intervencions necessàries per reduir el risc de suïcidi de l'individu.

Si escau, la família i els suports clau s'han de considerar com a part de l'equip que dona suport a la persona en risc. Els membres de la família proporcionen informació vital per informar l'avaluació de la persona, així com proporcionar suport com a part del procés de planificació de la intervenció. En aquest sentit, és important que els centres promoguin els acords amb organitzacions externes, així com fomentar i mantenir el contacte amb la família, amistosats i persones properes.

La participació multidisciplinària a les reunions de casos és clau per al procés, en la mesura en què permet identificar les intervencions i teràpies més adequades.

7. El seguiment posterior: després d'un període de crisi, l'estratègia requereix que es faci un seguiment parlant amb les persones sobre la seva experiència, a fi de garantir que les persones ateses sota l'estratègia continuen prosperant.

Alguns exemples de bones pràctiques que poden trobar a l'estratègia “*Talk to me*” serien:

- Accés a serveis terapèutics i de suport.
- Accés al treball i a l'educació.
- Subministrament de materials o recursos per a potenciar aficions quan sigui segur fer-ho.
- Provisió d'educació física que inclogui les persones amb necessitats especials.
- Accés a activitats d'aprenentatge i lleure com artteràpia, ioga, biblioteca i perruqueries.
- Garantir la possibilitat de contacte telefònic amb persones rellevants de la comunitat, com familiars, amistats, treballadores de suport, o la línia d'Ajuda per a Samaritans.
- Garantir l'accés de les persones preses a persones amb qui puguin parlar en la presó com el personal sanitari, els capellans, els Oients o els oficials personals.

El suport en l'alliberament i la reintegració

L'estratègia comprèn també la necessitat de prendre mesures per adoptar acords amb entitats extra penitenciàries que permetin ajudar a les persones en el seu procés de reintegració a la comunitat i garantir així la continuïtat de les intervencions i tractaments iniciats en custòdia. Entre aquests tipus de mesures l'estratègia considera imprescindibles algunes com:

- La participació d'agències externes en el procés d'intervenció amb anterioritat que la persona hagi de tornar a la comunitat.
- L'accés a serveis de suport, inclosos serveis de salut mental i assessorament.
- El treball d'associació i comunicació eficaç entre el sistema penitenciari, les Juntes de Salut de l'institut nacional de salut, les autoritats locals i les organitzacions del tercer sector.
- L'assessorament, orientació i assistència a les persones vulnerables i a les seves famílies amb anterioritat a l'alliberament.

L'estratègia formativa

L'estratègia compta amb el suport d'un programa de formació en prevenció del suïcidi que ajuda a desenvolupar una força de treball amb capacitats per identificar i avaluar les persones en risc de suïcidi i atendre-les amb compassió.

Hi ha 3 tipus de formació principals que es lliuren al personal nou i existent:

1. Formació bàsica: per a tot el personal amb contacte regular i sense acompanyament amb els presos.
2. Formació de sensibilització: per al personal amb un contacte limitat amb les persones preses.
3. Formació d'actualització: tant *e-learning* com a l'aula; per a tot el personal implicat en el procés.

Mesures de postvenció

L'estratègia de postvenció es basa en les polítiques existents pel que fa als procediments a seguir en cas de mort per suïcidi a la presó. Aquests inclouen la preservació de proves, la comunicació amb les parts adequades i el personal de suport i altres persones sota custòdia.

A Escòcia, la **investigació** d'una mort per suïcidi sota custòdia sempre la portarà a terme la policia amb una investigació addicional per part de la fiscalia com a part del procés d'investigació d'accident mortal.

Després d'un suïcidi a la presó, s'implementa el **procés Critical Incident Response and Support CIRS** (Resposta i suport a incidents crítics) el qual inclou tant el personal penitenciari com el del servei de sanitat pública. El procés se centra en els processos i procediments implicats durant i immediatament després del descobriment d'una mort per suïcidi. El model CIRS està dissenyat per **ajudar el personal a donar sentit a les reaccions que estan experimentant després d'un incident** i per ajudar-los a sentir-se més en control del que els està passant. Això també ofereix una oportunitat per al reconeixement precoç dels i les professionals que estan experimentant una resposta psicològica marcada i permet un accés precoç a una intervenció terapèutica especialitzada a curt termini.

Un altre dels processos que s'aplica en tots els casos de mort sota custòdia (sigui aquesta per suïcidi o per qualsevol altra causa) és el **procés DIPLAR**. Aquest és un procés desenvolupat conjuntament pels serveis penitenciaris i el servei de sanitat pública per revisar totes les morts sota custòdia i proporciona un sistema per registrar qualsevol aprenentatge i accions identificades que ajudi a millorar no només la seva estratègia, sinó altres estratègies de prevenció del suïcidi a tota Escòcia. Aquest s'ha de dur a terme amb un termini màxim de 8 setmanes després de l'incident. A la reunió que es duu a terme en el procés hi ha d'assistir tot el personal rellevant de sistema penitenciari, del sistema nacional de salut i de les agències associades.

El DISPLAR està dissenyat per tenir en compte les circumstàncies de l'incident i les accions immediates adoptades. S'examina com s'estava gestionant la persona a la presó i si la pràctica compartida i la integració de serveis eren in situ així com el mode en què l'incident va afectar el personal implicat.

L'estratègia també destaca la importància de proporcionar un suport adequat i una **atenció al dol**, de totes les persones implicades.

Família: Després d'una mort sota custòdia, el paper dels capellans és actuar com a primer punt de contacte amb la família afligida, en la mesura en què tenen experiència i estan ben posicionats per oferir suport en un moment de pèrdua aguda, angoixa, i confusió. També es pot acudir a agències de la comunitat perquè els puguin oferir suport i acompanyament en el procés.

Personal: el personal es pot trobar també afligit, molest o entristit, per la qual cosa és important que tinguin el suport dels directius i de la política del CIRS.

Altres persones preses: Aquelles persones que viuen al costat de la persona que ha mort o que la coneixen bé també estaran entre les persones afectades per la mort, podent estar molestes i entristides encara que això no sigui evident. No es pot obviar que la cultura de la presó pot dificultar que les persones expressin les seves emocions. L'estratègia entén que les persones que comparteixen la mateixa zona d'allotjament, o els amics o amigues del difunt, haurien de tenir l'oportunitat de parlar amb un oient, un capellà o un/a infermer/a de salut mental, considerant també útil oferir un servei commemoratiu a les persones a la presó i al personal.

El procés de revisió i avaluació continua de l'estratègia

A fi de garantir que l'estratègia continuï sent eficaç està prevista la realització d'una anàlisi i una investigació contínues. Aquesta estratègia s'enllaça amb els processos de revisió i informes interns de sistema escocès de presons i es pretén alhora que pugui contribuir a la base de dades d'informació sobre el suïcidi escocesa (ScotSID) i a la "*National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide*" (Investigació Nacional Confidencial sobre Suïcidi i Homicidi), les quals nodreixen les polítiques nacionals de prevenció del suïcidi. Per aquest motiu l'estratègia "*Talk to me*" estableix la necessitat que el servei penitenciari col·labori amb altres agències implicades a fi de revisar i avaluar-la.

Amb aquest objectiu, s'ha creat també un grup local de prevenció del suïcidi presidit per un càrrec directiu dels serveis penitenciaris que és el responsable de fomentar el treball multidisciplinari i multiagència així com de supervisar i adaptar els protocols existents. Cada centre penitenciari disposa a més d'un

coordinador local de prevenció del suïcidi que és el responsable de la coordinació estratègica amb la resta d'agències. També s'ha creat un grup nacional de gestió de prevenció del suïcidi, format per integrants de les diverses agències implicades, encarregat principalment de la supervisió de l'aplicació de l'estratègia a nivell nacional.

5.2.2. Les mesures en l'àmbit de la prevenció dels suïcidis i autolesions a les presons d'Anglaterra i Gal·les (20/2021)

Paral·lelament a l'existència d'una estratègia per promoure un entorn de custòdia més segur i d'un protocol d'actuació per a la gestió de casos en què es detecta l'existència d'un risc de suïcidi a les presons, el sistema penitenciari del Regne Unit, compta amb una guia dirigida a operadors/es penitenciaris, elaborada l'any 2018 pel departament de salut pública, en la que s'estableixen els estàndards i directrius amb perspectiva de gènere per millorar la salut i el benestar de les dones privades de llibertat a establiments penitenciaris d'Anglaterra.

Aquesta guia, elaborada sobre la base de les evidències científiques i els estàndards internacionals, a més de dedicar un capítol específic a l'àmbit de la salut mental i la prevenció de les autolesions i el suïcidi, aborda molts altres factors o variables que, tal com s'estableix a la mateixa guia i han recomanat reiteradament diversos mecanismes de control i garantia, han de ser tinguts en compte a l'hora de desenvolupar un programa integral i eficaç per prevenir el suïcidi al context penitenciari. La guia es fonamenta en sis principis clau i 122 estàndards dividits en 10 seccions: (1) general, (2) salut i benestar, (3) salut mental, autolesions i suïcidi, (4) abús de substàncies, (5) violència i abús, (6) salut sexual i reproductiva, (7) embaràs i famílies, (8) dones grans, nutrició i dieta, (9) activitat física, (10) control de pes.

Aquesta guia ha estat elaborada especialment per a promoure la salut i el benestar de les dones preses, tanmateix, estableix uns principis i aporta unes recomanacions que poden ser d'utilitat per al conjunt de la població

penitenciària. Tot i que una anàlisi exhaustiva del contingut d'aquesta sobrepassaria els objectius del nostre estudi, considerem que els estàndards que es descriuen a la mateixa haurien de constituir la base de qualsevol política que pretengui millorar la salut i el benestar de les persones preses, i especialment de la població de femenina. Així, atenint-nos al fet que, com hem anat veient, aquest hauria de ser l'eix principal de les estratègies per prevenir els suïcidis i les autolesions a l'entorn penitenciari, s'ha decidit dedicar un breu apartat a sistematitzar els seus principals principis, així com els estàndards i recomanacions que podrien tenir un especial impacte en l'àmbit de la prevenció de suïcidi a les nostres presons.

Estàndards i recomanacions amb perspectiva de gènere per millorar la salut i el benestar de les persones preses

El **primer principi general** que s'estableix a l'esmentada guia elaborada pel departament de salut d'Anglaterra, és que *“tot l'entorn penitenciari s'ha de centrar a promoure la salut mental i física i el benestar de totes les dones a la presó dins d'un entorn de suport”*. Seguint les recomanacions de l'OMS (2014) el sistema penitenciari anglès considera que és necessari adoptar un enfocament global de la presó per promoure el benestar de les dones preses. Un enfocament que s'apliqui a tots els nivells de la vida penitenciària: personal, social, organitzatiu i mediambiental, reconeixent la seva interdependència en relació amb la salut i els rols de tots els implicats en la presó: les persones preses i les seves famílies, la força de treball, la comunitat en general i altres sectors i organismes implicats directament o indirectament amb les presons.

El **segon dels principis** estableix que *“Totes les polítiques, règims, rutines i pràctiques a les presons haurien d'estar informades sobre el trauma”*. El que amb aquest principi es pretén és fomentar una estructura organitzativa d'atenció informada sobre el trauma. Aquest és també un marc de tractament que implica la comprensió, reconèixer i respondre als efectes de tota mena de trauma. Aquesta estratègia posa l'accent en la seguretat física, psicològica i emocional, amb l'objectiu d'ajudar les persones supervivents a reconstruir una sensació de control i empoderament que ajudi a recuperar la sensació de

control sobre les seves vides. Les intervencions en aquest àmbit van destinades a augmentar la seva confiança i autoestima, desenvolupar mecanismes d'afrontament i millorar les seves habilitats personals. Un programa, organització o sistema que està informat sobre el trauma s'adona de l'impacte generalitzat d'aquest i entén els camins potencials per a la recuperació; reconeix els signes i símptomes del trauma en les persones afectades, famílies, personal i altres persones implicades en el sistema; i respon integrant plenament el coneixement sobre el trauma a les polítiques, procediments i pràctiques, buscant resistir activament la re-traumatització.

El **tercer dels principis generals** d'aquesta guia estableix que: *“La implicació dels usuaris s'hauria d'integrar en el desenvolupament i la prestació de programes de salut i benestar dins la presó”*. El que es pretén a través d'aquest principi és que amb la participació de les persones preses s'ajudi a identificar els problemes abans que es converteixin en un conflicte, millorar la qualitat del resultat, millorar les relacions entre el personal i les persones preses, garantir que el servei respon a les necessitats de les persones a la presó i desenvolupar les habilitats de les persones preses. En aquest àmbit s'emfatitza també la necessitat de garantir la diversitat, per exemple garantint la representació en totes les característiques protegides, com ara l'edat, la discapacitat, la reassignació de gènere, l'embaràs, la raça, la religió/creença i l'orientació sexual).

El **quart dels principis** estableix que *“les presons haurien d'oferir un ampli ventall d'activitats amb finalitats per a les dones a la presó amb l'objectiu de millorar la salut i el benestar generals i millorar l'autoeficàcia i l'autoestima.”* En aquest àmbit, es proposa incloure intervencions terapèutiques i de desenvolupament personal, així com intervencions físiques i educatives, i donar oportunitats a les dones d'utilitzar les seves habilitats en benefici d'altres dones (per exemple, en funcions de mentoria i suport entre iguals).

El **cinquè dels principis** generals es relaciona directament amb l'anterior. Aquest estableix la necessitat que totes les presons disposin d'un sistema de

suport entre iguals, el que s'ha evidenciat com un recurs per augmentar la confiança i l'autoestima, millorar les habilitats comunicatives i organitzatives i el comportament, generar una autoimatge positiva, i augmentar els nivells d'independència i confiança.

L'últim d'aquests principis estableix la necessitat de “*preparar i garantir la continuïtat de l'atenció a les dones en llibertat a la comunitat*”. Segons evidencien alguns estudis (Abbott i altres, 2016) la salut i el benestar de les dones corren un risc particular durant el període de transició entre la presó i la comunitat. Amb aquest principi es pretén garantir que les dones preses estiguin vinculades amb antelació a aquest moment a serveis comunitaris d'assessorament, rehabilitació, suport familiar i oportunitats laborals, establint-se entre aquests i el sistema penitenciari una bona comunicació i flux d'informació.

Pel que fa als estàndards, així com a les mesures concretes que es proposen, en destaquem aquí algunes, les quals hem dividit en diversos apartats a fi de presentar-les de forma resumida i sistematitzada.

La necessitat d'adoptar un enfocament multidisciplinari i transversal de la presó

Promoure la salut mental i física i el benestar de les persones preses ha de ser afer de tots i totes. Per fer-ho cal que hi hagi un treball multiagència eficaç que ofereixi una atenció integral i enllaços amb la comunitat (durant i després de la presó), sostinguts per una bona comunicació i flux d'informació entre el personal.

Ha d'haver-hi un grup integrat per les múltiples parts interessades a la presó, amb representació de tots els sectors, com ara la sanitat, el règim, l'educació, el gimnàs i el personal de custòdia. Aquest grup necessita una supervisió estratègica i ha de desenvolupar i implementar un enfocament complet de la presó per prevenir el suïcidi. Aquest grup hauria de tenir la responsabilitat d'elaborar una estratègia de prevenció del suïcidi i un pla d'acció que s'enllaci amb una estratègia comunitària més àmplia de prevenció del suïcidi. Aquest

grup ha de realitzar auditories, revisar i avaluar les iniciatives locals i fer un seguiment de l'impacte del pla d'acció.

Formació del personal:

Tot el personal de custòdia i d'assistència sanitària ha d'estar format per oferir consells breus que inclouen habilitats per motivar la gent a canviar. Els proveïdors d'assistència sanitària i altres membres del personal penitenciari haurien de rebre una capacitat i una formació apropiades sensibles al gènere sobre les vulnerabilitats específiques (especialment aquelles relacionades amb els antecedents de violència) i les necessitats d'atenció sanitària de les dones a la presó, per tal de proporcionar una atenció adequada.

Una presó saludable ha de fomentar una comunicació eficaç entre el personal, les persones preses i les seves famílies i fomentar i permetre que les dones parlin. Les dones a la presó han de tenir el temps, l'espai i l'oportunitat de parlar amb els altres amb confiança sobre el seu benestar mental. S'hauria d'oferir una formació multidisciplinària sobre conscienciació en l'àmbit de la salut mental i el benestar a tota la plantilla de professionals de la presó, inclòs el personal sanitari, entre d'altres, en relació amb una major comprensió de l'atenció informada sobre el trauma i el vincle entre el trauma i la salut mental.

Mesures a adoptar en el moment de l'ingrés

Els primers dies a presó poden ser un moment difícil, aterridor i ansiós per a les dones, motiu pel qual és important garantir-ne el suport. S'ha de garantir que aquests departaments puguin oferir un entorn agradable i segur i oferir-los suport durant les seves primeres 24 hores a la presó, garantint també que es cobreixin les seves necessitats immediates. També s'ha d'assegurar la ràpida transferència de la seva història clínica, a fi de permetre la continuïtat de l'atenció i evitar que es puguin donar períodes d'abstinència. S'ha de donar a conèixer a les dones els serveis sanitaris de la presó i fomentar les relacions positives amb el seu personal.

L'avaluació inicial i continua del risc de suïcidi

Atenent a les evidències científiques que han posat de manifest que el risc de suïcidi augmenta en els primers períodes de custòdia, durant la primera nit a presó hi hauria d'haver una avaluació sistemàtica de tots els factors de risc de suïcidi rellevants i en funció dels resultats derivar les persones als serveis pertinents al més aviat possible. Aquest cribratge és una part important d'una política integral de prevenció del suïcidi, ja que pot identificar grups d'alt risc que es podrien beneficiar d'intervencions específiques com per exemple, un tractament per problemes de salut mental subjacents.

L'evidència mostra que les persones que s'autolesionen i que s'han autolesionat més de cinc vegades a la presó tenen un risc més elevat de suïcidi. Les dones que tenen antecedents d'autolesió s'han d'identificar a la recepció i preguntar sobre els episodis d'autolesió. Una vegada identificades, han de rebre tractament mèdic i psicològic.

Els estudis van demostrar també que el primer mes de presó és un moment d'alt risc de suïcidi, per la qual cosa s'haurien de repetir avaluacions de risc després del primer mes d'arribada a la presó. Es recomana que es consideri una reavaluació quan hi hagi canvis en les circumstàncies de les persones preses (trasllat, alliberament, o altres esdeveniments significatius de la vida), no necessàriament relacionats amb la presó (p. ex., el dol, la ruptura de la relació).

Gestió de casos

Les investigacions mostren que tot i que el risc de suïcidi sembla estar identificat correctament en gairebé totes les dones preses a les quals es va avaluar, la gestió exitosa de les necessitats de salut depèn no només de la seva identificació, sinó també de quines accions es posen en marxa com a resultat de les respostes positives. La investigació també posa de manifest que la gestió de

les persones preses a partir del cribratge de salut mental a l'acollida era molt variable.

El suport hauria de ser proporcionat per un equip multidisciplinari que inclogui representants de l'equip d'abús de substàncies (si escau), salut mental, atenció sanitària i disciplina. Els gestors o gestores de casos han de ser entrenats/des en la identificació del risc i la relació entre el trauma, el suïcidi i l'autolesió. Haurien de tenir la capacitat d'identificar quan aquests riscos augmenten.

Les revisions de casos han de ser multidisciplinàries i han de participar totes les persones rellevants implicades en l'atenció d'una persona presa.

L'atenció sanitària

Per reduir les morts a la presó resulta essencial que les persones que pateixen episodis aguts de malaltia mental puguin accedir a l'atenció ràpidament. Les teràpies psicològiques i les activitats terapèutiques poden actuar com a mesura preventiva i també com a mesura de tractament. S'han de considerar les intervencions terapèutiques destinades a reduir la desesperança i les conductes impulsives (intervencions psicosocials que incloguin majoritàriament elements cognitius conductuals i de resolució de problemes).

Les dones a la presó identificades amb una malaltia de salut mental haurien de tenir el seu propi pla d'atenció per escrit, que se'ls ha de lliurar i s'ha d'implementar en discussió amb elles. L'evidència científica ha posat en relleu que la comorbiditat augmenta molt el risc de suïcidi. Així, les dones a la presó han de ser avaluades i tractades per trastorns per consum de drogues i alcohol si tenen una malaltia mental. A causa de la correlació entre el trauma i la mala salut mental, els serveis haurien de ser específics del trauma i/o informats sobre el trauma. L'accés a un allotjament segur de salut mental hauria d'estar també disponible per a les dones que ho necessitin en un termini de 14 dies.

A més, és essencial abordar la comorbiditat dels trastorns psiquiàtrics en les persones que protagonitzen intents de suïcidi gairebé letals, especialment la

depressió o el Trastorn d'estrès Posttraumàtic (TEPT) amb el mal ús de substàncies i el trastorn de la personalitat antisocial.

El suport entre iguals

L'evidència científica ha posat de manifest que les intervencions d'educació entre iguals són efectives per reduir els comportaments de risc i que el suport entre iguals és una font acceptable d'ajuda en l'entorn penitenciari i té un efecte positiu en els destinataris i els lliuradors. Aquest suport sembla ser especialment valuós quan les persones pateixen algun tipus de malaltia mental. Els enfocaments d'educació entre iguals s'han d'utilitzar també per donar suport a les activitats de promoció de la salut.

Mesures d'adaptació de l'entorn

L'entorn pot tenir un impacte profund en el benestar psicològic. És beneficiós crear un entorn segur, terapèutic i que tingui com a objectiu promoure el benestar entre les dones recluses i el personal. Això hauria d'incloure la consideració de l'arquitectura de l'edifici, el disseny de l'edifici (color, mobles i llum), disseny dels terrenys exteriors i creació d'un entorn segur contra el suïcidi.

Diversos factors tenen un efecte negatiu en la salut mental, com ara l'amuntegament, la violència, la solitud forçada, la manca de privacitat, la manca d'activitats significatives, l'aïllament de la xarxa socials i la inseguretats sobre les perspectives futures. L'augment del risc de suïcidi és una manifestació habitual de l'impacte acumulat d'aquests factors. L'eliminació dels mitjans de suïcidi és un dels aspectes més evidents de la prevenció del suïcidi. La majoria de les persones preses se suïciden penjant-se, utilitzant roba de llit, cordons o roba. Per tant, l'eliminació dels punts de lligadura en particular es destaca sovint com un enfocament important per abordar el suïcidi a la presó.

Preparació per l'excarceració:

Les investigacions mostren que durant els primers 12 mesos després de l'alliberament, les persones preses tenen un risc de suïcidi molt més gran que la població general. El risc augmenta especialment durant els primers 28 dies. Abans de sortir de la presó, les dones que reben tractament per problemes de salut mental haurien de ser derivades als serveis comunitaris. Aquelles que puguin estar en risc de suïcidi s'han d'identificar abans de l'alliberament i rebre suport per reintegrar-se a la societat.

La PSI 64/2011: El programa marc de les presons d'Anglaterra i Gal·les per garantir la seguretat a les presons

El "*HM Prison & Probation Service*" (Servei de presons d'Anglaterra) aprovava l'any 2011 la Instrucció PSI 64/2011, denominada "*Safer custody: management of prisoners at risk of harming themselves, others or being harmed by others*" (Custòdia més segura: gestió de les persones preses en risc de danyar-se si mateixes, als altres o ser danyats per altres). A través d'aquesta instrucció s'aprovava un programa marc que pretenia oferir procediments i pràctiques de custòdia dirigits a potenciar que les presons siguin llocs més segurs per a tots i totes els que allí viuen i treballen. Aquesta instrucció, tot i que com anirem veient, és realment completa i protocol·litza de forma sistemàtica un gran nombre d'actuacions amb relació a diverses situacions de risc cap a les persones, va remetent al llarg del seu redactat a altres instruccions o normes internes del sistema penitenciari, que regulen aspectes concrets com per exemple la Instrucció PSI 20/2015 d'avaluació del risc de compartir cel·les, la qual està dirigida a identificar les persones que representen un risc per a o per part d'altres persones pel que fa a la compartició de cel·les.

Una lectura detallada d'aquest document permet adonar-se que el sistema penitenciari anglès ha optat per un model d'organització on tots els aspectes del dia a dia penitenciari, així com les situacions excepcionals, es troben regulats i protocol·litzats, quedant totes les accions que es realitzen registrades de forma sistemàtica. El sistema adoptat permet tant una unificació en la gestió de casos

com la individualització de les intervencions com la màxima transparència respecte a totes les decisions i accions realitzades en vers les persones empresonades.

Objectius de la PSI 64/2011

La instrucció PSI 64/2011 a la que es feia referència, té per objectius: identificar les persones amb risc de danyar-se a si mateixes, a altres o de ser danyades per altres, reduir els incidents d'autolesió i morts sota custòdia, gestionar i reduir la violència, potenciar la coordinació i el treball interdisciplinari, garantir que totes les persones afectades per danys rebin el suport adequat i garantir respostes i investigacions adequades respecte als incidents que permetin l'aprenentatge respecte a aquests.

Els capítols 5, 6 i 8 d'aquesta instrucció, instrueixen i orienten sobre els requisits necessaris en cada etapa del procés denominat d'avaluació, l'atenció en custòdia i el treball en equip (ACCT), que és el protocol que s'activa als centres penitenciaris d'Anglaterra per a la gestió de persones en risc de suïcidi o autolesió. Tot i que la PSI 64/2011 està vigent des de l'any 2011, des d'aleshores ha patit diverses revisions i modificacions, essent l'última d'elles la realitzada el juliol del 2021. En aquesta revisió els capítols 5, 6 i 8 d'aquest protocol es van substituir per l'annex de la política ACCT versió 6, que ara s'aplica a tots els establiments penitenciaris d'Anglaterra. Donat que certs aspectes relacionats amb la gestió del risc de suïcidi com són els rols i responsabilitats dels diversos professionals i agents implicats, el rol de les persones preses de suport o les mesures a realitzar en l'àmbit de la postvençió es continuen detallant a la PSI 64/2011, analitzarem conjuntament el contingut d'ambdós documents a fi d'entendre l'estratègia adoptada per a la prevenció del suïcidi i les autolesions als centres penitenciaris d'Anglaterra.

Rols i responsabilitats

El primer capítol de la PSI 64/2011, està dedicat a presentar els diversos rols i responsabilitats. Com s'anirà veient, al sistema penitenciari d'Anglaterra hi ha un gran nombre de càrrecs o responsables que tenen assignades funcions concretes en l'àmbit de la gestió d'aquest tipus de situacions, recordant situacions on hi ha risc que la persona es danyi a si mateixa, danyi a altres o sigui danyada per altres. Tot i que al llarg d'aquest epígraf s'anirà fent referència a aquestes figures i s'anirà veient quin rol i responsabilitats han d'anar assumint al llarg del procés, considerem oportú aquí presentar algunes de les figures o institucions més rellevants que aniran sorgint.

Tanmateix, és important tenir en compte que la guia deixa ben clar que tot el personal que tingui contacte amb les persones privades de llibertat ha d'estar format com a mínim al nivell bàsic del protocol ACCT, en la mesura en què com anirem veient, tots i totes poden detectar una situació de risc, i a partir d'aquest moment, convertir-se en els o les responsables d'activar un ACCT.

Equips de custòdia més segura: Cada presó ha de tenir un equip de custòdia més segura (SCT) que serà responsable de la implementació i desenvolupament de la política en aquest àmbit. Cada equip tindrà un cap d'equip (SCTL) que té com a responsabilitat principal garantir la millora contínua en la prestació de procediments de custòdia més segurs mitjançant el seguiment de dades i el compliment de les polítiques i l'aprenentatge.

Responsables operatius residencials, diaris i nocturns: aquests/es professionals han de conèixer aquelles persones preses que estan en ACCT.

Personal de supervisió constant: són les persones responsables de dur a terme les accions d'observació i supervisió constant que s'activen davant dels casos valorats d'elevat risc.

Coordinador de Prevenció del Suïcidi (SPC): El paper de l'SPC és donar suport a l'SCTL per garantir que la presó compleixi amb l'estratègia de prevenció del suïcidi i de gestió d'autolesions de l'HMPPS (Servei de presons i llibertat condicional de Sa Majestat). És el o la responsable dels controls de qualitat dels

documents ACCT i de col·laborar amb els gestors de les residències, el personal de seguretat i el personal sanitari per garantir que les persones en risc s'identifiquen correctament i es prenen les accions adequades per gestionar els riscos plantejats. L'SPC supervisa també les dades d'autolesió i està alerta davant les tendències canviants i els motius que hi ha darrere.

Coordinador de reducció de la violència (VRC): Aquest/a professional dona suport a la SCTL per garantir que la presó compleixi l'enfocament de Tolerància Zero a la violència. També treballarà estretament amb el coordinador de prevenció del suïcidi per garantir que la custòdia més segura estigui integrada a tota la presó.

Els protocols per compartir informació

El capítol 2, està dedicat a explicar els protocols per a compartir informació entre equips o àrees de treball, cal destacar d'aquest capítol l'excepció que s'estableix respecte a la confidencialitat mèdica debat situacions de risc, la qual es fonamenta en la necessitat de garantir la seguretat de la persona o altres persones.

Antecedents i factors de risc

Al capítol 3 de la PSI 64/2011 es descriuen els antecedents i factors de risc de la conducta violenta, de la conducta suïcida i de les autolesions, així com certs factors estressants que poden actuar com a desencadenats d'aquestes situacions. No ens detindrem aquí a detallar els factors de risc de suïcidi, per haver estat aquests descrits anteriorment tant al capítol 1 d'aquest informe com també en el marc de l'anàlisi dels protocols anteriorment descrits.

Destacarem, tanmateix, alguns aspectes que considerem rellevants. A més de diferenciar entre factors de risc de violència, factors de risc de suïcidi i factors de risc d'autolesió, la PSI 64/2011, a diferència de la resta de protocols analitzats en el marc d'aquest estudi, diferencia entre els factors de risc estàtics, que són aquells no modificables (com per exemple els antecedents d'abús infantil) i els

dinàmics, que són aquells factors susceptibles de ser modificats, com per exemple, el consum abusiu d'alcohol. En aquest punt la instrucció aporta també un llistat de factors desencadenats o disparadors, els quals poden fer augmentar el risc. L'existència d'un disparador no necessàriament augmenta el risc, no obstant això, s'estableix la necessitat que el personal estigui atent als mateixos.

El suport entre iguals

El capítol 4 de la Instrucció està dedicat a descriure les diverses estratègies de les quals disposa el sistema penitenciari anglès per fomentar el suport entre iguals, les quals van des d'una comunitat terapèutica a tota la presó fins a cuidadors/es individuals de presos/es amb discapacitat i/o necessitats d'atenció social. Atenent al nostre objecte d'estudi, caldria destacar entre aquestes, diversos rols o figures:

1. **Samaritans:** en el marc de l'anàlisi de l'estratègia "*Talk to me*", la qual com s'ha explicat, constitueix l'estratègia per a prevenir els suïcidis a les presons escoceses, hem explicat ja què és l'associació samaritans. A les presons d'Anglaterra, cada branca de Samaritans té un samarità responsable del seu treball a la presó (Coordinador de la Filial de la Presó) i cada regió un Oficial Regional de Suport a la Presó. El personal dels centres té l'obligació de fer tot el possible per ajudar els voluntaris samaritans a fer un millor ús del seu temps i reduir els retards evitables a l'entrada a la presó. Les persones preses han de tenir la possibilitat de contactar amb els samaritans per telèfon en privat, sense cap cost ni supervisió o control de la trucada.

2. **Persones oients:** els oients són altres persones preses que ofereixen suport de forma voluntària. Aquestes són seleccionades, entrenades i recolzades pels samaritans, per escoltar i oferir suport emocional confidencial a les persones preses en situació de dificultat. Cada centre disposa d'un equip d'oients, integrat almenys per quatre persones. Aquestes persones reben formació i acompanyament constant per part dels Samaritans, disposant d'una Guia específica elaborada per aquesta entitat.

3. **Insiders:** Els *insiders* són persones preses menors de 18 anys formades per proporcionar informació bàsica i tranquil·litat a les persones que acaben d'arribar a la presó. L'objectiu del programa *Insiders* és ajudar a reduir l'ansietat que experimenten les persones durant els primers dies de l'empresonament. Els *insiders* no són una alternativa als oients, oferint un servei de suport entre iguals diferent però complementari.

Cada centre penitenciari ha d'activar esquemes per potenciar les figures de suport entre iguals. Aquestes estratègies han de tenir en compte també com es donarà a conèixer aquests esquemes. La instrucció realitza alguna proposta de mesures que poden ser d'utilitat com l'ús de samarretes, insígnies o targetes d'identificació, o mostrar els noms i les fotografies de les persones de suport en àrees clau, com per exemple a la porta de les seves cel·les.

S'estableix també que mentre que els oients no poden rebre cap mena de retribució per la seva tasca, sí que la poden rebre els insiders, tanmateix, aquest no s'ha d'emprar com a incentiu perquè realitzin el paper, per la qual cosa resulta convenient valorar la possibilitat de complementar la tasca amb un lloc de treball a la presó. Tanmateix, s'estableix que el principi de confidencialitat és fonamental per a la feina d'aquestes tres figures, principi que únicament es pot trencar davant la identificació d'una situació de risc en la que no es pugui aconseguir el consentiment de la persona presa per comunicar la situació a algun/a professional.

El protocol ACCT

Com s'apuntava anteriorment els capítols 5, 6 i 8 de la PSI 64/2011 (que com ja s'ha explicat, van ser modificats el 2021) estan dedicats a explicar el protocol de l'ACCT. L'ACCT, que com s'ha mencionat, és l'enfocament de gestió de casos que s'utilitza per donar suport a les persones amb risc d'autolesió i suïcidi dins del Servei Penitenciari d'Anglaterra i Gal·les. Aquest protocol es troba vigent des del 2005, no obstant això, els canvis de la realitat penitenciària, sumats a les evidències científiques respecte a la gestió de situacions de suïcidi, han comportat la necessitat d'adaptar-lo. Els canvis més

recents deriven de la necessitat d'adaptar aquest protocol a l'augment constant dels actes autolesius en el context penitenciari.

Com anirem veient, l'ACCT és un protocol exhaustivament sistematitzat, que detalla les funcions dels diversos professionals i equips, la temporalitat en què s'ha de realitzar cada acció i els diversos recursos i els instruments que s'han d'emprar en el procés. Tot i que una descripció detallada de totes les instruccions contingudes al protocol excediria als objectius de la nostra anàlisi, se sistematitzen a continuació les principals etapes del procés, accions a desenvolupar i els rols que en cada una d'elles han d'assumir els diversos agents implicats.

A fi d'entendre adequadament com funciona aquest protocol, vegem primer quins són els rols clau del mateix i les seves responsabilitats:

Tot el personal del centre: té la responsabilitat d'obrir un ACCT si creu que una persona presa presenta risc d'autolesió o suïcidi; assistir i participar en les revisions de casos d'ACCT si és rellevant per a l'atenció i el suport de la persona que rep suport a través de l'ACCT; avançar i completar les accions de suport acordades que se'ls assignin; completar les comprovacions ACCT diàries (observacions i converses) i documentació.

Avaluador/a ACCT: Té la responsabilitat de completar l'avaluació ACCT i assistir a la primera revisió del cas.

Coordinador/a de casos: té la responsabilitat de coordinar i documentar les revisions multidisciplinàries de casos ACCT; assegurant que el Pla d'Assistència avança i realitzar una revisió posterior al tancament.

Equip de revisió de casos: els membres tenen la responsabilitat d'assistir i contribuir a les revisions de casos, desenvolupar accions dins del Pla d'Assistència i completar les accions que se'ls assignin.

Governador de servei o oficial d'ordre nocturn en consulta amb el governador de servei: té la responsabilitat d'autoritzar una supervisió constant.

Governador/a: té la responsabilitat d'assegurar que hi hagi un procés d'assegurament de la qualitat per a ACCT i de mantenir-ne la supervisió.

Activació de l'ACCT

Com hem vist, qualsevol professional del centre que rebi informació del fet que una persona presa es troba en risc de suïcidi o autolesió pot obrir un ACCT. Aquesta informació pot provenir d'una sèrie de fonts, que inclouen, entre d'altres, les amistats o la família de la persona (per exemple, a través de la línia directa de custòdia més segura), el servei d'acompanyament i custòdia de presoners/es i el personal judicial, el formulari que es proporciona al personal d'acollida, la mateixa persona (per exemple, si expressa el desig de fer-se mal d'alguna manera), el personal (per exemple, quan els preocupa un canvi de comportament o de circumstàncies, etc.) o altres proveïdors de serveis o organitzacions externes (per exemple, Samaritans, Inspecció de Presons de Sa Majestat).

El o la professional que ho detecti, ha d'emplenar immediatament un formulari específic on exposi tota la informació de la qual disposa al respecte. Quan la o el membre del personal consideri que el risc de dany és imminent, el protocol estableix la necessitat de prioritzar l'acció per mantenir a la persona segura i sota supervisió.

El Pla d'Acció Immediata

El o la mateix/a professional, que registra el cas, passa el formulari al supervisor/a de l'ala o unitat o a l'oficial d'ordre, qui completa el Pla d'Acció Immediata per establir i registrar els nivells inicials de converses i observacions amb la persona en risc, a la primera pàgina del document ACCT.

Un cop aprovat el formulari, el supervisor d'ala o unitat o l'oficial d'ordre s'ha de reunir amb la persona empresonada per comprovar el seu benestar i se li oferirà

l'oportunitat de parlar amb els/les oients i/o els samaritans (o qualsevol altra persona que pugui requerir). Després aquest/a professional completa el Pla d'Acció Immediata, on s'han d'incloure els nivells d'observacions i converses. Sempre que sigui possible aquest/a professional, informarà l'equip sanitari de l'obertura de l'ACCT i els sol·licitarà qualsevol informació rellevant per donar suport a la persona. El supervisor/a informarà també l'oficial d'ordre de la necessitat de fer les gestions per a una avaluació ACCT

L'avaluació del risc

L'avaluació de l' ACCT la realitza un avaluador/a format/da específicament per a fer-ho, dins de les 24 hores següents a la presentació del formulari de preocupació.

El protocol estableix la necessitat que quan la persona en risc no parli anglès, les avaluacions s'han de dur a terme amb la participació d'un intèrpret o un servei de traducció adequat. Si la persona no pot o no vol participar de l'entrevista, l'avaluador/a ha de considerar si és possible intentar dur a terme l'entrevista en un altre moment (sempre que sigui com a màxim 24 hores després que s'hagi plantejat el formulari d'inquietud). Si això no és possible, l'avaluació s'ha de fer a partir de tota la informació disponible, registrant les fonts d'aquesta informació i per què la persona no ha volgut o no ha pogut participar en l'entrevista d'avaluació.

El protocol facilita també pautes per a orientar l'entrevista, com informar a la persona dels objectius de la recollida d'informació o la necessitat de què la persona afectada doni el seu consentiment exprés per compartir la informació amb l'equip. També donarà pautes per garantir la correcta comunicació amb persones estrangeres o amb Discapacitat intel·lectual.

L'avaluador de l'ACCT ha de documentar les trobades i el resultat de l'avaluació emplenant el **formulari d'informació clau de l'avaluació ACCT**, el **formulari d'entrevista d'avaluació ACCT**, el **formulari d'avaluació de l'avaluador** i el **formulari de Riscos, desencadenants i factors de protecció**. Aquest/a professional ha de conservar totes les possibles vies de suport discutides durant

l'avaluació perquè l'equip de revisió del cas pugui considerar-ho a l'hora d'elaborar el Pla d'atenció a la persona.

Procés de revisió de casos

El procés de revisió de casos comença amb el nomenament d'un **coordinador/a de casos** ACCT format/da que no pot ser la mateixa persona que l'avaluador/a. Aquest/a professional ha de rebre la documentació completa de l'avaluació ACCT abans de la primera revisió del cas que haurà de revisar amb anterioritat a la reunió i familiaritzar-se amb ella. Aquesta figura és responsable d'organitzar i presidir les revisions de casos de l'ACCT, la primera de les quals s'ha de fer dins de les 24 hores posteriors a la presentació del formulari de preocupació. És, per tant, el o la responsable de convidar i garantir la presència en aquesta reunió de totes les persones implicades. Pel que fa a l'equip sanitari, el protocol estableix que sempre que sigui possible el o la representant que assisteix a la revisió del cas ha de ser algú que conegui la persona en risc. També s'ha de valorar **convidar un membre de la família o un altre contacte extern** designat per la persona perquè contribueixi al procés de gestió del risc.

Resulta rellevant apuntar que **la persona en risc ha d'assistir també a les revisions del cas**, tret que no ho vulgui o no pugui. En aquests casos, el protocol recomana animar-les a participar en la revisió, a través d'aportacions per escrit . Quan la persona no assisteix a una revisió del cas, el coordinador del cas ha d'informar-la sobre el resultat i les accions acordades, tan aviat com sigui possible.

El coordinador/a podrà convidar també qualsevol altre membre del personal (també externs) rellevant per donar suport a la persona en risc.

Durant les revisions de casos, **l'equip de revisió de casos** ha de: comentar el contingut de l'avaluació ACCT en detall i establir i revisar accions de suport per mitigar i reduir el risc. En aquest procés s'estableix la necessitat de **preguntar a la persona en risc quin suport li agradaria que li donessin i/o quin suport creu que necessita**. També seràn funcions de l'equip discutir, identificar i acordar amb

ella les possibles fonts de suport que poden incloure qualsevol persona o serveis amb què la persona pugui utilitzar i parlar per ajudar-lo a mantenir-se segura (membres del personal com ara capellania o treballadors/es clau, suport entre iguals o suport extern de familiars, amistats o tutor/a). En aquesta reunió s'ha de considerar també quina serà la ubicació òptima de la persona així com si cal treure-li o retornar-li qualsevol possessió o si cal una derivació de salut mental. S'han d'**establir també els nivells adequats d'observacions i converses**, els quals han de ser adaptats al risc i a les necessitats avaluades. El protocol deixa clar que no hi ha cap enfocament definit ni nivell recomanat d'observacions i converses, ja que això dependrà de les circumstàncies individuals.

El protocol és conscient que en alguns casos es poden donar circumstàncies que representen un nivell de risc i/o complexitat important, i planteja la possibilitat d'establir un camí d'escalada per obtenir suport addicional. Aquestes persones s'han de derivar a la Reunió d'Intervenció de Seguretat (SIM), una reunió multidisciplinària de gestió del risc de seguretat, presidida per l'Equip de Direcció Superior. El SIM pot proporcionar suport i orientació multidisciplinària addicional als coordinadors de casos i als equips de revisió de casos en aquests casos.

En funció del risc, l'equip de revisió de casos ha d'establir també la **freqüència de les revisions de casos posteriors i qui ha d'assistir-hi**. El protocol estableix la necessitat de fer una revisió urgent de casos tan aviat com sigui possible si és probable que el risc hagi augmentat entre les revisions de casos planificades. Això inclou en les circumstàncies següents: Quan hi hagi un canvi de comportament que provoqui preocupació, quan es produeix un esdeveniment traumàtic significatiu (com ara una mort a la presó) o es produeixi un canvi de circumstàncies (com ara un trasllat entre establiments) o quan es rep una altra informació que suggereix un risc augmentat.

És important també que tota decisió adoptada en aquestes reunions s'ha de defensar i documentar completament al formulari d'expedient de revisió del cas. Després d'una revisió del cas, que ha de ser tan aviat com sigui possible, el coordinador del cas ha d'enregistrar la valoració de l'equip. La revisió del cas ha

d'expressar si la persona corre un risc immediat de suïcidi o d'autolesió greu i s'ha d'actualitzar el formulari, factors de risc, desencadenants i factors de protecció amb qualsevol informació nova. En últim lloc, s'ha d'actualitzar el formulari de Riscos, desencadenants i factors de protecció amb qualsevol informació nova i omplir el formulari de revisió del registre del cas per deixar constància del que es va parlar durant la revisió.

El pla d'acció o atenció

El coordinador o coordinadora del cas és també la responsable de completar el Pla d'Atenció, que inclou completar el formulari d'accions de suport amb SMART (específica, mesurable, assolible, rellevant, limitada en el temps) i les accions significatives i individualitzades per reduir o mitigar el risc de dany. En acabar, la persona en risc ha de signar el Formulari d'Accions de Suport, i se li ha d'oferir una còpia.

La Supervisió constant

La supervisió constant suposa un període d'observació individual d'una persona en ACCT que s'ha implementat per tal de reduir el seu risc de suïcidi o autolesió i intervenir en cas d'emergència. Tant la persona en ACCT com el membre del personal que duu a terme la supervisió constant han de comptar amb el suport de l'equip multidisciplinari de revisió de casos com a part del procés ACCT.

Tenint en compte que la supervisió constant pot resultar opressiva i pot ser angoixant per a la persona supervisada, el protocol estableix que aquesta mesura s'ha d'utilitzar com a **últim recurs** i ha de ser autoritzada pel governador/a o l'oficial d'ordre nocturn en consulta amb el primer. Sempre que sigui possible ha de ser consultat amb el director o directora clínica de l'establiment. Serà també el governador/a o l'oficial d'ordre nocturn qui consideri la ubicació més adequada que haurà de tenir la persona amb el suport d'una supervisió constant. Tanmateix, si es pren la decisió que s'ha de localitzar una persona presa en aquest entorn, s'ha de

defensar i documentar completament al Registre de decisions de defensa (que es pot trobar a l'annex E del document ACCT). Al registre també s'han de valorar les opcions respecte a com es poden mitigar els riscos, bé mitjançant l'accés a factors de protecció o a través del compromís amb el règim.

L'ús de mesures de videovigilància per a algú sota supervisió constant no es considera una bona pràctica, tant perquè limita la possibilitat d'un compromís significatiu amb la persona i la quantitat d'informació que es pot obtenir com perquè no permet les mateixes garanties de seguretat. A l'hora de decidir si es pot utilitzar aquesta mesura s'ha de tenir en compte com afectaria la capacitat del personal per intervenir en una emergència, establint que fins i tot un retard d'un minut o dos significaria que seria una mesura inadequada. Sobre la base d'aquests fets el protocol estableix que la supervisió constant cara a cara sempre hauria de ser l'opció predeterminada tret que hi hagi circumstàncies excepcionals.

Tan aviat com hagi pres la decisió de posar la persona sota supervisió constant, l'equip de revisió del cas ha d'utilitzar l'annex J del document ACCT per dissenyar un **Pla d'Accés d'Emergència**. En l'annex citat, s'estableix el protocol a seguir si la persona s'autolesiona o protagonitza comportaments que puguin fer que es suïcidi accidentalment o intencionadament. El pla ha d'establir amb precisió què ha de fer el supervisor/a, inclòs com donar l'alarma, quan i com entrar a la cel·la, quan es permet l'ús de la força per evitar l'autolesió i quin equip de protecció individual s'ha d'fer servir.

Després de l'autorització de supervisió constant, cada cas s'ha de considerar en una revisió urgent del cas ACCT tan aviat com sigui possible, així com realitzar revisions posteriors almenys diàriament durant les primeres 72 hores.

La supervisió constant l'ha de dur a terme un membre del personal de la presó de rang mitjà, tanmateix, el protocol estableix que **és important tenir canvis freqüents de personal fent una supervisió constant perquè el personal no es cremi o es dessensibilitzi**. A l'hora de seleccionar el membre del personal responsable de dur a terme la supervisió constant, s'han de tenir en compte les

característiques i circumstàncies de la persona en ACCT (inclosos factors com l'ètnia, la identitat sexual, l'edat i el gènere), així com qualsevol trauma o informació de seguretat coneguda que pugui representar un risc la persona. L'equip de revisió de casos pot considerar també la possibilitat d'oferir-li a aquest/a professional el suport complementari del personal sanitari o dels metges o metgesses.

Aquesta persona **és la responsable d'interactuar i relacionar-se amb la persona en ACCT i animar-la a fer coses que afavoreixin la reducció del risc**, d'una manera que sigui **sensible a les seves necessitats individuals** (tal com s'identifica al seu Pla d'atenció ACCT). El protocol dona pautes per realitzar la supervisió de la forma menys intrusiva possible per a la persona, mostrant sensibilitat al seu benestar i a la seva dignitat, alhora que es manté la seva seguretat.

El personal que du a terme i dona suport a la supervisió constant ha de mantenir **registres precisos** dels esdeveniments durant el període de supervisió per tal de registrar amb precisió el progrés i informar la planificació de l'atenció. Haurà d'emplenar almenys una vegada al dia un formulari de verificació i el registre de visitants, que serà revisat pel coordinador/a del cas i resumit diàriament.

La persona sota supervisió constant ha de ser visitada cada 24 hores també pel seu coordinador/a de casos de l'ACCT a fi de garantir que el benestar de la persona sigui controlat regularment i que es tingui en compte on i com és millor gestionar el seu risc d'autolesionar-se.

Atesa la naturalesa intrusiva de la supervisió constant i l'impacte contra-terapèutic que pot tenir, s'ha de mantenir el menor temps possible, establint el protocol una sèrie de garanties que s'han d'aplicar si algú roman sota supervisió constant durant més de 72 hores, i d'altres per si la mesura es perllonga durant 5 dies o més. La decisió de posar fi a la supervisió constant la pren l'equip de revisió del cas durant les revisions dels casos.

Requisits per aplicar altres mesures

Pel que fa a la possibilitat d'adoptar **mesures de segregació o aïllament** contra una persona en ACCT, ja sigui en allotjaments especials, en departaments d'aïllament o en altres tipus de departaments o dependències, el protocol estableix que únicament es poden utilitzar en circumstàncies excepcionals, i una vegada considerades ja totes les altres opcions alternatives. Pel que fa a **l'allotjament especial**, únicament es pot adoptar si les persones en ACCT s'identifiquen a més com a violentes o refractàries, havent d'establir clarament al document de l'ACCT la decisió de col·locar algú en un allotjament especial deixant clar quines alternatives a l'ús d'un allotjament especial s'han considerat i quins plans hi ha per acabar amb la mesura. A més únicament es podrà utilitzar un període de temps previst i acordat.

En cas d'adoptar-se la **mesura d'aïllament** (sigui en allotjament especial o en altra modalitat) **s'ha de dur a terme una revisió del cas de l'ACCT dins de les 24 hores posteriors** en què l'equip (en presència de personal sanitari) consideri l'impacte de la segregació en el risc i com es pot mitigar. El protocol, tenint en compte les disposicions d'altres normatives internes, estableix també la necessitat de què tota persona en ACCT que es trobi en aïllament sigui derivada a la reunió d'intervenció de seguretat. També, que la persona ha de ser observada pel personal 5 vegades per hora a intervals irregulars fins que s'hagi realitzat la revisió del cas ACCT.

El mateix dia en què finalitzi la mesura d'aïllament (en cas de ser en allotjament especial no més de dues hores després de prendre la decisió), s'ha de fer una revisió del cas, en la que s'ha d'emplenar un formulari de revisió del cas en una ubicació alternativa.

El protocol estableix també garanties per als casos en què s'apliquen aquest tipus de mesures contra persones que tenien un AACT obert dins els 28 dies anteriors a l'aplicació de l'aïllament. En aquests casos s'ha de fer un registre on es reflecteixi la necessitat d'adoptar la mesura així com la consideració que es té en compte els riscos, els factors desencadenants i els factors de protecció.

Pel que fa a la **possibilitat d'emprar roba alternativa** a la de la persona que es troba en ACCT, el protocol estableix que aquesta només s'ha d'utilitzar com a últim recurs, el que inclou considerar si les opcions alternatives serien suficients per mitigar el risc d'autolesió o suïcidi (com ara col·locar la persona en una cel·la més segura). La decisió de fer servir roba alternativa ha de tenir en compte també l'impacte potencial que pot tenir sobre la persona, inclòs si aquestes mesures poden augmentar els nivells de risc en lloc de reduir-lo. El protocol estableix també que si finalment es considera necessari, la retirada de la roba normal s'ha de fer mitjançant la persuasió i la negociació i no amb imposició. A més el coordinador/a del cas o el o la responsable de l'ala o unitat han de visitar la persona després de posar-li roba alternativa per comprovar el seu benestar i documentar-ho al registre de l'ACCT.

Qualsevol **possible ús de la força** que s'utilitzi sobre una persona en ACCT s'ha de registrar al registre de l'ACCT, així com al formulari de revisió del registre de casos (quan es faci la següent revisió), essent necessari també l'actualització posterior del formulari de Riscos, desencadenants i característiques. S'estableix també l'obligació que el o la coordinadora del cas o un/a membre del personal de confiança de la persona la visiti per comprovar-ne el benestar i documentar-ho al registre de l'ACCT.

També en aquells casos en què s'apliqui un cinturó corporal (**mesura de contenció mecànica**) a una persona en ACCT s'estableix la necessitat d'actualitzar el registre de l'ACCT, aclarint quines alternatives d'ús del cinturó corporal s'han considerat primer i quins plans hi ha per acabar amb el seu ús. En aquests casos s'estableix també el requisit que el coordinador o coordinadora de casos de l'ACCT (o el/la responsable de l'ala o unitat si no està disponible) assisteixi a les revisions del cinturó corporal que es realitzen cada 4 hores. El responsable de vetllar per l'ús del cinturó corporal ha d'assistir a totes les revisions de casos de l'ACCT que es puguin dur a terme mentre aquest es continuï utilitzant, així com a la primera revisió de casos que tingui lloc un cop finalitzat l'ús del cinturó. En aquests casos a més el governador o governadora o el director/a

ha de presidir una revisió del cas dins dels 60 minuts següents a la presa de la decisió.

Com es pot constatar el protocol ACCT, estableix **l'obligació de realitzar noves valoracions de riscos davant qualsevol canvi o incidència que es pugui donar en la situació de la persona**. Valoracions en les quals a més, han de ser participats un gran nombre de professionals i que han de ser sempre registrades i àmpliament justificades. Aquest requisit s'aplica fins i tot davant la possibilitat de dur a terme adjudicacions o donar incentius o atorgar algun tipus de premi o recompensa a la persona en ACCT, fins i tot per a aquelles persones tot i no trobar-se en ACCT actiu, el van tenir obert els tres mesos anteriors. Per exemple, sempre que hi hagi un canvi en el nivell d'incentius per a una persona en ACCT, l'equip de revisió del cas ha de considerar com això afecta el seu risc d'autolesió o suïcidi. S'ha de tenir en compte com mitigar els riscos, amb el formulari de revisió del registre de casos, i tenir les pàgines d'accions de suport i riscos, desencadenants i factors de protecció sempre actualitzades per reflectir aquestes discussions.

El seguiment del cas

Pel que fa al seguiment dels casos amb activació d'ACCT, el protocol estableix la necessitat que en tots els casos es faci un seguiment diari de les observacions realitzades pel personal així com de qualsevol incidència o canvi en la situació que es produeixi mentre es trobi en ACCT. El registre de l'ACCT s'ha de completar diàriament, amb les observacions i converses realitzades d'acord amb els nivells establerts pels equips de revisió de casos. L'objectiu de les observacions és comprovar el benestar de la persona, establint-se l'obligació de fer-les a intervals irregulars a fi que no siguin previsibles, i de la manera menys intrusiva possible. Conscients que l'observació pot ser intrusiva per la persona observada, el protocol considera que generalment són més favorables i útils les converses amb la persona. Es recomana prestar especial atenció a què aquestes siguin significatives, sense subestimar el poder de les interaccions quotidianes. Per donar suport a aquesta tasca, el personal que fa observacions i converses ha de ser conscient del que estableix el pla d'atenció de la persona, així com sostenir-se amb

les directrius que poden trobar a la Guia d'usuari de l'ACCT. El protocol estableix també la necessitat de realitzar resums escrits d'aquestes converses que siguin significatius i prou detallats per transmetre eficaçment els detalls clau del que es va parlar. A la Guia per a l'usuari de l'ACCT els professionals poden trobar més informació sobre com fer un bon resum.

Quan una persona en ACCT es troba en una **situació de llibertat amb llicència temporal** (permisos o sortides fora de l'establiment) el protocol estableix l'obligació del personal de continuar salvaguardant-lo. Les garanties s'han d'acordar i posar en marxa abans que la persona surti de l'establiment, amb l'equip de revisió del cas qui decidirà quin és el nivell adequat de controls que cal adoptar i com es faran. Situació similar es produeix amb les persones quan passen d'un règim ordinari o tancat a un règim obert. En aquest sentit el protocol deixa clar que tot i que la gestió d'ACCT en condicions obertes pot ser un repte, una persona no ha de ser retornada a condicions tancades només perquè corre el risc d'autolesionar-se. Essent aquesta pràctica només acceptable en circumstàncies excepcionals, per exemple quan es considera un alt risc de suïcidi o d'autolesió greu i requereix observacions freqüents que no es poden gestionar amb seguretat en condicions obertes, o quan requereixen el suport d'un equip especialitzat que no està disponible dins de l'establiment obert.

Pel que fa als **trasllats**, quan una persona en ACCT es transfereix entre establiments, el document ACCT s'haurà de transferir amb ella i continuar gestionant-se diàriament d'acord amb aquesta política. Atès que els trasllats entre establiments suposen un canvi significatiu de circumstàncies, s'estableix l'obligació de fer una revisió urgent del cas abans que es produeixi el trasllat i tan aviat com sigui possible després de l'arribada a l'establiment receptor.

Tancament d'un ACCT

Un ACCT es pot tancar únicament quan el risc de dany s'ha reduït a un nivell en què ja no es considera preocupant i totes les accions de suport s'ha completat amb el resultat previst. La decisió l'ha de prendre l'equip de revisió del cas, s'ha

d'explicar a la persona i ser documentada al formulari d'expedient de revisió del cas.

Després del tancament d'un ACCT, s'ha d'emplenar un formulari de seguiment durant un mínim de 7 dies per tal d'informar la revisió posterior al tancament. Tan aviat com sigui possible després d'aquest període de seguiment, el coordinador o coordinadora de casos de l'ACCT ha de presidir una revisió posterior al tancament, revisant les accions de suport i el progrés realitzat des del tancament de l'ACCT en la que s'han de tenir en compte: els sentiments actuals de la persona, l'actual accés a suport que disposa (tant formal com informal) i els progressos des del tancament.

Al final de la revisió, el coordinador/ del cas i qualsevol altre/a membre de l'equip de revisió del cas present decidirà si cal que hi hagi més revisions posteriors al tancament (i, en cas afirmatiu, la seva freqüència) o si l'ACCT s'ha d'obrir novament. Un document ACCT es pot reobrir en qualsevol moment durant i fins 6 setmanes després del tancament si es considera que el risc ha augmentat.

Alliberament de custòdia

Abans de l'alliberament d'una persona en ACCT, el coordinador del cas ha de:

- 1) Enllaçar amb la Unitat de Gestió de Delinqüents (OMU) per identificar els o les professionals de la comunitat rellevants per convidar a revisions de casos i acordar com es compartirà la informació amb ells/es.
- 2) Convidar especialistes rellevants que puguin oferir serveis a la persona perquè participin en les revisions dels casos.
- 3) Discutir amb la persona quina informació es compartirà per permetre el suport continuat en l'alliberament.
- 4) Considerar qualsevol òrgan de supervisió que hagi de ser conscient de qualsevol risc que s'hi plantegi.

5) Convidar l'equip d'assistència sanitària a revisions de casos si escau i discutir amb ells qualsevol problema relacionat amb el manteniment de les receptes.

6) Assegurar-se que una còpia de la informació clau del document ACCT es comparteixi amb els companys/es de llibertat condicional.

La revisió final del cas ha de considerar com es pot continuar amb el suport per mitigar el risc d'autolesió o suïcidi després de l'alliberament. El formulari de revisió abans de l'alliberament de la custòdia (annex D del document ACCT) s'ha d'emplenar per documentar les discussions i s'ha de lliurar una còpia de les accions de suport a la persona en ACCT. Si la persona ja no està en ACCT, però ho va estar durant els 12 mesos anteriors a l'alliberament, la Unitat de Gestió de Delinqüents ha de compartir la informació de risc rellevant de l'ACCT més recent amb els companys i companyes de llibertat condicional.

Garantia de qualitat

El protocol disposa també d'una eina d'assegurament de la qualitat que ha de ser emprada per tots els establiments a fi de proporcionar una visió significativa de l'eficàcia de l'ACCT per oferir suport a les persones amb risc d'autolesió o suïcidi. És responsabilitat de la direcció que els resultats i conclusions d'aquesta valoració s'utilitzen per identificar les bones pràctiques i els aspectes on es poden fer millores, així com prendre mesures per aconseguir-ho

Mesures en l'àmbit de la postvenció

Per analitzar les mesures de les quals disposa el sistema penitenciari d'Anglaterra en el marc de la postvenció cal tornar novament al contingut de la instrucció PSI 64/2011. El capítol 12 d'aquest document recull les accions posteriors a una mort a la presó i el capítol 13 està dedicat al compromís de la institució amb les famílies i com ha de ser el contacte amb aquestes després d'una mort sota custòdia. Finalment, el capítol 14 està dedicat als processos

per a l'aprenentatge que s'han de dur a terme després davant la mort d'una persona privada de llibertat al context penitenciari.

La comunicació a la família

La citada instrucció recull la necessitat després d'una mort sota custòdia, l'incident es comuniqui amb rapidesa i precisió, inclosa la notificació adequada als familiars més propers. Les presons han de tenir un membre del personal designat per posar-se en contacte amb els familiars i una altra persona designada per ajudar les parts interessades amb les seves investigacions.

D'una banda, després d'una mort sota custòdia, el governador/a o el director/a han d'escriure una carta personal de condol a la família que ha d'incloure una invitació a visitar la presó, així com oferir-se per contribuir a despeses de funeral: aquest/a professional haurà d'escriure a la família novament un cop s'hagi acordat la resposta final i el pla d'acció, i de nou després de la conclusió de la investigació.

D'altra banda, les presons han de tenir un/a oficial d'enllaç familiar (FLO) designat, no tant en funció de la seva qualificació o formació si no en funció de les habilitats de les quals disposi, entre les quals es destaquen: habilitats interpersonals, seguretat, empatia, capacitat de negociació, de gestionar situacions complexes i l'estrès, autonomia, flexibilitat, resistència emocional, etc. El paper de la FLO començarà a partir de moment en què la notícia de la mort es comunica a la família. Sempre que sigui possible, la FLO i un/a altre/a membre del personal han de visitar personalment el o la familiar o la persona designada per donar-li la notícia de la mort. Aquesta acció ha de ser molt àgil a fi d'evitar que la família es pugui assabentar per una altra font. Des d'aleshores, sempre que la família estigui d'acord, mantindran el contacte amb la família i proporcionen informació i suport pràctic si escau. Tal com estableix la instrucció, és vital que es doni informació precisa sobre la mort de la persona als familiars més propers. La informació inexacta que es dona en aquesta etapa pot causar angoixa i sospita innecessàries i pot socavar la capacitat de la presó d'establir una relació amb la família.

La instrucció dona també pautes per a la preparació prèvia de la trobada, que tenen en compte els aspectes en relació amb la família i l'incident causant de la mort que el o la FLO ha de tenir en compte. S'estableix també una guia sobre la informació que es pot donar a la família, en funció de les seves característiques i de la seva resposta, en la primera i posteriors trobades. La instrucció aporta també una sèrie de recursos amb els quals els FLO s'hauran de familiaritzar i que també es poden facilitar a les famílies per a la superació de l'experiència. Diverses organitzacions poden oferir assistència tant a escala local com nacional fer la seva pròpia investigació sobre aquestes agències i com operen localment per tal de donar consells informats a les famílies.

La FLO és també la responsable de retornar els béns/ diners de la persona morta a la família tan aviat com el forense ho autoritzi. S'ha de consultar a la família com vol recuperar les pertinences del seu familiar. En qualsevol cas, aquestes s'han d'empaquetar en una bossa o contenidor adequat, no un sac negre o una bossa que s'identifiqui com de la presó. D'altra banda, en funció dels desitjos de la família, convé que la FLO i altres membres del personal assisteixin al funeral.

Quan la FLO actua per primera vegada s'ha d'obrir un registre de contacte amb els familiars on s'ha de registrar cada contacte amb la família i els seus representants, que no han de finalitzar fins al moment adequat; que potser no serà fins un temps després de la investigació. La instrucció estableix fins i tot les variables mínimes que s'han de registrar respecte a cadascuna d'aquestes trobades.

Els suports a la resta de persones

La instrucció PSI 64/2011 estableix també la necessitat d'oferir l'atenció i el suport adequats al company o companya de cel·la i a qualsevol altra persona presa directament afectada per la mort. S'inclouen també tots i totes els i les que tinguin documents ACCT oberts, així com al personal afectat, el qual pot requerir suport en qualsevol moment i en més d'una ocasió.

Les presons han de garantir que disposen de procediments per donar suport les persones preses afectades per una mort en presó. S'estableix com a imprescindible que els samaritans locals puguin veure l'equip d'escolta tan aviat com sigui possible després d'una mort o que puguin estar presents en cas que aquestes persones hagin de participar en entrevistes en el marc de les investigacions. També han d'estar disponibles per donar suport al personal penitenciari.

El protocol recomana també que tenint en compte qualsevol consideració específica de fe i les opinions de la família, el personal i les persones preses, puguin disposar que el capellà o un altre líder religiós s'ofereixi a celebrar un servei commemoratiu per a la família, la resta de persones preses i el personal.

L'anàlisi de l'incident

Finalment, d'acord amb la PSI 02/2018 "Atenció posterior a l'incident" s'estableix també l'obligació de realitzar una investigació sobre incidents crítics immediatament després de totes les morts sota custòdia a les que s'ha de convidar a tot el personal directament implicat en l'incident, inclòs el personal sanitari. La instrucció reconeix també la necessitat d'aprendre del comportament d'autolesió, a fi d'entendre els patrons individuals de comportament i les tendències a la presó que pot formar part del procés ACCT i contribuir a entendre aquest comportament a la presó.

La instrucció PSI 64/2011 estableix l'obligació de què les presons disposen també de procediments per facilitar i difondre l'aprenentatge d'incidents d'autolesió, violència i morts sota custòdia per prevenir successos futurs i millorar la distribució local d'una custòdia més segura.

El sistema penitenciari anglès compta també amb altres recursos per dur a terme aprenentatges en aquest àmbit com són l'equip de l'NSCM, el qual té la responsabilitat d'analitzar i coordinar les respostes als informes d'investigació del Mecanisme Nacional de Prevenció de la Tortura anglès o l'equip nacional d'aprenentatge i gestors de custòdia més segura.

Capítol 6: Resultats de les entrevistes amb responsables de la prevenció dels suïcidis al sistema penitenciari català

6.1 Introducció

En aquest capítol es du a terme una anàlisi de contingut de les entrevistes realitzades a diversos/es professionals i responsables penitenciaris/es.

Com s'ha exposat a l'apartat de metodologia, els objectius a abordar a través d'aquestes entrevistes van ser: (1) conèixer la percepció i valoracions d'aquests/es professionals respecte a les mesures actuals que s'apliquen en el marc del sistema català; (2) esclarir si es porten a la pràctica altres mesures en l'àmbit de la prevenció del suïcidi en el marc del sistema penitenciari català que no estaven incloses en el programa marc; (3) conèixer l'opinió d'aquests/es professionals respecte a altres mesures o accions que s'empren en el marc d'altres sistemes penitenciaris, analitzades a l'apartat anterior, i sobre la possibilitat que aquestes siguin integrades en el marc del nostre sistema penitenciari.

La primera entrevista es va realitzar a la directora del PSP, així com al Coordinador de l'Àrea de salut mental del PSP. L'entrevista es va dur a terme de forma presencial a les instal·lacions de l'Institut Català de Salut, el 21 de setembre de 2023.

La següent entrevista va ser amb el Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV; i amb un tècnic de salut de la mateixa Àrea, i va tenir lloc a les instal·lacions de la SMPRAV al carrer del Foc, el dia 13 d'octubre de 2023.

Finalment, es va entrevistar a una Psicòloga de la Unitat d'Hospitalització i Rehabilitació Psiquiàtrica Intensiva de Catalunya (UHRPI) de Catalunya (CP

Brians 2) i integrant de la Xarxa de Salut Mental de l'Hospital Sant Joan de Déu; i a una psicòloga de PCP (SJD-Salut Mental) de Wad-Ras. L'entrevista es va realitzar en format escrit, les respostes resultants de la qual posteriorment es va complementar amb una entrevista en modalitat virtual. Cal mencionar que estava previst entrevistar al Coordinador de psiquiatria penitenciària de Sant Joan de Déu, però havia deixat el càrrec i no hi havia encara una substitució. Malgrat això, des de Sant Joan de Déu se'ns va orientar a entrevistar a les professionals abans mencionades, per considerar que eren les més idònies per abordar el tema tractat.

A continuació s'aborden les diferents temàtiques tractades durant les entrevistes.

6.2 Consideracions generals

Una de les qüestions més rellevants que es pretenia abordar durant les entrevistes era la integració del **Programa marc de prevenció de suïcidis al sistema penitenciari català dins del PLAPRESC**. En plantejar el dubte sobre si realment existeix aquesta inclusió o més aviat es tracta d'un Pla paral·lel al personal responsable de la SMPRAV i del PSP, el responsable de l'àrea de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV respongué que *“està integrat plenament. El nostre programa és anterior al programa oficial, llavors nosaltres des de Justícia estem dins d'aquest PLAPRESC de la Generalitat. Està en total consonància perquè ha estat avaluat, monitoritzat i revisat pel mateix programa de la Generalitat. I estem dins del consell assessor del programa de Generalitat, que avalua tots els programes de prevenció de suïcidis de Catalunya. Per tant, estem plenament integrats”*. Des del PSP, també coincideixen en la plena integració d'ambdós programes, i s'afegeix que el Programa marc penitenciari té particularitats, ja que s'ha d'adaptar a l'entorn penitenciari i les seves necessitats, i que, en conseqüència, és més complet que el PLAPRESC. Tot i aquestes respostes, fruit de l'anàlisi d'ambdós programes es posa de manifest que (1) el PLAPRESC és posterior a la darrera actualització del Programa marc del sistema penitenciari; (2) aquest no fa menció ni referència al PLAPRESC; i (3) tampoc inclou la gran majoria de

mesures del PLAPRESC, de manera que no podem considerar que a la pràctica existeixi aquesta inclusió.

Com s'ha mencionat anteriorment, un dels objectius de les entrevistes era conèixer la percepció dels i les professionals envers les **principals mesures de l'actual Programa marc de prevenció dels suïcidis als centres penitenciaris catalans**. Amb aquest objectiu es va preguntar als entrevistats respecte a quins consideren que són els seus punts forts i febles. El Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV, assenyala que a parer seu un dels principals **punts forts** del programa marc és que implica a tota la comunitat penitenciària (entenent-se, sota aquest concepte; la família de les persones preses, els equips de servei interior, els professionals de salut i de rehabilitació, a les entitats i, evidentment, als interns/es), de manera que tots els agents són considerats garants de la prevenció del suïcidi i la sensibilitat en la detecció del risc es fa extensiva a tots els agents. Segons va explicar, a partir d'aquesta virtut de fer estendre la sensibilitat envers els suïcidis, es pretén buscar circuits de treball que assegurin treballar amb la persona en risc. El cap del servei de rehabilitació va afegir també que *“una altra qüestió important per nosaltres era emmarcar-nos amb el que havien vist que eren tòpics vinculats a la prevenció del suïcidi (‘qui ho expressa no ho fa’...). Una sèrie de tòpics que des del Departament de salut ens anaven avisant que havíem de superar a nivell d’organització, i que hem de seguir treballant, perquè són tòpics comunitaris, de manera que hem de cavalcar de la mà de la comunitat per anar desfent aquests mites”*. Al seu torn, el tècnic de salut la SMPRAV, va apuntar que, a parer seu, dos dels punts clau del programa són: en primer lloc, que es treballa al voltant del concepte d'evitabilitat del suïcidi, en el sentit de fer participis a tots i totes les professionals en la idea que els suïcidis - de la mateixa manera que les autolesions - són evitables, precisament per no caure en tòpics nocius. Va explicar que darrerament s'ha treballat molt aquest concepte i s'hi ha incidit tant en les formacions als i les professionals, en les sessions clíniques així com al programa marc. I, per altra banda, va destacar que segons ell el programa marc permet funcionar l'engranatge entre centres penitenciaris i el seguiment

dels PPS d'una manera satisfactòria. Va referir també que existeix una bona comunicació dels casos, la qual se centralitza des de Barcelona (concretament, va explicitar que en data d'octubre de 2023 eren 116 les persones en protocol PPS a tot Catalunya), i resulta en un bon seguiment entre centres.

Continuant amb la línia dels punts forts del programa, una de les professionals del Sant Joan de Déu es va referir a l'especificitat i multidisciplinarietat d'accions que desenvolupen els diferents professionals en pro d'un major acompanyament de les persones en risc, així com a la intervenció protocol·litzada que estableix el programa marc. Estandarditzar serveix, segons elles, per marcar els límits que s'han de realitzar, i a partir d'aquí es poden prendre d'altres actuacions. D'altra banda, pel que fa a la multidisciplinarietat a l'hora de desenvolupar els plans d'intervenció, explicaren que els equips de salut mental també són interdisciplinaris; integrats pel o per la psiquiatra, psicòloga, infermer/a de salut mental, i generalment també un treballador/a social. Al seu torn, des del PSP, comparteixen l'opinió de la SMPRAV en considerar que un dels principals punts forts del programa marc és que implica tots els àmbits de la presó; interpel·la a tot el personal penitenciari així com a les persones preses i les seves famílies. Afegiren també que la sistematització dels procediments és una de les millores que s'han incorporat a l'actual pla elaborat el 2021 i, en últim lloc, destaquen també com a positiu el fet que la detecció del suïcidi és competència de tot el personal penitenciari.

Com s'abordarà més endavant, en plantejar qüestions més específiques, alguns d'aquests punts forts mencionats pels professionals acaben veient-se limitats en la pràctica. Això passa sobretot pel que fa a la participació d'alguns dels considerats agents garants de la prevenció del suïcidi - concretament la família (a la que se li dona veu a través del o de la treballadora social, i a la qual no hi ha obligació d'informar de la inclusió del seu o de la seva familiar dins del protocol de risc de suïcidi), la mateixa persona presa i les entitats del tercer sector —, així com per la formació que es brinda als i les professionals penitenciaris.

Pel que fa als **punts febles** del Programa marc, el responsable de l'àrea de programes de rehabilitació i sanitat considera que una de les principals

limitacions d'aquest és la burocratització que sovint comporten les protocol·litzacions. A parer seu *“caldría fer un ajustament sobre aquelles qüestions que són de traçabilitat necessària per no burocratitzar l'eina i que no sigui més important enregistrar que la mateixa eina. Penso que la importància més gran de la intervenció en prevenció del suïcidi és que la persona que està en risc tingui una atenció exquisita i orientada a les seves necessitats, i no tant que hàgim d'enregistrar-ho tot. Ens interessa que la persona que està en risc tingui una mà segura a la que aguantar-se i ser tractat”*. Per altra banda, va apuntar que una de les altres limitacions que hi troba és la complexitat del sistema penitenciari català, que alberga un tipus de població especialment singular que inherentment presenta majors riscos de suïcidi (població penitenciària molt jove, gran quantitat de persones immigrades amb nuclis familiars allunyats...) que s'accentuen amb l'ingrés a presó. Tanmateix, com s'ha anat veient, no sembla que aquesta sigui una característica que diferencia el sistema penitenciari català d'altres sistemes penitenciaris, en la mesura que com s'ha anat veient, l'evidència sembla reflectir que és una situació que es dona habitualment a tots els sistemes penitenciaris.

Des de l'Àrea de Psiquiatria Penitenciària de Sant Joan de Déu es van assenyalar els següents tres punts febles: 1) que en el moment d'activació del PPS s'activen unes mesures de seguretat, que de vegades, poden generar malestar emocional reactiu a la persona, com ara la retirada d'algun objecte o l'acompanyament continu; 2) la necessitat de millora en l'abordatge i mesures de seguretat relacionades amb les persones que realitzen intents autolesius no suïcides; i 3) que caldría que el programa N'VIU pogués incloure intervencions preventives i de sensibilització envers el malestar emocional que genera la situació de privació de llibertat, fent èmfasis no només en aspectes personals sinó també contextuals, que constitueixen elements de risc.

Amb intenció d'aprofundir en aspectes generals del programa marc, es va plantejar a les persones entrevistades si consideren que el Programa marc vigent és **sensible a les necessitats individuals** de les persones preses. El tècnic de l'àrea de programes de la SMPRAV va respondre que, si bé són conscients que sempre es pot fer millor, sí que considera que és sensible a les

necessitats individuals, sobretot pel que fa a la sensibilitat dels professionals i en l'accent a les interseccionalitats diverses. Considera que l'abordatge és integral en les necessitats de la persona, destacant que *“Si algú necessita que se l'escolti una hora, hi haurà un referent de gènere que ho farà. Hi ha una gran especialització en tema de gènere, de parentalitat, educadors socials, mediadors culturals... Hem considerat important incrementar aquesta sensibilitat a tots els professionals (els de vigilància, els del CIRE...)”*.

En resposta a aquesta pregunta, una de les professionals del Sant Joan de Déu va apuntar que *“com tots els protocols/programes, les mesures estan estandarditzades amb propostes de modificació en funció de la progressió, però els professionals de Salut Mental (SM) que atenem els casos sempre valorem factors contextuais i individuals per a ajustar-nos a les necessitats que presenten. De tota manera, el programa està sotmès a revisions per recollir els canvis necessaris i s'emeten instruccions al respecte”*.

Seguint l'aportació dels responsables de la SMPRAV que consideren que un dels punts forts del programa marc és la participació de tots els agents, vam voler aprofundir en el **paper que hi juguen els familiars** de les persones privades de llibertat en risc de suïcidi, en la gestió de la situació. El Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV, va explicar que si bé el Programa marc no detalla les concrecions de les actuacions, es dona veu a la família a través del/la treballadora social perquè puguin explicar qualsevol detecció de senyals d'alarma. Afegí que *“Ara estem treballant amb el Departament de Salut, el fet de poder fer guies de treball per informar les famílies de la importància de la detecció. Aquesta seria una de les vies que ens poden ajudar més. I ja no amb el detall de la persona que està en risc, sinó amb el conjunt de les persones que estan internes”*. En preguntar-los si existeix un protocol que estableix l'**obligació del treballador/a d'informar a la família** respecte a la inclusió del seu familiar pres/a en el programa de prevenció de suïcidi, des de la SMPRAV van explicar que no existeix cap protocol·lització al respecte, doncs el primer que es fa és treballar amb la mateixa persona i, en tot cas, si aquesta ho autoritza, es pot comunicar al seu entorn.

Com es pot constatar, tot i que sembla que la intencionalitat és treballar cap a un model d'atenció centrada en la persona, hi ha moltes accions i mesures necessàries per garantir una atenció d'aquest tipus, que encara no estan protocol·litzades, essent aplicades de forma discrecional segons els Centres Penitenciaris o professionals encarregats o encarregades de dur-les a terme.

6.3 Detecció del risc, activació del protocol i seguiment

Com s'ha vist al capítol 4, el Programa marc de prevenció de suïcidis a centres penitenciaris catalans dedica un apartat a la detecció de risc del suïcidi, posant èmfasi en el fet que qualsevol professional penitenciari pot detectar-lo. També s'identifiquen tres etapes clau en aquest àmbit: l'ingrés (establint-se la necessitat d'una valoració sistemàtica de cada persona a fi d'identificar persones vulnerables), el trasllat de Centre Penitenciari o qualsevol moment en què hi hagi una situació sobrevinguda. Tanmateix, únicament s'aporta un llistat de factors de risc i protecció, sense que es protocol·litzen les mesures a adoptar per dur a terme aquesta valoració sistemàtica.

Com s'ha anat abordant al llarg de la recerca, tant els estàndards, com les recomanacions realitzades pels operadors internacionals, com la bibliografia científica que ha estudiat la temàtica, assenyalen la importància del moment de l'ingrés, tant per minimitzar l'impacte de l'empresonament com per a fer una detecció de les necessitats de cada persona, incloent-hi el risc de suïcidi. Així vam voler indagar per conèixer una mica més quines mesures s'adopten en aquest àmbit.

A aquest respecte vam preguntar als responsables de la SMPRAV sobre les sessions informatives dels programes d'acollida. El tècnic de salut del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV respongué que *“Legalment el tema dels ingressos es marca en cinc dies. Sempre hi ha un equip tècnic que fa la fitxa d'ingrés, etc., però no hi ha un grup terapèutic, perquè no hi ha temps i els espais sovint són limitats. Llavors dins de cada mòdul sí que hi ha un programa d'acollida a l'intern al mòdul, i en aquest programa sí que es tracta la prevenció del suïcidi a través de sessions grupals”*.

El tècnic de la SMPRAV va explicar que a cada centre hi ha grups d'acollida al moment de l'ingrés, els quals són uns agents importants per tenir en compte els indicadors de risc de suïcidi, els senyals d'alarma i les dinàmiques dels centres. El cap de l'àrea, al seu torn, va destacar la importància sobre aquesta matèria en exposar que actualment les prioritats marcades pel sistema penitenciari català són: 1) La prevenció dels suïcidis; i 2) La situació d'ingrés de les persones internes. En aquest sentit, també va explicar que s'està treballant en un projecte de realitat virtual per simular l'entrada al mòdul de la persona recentment ingressada i reduir l'impacte emocional que provoca.

En preguntar-los sobre l'**existència o no d'algun protocol d'actuació amb Mossos d'Esquadra** pel que fa als ingressos de persones que presenten risc de suïcidi, van respondre negativament, explicant que no existeix, si bé es va intentar realitzar. Segons van explicar el que sí que existeix són avisos a Mossos d'Esquadra respecte a la persona que surt en conducció a càrrec seu si està en risc de suïcidi.

Pel que fa a l'avaluació sanitària que s'ha de dur a terme al moment de l'ingrés, des del PSP van explicar que en el termini de set dies des de l'**ingrés a un centre penitenciari**, també en els casos d'ingrés per trasllat, tota persona ha de tenir la detecció de risc feta. Aquesta detecció consisteix en una primera visita per part del metge/ssa de capçalera en les primeres 24 hores des de l'ingrés, amb l'objectiu de garantir la continuïtat de tractament i minimitzar l'impacte emocional de la presó. A posteriori d'aquesta primera visita, en un termini de set dies s'ha de determinar quines són les necessitats sanitàries de cada persona; realitzar una valoració del risc de suïcidi (a través d'un qüestionari sistematitzat i informatitzat), una anàlisi per a identificar possibles malalties, una anamnesi completa d'hàbits tòxics i una revisió de la història clínica. Segons va afirmar la directora del PSP en l'actualitat, el 87% de les persones privades de llibertat té com a mínim una detecció feta. Cal assenyalar, però, que segons va explicar una de les qüestions pendents és establir quin hauria de ser el termini de revisió d'aquesta.

Com hem esmentat, al Programa marc es menciona que qualsevol persona pot detectar un risc de suïcidi per qualsevol via, però a la pràctica el pla no es pot activar fins que: 1) el cap de servei informa la direcció del centre o equip mèdic (mesures preventives) i 2) La persona és visitada pel psiquiatre o per l'equip mèdic (pla estratègic). En aquest sentit, vam voler preguntar als entrevistats si creuen que aquesta estratègia de funcionament pot limitar la capacitat d'acció del pla. Les professionals de Sant Joan de Déu van respondre que consideren que és necessari que l'activació del protocol la facin sempre persones amb formació i coneixement específic pel que fa a la ideació autolítica i autolesiva, per tal d'evitar activació de protocol en casos en què no hi ha risc, afegint que seria rellevant la participació dels equips de salut mental en aquest procés. Continuant amb aquesta línia, vam plantejar-los si consideren que podria ser pertinent que en alguns casos el pla es pogués activar amb antelació a què la persona sigui visitada per un psiquiatre o una psiquiatra, i des del Sant Joan de Déu van aclarir que *“quan als CP no hi hagi disponibilitat de ser visitat per psiquiatria, el protocol el pot activar el metge/metgessa de família. Així mateix, altres professionals de salut mental poden comunicar al/la metge/essa la detecció del risc per a poder activar-se el protocol. Podent, d'aquesta forma, activar el protocol amb la major rapidesa possible”*. Van afegir també que *“Els CP compten amb metge/ssa d'atenció primària les 24 hores i també es disposa d'un servei d'urgències les 24 hores per part dels professionals de salut mental de la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya, unitat suprasectorial. El context penitenciari pot activar valoracions urgents en qualsevol moment”*.

En relació amb l'activació del protocol es va voler indagar també fins a quin punt es té en compte l'opinió de la persona afectada a l'hora d'aplicar certes mesures, aspecte en relació amb el qual des del Sant Joan de deu van explicar que, en el moment en què la persona és visitada pel psiquiatre, es comenten aquestes qüestions i, en certa manera, sí que es té en compte l'opinió de la persona. Segons van esclarir, d'una manera informal el pla és discutit per part dels equips de salut mental amb el o la pacient, tanmateix, no se'ls fa partícips de la presa de decisions, sinó que es fa un esforç per explicar-los les mesures

que a adoptar i l'objecte d'aquestes. Van matisar, però que, en cas que la persona presenti una forta reticència respecte a alguna mesura, se li intenta explicar millor el perquè de la seva necessitat, intentat sempre adoptar-la amb la seva conformitat. Ateses aquestes respostes, observem que si bé es pot considerar que la persona presa en risc de suïcidi es té en compte en l'elaboració del seu pla, el seu rol queda en un pla secundari, sense comptar amb veu activa en la presa de decisions.

Pel que fa a les **mesures d'intervenció que s'adopten en funció de la valoració del risc de suïcidi**, el programa marc estableix que les mesures adoptades venen determinades pels resultats de la valoració del risc. En els tres casos possibles (risc baix, moderat i alt) s'indica que cal explorar altres factors de risc i problemes de salut que poden contribuir a agreujar la conducta suïcida i que poden ser susceptibles de millora amb mesures preventives o terapèutiques, però no s'indica si és el propi metge/essa qui ha de realitzar aquesta valoració, o si serà posteriorment el psiquiatre/a el o la responsable de realitzar aquesta exploració. Vam voler conèixer, en l'entrevista amb les professionals del Sant Joan de Déu, com es realitza aquesta segona exploració. Segons ens va explicar *“aquesta segona valoració es pot dur a terme tant per metges/metgesses com per psiquiatria, i l'objecte és valorar si cal que modifiqui el nivell de risc. Tot i això, quan les persones que es troben en protocol, també són visitades tant per la psicòloga dels Equips Multidisciplinaris (EMD) com per la del PCP, les quals poden detectar també nous indicadors, informant doncs els responsables de modificar el risc en cas que ho considerin necessari. Ens venim a referir més que a la valoració del risc, a les mesures que s'adopten per gestionar-ho”*.

En relació amb el **seguiment de les persones en risc de suïcidi**, les professionals del Sant Joan de Déu van explicar durant el transcurs de l'entrevista que quan el risc de suïcidi és alt, és habitual la derivació de la persona a la UHPP per tal de poder realitzar una intervenció acurada i poder garantir totes les visites establertes del protocol, en la mesura en què la UHPP compta amb professionals suficients per a fer-ho. Segons van explicar quan

aquestes persones retornen al seu centre penitenciari es realitza un seguiment de com a mínim dotze mesos.

En aquest sentit, és important tenir en compte que la UHPP es troba a la província de Barcelona, i per això la derivació a aquesta Unitat de les persones preses a centres penitenciaris d'altres províncies, comporta generalment l'allunyament de la seva família i éssers estimats, i per tant dificulta en manteniment del contacte social.

Respecte a les persones en risc baix, per a les que el programa marc estableix una visita mensual, com a mínim, per part del psiquiatre, les professionals del Sant Joan de deu van afirmar que més enllà de la visita mensual amb el psiquiatre, consideren que seria convenient que almenys a l'inici, es dugui a terme un seguiment de la persona per part de psicologia de Salut Mental (SM).

6.4 Coordinació entre els professionals i gestió de la informació

El programa marc estableix que el **psiquiatre és el responsable d'elaborar el pla** de totes les persones en risc de suïcidi. Atenint-nos a què la majoria dels centres penitenciaris compten amb un/a sol/a d'aquest/es professionals, qui a més és també el o la responsable de fer seguiment de tots/es les internes amb malaltia mental, vam voler indagar en vers l'opinió dels i les professionals entrevistades respecte a si aquesta centralització en aquesta figura professional, podria estar limitant d'alguna forma la capacitat d'acció del programa de prevenció.

Vam plantejar a aquestes professionals si consideren que la manca de plantilla suficient (en la majoria dels centres hi ha un únic psiquiatre), pot afectar en la implementació del Pla, responent que *“Sempre seria bo més personal, també fora, en som conscients. Cal dir que hi ha diferents realitats als CPs i que els equips de PCP són diversos, així que en alguns centres hi ha més d'un/a professional de psiquiatria, responent a l'estimació de les necessitats que ha realitzat el Departament de Salut en funció de la quantitat de població existent. Tot i així, cal destacar que en totes les ocasions s'atén les persones en PPS segons les dates establertes pel protocol i segons el nivell de risc que presenta*

la persona. Així mateix, sempre hi ha la possibilitat -en cas que sigui necessari- de realitzar una derivació d'urgència a la UHPP".

Relacionat amb aquest aspecte, se'ls va preguntar també si no consideraven que seria òptim que el pla fos dissenyat de forma multidisciplinària. Les professionals del Sant Joan de Déu, van coincidir en afirmar que els i les psiquiatres penitenciàries tenen un gran nombre de responsabilitats en els centres i són els encarregats de fer seguiment de la totalitat de població penitenciària de cada centre amb problemes psiquiàtrics. Tanmateix, van explicar que *"En qualsevol pla i programa és necessari poder comptar amb l'opinió multidisciplinària, i des de PCP acostuma a ser així quan és necessari. El psiquiatre és el metge referent especialista del seguiment psiquiàtric en salut mental tant a l'entorn comunitari com en el penitenciari"*. Sembla, doncs, que en la pràctica diversos integrants de l'equip participen en els dissenys dels plans, no obstant això, és el o la psiquiatra qui dona el vistiplau i signa el pla, permetent la seva activació.

Pel que fa a l'accés d'aquest/a professional a tota la informació necessària per al disseny del pla (factors de risc i protecció, suport personal i social, referents professionals de la persona (aquells amb qui té bona relació), etc.) van exposar que es nodreix dels programes de què es disposa quant a informació i treball, concretament l'ECAP (Estació clínica d'atenció primària) i el SIPC (Sistema d'Informatització Penitenciari Català) així com de les reunions de coordinació.

Pel que fa a la **implicació en el seguiment dels tres col·lectius que menciona el programa marc (sanitaris, funcionaris de vigilància i professionals de tractament)**, vam voler conèixer si es duen a terme reunions conjuntament per discutir un mateix cas. La Responsable de Psiquiatria Penitenciària de Sant Joan de Déu va exposar que la coordinació depèn de cada centre, però que en línies generals es manté una coordinació fluida entre l'equip sanitari, funcionaris/es de vigilància i EMD, sempre que es considera necessari. Segons van explicar, sí que es realitzen reunions on es discuteixen els casos i es valora la informació i valoracions que arriben per part de cadascuna de les àrees, però és quelcom discrecional (és a dir, el/la

professional decideix si és necessari comptar amb la participació o opinió de la resta). Segons van explicar els equips de salut mental treballen en coordinació amb els equips de tractament, amb els que de manera més formal (reunions programades) o en les trobades informals que es produeixen dia a dia al context de treball aprofiten per comentar valoracions i recopilar la informació. Explicaren, per exemple, que al CP Quatre Camins els equips de salut mental duen a terme reunions amb una periodicitat mensual amb els equips de tractament. Pel que fa als casos que es discuteixen en aquestes reunions, refereixen que poden ser diversos, però que sempre s'aborden tots els de les persones en PPS. A Wad-Ras, en canvi, aquest procés es du a terme de forma més informal. Segons expliquen en la mesura en què a aquest centre és un centre més petit i amb una menor població, hi ha més interacció entre els i les professionals, resultant també més fàcil que tots/es coneguin la realitat de cada interna.

Es pot destacar que respecte al **seguiment dels PPS**, el tècnic de l'àrea de programes de rehabilitació i sanitat va afirmar que *“ens perdem un tram important en el seguiment de PPS durant els caps de setmana, perquè a més és el moment de les comunicacions, un tema importantíssim que ens perdem”*. Aquest aspecte sembla reflectir que la coordinació entre els professionals dels diversos equips no és tan bona com es podria esperar, tenint en compte que per un simple fet de logística, són els i les professionals de vigilància que treballen als departaments de comunicacions, els o les qui podran prestar una major atenció a les interaccions que es produeixen entre les persones en risc i els seus familiars en aquest context. Així, aquests/es professionals haurien d'estar formats per detectar qualsevol situació que pugui afectar el nivell de risc de la persona, i disposar d'un protocol que garanteixi que aquesta informació quedi registrada en el seu pla de seguiment.

6.5 Mesures i intervencions dins del programa marc per la prevenció de suïcidis

L'entrevista amb els professionals de la SMPRAV ens va permetre conèixer una **gran quantitat d'iniciatives que es duen a terme i que no es**

contemplen al protocol, sobretot pel que fa a entitats del tercer sector. A manera d'exemple, el tècnic de salut del servei de rehabilitació la SMPRAV va apuntar que: *“la tècnica de mediació cultural també hi participa en les guies per la competència cultural. Fem coses que no es contemplen al protocol. Com a accions sí que es contemplen la participació dels interns, la veu dels interns, vull dir que darrerament, malauradament, en els darrers suïcidis hi ha hagut sessions grupals de dol amb entitats del tercer sector, sessions que han liderat els interns. Aquestes accions, en les quals jo personalment hi he estat, es valoren molt positivament pels interns perquè deien que ho necessitaven; plorar i recordar a la persona”*. Les professionals del Sant Joan de Déu també van apuntar que consideren positiu incloure entitats del tercer sector, així com d'altres agents no penitenciaris en l'àmbit de la prevenció de suïcidis.

Com s'ha anat veient, un altre dels factors claus, en els que s'hauria de basar qualsevol intervenció en matèria prevenció de suïcidis és la necessitat de treballar des de models centrats en la persona. En aquest sentit, en el marc de l'entrevista amb els professionals de la SMPRAV, es va voler indagar en l'opinió dels professionals respecte a aquest aspecte. En aquest sentit, se'ls va preguntar si consideraven que seria convenient que en el marc dels dissenys del pla d'intervenció, i més concretament en l'àmbit de les accions de vigilància i contenció d'una situació de risc, s'hagi de tenir en compte quins o quines poden ser els o les professionals de referència que millor poden entendre i acompanyar la persona. Per exemple, davant d'una situació d'agitació d'un intern/a, **contemplar la possibilitat que sigui un funcionari/ària o un altre/a professional penitenciari amb qui hi tingui bona relació qui sigui l'encarregat/da de parlar amb la persona**, sembla lògic entendre que si una persona està agitada prefereix parlar amb aquell/a amb qui si sent còmode i no pas amb una persona amb qui fins i tot pot haver-hi tingut conflictes anteriorment o haver-hi una mala relació. En aquest sentit, el Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV va respondre que trobava molt encertat el plantejament, afirmant *“m'agrada aquesta mirada, és molt realista”*.

D'altra banda, va comentar que: *“l'avaluació, és també amb ell, amb ella, amb la persona en qüestió, i és qui ens dona el feedback. Però el protagonisme de*

la persona és avaluatiu. Però és veritat que el pla de la persona no contempla suficientment la seva veu, estic totalment d'acord amb el que dieu". Tanmateix, va apuntar que "Cal tenir en compte que la relació pacient-sanitari també és una relació de subjecció, perquè tenim el deure de garantir la integritat física i la vida dels interns, i crec que aquesta és una llosa molt gran pels sanitaris i els penitenciaris, i aquesta subjecció allunya aquest ideal d'individualització".

En la mateixa línia, el tècnic de la SMPRAV va reconèixer com es generen forts vincles entre les persones privades de llibertat i els referents d'entitats externes, doncs, al cap i a la fi, ells no valoren qüestions de permisos o canvis de grau com sí que fan altres professionals. A parer d'aquest professional, aquest fet provoca limitacions en les relacions dels professionals de tractament i els interns. El mateix tècnic apuntà que, si bé sembla un escenari idíl·lic, seria molt favorable dotar el seguiment dels PPS amb una mirada més continuïsta i, per exemple, que el psicòleg que tracta un intern a Lledoners pugui continuar-li fent si la persona és traslladada a Ponent, ja que començar de nou a cada centre es fa feixuc pels interns.

Vam preguntar-los sobre la **possibilitat que les persones preses puguin trucar**, en tots moments a algun telèfon de suport per a persones en crisi emocional o risc de suïcidi disponible a la comunitat com per exemple al telèfon de la Fundació Ajuda i Esperança, una mesura que com és vist, està prevista en el marc dels diversos protocols de prevenció d'àmbit internacional analitzats. El tècnic de la SMPRAV va contestar que aquesta és la idea que es plantegen; que les persones puguin trucar tant des de dins com des de fora, que sigui un sistema accessible i que permeti també parlar per whatsapp, perquè són conscients que, sovint, quan les persones surten en llibertat viuen un cert sentiment d'abandonament. Tanmateix, el responsable de la mateixa àrea va reconèixer que veuen un problema amb aquesta qüestió, sobretot pel que fa a nivell tècnic (tenint en compte que les limitacions de trucades s'estableixen en 8 minuts), si bé respongué que s'estan fent esforços per treballar aquesta iniciativa i hi ha intenció de millorar la comunicació interna-externa. Apuntà "*Nosaltres hem de tenir el nostre telèfon de l'esperança gratuït i intern*", al·ludint, per tant, a la pertinència de crear un recurs similar que

funciona a nivell intra-penitenciari, mesura que va en la línia contrària del que nosaltres proposàvem que era fer extensius els recursos comunitaris a les persones privades de llibertat.

Com s'ha anat veient a promoció de salut i la creació d'un clima de benestar a les presons, hauria de constituir un dels pilars sobre el que se sostingui qualsevol programa de prevenció de suïcidis a les presons, com també hem vist en el marc del capítol 4, el programa marc dedica un apartat específic a l'àmbit de la promoció de la salut en l'àmbit de la prevenció dels suïcidis, tanmateix, de l'anàlisi del seu contingut, se'n desprèn que aquestes són una mica limitades. Hem pogut observar que la majoria d'aquestes eren accions puntuals, i amb relació a altres no queda clar quan es realitzen ni quines persones i podem participar. És per aquest motiu que en el marc de les entrevistes amb els responsables de la SMPRAV vam voler indagar una mica més en aquest àmbit.

El Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV, va explicar que el Programa marc, estableix que com a mínim hi ha dues efemèrides al llarg de l'any en les quals s'ha d'abordar la prevenció del suïcidis i els seus tòpics relacionats; aquests són els que fan les entitats externes en el dia mundial de la prevenció del suïcidis i en el dia mundial del supervivent del suïcidis. D'altra banda, va explicar que les persones preses tenen un itinerari que contempla els seus programes psico i socioeducatius (com n'és el cas del programa *Para i Pensa*). Va aclarir que els programes motivacionals són precisament aquests programes psicoeducatius, els quals obren la porta a treballar aspectes més específics. A més a més, afegí que disposen de dos programes que treballen la qüestió amb més profunditat: el **programa N'VIU**, amb mirada orientada a la conducta suïcida i el **programa STEPS**, amb mirada orientada més vinculada a l'autolesió no suïcida, tots dos compten amb intervencions previstes tant en modalitat individual com grupal. Segons va explicar el citat professional, aquest últim programa - que es realitza en tots els centres on hi ha un equip STEPS - s'està treballant en prova pilot de la mà de la Universitat de València, que n'està fent una segona versió després d'haver dut a terme la recollida de dades de la

primera edició de la implementació. El tècnic de l'àrea va afegir que “els equips dels programes N'VIU i STEPS normalment s'adapten a agafar un rol de seguiment i de vincle amb l'intern, i estan agafant una força interessant. Hi ha uns indicadors d'entrada al programa i els equips fan un estudi de les persones. La particularitat dels programes és que són teràpia d'ajuda i comprensió; aleshores hi ha una adherència complicada perquè la persona no està sempre preparada per parlar, però es deixa espai a la persona fins quan estigui preparada, no se la deixa de banda, s'aborda des del dolor que té. Els poden fer qualsevol persona, estigui en aïllament o no, estiguis penat o no; al DERT també es fa. De fet, en alguns centres l'equip N'VIU O STEPS coincideix molt amb l'equip dels DERT”.

En ser preguntades pel programa N'VIU, i si s'havia valorat pertinent la seva adaptació als diversos perfils de persones preses, les professionals del Sant Joan de Déu entrevistades expliquen que tan sols poden concretar respecte a aquells centres en els quals treballen des de la seva institució. Expliquen que a Quatre Camins i a Wad-Ras s'han fet algunes petites adaptacions, que estan determinades principalment pels recursos de què disposen els centres. D'aquesta pregunta es desprèn que, de moment, no s'ha valorat la pertinència d'adaptar aquests programes a les característiques concretes i necessitats específiques dels diversos perfils de persones preses, com per exemple les dones, les persones més joves, les persones amb problemes de salut mental o les persones amb majors problemes conductuals o disciplinaris que es troben habitualment al DERT.

Les professionals del Sant Joan de Déu, expliquen també que la Conselleria ha establert que l'any 2024 el programa N'VIU s'hauria d'estar desenvolupant a tots els centres penitenciaris. Contràriament al que semblen haver plantejat els professionals de la SMPRAV, des del Sant Joan de deu van explicar que actualment no tothom hi pot accedir a aquest programa, i que caldria fer molta més intervenció en aquest àmbit, especialment pel que fa a la regulació i gestió de les emocions. Afegeixen, també, que es tracta d'un programa important des del context extra-penitenciari.

També de forma dissonant amb el que manifesten els entrevistats de la SMPRAV, en ser preguntades per l'aplicació del programa N'VIU als mòduls DERT, les professionals del Sant Joan de deu van afirmar que resulta difícil la seva aplicació en aquests espais. En aquest sentit, van al·ludir tant al perfil de persones internes com als protocols de seguretat dels departaments, aspectes ambdós que comporten limitacions en les relacions entre les persones preses, ja que és un programa pensat per realitzar-se en modalitat grupal. Apunten, però, a algunes iniciatives per adaptar-lo a les persones que es troben en DERT en format individual.

Com es pot constatar les respostes aportades pels responsables de la SMPRAV i les professionals del Sant Joan de Déu, respecte al programa N'VIU, presenten certes discordances, però el que més sorprèn és que en cap moment, aquestes professionals fessin referència al fet que contràriament a com nosaltres pensàvem quan vam dissenyar l'entrevista, el programa N'VIU és un programa dirigit a abordar les conductes autolítiques i no les conductes autolesives. Així com al fet que per abordar les conductes autolesives s'estava posant en funcionament un nou programa, el programa STEPS, programa al qual no es va fer esment en cap moment de l'entrevista amb aquestes professionals. Aquest fet sembla reflectir que a la pràctica la comunicació entre els diversos agents d'intervenció no és tan fluida com es podria esperar, i que la informació no flueix entre els diversos equips amb agilitat.

Suposem, per tant, que les professionals de l'Hospital Sant Joan de Déu entrevistades, es basen en la informació respecte al programa N'VIU que consta al programa marc de prevenció de suïcidis. I és que com es va veure en el marc del capítol 4, en el programa marc de prevenció de suïcidis, es defineix el programa N'VIU com un programa dissenyat i dirigit a prevenir les conductes autolesives al context penitenciari. S'ha de destacar que tot i que en algun apartat del programa es fa menció a què el programa està destinat a persones que han comès algun tipus de conducta autolítica, el programa marc presenta certes incongruències en aquest sentit. S'ha de destacar també que com es va veure el programa en cap moment fa menció al programa STEPS.

El passat divendres 17 de novembre es van presentar al CEFJE en el context d'unes jornades dues recerques que s'estan desenvolupant en relació amb aquests dos programes d'intervenció. Una dirigida a avaluar l'efectivitat d'una intervenció grupal basada en el programa N'VIU duta a terme per professionals de rehabilitació, per disminuir el nombre de conductes suïcides en medi penitenciari. I l'altra dirigida a adaptar el programa STEPS (programa dissenyats per a la intervenció a CP de EEUU) als centres penitenciaris catalans i detectar les barreres i els facilitadors existents per a la seva implementació i a avaluar l'eficàcia del mateix per prevenir conductes autolesives. En el marc d'aquestes presentacions es va esclarir que el Programa N'VIU, s'ha implementat ja a tots els centres penitenciaris catalans (tot i que no ha arribat a la totalitat de la població que el requereix), havent estat objecte ja de diversos estudis. Els resultats del primer d'aquests estudis (realitzat per Foguet i Capdevila, i publicat l'any 2021) va servir per adaptar el programa a una nova versió, a la que es va denominar: N'VIU.2.0. L'efectivitat d'aquesta nova versió del programa ha estat novament estudiada en el marc d'una nova recerca, els resultats de la qual han demostrat la seva (Foguet i Capdevila, 2023).

El STEPT és un programa en relació amb el qual s'ha fet una prova pilot en 9 CP de Catalunya amb l'objecte d'adaptar-lo a la població penitenciària del territori, i per això fins al dia d'avui únicament les persones que han participat en aquest estudi s'han pogut beneficiar del programa.

Un altre dels temes que vam abordar en relació amb les mesures que s'adopten per millorar el clima institucional dels centres penitenciaris i el benestar de les persones preses, és el **model de participació i convivència (MPiC)**. En ser preguntats per la seva opinió respecte a la viabilitat d'aquest model a l'hora de crear un bon clima als centres, el Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV va destacar que a Catalunya es treballa amb un model diferent del de la resta de l'Estat, doncs es considera que la participació i la convivència són drets inherents a totes les persones preses, i per tant totes les unitats de vida ho han de ser, i no tan sols algunes en particular. En cas de no ser així, el professional entrevistat considera que s'acaben creant una espècie

de zones en les quals s'aparta als interns més conflictius *“hem de poder conviure amb persones que tinguin o no problemes de drogues, que tinguin o no problemes d'impulsivitat, siguin temeràries o no...”*. El professional va continuar afegint que *“Tots els mòduls catalans són de respecte. No vull un model segregacionista. El clima emocional i social es millora quan es milloren les causes que provoquen el mal clima.*

En preguntar-los amb relació a l'existència d'algun instrument o eina específica per mesurar aquest clima, aquest mateix professional respon: *“Tenim indicadors i instruments per avaluar el clima, però no apliquem escales sistemàtiques per avaluar-los. Les xifres d'accidentalitat són bons indicadors per avaluar el clima, així com el nombre de queixes, de peticions de canvis de cel·la, nombre de peticions de trasllats, de demandes de famílies...”*.

En preguntar als professionals sobre la **posada en pràctica del model de participació i convivència (MPIC), tenint en compte la forta oposició per part dels sindicats penitenciaris** al mateix, el mateix responsable de la SMPRAV va comentar que, a parer seu, el que ocorre és que no s'ha acabat d'aclarir quin és el model que es vol implementar, i això ha entorpit en les velocitats diferenciades de cada centre, ja que, per exemple, a Brians 2 el model de participació i convivència és molt clar, mentre a Lledoners s'ha optat per un model ben diferent, amb mòduls diferenciats per tipologies d'interns conflictius i no conflictius. Per pal·liar-ho, el professional va expressar que la idea és conformar un programa marc amb diferents nivells de promoció, si bé hi hauria d'haver temàtiques obligatòries, com ara l'existència de comissions que assessorin sobre el menjar i les activitats, o les fórmules de mediació i resolució alternativa de conflictes. El tècnic de la mateixa àrea va afegir que, a criteri seu, la pandèmia per la COVID-19 va fer inviables moltes de les accions del MPIC i va endarrerir coses que s'havien aconseguit anys anteriors. Valorant les respostes aquí exposades sembla clar que la creació d'un clima institucional de benestar, fonamentat en un model de participació i convivència en què les persones preses puguin adquirir un rol proactiu en la presa de decisions,

sembla encara una tasca pendent en alguns dels centres penitenciaris catalans.

Una altra qüestió que va aflorar al llarg de les entrevistes va ser la de la figura dels **interns/es de suport i l'existència o no de sistemes de recompensa pels mateixos**. El Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV va aclarir-ho sintèticament *“No tenim aquesta figura d'interns de suport, tenim a persones que hem demanat que suportin a persones en risc. Els donen punts positius al SAM als qui ho fan”*. No hi ha cap dubte per les afirmacions d'aquest professional que aquest extrem del programa marc es troba encara pendent de ser desenvolupat. En aquest sentit, vam plantejar-los si veurien amb bons ulls la possibilitat de realitzar formacions als interns i internes de figures de suport que es poguessin inserir als circuits de formacions professionals externes, és a dir, com a formacions reglades pel Servei d'Ocupació de Catalunya (SOC) o el SEPE (*Servicio Público de Empleo Estatal*) perquè poguessin servir com a oportunitat d'inserció laboral en un futur. El tècnic de la SMPRAV va respondre amb gratitud considerant que podria ser una molt bona opció, i va comentar que ja s'havien posat en contacte amb l'entitat DSAS- Después del Suicidio i amb el CEJFE per començar a treballar per impulsar aquesta figura d'interns de suport, que tan bé funciona en altres països. El cap del servei de rehabilitació va exposar, en primícia, que estan en contacte amb la Direcció del CIRE precisament per abordar aquesta qüestió. Va explicar també que en una reunió mantinguda recentment es va posar sobre la taula que, davant d'un problema que fa anys que s'arrossega de manca de socorristes a les platges catalanes, s'ha plantejat l'opció de formar als interns per poder realitzar aquest ofici, així com d'altres professions, com n'és aquesta idea del 'cuidador/a' que plantejàvem. Si bé reconeix que cal continuar treballant en aquesta línia, afirma que hi ha dues limitacions importants al respecte: d'una banda, la dificultat amb la qual es troben les empreses externes per accedir als centres, en ocasions per manca de voluntat d'aquestes, i, d'altra banda, el tema de la responsabilitat dels interns i les internes formats com a figura de suport davant d'incidents greus o morts de persones que tenen a cura; en paraules seves *“Sí, mirem el*

benefici de la persona en risc de suïcidí, però també mirem el perjudici de la persona que està suportant aquesta feina, que rep una forta càrrega emocional”.

6.6 Formació del personal penitenciari

Com hem anat veient al llarg de l'informe, la formació especialitzada del personal penitenciari en matèria de prevenció de suïcidis és una pota cabdal en qualsevol estratègia de prevenció de suïcidis, tant pel que fa a detecció de senyals d'alarma, com pel que respecte al seu tractament i acompanyament emocional. Pel que fa a la **formació de tots i totes els i les professionals de l'àmbit penitenciari respecte a la prevenció** del suïcidí, el tècnic de la SMPRAV va explicar que el CEJFE ofereix una formació anual pels professionals penitenciaris en aquesta qüestió, si bé es tracta d'una formació voluntària. Tanmateix, respongué que el Programa marc obliga, en cada una de les edicions, a donar a conèixer el programa a tot el personal penitenciari, per la qual cosa es realitzen sessions informatives a tots els centres, les quals sí que són obligatòries. El Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV va explicar que l'estratègia formativa comporta diferents nivells; una que engloba la informació i sensibilització, la qual arriba a tot el personal, i l'altra de formació especialitzada que la duen a terme professionals de l'Hospital de Vic, que és dirigida a professionals dels equips de rehabilitació dels centres. Pel que fa a la formació específica que reben els professionals de Sant Joan de Déu respecte a la prevenció del suïcidí a la presó en general, i especialment en relació amb els objectius i funcionament del programa marc, una de les professionals entrevistades va explicar que *“tots els professionals incorporats a l'àrea penitenciària reben el programa marc de prevenció de suïcidí així com els protocols específics dels centres penitenciaris en què es realitza la intervenció. Cal destacar que de forma interna i donat que els professionals de salut mental depenen del Departament de Salut i, concretament aquí, del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, es realitzen formacions regulars que cobreixen les necessitats dels professionals”*. Veiem així, que tot i que els professionals entrevistats destacaven la formació del personal penitenciari com un dels punts forts del

programa marc de prevenció del suïcidi, a la pràctica no tot el personal en plantilla està degudament format en la matèria.

6.7 Postvenció

La postvenció, entenent-la com el conjunt d'accions dirigides a donar suport, acompanyar i treballar amb els i les supervivents del suïcidi amb l'objectiu de mitigar els riscos cap a aquestes persones derivats de la situació viscuda, és un dels pilars fonamentals de l'estratègia de prevenció dels suïcidis.

En ser preguntats per les mesures que s'adopten en aquest àmbit, el Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV va explicar que recentment s'estan realitzant tres guies importants, fent referència a les guies analitzades al apartat 4.2.3. d'aquest mateix informe.

Després d'explicar en què consisteixen les guies el mateix professional va aclarir que aquestes guies no són postvenció. Afirmant *“la postvenció com a tal la duem a terme en la sessió clínica que es fa 15 dies després que hi hagi una mort per suïcidi, el programa marc contempla que hi ha d'haver una sessió dins del centre, després, a més, fem una altra sessió amb el centre, per detectar que és el que ha passat”*.

En preguntar si la **feina que es fa des dels centres penitenciaris amb els col·lectius afectats per la mort per suïcidi (familiars, persones preses i personal) està protocol·litzada**, el Cap del servei de rehabilitació de la SMPRAV entrevistat va respondre que sí, doncs es tracta d'una necessitat que tenen tots aquells qui han tingut contacte amb la persona difunta. Així, va posar de manifest que, si per exemple la persona anava a l'escola del centre, la mestra de la classe farà una sessió amb tots els companys; si la persona tenia company de cel·la, se li oferirà la possibilitat de canviar d'espai de residència i el psicòleg li farà acompanyament si ho necessita.

D'altra banda, també va explicar que quan es produeix una mort per suïcidi als centres, el director o directora reuneix abans de les següents 24 hores al

personal que s'hagi trobat el difunt en l'escena, doncs s'entén que té un fort impacte per ells/es, i es crea un espai on tothom pot expressar com se sent, així com s'ofereix un servei contractat d'atenció a persones que han viscut situacions de violència.

Finalment, va explicar que es duu a terme una sessió directiva per intentar arbitrar les mesures de millora que s'hagin pogut detectar. Una altra informació rellevant que va aflorar en el marc de l'entrevista amb els professionals de la SMPRAV va ser l'existència d'una recerca que s'està fent juntament amb el CEJFE, anomenada ANAIS; una anàlisi de tots els incidents crítics produïts i el resultat de totes les sessions de postvenció dutes a terme entre 2017 i 2022.

Pel que fa al moment de **comunicar la mort d'una persona per suïcidi als seus familiars**, tasca que realitzen els directors o directores dels centres, i el posterior acompanyament, el tècnic de la SMPRAV va comentar que *“en les morts que jo mateix he viscut per suïcidi a presó, he observat que les famílies tenen una gran necessitat d'anar a presó. Pel que fa al suport psicològic, les mares acostumen a apreciar molt la trucada del/la treballadora social a posteriori, i és sorprenent observar que es crea un vincle important amb aquests professionals i que s'estén durant mesos posteriors a la mort. Les direccions dels centres també s'hi impliquen molt”*.

En referir-los que en marc d'una recerca amb familiars duta a terme recentment des de l'OSPDH de la Universitat de Barcelona es posava en relleu que algunes familiars, especialment mares, havien referit una falta de sensibilitat per part dels o les professionals que els havien tramès la notícia, el responsable del servei de rehabilitació va apuntar que cal tenir en compte que, com ocorre en qualsevol àmbit, hi ha personal més sensible i menys, si bé opina que la formació que es farà als equips directius contribuirà a la millora. Concretament, va explicar que l'any 2021 es va realitzar un procediment d'atenció a famílies en casos de decessos d'interns, i s'està valorant incloure la possibilitat que els Mossos d'Esquadra puguin personar-se al domicili dels familiars i traslladar-los als centres per rebre la notícia. També va afegir que cal entendre que el dolor també està travessat per qüestions culturals, doncs no es

viu de la mateixa manera en una família de cultura musulmana que en una de gitana, per exemple.

En mencionar que, en ocasions, les famílies de la persona morta per suïcidi desconfien del sistema i es neguen a creure que el familiar s'hagi pogut suïcidar, aquest professional va contestar que, a parer seu, aquesta possibilitat també forma part del relat de la postvenció; *“tenen dret a no creure-ho o fins i tot a culpar-nos si aquest és el seu procés de dol”*.

6.8 Medi obert i excarceració

Continuant amb la línia del treball que es fa de la mà de les entitats del tercer sector que col·laboren amb els programes de prevenció de suïcidi, vam voler conèixer si aquestes **entitats encara fan vinculació i seguiment de la persona una vegada aquesta surt en llibertat** o de permís. El tècnic de salut de la SMPRAV va respondre amb franquesa que actualment no es fa, però que precisament en els darrers mesos - fruit d'algunes morts per suïcidi en medi obert - s'hi ha volgut posar èmfasi. Ens va posar d'exemple la Fundació Ajuda i Esperança, que ofereix suport psicològic i emocional a la comunitat, amb la que ha sorgit la proposta que puguin fer un seguiment dels casos un cop se surt en llibertat, iniciant prèviament un vincle dins dels centres, si bé aquesta qüestió encara cal treballar-la. En la mateixa línia, el cap del servei de rehabilitació va apuntar que *“Tenim un repte que és el programa de codi el risc suïcidi (programa de seguiment de persones a la comunitat), perquè sota el meu punt de vista no està ben emmarcat amb el nostre programa marc. Representa que quan una persona està donada d'alta al programa de prevenció de suïcidis i el jutge decreta a la seva llibertat, surt al carrer. Però crec que no hi ha una bona coordinació quan has sortit al carrer, perquè segueixen tenint risc de suïcidi, o fins i tot pot haver augmentat. Hem de millorar encara en aquesta coordinació del programa risc suïcidi amb les entitats una vegada la persona surt”*.

Al seu torn, les professionals del Sant Joan de Déu, en ser preguntades respecte al moment d'excarceració de la persona en risc de suïcidi, i de la manera en què es **garanteix la continuïtat de la intervenció en l'àmbit de salut mental un cop se surt al carrer**, respongué que *“Novament el pla*

d'excarceració és individualitzat i atén les necessitats específiques de les persones. Quan cal es realitza la derivació als serveis comunitaris com pot ser el CSMA, CAS o bé al PSI Penitenciari que garanteix el seguiment a l'excarceració i el suport sanitari, SM i social". En una línia similar, des del PSP proposen que així com existeix la figura d'infermer/a d'enllaç, que facilita la continuïtat del tractament després de l'excarceració, es podria incloure una figura d'enllaç social, per tal de facilitar i potenciar la vinculació amb els serveis socials del territori o altres serveis especialitzats.

6.9 Perspectiva de gènere

El programa marc contempla la necessitat d'adaptar les seves intervencions a diferents col·lectius amb necessitats específiques, com les persones joves, les persones transgènere i les dones. Malgrat aquesta menció, tal com ens van explicar des del PSP, aquest és un tema que encara no s'ha desenvolupat per a cap dels col·lectius que consideren tenen necessitats diferenciades. Per contra, el tècnic de la SMPRAV considera que el Programa marc actual ja contempla aquesta perspectiva de gènere, doncs atén una sèrie de característiques que es poden donar en dones preses que poden ser indicadors molt clars de risc de suïcidi; *"Per exemple, si ens trobem amb una dona migrada i jove, amb vivències prèvies de violències i complint condemna per un delicte de salut pública pel qual va viatjar forçada, de seguida salten les alarmes; això ja s'inclou i es contempla, sense deixar mai de banda la resta de persones"*. Afegí també que el sistema penitenciari, d'igual manera que ocorre en totes les esferes de la societat, es troba immers en un món heteropatriarcal, si bé considera que en els darrers anys s'ha fet un gran esforç per adoptar una mirada de gènere.

Respecte a la perspectiva interseccional, el mateix professional apuntà que una altra circumstància que preocupa és la variable d'edat: *"tenim un problema d'edadisme de gent gran. Tenim molta gent gran a infermeria i que estan molt sols. Hem tingut casos de suïcidis de persones grans, que no veien un futur millor. És per això que el concepte d'intersecció es té present en la prevenció*

del suïcidi no només pel que fa al gènere sinó també a l'edat i altres circumstàncies”.

Les professionals del Sant Joan de Déu, semblen tenir una mirada més crítica i ser conscients que cal continuar treballant en aquest camí. Per a aquestes professionals adoptar la mirada de gènere *“Ens permet poder ser més sensibles a la detecció de senyals de risc, detonants i d'alarma que d'altra forma passen desapercebuts, així com intervenir de forma transversal a necessitats específiques que només veiem si treballem sota aquesta perspectiva”.* Afegint també *“adoptar una perspectiva de gènere interseccional esdevé necessari per ser sensibles en la detecció i intervenció de les necessitats específiques de les persones que atenem per no minimitzar, no detectar o passar per alt aspectes claus en l'abordatge de la prevenció del suïcidi. Aquesta visió comporta una comprensió de la dona, que va més enllà de la Salut Mental i ens aproxima a tots els eixos d'opressió que són, en moltes ocasions, els detonadors de comportaments suïcides”.*

Els responsables del PSP reconeixen que el protocol actual requereix millores per garantir l'aplicació de la perspectiva de gènere. Proposen, per una banda, la sistematització de la victimització prèvia a l'empresonament per tal de detectar necessitats i discernir aquelles situacions de victimització que han generat impacte en la salut de les dones. Segons expliquen, aquesta variable no està contemplada actualment en la detecció de risc i determinació de necessitats sanitàries abans explicada. En canvi, els professionals de la SMPRAV ens van exposar que el protocol del Departament de Salut estableix que, teòricament, hi ha un cribatge de les violències rebudes en l'entrevista amb el metge o metgessa durant l'ingrés als centres. D'altra banda, va remarcar que haver estat víctima de violències de gènere és un dels factors contemplats al programa RISCANVI; un indicador únicament avaluable en les dones. Així a parer seu sí que existeix una detecció al respecte, almenys amb aquest instrument RISCANVI, així com intervencions sistèmiques en la matèria que segons va afirmar s'ofereixen en tots els centres on hi ha dones preses, si bé són voluntàries.

En aquest àmbit constatem novament l'existència de contradiccions entre la informació aportada pels professionals de totes dues àrees, així com una manca de protocol·lització de certes accions que tot i que sembla que es realitzen de forma habitual, no existeix cap protocol que garanteixi que es tracta d'una mesura automatitzada que es du a terme davant l'ingrés de totes les dones. Aspecte que, com apuntàvem anteriorment, podria derivar en un excés de discrecionalitat per part dels professionals a l'hora d'executar certes tasques. En aquest sentit, veiem per exemple, com la professional de Wad Ras sí que refereix que des de Sant Joan de Déu, *“estem parant més atenció en les especificitats de les dones i estem impulsant més formació específica en gènere alhora que generant coneixement al respecte a través de diversos projectes de recerca: la Tesi doctoral de Desiré Traver; el Projecte Fry-Trauma...”*. Les professionals del Sant Joan de Déu, explicaren també que des de l'Hospital treballen el tema de les necessitats de les dones, i que estan integrant la perspectiva de gènere en les diverses accions que es desenvolupen. Expliquen que actualment estan desenvolupant un projecte en relació amb l'impacte dels esdeveniments traumàtics.

També vam voler esbrinar si **es donen instruccions al personal penitenciari per tractar de manera diferent als homes que a les dones** (per exemple, una comunicació més oberta i menys autoritària pel cas de les dones internes). El Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV respongué que *“El personal penitenciari que treballa amb dones és personal penitenciari que està fix en aquestes unitats de dones, de tal manera que s'entén l'especialització i quan es fan les guies d'actuació amb les internes s'adapten a les necessitats de les internes. Tenim protocol·litzades certes situacions, com ara els escorcolls diferenciats per dones i persones trans. Pel que fa a la prevenció del suïcidi nosaltres tenim una mirada centrada en les necessitats individuals de les persones, siguin dones, siguin joves, o siguin persones amb problemàtiques de salut mental”*. El tècnic de salut va explicar que algunes entitats amb les quals es col·labora (com per exemple, DSAS-Después del suïcidi, amb què es treballa des de 2019) realitzen sessions als centres penitenciaris, i d'ara endavant en faran

també amb els equips directius, sobre com comunicar la mort per suïcidi a un familiar, doncs es tracta d'una qüestió que requereix una alta sensibilitat. Afegí que *“Al cap i a la fi, no creiem en persones en vulnerabilitat sinó en situacions de vulnerabilitat. Les dones joves, per exemple, sovint pateixen un cúmul de situacions de vulnerabilitat. De fet, ja a la fitxa d'ingrés, salta l'alarma amb una sèrie d'indicadors en aquest sentit. També es treballa molt el tema sexoafectiu amb elles perquè trobem també que hi ha un problema d'acceptació d'elles que també hi ha un risc, de tipus de relació... i es treballa en vinculació positiva i comunitària. Entenc que el programa marc intenta curar aquestes coses (un tracte diferencial, la presència de dones en comptes d'homes quan es tracti d'una situació en què cal reduir una dona que ha patit violència per part d'homes, etc.), però nosaltres estem en l'àmbit de la rehabilitació”*. El mateix professional va remarcar que es treballa molt des de la competència cultural, doncs la mirada holística fa necessària també aquesta mirada, i pel cas de les dones reconeix que sovint es troben amb característiques que cal abordar des de molts vessants. Per contra, des del PSP destaquen que el personal sanitari dels centres penitenciaris no rep formació específica en gènere, així com que no consideren que s'hagi de tractar de forma diferenciada a homes i dones en aquest sentit. Va fer menció també al fet que a cada centre penitenciari on hi ha dones hi ha serveis especialitzats, com per exemple l'ASSIR (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva).

En l'entrevista amb els professionals del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV es va voler indagar també respecte a l'adequació de les **accions d'acord amb les especificitats de les dones migrades**, en el sentit de, si per exemple, s'intenten potenciar les comunicacions mitjançant videotrucades en el cas d'una dona migrada amb fills a l'estranger, accions clarament vinculades al benestar de les persones preses i, de retruc, a la prevenció de la conducta suïcida. El tècnic del Servei va manifestar que efectivament aquestes actuacions es contemplen; es potencien les videotrucades pels casos de persones en situació de vulnerabilitat, desempament o aïllament. Al seu torn, el Cap del Servei va apuntar *“crec que tenim un repte en la millora de la salut*

mental, tant en la comunitat com a les presons. Hem de tenir cura per al benestar emocional de les persones a la presó, siguin dones o no. M'agradaria caminar cap a una sensibilitat cap a tothom inserida en el sistema. I potser ho hem d'emfatitzar més amb la població de dones. Fa quatre anys no teníem videoconferències amb les famílies del Brasil, i ara en tenim. Doncs aprofitem i treballem cap aquest camí, enfortim la feina amb la DGAIA, millorem les comunicacions i la parentalitat. I sabem que això són bones polítiques de prevenció del suïcidi tot i no estar protocol·litzades. Sabem que aquesta és la problemàtica, sabem que les nostres presons estan hipermasculinitzades, i a vegades aquesta mirada cap a les dones, costa. El que et puc assegurar, és que hi ha una sensibilitat orientada que això deixi de passar o passi menys”.

Vam preguntar-los, també, sobre la **construcció d'un nou centre penitenciari de dones per pal·liar la manca d'espais de separació adequats per les internes**. El Cap del Servei de rehabilitació de la SMPRAV va respondre que, efectivament, falten espais especialitzats per les minories, com són les dones als centres, i que espera que tenir un centre de dones pugui ajudar per poder tenir mòduls diferenciats (de dones joves, de dones amb discapacitat...). Es tracta d'una assignatura que reconeixen com a pendent i que consideren que ajudaria a millorar el clima, si bé van apuntar que el projecte de creació d'un nou centre sembla haver quedat aturat i que finalment es realitzarà a Brians 1.

6.10 Reptes del sistema sanitari penitenciari

Finalment, es va voler plantejar la qüestió de l'abordatge de la salut mental als centres penitenciaris de Catalunya. Els suïcidis, com s'ha vist, són conseqüència del malestar emocional que viuen les persones, un patiment que l'empresonament pot agreujar. Les ideacions, les temptatives i les morts per actes suïcides no poden entendre's ni evitar-se sinó en el marc d'una visió orientada al benestar de la salut mental de la població. Conèixer els reptes actuals en salut mental al sistema penitenciari de Catalunya ens permetrà, d'una banda, plantejar la realitat a què s'enfronta l'Administració com a garant de la cura de les persones, i d'altra, orientar iniciatives amb visió de futur que siguin capaces de prevenir i tractar les problemàtiques de salut mental, i per tant els suïcidis, d'una manera eficaç. Així, respecte als principals **reptes del**

sistema penitenciari català pel que fa a l'abordatge de la salut mental, els entrevistats van exposar en deteniment les seves percepcions. El tècnic de Salut de la SMPRAV va respondre que considera que hi ha disciplines que aborden el PPS que poden incidir molt en les necessitats de cura de les persones, posant d'exemple la teràpia ocupacional. Considerant-ho com un punt feble del programa, va mencionar que caldria donar més embranzida a les entitats de primera persona, per comptar amb elles dins la presó. Si bé això ja s'ha començat a fer (la Fundació Veus n'és un exemple), considera que aquest és un dels principals reptes: incloure entitats de primera persona en l'àmbit de la salut mental i entitats del tercer sector que recolzin la feina dels professionals penitenciaris, doncs a parer seu, fan una important tasca de donar veu a les persones, naturalitzar les problemàtiques de salut mental i desestigmatitzar els suïcidis. El Cap del Servei de Rehabilitació, de la Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat de la SMPRAV va respondre en la mateixa línia, tanmateix, va destacar que aquest és un camí que ja s'ha començat a treballar, si bé no es troba protocol·litzat. Afegí que *“Fem moltes coses i som anònims: entitats del tercer sector que entren a parlar del suïcidis, fa anys que ho fem (amb Justícia i Pau, amb els Imams del consell islàmic, amb DSAS-Después del Suicidio, amb el telèfon de l'esperança, amb els mossens...). Jo crec que estem creant una nova cultura de la prevenció de suïcidis, la comunitat i nosaltres, no?”*.

Les professionals del Sant Joan de Déu van respondre, respecte als principals reptes actuals en aquest àmbit, que a parer seu actualment hi ha evidències que demostren que cal treballar en el trauma de les persones privades de llibertat, així com amb una perspectiva més àmplia, fent èmfasis en el benestar emocional, en les violències viscudes - especialment en dones - i en les autolesions no suïcides. Aquestes professionals van afegir encara tres reptes més: en primer lloc, *“el treball conjunt i interdisciplinari dels equips de professionals per un abordatge alineat entre tots els agents que intervenen en l'atenció de les persones privades de llibertat amb problemes de salut mental”*; en segon lloc, *“l'atenció i intervenció respecte als factors contextuais que generen malestar emocional i comporten en moltes ocasions situacions de conflictivitat (unitat de convivència separada per necessitats, de poques*

persones,); i, en tercer lloc, “*fer èmfasis en la seguretat relacional com a eina d’evitar conflictes, especialment a la intervenció amb dones*”.

Com es pot constatar, les propostes que realitzen aquestes professionals van en la línia d’altres que d’acord amb les evidències científiques, ja s’estan duent a terme des de fa temps en el context de la prevenció de suïcidis en altres països.

Des del PSP expliquen que existeix una comissió per tal d’afrontar els reptes en l’abordatge de salut mental als centres penitenciaris, i refereix que l’atenció està posada en el tractament enfront de les addiccions, així com a determinar possibles accions per a treballar amb les persones més vulnerables. En aquesta línia d’actuació, igual que les professionals del Sant Joan de Déu, també destaquen la necessitat de crear entorns segurs a les presons, ja que consideren que hi ha persones vulnerables que no requereixen intervenció en salut mental, però si necessiten mòduls més tranquils i segurs, sense hostilitat ni violència, per tal de no agreujar la seva situació de vulnerabilitat i malestar. Destacaren també en aquest sentit la necessitat de crear Unitats de Salut Mental a tots els centres penitenciaris, així com mòduls per poder treballar la readaptació després d’un ingrés a la UHPP.

Un altre dels reptes que van posar de manifest els professionals de la SMPRAV és la qüestió de l’**aïllament de les persones en protocol PPS** actiu. Tots dos professionals van respondre que el règim penitenciari és el que és, però que caldria replantejar el model, articular-lo d’una altra manera per aquells que presentin risc de suïcidi, si bé assenyalar quelcom més profund “*tenim persones que clarament no haurien d’estar a presó*”. El responsable del Servei de Rehabilitació va exposar que si bé és cert que és complex treballar la prevenció dels suïcidis als DERT, i més tenint en compte que són els espais que més incidents provoquen, actualment s’està explorant el model d’èxit de Quatre Camins, el qual funciona amb dues persones desvinculades de la pròpia actuació de la presó, les quals es dediquen a liderar la intervenció en prevenció de suïcidis a la població del centre, també per aquelles en aïllament que ho necessitin.

Respecte a les crítiques en vers la **sobremedicació** que en ocasions pateixen les persones preses amb patologies mentals, el tècnic del Servei de Rehabilitació de la SMPRAV respongué que *“Jo més aviat el que crec que hi ha és un problema de poli-medicalització, que això és públic i passa també al carrer. Per això crec que és un meta-paradigma el que s’ha de canviar, va més enllà; és un concepte biomèdic el que cal canviar”*. Va afegir també: *“Sí, jo crec que hem d’incloure indicadors de salut mental dins del DERT perquè no tothom està diagnosticat i és un tema que cada cop es va complicant, és gent que sovint no hauria d’estar a presó sinó en ambients terapèutics”*.

Pel que fa a les **persones amb mesures de seguretat**, les professionals del Sant Joan de deu van explicar que no totes les persones en mesures de seguretat estan a la UHPP, moltes es troben en hospitals civils. Si bé apunten que sempre intenten aquesta via, reconeixen que és complex a la pràctica perquè hi ha persones que combinen ambdós tipus: mesures de seguretat i pena de presó. Van deixar clar, però que a la UHPP sempre hi ha places suficients per a les persones en risc alt de suïcidi, i en cas que en un moment no hi hagi, es mou els pacients d’una unitat a altra (per exemple, d’aguts a subaguts) per garantir que hi hagi places. Pel que fa a comptar amb mòduls específics per a persones vulnerables (mòduls pont), coincideixen en la nostra visió que seria necessari crear-les. Explicaren, alhora, que s’ha de tenir en compte que les unitats psiquiàtriques són molt restrictives, per exemple les persones que hi són no poden anar als tallers. Les dones tampoc tenen accés a la majoria d’aquests recursos.

Seguint en la línia de la **manca de recursos i inversió en infraestructures**, les professionals del Sant Joan de Déu van reconèixer que la ràtio de professionals és baixa. En canvi, des del PSP consideren que el model de salut mental penitenciari està ben dissenyat i que no estan infradotats pel que fa a personal i recursos. Malgrat l’apuntat, sí que puntualitzaren que hi ha situacions concretes (persones més vulnerables) que poden requerir més recursos, i seria

necessari comptar amb més infraestructures per a poder treballar aspectes més específics.

Capítol 7. Síntesi de la recerca i Conclusions

Durant l'estudi realitzat, a través dels estàndards i recomanacions d'organismes de drets humans, de les guies d'operadors penitenciaris i de l'anàlisi d'altres protocols de prevenció de suïcidi en l'entorn penitenciar, hem anat presentant moltes mesures i recollint bones pràctiques i recomanacions que es poden adaptar al nostre context. En aquest capítol hem recollit i sistematitzat aquestes recomanacions i mesures.

El capítol es presenta dividit en epígrafs que aborden diverses temàtiques. En cada apartat es presenten unes conclusions que recullen els aspectes principals abordats al llarg de l'informe respecte a cada temàtica concreta, així com les recomanacions que se'n desprenen de les mateixes.

7.1 La prevenció del suïcidi dins d'una estratègia integral i multisectorial

Com s'ha anat veient, la gran majoria d'estratègies o protocols per a la prevenció de suïcidis analitzats en el marc d'aquest estudi, comprèn un complex sistema d'accions de caràcter molt diferent que afecten diverses àrees i agents de la intervenció penitenciària. Un dels principis de l'estratègia adoptada en el marc del sistema penitenciar d'Anglaterra i Gal·les és que, per garantir una estratègia efectiva, ha d'haver-hi un grup integrat per les múltiples parts interessades a la presó, amb representació de tots els sectors, com ara la sanitat, el de règim, l'educació, el gimnàs i el personal de custòdia. Aquest grup necessita una supervisió estratègica i ha de desenvolupar i implementar un enfocament holístic de la presó per prevenir el suïcidi.

A Catalunya, el PLAPRESC articula una estratègia integral i multisectorial que inclou accions i activitats de diferents nivells. Hem vist que tant aquest pla de prevenció com els programes de prevenció de suïcidis d'àmbit internacional analitzats, s'integren o es relacionen també amb altres estratègies o programes que funcionen de forma paral·lela. Tots ells destaquen en aquest àmbit la importància de la participació (tant en la seva elaboració com en el seu

desplegament) de diversos agents per desenvolupar una estratègia àmplia, multidisciplinària i multimode. Com hem vist, totes aquestes estratègies es duen a terme amb el suport d'un gran nombre de recursos públics i entitats del tercer sector amb àmplia experiència en la prevenció del suïcidi i l'atenció a les persones afectades. En aquest sentit, s'emfatitza la necessitat d'adoptar un enfocament col·laboratiu, d'atenció integrada i en xarxa, en un sistema ampli i coordinat que treballi amb una diversa gamma de socis, organitzacions i sectors, incloses les persones que han estat afectades pel suïcidi.

Les professionals del Sant Joan de Déu que van participar en l'estudi expressaven que un dels reptes actuals que presenta l'abordatge de les problemàtiques de la salut mental en el marc del sistema penitenciari català és la necessitat del treball conjunt i interdisciplinari dels equips de professionals per a poder realitzar un abordatge alineat i integral entre tots els agents. En aquesta mateixa línia, els professionals de la SMPRAV van coincidir en la necessitat de donar més embranzida a les entitats de primera persona, per comptar amb elles dins de presó. Aquests professionals, tot i afirmar que es tracta d'un camí en el qual ja s'ha començat a treballar, reconeixen la necessitat d'incloure entitats de primera persona en l'àmbit de la salut mental i entitats del tercer sector que recolzin la feina dels professionals penitenciaris, reconeixent que aquestes fan una important tasca de donar veu a les persones, naturalitzar les problemàtiques de salut mental i desestigmatitzar els suïcidis.

Com també hem anat veient, els programes de prevenció de suïcidis d'àmbit internacional s'integren dins del programa de prevenció de suïcidis general dels departaments de sanitat dels diversos països. Malgrat les respostes aportades per alguns dels professionals entrevistats en el marc d'aquest estudi, de les anàlisis elaborades se'n desprèn que a Catalunya no sembla que fins al moment s'hagi fet un esforç suficient per treballar en aquesta línia, com es posa de manifest pel fet que el programa marc de prevenció de suïcidis a les presons no s'hagi adaptat, després de l'aprovació del PLAPRESC, d'acord amb els seus principis rectoris i les mesures que en aquest es proposen. Aquest extrem crida l'atenció atenent que, com hem vist, el PLAPRESC està pensat

per garantir una intervenció holística a tots els contextos, entre ells el penitenciari.

7.1.1 Recomanacions

- Generar una aliança partint d'acords entre l'administració penitenciària i altres organismes i entitats prestadores de serveis locals i comunitaris per garantir l'abordatge conjunt i integrat de la prevenció del suïcidi i enfortir la seva coordinació.
- Dissenyar una estratègia per adaptar i implementar el PLAPRESC al context penitenciari: consensuar i unificar amb els referents dels centres penitenciaris i de detenció les estratègies del PLAPRESC perquè siguin desenvolupades de forma conjunta amb institucions penitenciàries, així com garantir que els centres penitenciaris tinguin contacte amb organismes de prevenció del suïcidi i amb el circuit del Codi risc de suïcidi (CRS).
- Incloure la prevenció del suïcidi dins dels contractes programa de les organitzacions sanitàries, de serveis socials, educatives i penitenciàries de Catalunya.
- Treballar amb col·lectius de primera persona i familiars, i serveis públics especialitzats a donar suport emocional i acompanyament a persones en situació de crisi.

7.2 El clima institucional i el benestar

Com s'ha vist, tot i que un dels principis en els quals està basat el programa marc per a la prevenció dels suïcidis als centres penitenciaris catalans és *“la promoció de la salut i la prevenció del suïcidi com a eixos centrals de treball dels centres penitenciaris”*, les activitats que en aquests àmbits es proposen estan molt enfocades a treballar al voltant del suïcidi (mites, falses creences) i no semblen formar part d'un programa més integral que tingui com objecte

millorar el clima de les presons i el benestar de les persones preses i els professionals penitenciaris.

Tant els organismes internacionals (OMS, ONU) com els sistemes penitenciaris i escocesos, semblen tenir molt clara la importància de crear un entorn penitenciar que no sigui nociu per al benestar de les persones preses i que fomenti i propiciï que aquestes se sentin còmodes per parlar de la seva salut mental i, en cas de necessitat, demanin ajuda. Tal com ens recorda l'ONU (2008) per generar aquest entorn de benestar s'ha de treballar en unes relacions positives entre les persones preses i el personal penitenciar, basant-se en una escolta activa i una comunicació eficaç entre el personal i les persones preses, promovent i facilitant que aquestes es puguin expressar de forma segura.

En una línia similar, les Regles Mandela estableixen l'obligació que tenen les administracions penitenciàries de tenir en compte les necessitats individuals de les persones preses, en particular de les categories més vulnerables i adoptar mesures de protecció i promoció dels drets dels reclusos amb necessitats especials, afirmant que en cap cas no es consideraran discriminatòries aquestes mesures. Un dels col·lectius d'especial protecció en l'àmbit del dret internacional dels drets humans és el de les dones, però atenent que la necessitat de desenvolupar polítiques amb perspectiva de gènere en l'àmbit de l'execució penal serà abordada en detall en el següent epígraf, no ens detindrem aquí a abordar-lo.

Un altre dels col·lectius a què es fa especial esment en aquestes normes és el de les persones que pateixen malalties mentals. En aquest sentit, la UNODC (2009) fa èmfasi en la problemàtica que tenen les persones amb deficiències o trastorns mentals com a potencials víctimes de violacions de drets humans en les presons. La victimització, que pot ser produïda tant pel personal penitenciar com per altres interns o internes, serà especialment greu en perfils de persones que difícilment s'adapten amb èxit a les dinàmiques socials de les presons, obtenint així unes respostes problemàtiques, constituïdes per agressions, violència o indiferència.

En el marc del sistema penitenciari català ens trobem amb una diversitat de persones amb trets de personalitat, condicions de salut, habilitats i competències molt diverses, que conviuen als mateixos establiments i mòduls. Aquest fet es veu especialment marcat per l'elevada presència de persones amb patologies psiquiàtriques diagnosticades als establiments penitenciaris, les quals habitualment es troben disperses per la totalitat de centres i mòduls penitenciaris. També cal destacar, en aquest sentit, el creixement de la població d'interns i internes joves que en la majoria dels casos han passat per processos migratoris, arribant al sistema penitenciari després del pas pel sistema d'acolliment de menors. Gran part d'aquests/es joves no disposen d'una xarxa familiar i social al nostre país, presentant habitualment escasses expectatives de futur, factors que indubtablement afecten la seva conducta. La convivència forçada entre persones tan diverses i que generalment venen marcades per historials de violència, té una gran influència en la tensió d'aquests espais, impeding a més als operadors penitenciaris oferir un tracte diferenciat a les diferents categories de detinguts/des.

Hem vist que, tant des del PSP com des de l'Hospital Sant Joan de Déu, són conscients de la necessitat de crear entorns segurs a les presons. Posant l'accent en *"l'Atenció i intervenció respecte als factors contextuais que generen malestar emocional i comporten en moltes ocasions situacions de conflictivitat (unitat de convivència separada per necessitats, de poques persones)*. També des de la SMPRAV, són conscients que s'ha d'adoptar mesures que permetin al sistema tenir més cura del benestar emocional de les persones a la presó.

7.2.1 Recomanacions

- Adaptar els índexs de benestar generals al context penitenciari, a fi de poder disposar d'un índex de benestar de cada centre penitenciari (o fins i tot de cada mòdul o departament) que ajudi a detectar necessitats estructurals d'intervenció.
- Oferir una oferta amplia de programes per promocionar la salut i el benestar dins la presó: destinats a augmentar la confiança i autoestima, desenvolupar mecanismes d'afrontament i millorar les

habilitats personals i les competències clau de les persones preses.

- Enfortir els factors protectors personals i mediambientals davant del suïcidi tenint en compte les característiques, el sexe i edats dels diferents grups destinataris.
- Garantir la correcta separació de les persones preses atenent variables com l'edat, sexe, presència de malaltia mental o altres situacions que puguin requerir un tracte diferencial, per tal d'adaptar els protocols interns i el tracte dels i les professionals a les diverses categories de persones preses, tenint en compte les seves capacitats i necessitats específiques.

7.3 L'aplicació de la perspectiva de gènere de forma transversal al model d'execució

El tracte diferencial que han de proporcionar les administracions penitenciàries a les diferents categories de persones preses presenta unes especificitats pròpies en matèria de gènere. En aquest àmbit les Regles Penitenciàries Europees estableixen que s'han d'aplicar polítiques específiques que integrin el concepte de *gènere* i mesures positives per satisfer les necessitats particulars de les dones preses, que les autoritats han de respectar les seves necessitats i demandes (físiques, professionals, socials, psicològiques i d'atenció als familiars) i que s'han de fer esforços especials per protegir les dones preses de qualsevol violència física, mental o sexual i permetre l'accés a serveis especialitzats en la matèria.

Com ha posat de manifest el MNPT (2021), tot i que les dones preses acostumen a protagonitzar incidents menys violents que els homes, l'aïllament provisional, les corretges homologades i la força física s'apliquen en major percentatge en dones que en homes. Fet que, en opinió del MNPT, indica que les mesures són utilitzades com una forma de càstig informal i podrien fins i tot estar suggerint una major resistència de l'Administració a la insubordinació de la dona. Després d'una visita als CP catalans realitzada l'any 2018, el CPT (2020) recomanava que les autoritats catalanes desenvolupessin un

enfocament específic de gènere per les recluses, una visió que ha de tenir en compte que, en general, les dones representen un menor risc per la seguretat.

Durant la nostra recerca s'ha remarcat la importància de reconèixer i treballar des de l'acompanyament al trauma, especialment en dones preses, ja que com demostra la bibliografia especialitzada en la temàtica, aquestes tenen històries vitals marcades per situacions de violències i abusos sexuals previs a l'empresonament, que tenen un impacte en la seva salut mental. Organismes internacionals (CPT, 2020), també han posat de manifest la manca de programes de suport i acompanyament en les violències detectades i de denúncia a abusos sexuals. En aquest sentit, les professionals del Sant Joan de Déu que van participar en l'estudi van posar de manifest que, a parer seu, un dels principals reptes que presenta el sistema penitenciari català és treballar en el trauma de les persones privades de llibertat, i fer-ho des d'una perspectiva més àmplia, que faci èmfasis en el benestar emocional, en les violències viscudes - especialment en dones - i en les autolesions no suïcides.

Com també s'ha vist, les convencions i tractats internacionals estableixen que per evitar la discriminació contra les dones, els Estats tenen l'obligació d'adoptar mesures apropiades en totes les esferes per assegurar el ple desenvolupament de la dona i la igualtat de condicions de l'home. Entre d'altres, la CEDAW estableix a l'article 5 l'obligació d'adoptar mesures per modificar patrons socioculturals de conducta d'homes i dones, per assolir l'eliminació de prejudicis i pràctiques basades en la idea de la inferioritat o superioritat de qualsevol sexe o en funcions estereotipades d'homes i dones. En aquest sentit, s'ha vist que, en el marc d'una de les seves visites a centres penitenciaris catalans, el CPT (2011) evidenciava com en alguns centres s'oferien a les dones preses activitats formatives i laborals estereotipades de gènere (tallers de cuina, costura i cura de persones grans), amb un clar biaix respecte a la visió del rol tradicional que ha tingut la dona al llarg de la història, la qual cosa suposa una limitació important a la igualtat d'accés als recursos i activitats educatives i esportives respecte als homes. En aquesta visita, també va posar de manifest que se'ls oferien un catàleg d'activitats insuficient i que hi havia una manca general de comoditats per les internes.

En aquest àmbit, cal destacar com a bona pràctica l'Orde Serveis 2/2021 de la SGIP que recull la necessitat de tenir en compte la perspectiva de gènere en l'execució penitenciària, la qual cosa comporta la necessitat de prendre consciència de la diferent situació que viuen ambdós col·lectius, atendre de manera diferencial les necessitats d'uns i altres, treballar per acabar amb el biaix de gènere i els rols patriarcals, adaptant tots els plans, programes i activitats a la realitat diferencial d'ambdós gèneres.

D'altra banda, com s'ha posat de manifest en l'anàlisi del PLAPRESC, fomentar la recerca en relació amb el fenomen del suïcidi ha de ser objecte també de qualsevol política de prevenció. Disposar dels adequats processos per a la recopilació i sistematització de dades és imprescindible en aquest sentit.

Tanmateix, com s'ha referenciat, el MNPT (2021) constata que en alguns dels CP visitats les dades de registre del protocol de prevenció de suïcidis no es disgreguen per sexe, recomanant en aquest sentit recollir també dades interrelacionades (com l'ètnia) que permetin adoptar una perspectiva interseccional de gènere en la política penitenciària. En un sentit similar, hem vist també que, tot i que la normativa internacional (Regles de Bangkok, 2010) imposa als Estats l'obligació de conèixer el nombre de fills i filles de les persones empresonades, els seus noms, edats i el seu principal cuidador, la realitat és a Catalunya no es disposa d'aquestes dades.

7.3.1 Recomanacions

- Dissenyar i programar intervencions i activitats que tinguin en compte les necessitats i circumstàncies específiques de les dones a la presó, que trenquin amb els rols de gènere tradicionals i contribueixin a l'apoderament de la dona privada de llibertat, i que siguin equivalents per a la totalitat de la població penitenciària.
- Adoptar mesures per garantir l'adequada separació i classificació de les dones de manera similar a la dels homes.

- Adaptar els protocols de seguretat en els centres i departaments per a dones, tenint en compte que aquestes presenten en termes generals un menor risc per a la seguretat.
- Garantir la màxima presència de personal de sexe femení a les presons de dones i departaments per a dones, disposant de, com a mínim, la meitat de la plantilla del personal de sexe femení.
- Oferir a les dones estrangeres, sempre que sigui possible, la possibilitat de ser retornades als seus països d'origen per facilitar el seu arrelament familiar.
- Garantir que a tots els centres penitenciaris catalanes les dades de registre del protocol de prevenció de suïcidis es disgreguen en funció de la variable sexe.
- Recollir i sistematitzar la informació respecte als fills i filles de les persones preses i on es troba el seu domicili durant l'empresonament del seu progenitor/a, i tenir-la en compte sempre en la presa de decisions respecte a un possible canvi de centre de la persona.
- Promoure tractaments per a persones en risc de suïcidi o amb conductes autolítiques amb visió de gènere i sota un model explicatiu integral que atengui els factors de risc diferencials per homes i dones; regulant els trastorns emocionals greus i els estressants més presents en el cas de les dones, i fomentant vies d'expressió de les emocions pels homes.
- Millorar la detecció i l'abordatge de la conducta suïcida de persones que pateixen discriminació per la seva orientació sexual o per la seva identitat de gènere, treballant de manera conjunta amb el col·lectiu LGTBI.
- Adoptar les mesures necessàries per garantir, en la mesura possible, el contacte freqüent de les dones empresonades amb els seus fills/es, disposant d'espais de visita adequats per la

presència d'infants que permetin el contacte físic, i oferint alternatives quan aquest no sigui possible (videotrucades, trucades telefòniques, etc.).

7.4 L'adequada formació del personal

Com s'ha vist, tots els organismes internacionals fan referència a la necessitat de garantir una capacitat i formació adequada per tot el personal per brindar un tracte adequat a totes les categories de persones preses. En aquest àmbit, els mecanismes de control i garantia de drets humans han fet un èmfasi especial en la necessitat que la formació es desenvolupi sempre en perspectiva de gènere, adoptant una mirada interseccional, que a més del gènere tingui en compte variables interconnectades com l'origen i la classe social. Com va posar en relleu el MNPT (2019), en alguns centres que acullen dones preses el personal funcionari, de tractament i sanitari, no rep formació específica i continuada en igualtat ni en violència de gènere, detectant alhora que no sempre el personal tracta de forma respectuosa a les persones transsexuals.

D'altra banda, en l'àmbit de la prevenció de suïcidis s'ha vist també que, tot i que al programa marc hi apareix com a últim objectiu la millora en la capacitat dels professionals, no es dedica cap apartat a descriure l'estratègia formativa dissenyada per garantir la correcta implementació del programa. En el marc de les entrevistes, es va clarificar que es va dur a terme una estratègia formativa a diferents nivells; una que engloba la informació i sensibilització, la qual arriba a tot el personal, i l'altra de formació especialitzada que la realitzen professionals de l'Hospital de Vic. El tècnic de rehabilitació de la SMPRAV va explicar que el CEJFE ofereix una formació anual pels professionals penitenciaris en aquesta qüestió, si bé es tracta d'una formació voluntària. Pel que fa als professionals del Sant Joan de Déu, explicaren que el personal coneixen el programa marc i reben, per part del Departament de Salut, formacions regulars que cobreixen les necessitats dels professionals.

En el marc de les seves últimes visites a centres penitenciaris catalans, el CPT (2013) va detectar que diverses persones internes enuncien haver estat sancionades o fins i tot agredides després d'autolesionar-se, en molts casos en

el marc d'immobilitzacions mecàniques, aspecte també ha evidenciat pels mecanismes nacionals de prevenció, i que denota una manca de formació en relació amb els senyals d'alerta de suïcidi i habilitats per a gestionar situacions complexes.

El CPT (2020) també va posar de manifest que en el marc d'una de les seves visites a centres penitenciaris catalans l'any 2018 l'administració va reconèixer que entre les internes predominaven els talls i altres formes d'autolesió. Tot i això, part dels funcionaris concebien aquesta alta prevalença d'autolesions com un simple intent de cridar l'atenció i que caldria tractar-ho amb severitat. Com ens recorda la UNODC (2010) les autolesions poden ser utilitzades com a mitjà per la protesta d'una mala qualitat de vida a les presons. Recordant que davant aquestes situacions és important que els treballadors penitenciaris no penalitzin les conductes d'aquesta índole, ja que no resulten com positives, sinó que augmenten la tensió i les discrepàncies que ja preexisteixen. Com afirma l'UNODC, la percepció d'una conducta autolesiva manipuladora només pot ser clarificada pel personal mèdic. Les percepcions del personal de vigilància s'ha de limitar a la preservació de la salut dels interns i internes del centre.

7.4.1 Recomanacions

- Capacitació de tot el personal que treballi amb grups específics de persones preses (ja siguin dones, joves, persones amb patologies mentals o estrangeres). Han de rebre una formació específica adaptada a les seves tasques, inclòs l'estudi d'instruments internacionals i regionals per la protecció dels drets humans.
- Ampliar la formació de tot el personal en perspectiva de gènere així com en diversitat sexual i identitat de gènere. Com per exemple; formació específica dirigida especialment a què el personal masculí tingui present com poden entendre's les seves accions per part de dones preses que han estat víctimes de violència o abús.
- Oferir al personal sanitari una capacitació i una formació apropiades sensibles al gènere sobre les vulnerabilitats específiques (especialment aquelles relacionades amb els antecedents de violència) i les necessitats

d'atenció sanitària de les dones a la presó, per tal de proporcionar una atenció adequada.

- Oferir formació permanent i continuada al personal penitenciari per a la detecció del risc de suïcidi i acompanyament en situacions de crisi. Inclouent a tot el personal (personal de vigilància, de tractament, sanitari, mestres, tècnics d'esport, tècnics artístics, i totes aquelles figures d'acompanyament) en els programes de capacitació, sota la idea que tothom és part de la prevenció del suïcidi.
- Oferir una formació multidisciplinària sobre conscienciació en l'àmbit de la salut mental i el benestar a tota la plantilla de professionals de la presó, inclòs el personal sanitari, entre d'altres, en relació amb una major comprensió de l'atenció informada sobre el trauma i el vincle entre el trauma i la salut mental.

7.5 L'avaluació de totes les persones preses i altres mesures a l'ingrés

Com s'ha posat en relleu, l'ingrés a la presó és sempre una situació que genera un elevat impacte en les persones, sent un espai on es donen diversos fenòmens que poden desenvolupar emocions intenses, perjudicant l'estat vital de les persones preses i podent arribar a suposar una experiència especialment traumàtica.

L'evidència científica ha demostrat també que existeix més risc de suïcidi en mòduls d'ingrés (Constanza i altres 2016; Ecki altres, 2019; Departament de Justícia, 2019; Navarro i altres 2016; Negrodo i altres, 2011; Saavedra i López, 2015) i que el 30% dels suïcidis ocorren en els 7 primers dies a la presó (Shaw i altres, 2004). Pel que la majoria dels protocols de prevenció de suïcidis analitzats presten especial atenció a les mesures a adoptar durant aquesta fase de l'internament, preveient la necessitat d'adoptar mesures que permetin incidir sobre alguns factors del risc del suïcidi, per tal de minimitzar-los. Tant la normativa internacional com la normativa interna estableixen la necessitat que a totes les persones que ingressen per primera vegada a un centre penitenciari se'ls realitzin entrevistes inicials d'avaluació. Les Regles Mandela (regla 30)

estableixen que un professional de la salut competent ha de veure a cada persona interna, parlar-hi i examinar-lo en el moment de l'ingrés i, posteriorment, de forma recurrent.

Com ha posat en relleu el CPT (2020), tot i que les dones preses tenen major prevalença que els homes de malalties de salut mental, drogoaddiccions, autolesions, i d'haver estat víctimes de violència sexual o de gènere, les regles del procés d'ingrés no contenen disposicions específiques en aquest sentit. El CPT (2020) recomana dur a terme un examen sistemàtic d'abús sexual o violència de gènere per detectar aquestes victimitzacions que clarament podran tenir una correlació directa amb el comportament de la dona privada de llibertat.

En aquest sentit, les Regles Bangkok estableixen la necessitat que existeixi una àrea especial de recepció de noves internes per assistir-les amb la recepció d'informació completa sobre el règim penitenciari i sobre on buscar ajuda, especialment pel cas de les dones estrangeres. La cura dels fills/es és una de les majors preocupacions de les internes, per tant, cal fer especial esforç en brindar informació sobre assessoria legal i alternatives de cura i protecció pels seus fills. Les Regles de Bangkok afegixen també que per raons culturals o per l'elevada probabilitat que les dones presentin antecedents d'abús sexual o la violència, les dones preses tenen dret a requerir examen i tractament mèdic per part de professionals del sexe femení, sense haver d'entrar a donar més explicacions.

Continuant amb la importància d'una adequada detecció del risc, l'evidència científica ha posat de manifest, que atenent la variabilitat que presenten els factors de risc de la conducta suïcida al context penitenciari, per identificar les persones en risc resulta necessari la creació de perfils de risc a través d'una sèrie d'amplis factors que interactuen per col·locar un individu en més risc de suïcidi, incloent-hi factors socioculturals, condicions psiquiàtriques, biològics, genètics i d'estrès social (OMS, 2010). Per tant, les eines o instruments que s'empren per realitzar aquestes avaluacions han d'incloure la identificació de factors de risc i de protecció rellevants als àmbits individual, familiar, comunitari i social, i tant de suïcidi com d'intents de suïcidi.

Com hem vist, el programa marc per a la prevenció de suïcidis als centres penitenciaris catalans estableix que davant la detecció d'una situació de risc, ja sigui en el moment de l'ingrés o en un moment posterior al llarg del compliment de la condemna, s'ha de dur a terme una avaluació clínica del risc. Aquesta avaluació, com també s'ha exposat, es duu a terme generalment per part del psiquiatre/a (o per metge/metgessa) a través d'escales generalistes per a la valoració del risc de suïcidi. Com hem vist, l'evidència científica sembla assenyalar que aquest tipus d'escales creen una sensació de falsa seguretat, mostrant una efectivitat limitada per identificar a les persones en risc. Com s'ha vist, ni les recomanacions que en aquest àmbit realitzen els organismes internacionals (com l'OMS, l'ONU, o l'UNODC) ni cap dels protocols per a la prevenció del suïcidi internacionals analitzats, fan referència en aquest àmbit a què l'avaluació del risc hagi de ser un procediment clínic.

En l'estratègia adoptada pel sistema de presons escocès l'avaluació s'entén com un procés dinàmic, on els nivells de risc sovint canvien, de vegades molt ràpidament. Per a la realització d'aquest procés s'ha de tenir en compte tota la informació de la persona i d'altres parts rellevants que puguin haver estat implicades en l'atenció prèvia a fi de conduir a una comprensió o formulació dels problemes de la persona i a identificar els factors que indiquen un risc addicional de suïcidi. Informació que serà emprada després per al desenvolupament d'un pla d'atenció orientat a reduir el risc i afavorir la seva recuperació.

Al sistema penitenciar anglès, l'avaluació la realitza un avaluador/a format/da específicament per a fer-ho, el o la qual ha de documentar les troballes i el resultat de l'avaluació emplenant diversos formularis. Aquest/a professional ha de conservar totes les possibles vies de suport discutides durant l'avaluació perquè l'equip de revisió del cas pugui considerar-ho a l'hora d'elaborar el Pla d'atenció a la persona.

7.5.1 Recomanacions

- Garantir l'existència d'un protocol d'acollida de les persones preses en el marc del qual s'atengui a les seves necessitats, se'ls faciliti tota la informació que puguin necessitar, entre ella els recursos existents i com accedir-hi. Aquest pot incloure les necessitats específiques de cada col·lectiu, la figura de l'intern/a de suport, la capacitat del personal, etc.
- Establir, amb caràcter general, que les persones recentment ingressades comparteixin cel·la (i, de retruc, evitar adoptar mesures d'aïllament) i intensificar l'observació directa freqüent per part dels professionals de vigilància.
- Adaptar tant les avaluacions generals com les escales d'avaluació de risc de suïcidi, a la categoria gènere així com a altres perfils que tinguin en compte variables com l'edat o l'ètnia, evitant l'ús d'escales generalistes.
- Garantir que sempre que es detectin antecedents d'abús o violència s'ofereixi a la persona un assessorament i suport psicològic especialitzat, així com la possibilitat de rebre tractament, quedant tot això degudament reflectit al seu PIT.
- Potenciar avaluacions multidisciplinàries, que inclogui diversitat de vessants i no es limiti tan sols a l'àmbit de la salut mental.

7.6 L'atenció a la salut mental

La normativa internacional estableix que totes les persones preses han de tenir accés a serveis sanitaris equivalents als oferts en la comunitat. Tanmateix, a l'informe de 2021, el MNPT aprecia que la salut mental i l'atenció psiquiàtrica als centres penitenciaris de tot l'Estat, també de Catalunya, té amples marges de millora, recomanant millorar la detecció de persones preses amb patiments psíquics, dotant als professionals de recursos terapèutics per tal de superar un abordatge exclusivament farmacològic. Després de visitar diversos centres penitenciaris espanyols i catalans, el CPT (2013) va poder constatar que la

manca d'activitats i els llargs períodes de solitud en cel·la empitjoren la situació d'alguns de les persones preses amb problemàtica de salut mental, recomanant garantir que les persones preses vulnerables que es trobin en unitats especials tinguin accés als tractaments i atenció mèdica necessària, així com qui pateix trastorns mentals siguin portats a centres sanitaris adequats.

La manca de seguiment mèdic continuat també ha estat posat en relleu per part del MCPT. En un dels seus informes aquesta institució va alertar de l'elevada prevalença de trastorns mentals severos entre les dones privades de llibertat, així com el fet que tot i que les Regles Mímines de l'ONU prohibeixen la imposició d'aïllament quan aquestes patologies es puguin agreujar, totes les dones entrevistades havien passat per DERT (MCPT, 2017). En aquest sentit, la jurisprudència del TEDH declara que mantenir a persones amb problemes mentals empresonades o en aïllament, quan requereixen tractament psicològic o quan hi ha risc de suïcidi, pot comportar la violació de la normativa internacional (casos Rivière contra França i Dybeku contra Albània, entre d'altres).

El sistema penitenciari anglès sembla tenir clar que per reduir les morts a la presó resulta essencial que les persones que pateixen episodis aguts de malaltia mental puguin accedir a l'atenció ràpidament, en la mesura en què les teràpies psicològiques i les activitats terapèutiques poden actuar com a mesura preventiva i també com a mesura de tractament. En aquest àmbit estableixen la necessitat que les persones amb malaltia mental puguin disposar del seu propi pla d'atenció per escrit, que se'ls ha de lliurar i s'ha d'implementar en discussió amb elles.

El CPT (2020) recalca que els actes d'autolesió o els intents de suïcidi sovint reflecteixen dificultats psicològiques o psiquiàtriques que s'han d'abordar des d'una visió terapèutica en lloc de punitiva. Com han posat en relleu diversos organismes, aquestes conductes no es poden obviar i davant d'aquestes s'ha d'aplicar igualment l'algoritme d'intervenció. Al programa marc de prevenció de suïcidis s'estableix que la prioritat pel que fa a la intervenció cap a aquestes conductes radica en l'estabilització psíquica de les persones que tenen

problemes en l'esfera emocional, motiu pel qual n'hi ha moltes que segueixen un tractament psicofarmacològic. Tanmateix, es reconeix la necessitat de complementar aquest amb l'aprenentatge de noves estratègies de resolució de problemes i d'autoconeixement, així com proporcionar eines per manejar adequadament les emocions negatives. En aquest sentit, crida l'atenció que tot i reconèixer que aquestes conductes tenen la seva base en un desajust emocional (síntoma que no ha de comportar necessàriament la presència de patologia psiquiàtrica), s'aposti com a primera via de tractament o intervenció per la prescripció farmacològica, i es consideri la intervenció terapèutica com a complement a la primera.

7.6.1 Recomanacions

- Enfortir el programa de salut mental per a l'abordatge i tractament adequats, oportuns i efectius de la depressió i altres formes de malaltia mental altament relacionades amb el risc de suïcidi amb un model d'atenció integrada de l'atenció primària i de la salut mental i les addiccions i un abordatge individualitzat conforme a les guies de pràctica clínica basades en l'evidència científica.
- Crear unitats de salut mental a tots els centres penitenciaris per poder oferir una atenció i tractament especialitzat.
- Oferir programes de suport telefònic i en línia per a persones amb malestar emocional de forma coordinada amb el 061 i el Codi Risc de suïcidi, de forma gratuïta i per totes les persones privades de llibertat.
- Promoure la desestigmatització dels trastorns de salut mental i addiccions i la cerca d'ajuda en els espais educatius, socials, laborals i de lleure, treballant també conjuntament amb entitats del tercer sector.
- Garantir que l'assistència a la salut mental sigui sensible al gènere, tenint en compte les especificitats de les dones.
- Millorar l'accés als serveis sanitaris i de la xarxa de salut mental i addiccions per a persones en situació d'elevat risc suïcida eliminant les

barreres a l'atenció i assegurant la continuïtat amb altres professionals i recursos d'ajuda, siguin sanitaris o comunitaris.

7.7 Mesures a adoptar per gestionar el risc i la prevenció dels suïcidis

En aquest apartat hem optat per dividir les diferents mesures segons temàtiques i desenvolupar les conclusions a cada epígraf, però fer una proposta de recomanacions conjuntes.

7.7.1 Dissenyar plans d'intervenció individualitzats i centrats en la persona

Com hem vist en el marc de l'anàlisi dels protocols de prevenció de suïcidi a escala internacional, aquests basen la seva intervenció a atendre les necessitats individuals de les persones amb risc de suïcidi, així com promoure les seves fortaleses, per tant, els plans d'atenció són individualitzats. Això es porta a terme mitjançant plans d'atenció centrats en la persona, oferint un entorn i activitats tan normals com sigui possible i garantint el manteniment de la dignitat personal. L'objectiu ha de ser augmentar la resiliència de la persona en risc per habilitar estratègies d'afrontament en situacions que poden ser extremadament difícils. L'estratègia no s'ha de traduir en aïllament, s'ha de limitar a circumstàncies excepcionals i durant el mínim temps imprescindible, sinó en una major estimulació social i mental. Així mateix, tot i haver-hi factors comuns entre dones i homes, s'estableix que el tractament no pot ser el mateix, havent d'enfocar la intervenció als factors de risc específics, disminuint-los i potenciant els factors de protecció.

Com hem anat veient al llarg de la recerca, per comprendre les problemàtiques específiques de les dones i adequar les intervencions perquè siguin el màxim d'eficaces, cal partir des d'un model explicatiu integral que superi el biologicisme i tingui en compte altres factors com classe social, condicions laborals, i nivell educatiu, evitant recórrer únicament a la medicació i focalitzant també en altres factors individuals i socials. Anteriorment, ja hem vist que

resulta fonamental a l'hora de parlar de la salut mental de les dones, abordar els processos de victimització prèvia, per ser més freqüents, així com la malaltia mental, per presentar habitualment majors dificultats. En el cas dels homes, s'ha de treballar especialment en l'àmbit emocional, per a fomentar l'expressió i regulació emocional, així com insistir en la importància de demanar ajuda i en el desenvolupament d'estratègies d'afrontament positives.

En una línia semblant, resulta rellevant la necessitat que les persones "en risc" puguin participar en l'elaboració del seu propi pla i tractament; tenint coneixença en tot moment de les accions que es portaran a terme, així com donant la seva opinió i que aquesta sigui tinguda en compte com una veu més.

Per tant, s'ha de treballar per establir un model de plans de seguretat individuals, basats en les característiques i preferències de les pròpies persones afectades, de les necessitats i suport de l'entorn familiar i relacional, i de les millors evidències disponibles segons cada context determinat.

En el cas d'Anglaterra, per exemple, com ja s'ha abordat, resulta rellevant que es contempli que la persona en risc ha d'assistir també a les revisions del cas, excepte que no ho vulgui o no pugui. En aquests casos, el protocol recomana animar-les a participar en la revisió, a través d'aportacions per escrit. Quan la persona no assisteix a una revisió del cas, el coordinador del cas ha d'informar-la sobre el resultat i les accions acordades, tan aviat com sigui possible.

7.7.2 Participació de la família i altres persones properes

El paper de la família de la persona en risc de suïcidi es mostra clau en l'estratègia de prevenció, tant pel que fa a la detecció de senyals d'alarma com en l'acompanyament durant el seu tractament. Com evidencien els estudis en la matèria, la família i amistats de la persona en qüestió són també part implicada en tot el procés. Implicar a la família i entorn proper com a agents actius en la prevenció del suïcidi és clau per dos motius principals; (1) són qui més coneixen a la persona en risc i, per tant, una font d'informació en detectar canvis en l'estat d'ànim, esdeveniments traumàtics, etc.; i (2) fer-los partícips del procés, compartint-los informació de seguiment del seu familiar els pot

brindar una sensació d'utilitat que permeti atenuar l'impacte psicològic que genera l'empresonament.

Com s'ha abordat al capítol relatiu als resultats de les entrevistes, els professionals de la SMPRAV entrevistats, van plantejar que si bé el Programa marc no detalla les concrecions de les actuacions, es dona veu a la família a través del/la treballadora social perquè puguin explicar qualsevol detecció de senyals d'alarma, si bé es tracta doncs d'un rol més aviat passiu i secundari.

En l'estratègia de prevenció dels suïcidis d'Escòcia que hem analitzat, s'ha comprovat que aquesta promou i fomenta una major implicació de la família, sempre que la persona doni el seu consentiment. D'acord amb l'estudi dut a terme, considerem que la família i els suports clau s'han d'articular com a part de l'equip que dona suport a la persona en risc. Els membres de la família proporcionen informació vital per al procés d'avaluació de la persona, així com per proporcionar suport com a part del procés de planificació de l'atenció. En aquest sentit, és important que els centres promoguin els acords amb organitzacions externes, així com fomentar i mantenir el contacte amb la família i amistats.

7.7.3 Evitar l'aïllament

Organismes internacionals han posat de manifest les greus conseqüències que pot suposar l'aïllament per a la salut mental, especialment per aquelles persones més vulnerables o amb patologies prèvies, motiu pel qual només s'hauria d'imposar una sanció disciplinària en casos excepcionals i com a últim recurs. En aquest sentit, l'aïllament es mostra un mètode inadequat, així com inhumà per a prevenir el suïcidi.

També els protocols internacionals analitzats consideren que la mesura d'aïllament per a prevenir el suïcidi s'ha d'utilitzar com a últim recurs i durant el temps mínim necessari i imprescindible, establint alhora quines actuacions s'han de portar a terme si l'aïllament dura més de 72 hores.

De les diverses investigacions que s'han dut a terme pel MCPT, el MNPT i el CPT als centres penitenciaris de Catalunya s'extreu que a Catalunya hi ha

hagut situacions d'aïllament prolongat a persones amb problemàtiques de salut mental, que s'han autolesionat, i que no han estat incloses en el PPS per no detectar-se risc, així com persones que s'han llevat la vida. Així com s'ha posat de manifest la pràctica de subjeccions mecàniques prolongades per casos d'intents de suïcidi, pràctica rebutjada pels organismes internacionals de drets humans.

Durant l'entrevista mantinguda amb els professionals de la SMPRAV, aquests consideren que un altre dels reptes del sistema penitenciari català és la qüestió de l'aïllament de les persones en protocol PPS actiu. Ambdós professionals són conscients que si bé, el règim penitenciari és el que és, caldria replantejar el model, articular-lo d'una altra manera per aquelles persones que presentin risc de suïcidi. En aquest sentit, van afirmar que s'estan explorant nous models per tal de treballar la prevenció del suïcidi i les autolesions als DERT. En aquest sentit cap destacar el treball que s'està començant a desenvolupar als centres penitenciaris de Catalunya a través del programa REGVI, el qual esperem que tingui un impacte positiu en els propers anys.

7.7.4 La implementació d'una supervisió efectiva

La supervisió i monitoratge de persones en risc de suïcidi és una mesura habitual inclosa en els protocols analitzats. A Catalunya s'estableix com a mesura de supervisió la càmera de videovigilància i so, malgrat que com hem vist, no es recomana, ja que no és considerada una bona pràctica, tant perquè limita la possibilitat d'un compromís significatiu amb la persona i la quantitat d'informació que es pot obtenir com perquè no permet les mateixes garanties de seguretat.

És rellevant destacar que l'atenció d'aquelles persones "en risc" no es pot limitar a l'observació, i en tot cas, aquesta no s'haurà de limitar a la vigilància de les persones preses, sinó que s'haurà de fomentar i aprofitar el contacte humà per permetre la seva autoexpressió, constituint la supervisió com una eina d'acompanyament. A part de tenir aquesta funció també servirà per identificar certs senyals de conducta que poden ser indicatives d'una conducta suïcida i que hauran de ser comunicades entre els diferents agents que interactuen amb els interns i les internes.

Tenint en compte que la supervisió constant pot resultar intrusiva, angoixant i pot tenir un impacte contra terapèutic, aquesta s'haurà d'utilitzar durant el menor temps possible i haurà d'estar protocol·litzada. En el cas del protocol anglès, proposen el disseny d'un Pla d'Accés d'Emergència que estableix què ha de passar si la persona s'autolesiona o protagonitza comportaments que puguin fer que se suïcidi accidentalment o intencionadament. El pla ha d'establir amb precisió què ha de fer el supervisor/a, inclòs com donar l'alarma, quan i com entrar a la cel·la, quan es permet l'ús de la força per evitar l'autolesió i quin equip de protecció individual s'ha d'usar.

Pel que fa al personal, és important valorar qui seran les persones encarregades d'aquesta supervisió, tenint en compte les característiques i circumstàncies de la persona supervisada (inclosos factors com l'ètnia, la identitat sexual, l'edat i el gènere), així com qualsevol trauma o informació de seguretat coneguda que pugui representar un risc per al personal concret. Es valora rellevant tenir canvis freqüents de personal fent una supervisió constant perquè el personal no es cremi o es dessensibilitzi. El personal que realitza i dona suport a la supervisió constant ha de mantenir registres precisos dels esdeveniments durant el període de supervisió per tal de registrar amb precisió el progrés i informar la planificació de l'atenció.

En aquest sentit, el programa marc no detalla com s'haurà de portar a terme aquesta supervisió o monitoratge, ni tampoc fa referència a la importància de potenciar la interacció amb la persona en risc.

7.7.5 El suport entre iguals: la figura dels interns i internes de suport

L'evidència científica ha posat en relleu que les intervencions d'educació entre iguals són efectives per reduir els comportaments de risc i que el suport entre iguals és una font acceptable d'ajuda en l'entorn penitenciari i té un efecte positiu en les persones destinatàries i en qui proporciona l'ajut. Aquest suport sembla ser especialment valuós quan les persones pateixen algun tipus de malaltia mental.

Com s'ha exposat, una de les figures contemplades en les estratègies de prevenció dels suïcidis als sistemes penitenciaris analitzats és la dels interns/es de suport. Es tracta de persones, sovint companyes de cel·la de l'intern/a en risc de suïcidi, que actuen com a acompanyants del procés.

Aquesta figura es troba més implementada a l'Estat espanyol, i el sistema penitenciar Basc l'ha reforçat encara més, mentre als centres penitenciaris catalans no se li ha donat embranzida, estant pendent l'elaboració d'un protocol per a posar en marxa aquesta mesura, tal com també han reconegut els professionals de la SMPRAV entrevistats.

De les visites de diferents organismes de protecció de drets humans es constata que a les presons de Catalunya els criteris que se segueixen per assignar company/a de cel·la són a vegades contraproductius, generant molts cops malestar i exposició a situacions de risc. Per exemple, convivint dues persones amb problemes mentals a la mateixa cel·la, persones amb un perfil més conflictiu i d'altres persones de perfil menys conflictiu, persones amb problemes de salut mental acompanyant altres persones.

En aquest sentit, El CPT (2021) desaconsella l'ús d'interne com a observadores permanents d'altres internes en risc de suïcidi o autolesió. Tanmateix, sí que pot ser apropiat que rebin formació per desenvolupar un rol de 'mentores' de suport per a persones vulnerables, però en cap cas altres interns/es han de ser responsables de supervisar una altra persona en risc.

7.7.6 Seguiment multidisciplinari del cas i registre de totes les actuacions

Tal com deixa constància el programa marc de prevenció de suïcidis a les presons catalanes *“la coordinació entre els diferents professionals de l'àmbit d'execució penal és cabdal per a la prevenció i l'atenció de les conductes suïcides”*. Malgrat aquesta afirmació el programa marc aborda de forma escassa com es realitza el seguiment del cas i la coordinació entre l'equip professional que intervé.

En aquest sentit, el programa de prevenció de suïcidis d'Anglaterra i Gal·les dedica un ampli apartat a com s'ha de dur a terme la gestió de cada cas inclòs en el programa, així com assigna una figura de gestor/a que han de ser entrenats/des en la identificació del risc i la relació entre el trauma, el suïcidi i l'autolesió, i haurien de tenir la capacitat d'identificar quan aquests riscos augmenten.

Com es constata en els protocols analitzats és primordial que les revisions de casos siguin multidisciplinàries i amb la participació de totes les persones rellevants implicades en l'atenció d'una persona presa, permeten així una visió més holística. Pel que fa al seguiment dels casos amb activació del protocol de suïcidis, cada professional recollirà, segons la temporalitat establerta, els moments d'intervenció amb la persona, les conductes observades, i una valoració personal sobre si és procedent realitzar algun canvi en la seva intervenció. En funció d'aquests informes l'equip de subdirectors/es, valorarà les decisions, revisant setmanalment amb la direcció les altes i baixes del programa.

Pel que fa al PPS dels centres penitenciaris de Catalunya, el programa marc únicament estableix que "els casos inclosos en el protocol de prevenció de suïcidis s'han de tractar en la reunió de l'EMD, per compartir i actualitzar la informació del Pla d'intervenció. La periodicitat de la revisió s'ha de fer en funció del risc: risc alt, setmanalment i risc moderat o baix, mensualment". Els professionals del PSP van explicar a l'entrevista que hi ha una comissió d'intervenció i seguiment, format per un equip multidisciplinari, per aquelles persones que han estat detectades amb un risc de suïcidi moderat/alt.

Una altra qüestió rellevant és la necessitat d'enregistrar i documentar totes les actuacions i decisions adoptades respecte a cada pla individual.

Amb relació a això, els responsables de la SMPRAV van manifestar que a parer seu una de les principals limitacions del programa marc és la burocratització que sovint comporten les protocol·litzacions. Tot i que sigui cert, no es pot obviar que la manca de registre i documentació de totes les actuacions dificulta les posteriors investigacions per tal d'aclarir els fets un cop s'ha consumat el suïcidi, tal com recomanen diferents organismes internacionals, dificultant, per tant, identificar els

aspectes susceptibles de millora. A més, com hem anat veient al llarg de l'informe, aquesta manca de protocol·lització de moltes de les mesures plantejades dins del programa marc esdevé en pràctiques discrecionals, aplicant-se unes mesures segons cada Centre Penitenciari i professional que les porta a terme. Per exemple, com constata el MNPT (2018) *“la gestió dels llibres de control de situacions especials – que permeten comprovar com es materialitza el tractament de qüestions rellevants, com l’atenció als interns inclosos en programes de prevenció de suïcidi—, divergeix en cada centre visitat”*, recomanant que s'estableixin llibre de registre.

En aquest sentit, el sistema penitenciari anglès ha optat per un model d'organització on tots els aspectes del dia a dia penitenciari, així com les situacions excepcionals, es troben regulats i protocol·litzats, quedant totes les accions que es realitzen registrades de forma sistemàtica. El sistema adoptat permet tant una unificació en la gestió de casos com la individualització de les intervencions com la màxima transparència respecte a totes les decisions i accions fetes en vers les persones empresonades.

7.7.7 Mesures a adoptar amb anterioritat a l'excarceració

El procés d'excarceració suposa un període de grans canvis per les persones internes i que si no ve acompanyat d'un treball previ es pot constituir com una etapa estressant per la persona interna. Les inseguretats, les pors, la manca de coneixement del món exterior, la dificultat per trobar una estabilitat a l'exterior i altres variables poden suposar nous malestars que es poden categoritzar com a factors de risc per la comissió de conductes autolítiques o autolesives. Per altra banda, la sortida del medi penitenciari pot suposar el risc de deixar sense tractament i seguiment terapèutic als i les interns/es.

Com ja s'ha exposat anteriorment, les persones preses que just han sigut excarcerades presenten un risc de suïcidi molt més gran que la població general durant els primers dotze mesos, sobretot durant el primer mes de llibertat. A partir d'això, serà important tenir en compte la necessitat de què les persones

preses que reben tractament per problemes de salut mental siguin derivades a programes externs on puguin continuar amb el seguiment terapèutic.

Considerem doncs que és necessari acompanyar i reforçar aquest treball previ amb els interns i les internes i en especial, amb les persones que presenten un elevat risc de suïcidi, i, per altra banda, és necessari el desenvolupament d'uns procediments que garanteixin la salut i el benestar de les persones preses un cop surtin del centre penitenciari. En la mateixa línia de l'exposat, els professionals de la SMPRAV que van participar en l'estudi, reconeixen la necessitat de millorar la coordinació amb entitats externes un cop la persona està en llibertat per tal de continuar treballant en la prevenció del suïcidi.

Per altra banda, en referència a la situació de les dones preses, alguns estudis (Abbott i altres, 2016) ens diuen que aquestes corren un especial risc en el canvi entre la institució penitenciària i la comunitat, per la qual cosa és especialment important que existeixi una prèvia vinculació amb els serveis externs (d'assessorament, rehabilitació, suport familiar i oportunitats laborals).

L'estratègia de les presons escoceses presenta diverses mesures per garantir la continuïtat del tractament un cop la persona presa surt de presó, tals com la participació d'entitats externes en la intervenció terapèutica durant l'empresonament que permeten un seguiment posterior, l'accés a diversos serveis de suport, la facilitació de comunicació entre les diverses entitats o organismes que treballen la intervenció i l'assessorament a la persona vulnerable o familiars. Aquest procediment no només s'aplica a persones que es troben sota observació en el moment de l'obtenció de llibertat, sinó que també inclou aquelles que en els dotze mesos anteriors s'han considerat com persones de risc.

La realitat de les presons catalanes ens demostra que encara hi ha un llarg recorregut per arribar a una atenció continuada després de l'excarceració. Malgrat això, és rellevant tenir en compte que en l'actualitat existeixen entitats externes al medi penitenciari que podrien dur a terme aquest seguiment posterior, tot i que encara no han assolit aquesta potestat. Per altra banda, com explicaven les professionals de l'Hospital Sant Joan de déu que han participat a l'estudi, el pla d'excarceració respon al principi de la individualització científica i

preveu una derivació als serveis que corresponen per garantir el benestar dels i de les interns/es. Com indiquen des del PSP, ja és present la figura d'infermer/a d'enllaç que serà l'encarregada de donar continuïtat als tractaments mèdics, en canvi, no existeix una figura que s'encarregui de donar continuïtat al seguiment per les persones en risc de suïcidi. Així doncs, serà necessària la protocol·lització d'aquesta estratègia que serà essencial per la prevenció del suïcidi en individus que ja són categoritzats com potencials suïcides.

7.7.8 Recomanacions

- Establir plans d'atenció sensibles a les necessitats individuals per a persones en risc de suïcidi que continguin les seves fortaleses i debilitats, i garantir la seva participació en l'elaboració i revisió del seu pla d'actuació, així com fomentar que les persones preses participin de forma activa en el disseny i discussions col·lectives sobre com es poden activar mesures protectores i de prevenció del suïcidi.
- Oferir intervencions dirigides a augmentar les capacitats d'afrontament en situacions difícils a les persones en risc de suïcidi treballant sempre des d'una perspectiva de gènere.
- Dotar les famílies, amistats, persones properes i comunitat externa de la persona presa en risc de suïcidi d'un rol més actiu en totes les etapes del procés de prevenció del suïcidi, podent rebre informació en relació amb senyals d'alarma, canvis vitals rellevants o esdeveniments traumàtics que permetin adequar el tractament individualitzat d'acord amb les necessitats del familiar.
- Reforçar la xarxa relacional de les persones a través de diferents estratègies, incloses les noves tecnologies, en l'àmbit de la intervenció comunitària, per establir contacte i promoure el contacte continu amb els éssers estimats.
- Així com posa en manifest el CPT (2013) i el Síndic de Greguges (2021), considerem important reiterar l'importància d'eliminar les mesures d'aïllament i d'aplicació de contencions mecàniques en les persones que

presentin risc de suïcidi i/o el seu ús com a sanció per la comissió de conductes autolítiques o autolesives, i buscar mètodes alternatius de gestió de conflictes.

- Ubicar a les persones en risc de suïcidi en espais o departaments el menys restrictius possible, on es promogui al màxim la realització d'activitats i les interaccions socials de la persona
- Potenciar una xarxa de suport dins del centre penitenciari, especialment per a les dones, ja que els factors de protecció tenen una relació important amb el fet de sentir-se emocionalment sostingudes.
- Capacitar al conjunt de la població penitenciària, a fi de maximitzar el seu potencial com a agents de prevenció i seguiment de les persones identificades de risc.
- Desenvolupar models per a la supervisió i monitoratge de persones en risc, en que s'eviti l'ús de CVV i potencien la interacció comunicativa entre la persona presa i les persones observadores, les quals han de ser adequadament seleccionades atenent a les seves capacitats i la relació prèvia amb la persona en risc.
- Fer seguiment dels resultats de les interaccions derivades del processos d'observació i sistematitzar tota la informació rellevant per a que pugui ser valorada en el procés de seguiment del cas.
- Desenvolupar la figura de interns i internes de suport, garantint que les persones estiguin adequadament capacitades i rebin sempre l'acompanyament necessari per parts dels professionals de salut mental i de rehabilitació. Aquestes formacions es poden inserir com a formacions reglades pel Servei d'Ocupació de Catalunya (SOC) perquè poguessin servir com a oportunitat d'inserció laboral en un futur.
- Assignar un/a professional com a responsable de cada cas en que una persona en trovi en risc risc de suïcidi, garantint que es tracte sempre d'una persona adequadament entrenada en la identificació del risc i la relació entre el trauma, el suïcidi i l'autolesió

- Garantir que el seguiment de les persones en risc de suïcidi es faci sempre de forma multidisciplinària i que participen en aquest procés activament tant la persona afectada com tots els i les professionals i altres agents involucrats en el seu pla de tractament.
- Registrar i documentar totes les actuacions i decisions adoptades respecte a cada pla individual i els motius en base als quals es va decidir la seva pertinença.
- Fomentar el treball en xarxa amb entitats externes per a preparar la sortida durant el procés d'excarceració i en la seva vida en llibertat.
- Crear la figura d'enllaç social amb la funció de donar continuïtat al seguiment psicosocial de les persones en risc de suïcidi durant el procés d'excarceració i en la seva vida en llibertat.

7.8 Postvenció: acompanyament i investigació dels casos de suïcidi

La mort d'una persona per suïcidi té un impacte en tot el seu entorn. En aquest cas, quan el suïcidi es produeix en el context penitenciari es veu afectada la família, amistats i persones properes de l'exterior, així com els companys/es i el personal del centre penitenciari.

La postvenció són totes aquelles accions que es porten a terme un cop una persona s'ha llevat la vida, per tal de proporcionar suport i acompanyament a les persones properes. Essent també pertinent incloure en les accions de postvenció tot el procés d'investigació que en arran de cada mort per suïcidi, tingui l'objectiu de clarificar els fets, avaluar els protocols implementats i proposar millores al mateix en funció de les carències que es puguin haver manifestat. El MNPT reitera aquesta necessitat en el seu informe de 2017, i adverteix sobre la possibilitat de trobar-nos amb potencials situacions de maltractament "indirecte", és a dir situacions de suïcidi o autolesions que es donen per una manca d'atenció o per l'absència del personal.

El treball de la postvenció haurà de ser abordat des de diversos àmbits. En primer lloc, el treball amb la família de la víctima haurà de tenir l'objectiu

d'informar sobre els fets ocorreguts de la forma més clara i transparent possible. En aquest sentit, el protocol d'Anglaterra i Gal·les presenta la figura de l'oficial d'enllaç familiar (FLO), que actuarà a partir de la notificació de mort de l'intern/a així com brindarà el suport o la informació pertinent, retornarà els béns de la persona morta, i registrarà tot el contacte amb la família. En segon lloc, serà necessari abordar l'impacte que té la comissió d'un suïcidi en l'entorn on es troba la persona, és a dir, la presó. El PLAPRESC fa menció a aquesta necessitat, recalcant la importància de donar suport a l'entorn social de la persona a través de personal amb formació específica, així com d'elaborar documentació dirigida a aquestes persones per ajudar-les en el procés de recuperació tenint en compte les característiques específiques d'aquestes. Finalment, l'OMS (2010) també aporta la necessitat de tenir en compte el personal penitenciari i els treballadors del centre com a subjectes d'un malestar a causa del suïcidi i que, per tant, requereixen un seguiment i suport professional.

Per altra banda, tant els organismes de defensa dels drets humans com els protocols analitzats posen de manifest la necessitat de realitzar un estudi exhaustiu on estigui implicat tot el personal directament implicat. Aquesta investigació tindrà per objectiu millorar en l'abordatge de la prevenció de suïcidis així com denunciar possibles males praxis.

Com s'ha vist el programa marc per a la prevenció de suïcidis als centres penitenciaris catalans, dedica un apartat a les mesures a adoptar en l'àmbit de la postvenció, a fi de minimitzar l'impacte que qualsevol incident de suïcidi pot tenir per al món relacional de la persona així com cap a la pròpia institució. El programa estableix 4 estratègies per a fer-ho, tanmateix, únicament en desenvolupa una d'elles, quedant la resta en el que sembla una mera declaració d'intencions, en la mesura en què no es protocol·litzen ni se n'assignen temps ni responsables per fer-ho.

La entrevista amb els professionals de la SMPRAV va posar de manifest com es duen a terme un gran nombre de mesures en aquest àmbit, en molts casos amb la participació d'entitat del tercer sector, que no es troben recollides en el

protocol. No es pot obviar que el fet que aquestes mesures, no es troben recollides en cap protocol, així com tampoc no estiguin recollides en cap normativa interna, pot acabar derivant en una ampla discrecionalitat per part dels i les professionals responsables de dur-les a terme en cada cas.

A fi de garantir que totes accions es duguin a terme de forma adequada davant cada cas de suïcidi, resulta imprescindible que estiguin adequadament protocol·litzades, disposant alhora de sistemes per garantir que es dugui a terme un seguiment de totes les mesures realitzades en aquest àmbit. Aquesta pràctica, permetria també que al igual que la resta de mesures, les mesures adoptades en l'àmbit de la postvenció puguin ser part del procés de revisió i millora constant al que es sotmès el programa marc. En aquest sentit, creiem que seria pertinent alhora, que es faci partícips a les persones a qui van dirigides aquestes mesures (familiars o altres referents de la persona, persones preses i professionals afectats o afectades) d'aquets processos, a partir de recollir les seves valoracions mitjançant qüestionaris de satisfacció o de altres mitjans.

7.8.1 Recomanacions

- Desenvolupar un protocol que tracti la postvenció com a fenomen que té una afectació amplia i, per tant, que doni suport a tot l'entorn social de la víctima (familiars, amistats, interns i internes, personal penitenciari).
- Integrar les entitats del tercer sector en l'àmbit del treball de postvenció tant amb la família com amb la resta de persones i els i les professionals afectats/des.
- Garantir que la comunicació d'una mort a la família o éssers estimats es faci sempre per persones adequadament formades per fer-ho i que s'ofereixi a la família tota la informació possible així com l'acompanyament que pugui requerir. Garantir la derivació d'aquestes persones als serveis externs disponibles en cas de considerar-se pertinent.

- Oferir a totes les persones preses supervivents d'una mort per suïcidi estratègies multimodals d'intervenció en els casos detectats de risc amb dol disfuncional, que incloguin el suport terapèutic i l'educatiu.
- Assegurar que es donin a terme les investigacions pertinents per esclarir els successos que s'han donat per arribar al suïcidi. És necessari que la investigació pertinent pugui tenir utilitat en la millora crítica dels programes de prevenció i no quedi limitada a un registre dels fets.

Referències

Referències bibliogràfiques

Abbott, P., Magin, P., Lujic, S. & Wu, W. (2016) Supporting continuity of care between prison and the community for women in prison: a medical record review. *Aust Health Rev.* 41(3), 268-276 <https://doi.org/10.1071/ah16007>

Aebi, M. F., & Tiago, M. M. (2021). *SPACE I - 2020 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations*. Strasbourg: Council of Europe. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://wp.unil.ch/space/files/2021/04/210330_FinalReport_SPACE_I_2020.pdf

Aebi, M.F., Cocco, E. Molnar, L. & tiago, M.M. (2022). *SPACE I - 2021 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations*. Strasbourg: Council of Europe. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://wp.unil.ch/space/files/2023/05/SPACE-I_2021_FinalReport.pdf

Alcántara-Jiménez, M., Torres-Parra, I., Guillén-Riquelme, A., & Quevedo-Blasco, R. (2023). Los factores psicosociales en el suicidio de presos en prisiones europeas: una revisión sistemática y metaanálisis. *Anuario de Psicología Jurídica*, 33(1), 101-114. <https://doi.org/10.5093/apj2022a13>

Allende Leal, S., Saiko León Blanco, M., Mas Rosell, D., Róbaló Piriz, R., Sánchez Afonso, C. Sererols Serra, J. i Torres Moreno, P. (2024) *Guia per a la prevenció del suïcidi a l'entorn penitenciari: familiars i persones properes*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEFJE). <https://repositori.justicia.gencat.cat/handle/20.500.14226/1542>

Allende Leal, S., Saiko León Blanco, M., Mas Rosell, D., Róbaló Piriz, R., Sánchez Afonso, C. Sererols Serra, J. i Torres Moreno, P. (2024) *Guia per a la prevenció del suïcidi a l'entorn penitenciari: persones privades de llibertat*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEFJE). <https://repositori.justicia.gencat.cat/handle/20.500.14226/1538>

Andrade, G. & Guzmán, L. (1998) Género y Derechos Humanos, en IIDH (Ed.), *Memoria I Curso Interamericano de Sociedad Civil y Derechos Humanos* (pp. 138-143) Libros (Biblioteca Jurídica Virtual). Recuperat 15 novembre, 2023, de: <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/10901>

Andrade, J.A., Bonilla, L.L., & Valencia, Z.M. (2010) Factores Protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: "Villa Cristina" Armenia-Quindío (Colombia). *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 17 (6) pp: 6-32. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.redalyc.org/pdf/709/70916424002.pdf>

Arribas-Ibar, E. (2016). *Different aspects of illegal substance use in Catalonia : suicide, violence and evaluation of a preventive action* [Tesis doctoral, Universitat Pompeu Fabra.] Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/482049/teai.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Baca, E. & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n5/v37n5a3.pdf>

Bani, M., Travagin, G., Monticelli, M., Valsecchi, M., Truisi, E., Zorzi, F., Strepparava, M., Clerici, M., Mazza, U. & Rezzonico, G. (2019). Pattern of self-injurious behavior and suicide attempts in Italian custodial inmates: A cluster análisis approach. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.12.008>

Blaauw, Eric & Winkel, Frans & Kerkhof, Ad. (2001). Bullying and Suicidal Behavior in Jails. *Criminal Justice and Behavior*. 28. 279-299. <http://dx.doi.org/10.1177/0093854801028003002>

Baranyi, G., Scholl, C., Fazel, S., Patel, V., Priebe, S. & Mundt, A. (2019) Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health* 7(4), 461–471. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30539-4](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30539-4)

Barber, V. (2019). *Más allá del bien y del mal. Experiencias de una psicóloga forense*. DEBATE.

Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., Masferrer, L., & Navarro, P. (2022). *Factores de riesgo y protectores de suicidio en una muestra de población penitenciaria*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/cataleg/crono/2022/factors_risc_suicidi/Factors_de_risc_i_protectors_de_suicidi_en_CP_s_CAST.pdf

Barroso, Alejandro A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: Una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. DOI: 10.4321/S0211-57352019000100004
Baxter, D. & Appleby, L. (1999) Case register study of suicide risk in mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 175 (4), 322-326. <https://doi.org/10.1192/bjp.175.4.322>

Bedoya, A., Martínez-Carpio, P.A., Humet, V., Leal, MJ. & Lleopart N. (2009) Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo

y comparado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11 (2), 37-41. <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-06202009000200002>

Bedriñana, F. T. A., Jiménez, R. J. B., Sanjuán, A. M. R., Pinazo, A. M. T., & Llácer, J. J. L. (2017). Salud mental en prisión. Las paradojas socioeducativas. *EduPsykhé: Revista de psicología y educación*, 16(1), 98-116. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://www.researchgate.net/publication/365683089_Salud_mental_en_prision_Las_paradojas_socioeducativas

Blanco C. (2020) El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46): 79-106. <http://dx.doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>

Borrill, J., Snow, L., Medlicott, D., Teers, R., & Paton, J. (2005). Learning from near misses: Interviews with women who survived an incident of severe self-harm. *Howard Journal of Criminal Justice*, 44, 57–69 <https://doi.org/10.1111/j.1468-2311.2005.00355.x>

Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M.B. & Walker, M. (2009) The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *Am J Psychiatry* 166(7):786-794. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081244>

Butler, T., Indig, D., Allnut, S., & Mamoon, H. (2011). Co-occurring mental illness and substance use disorder among Australian prisoners. *Drug and Alcohol Review*, 30 (2), 188-194. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00216.x>

Caballero, C.C. Suárez, Y.P. & Bruges, H.D. (2015). Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *Revista CES Psicología*, 8(2), 138-155. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5236645>

Cabrera, P.J. (2002) Cárcel y exclusión. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*. 35, 83-120. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://derechopenitenciario.com/wp-content/uploads/2018/10/3497.pdf>

Cajamarca, J., Triana, J. & Jiménez-Jiménez, W. (2015). Los efectos de prisionalización y su relación con el Trastorno Adaptativo. *Enfoques*, 1(2), 54-82. <https://doi.org/10.24267/23898798.166>

Calles- Rubiales, N. & Ibáñez del Prado, C. (2020). Influencia de la salud mental de los reclusos en el clima relacional de prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 22 (3), 124-134. <https://dx.doi.org/10.18176/resp.00021>

Canetto, S. & Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 1-23. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>

Castro-Rueda, V.A. Rangel, A.M. Camacho, P.A. & Rueda-Jaimes, G. E. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (4), 705-715. DOI: [10.1016/S0034-7450\(14\)60210-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60210-9)

Caravaca-Sánchez, F., Fearn, N. & Vaughn, M. (2017). Risk factors associated with near-lethal suicide attempts during incarceration among men in the Spanish prison system. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(6), 1452-1473. <https://doi.org/10.1177/0306624X16689833>

Caravaca-Sánchez, F. & García-Jarillo, M. (2020). Alcohol, otras drogas y salud mental en población femenina penitenciaria. *Anuario de Psicología Jurídica*, 30(1), 47-53. <https://doi.org/10.5093/apj2019a15>

Caravaca-Sánchez, F., Aizpurua, E., Ricarte, J.J., & Barry, T.J (2020). Personal, Criminal and Social Predictors of Suicide Attempts in Prison, *Archives of Suicide Research*, 25(3), 582-595. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1738293>

Caravaca-Sánchez, F., Barry, T. J., Aizpurua, E., & Ricarte, J. J. (2021). Mental health, substance abuse, prison victimization and suicide attempts amongst incarcerated women. *European Journal of Criminology*, 20(2), 653-671. <https://doi.org/10.1177/14773708211028471>

Carli, V., Jovanovi, N., Podlešek, A., Roy, A., Rihmer, Z., Maggi, S., Marusic, D., Cesaro, C., Marusic, A. & Sarchiapone, M. (2010). The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters a study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 116-122. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.119>

Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (2006). L'opinió de les dones recluses a Catalunya sobre l'encarcerament. *Justidata* 45. Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://cejfe.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/doc_29698061_1.pdf

Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (2021). *Avaluació d'una intervenció psicoeducativa per a persones amb conducta suïcida en el medi penitenciari. Projecte N'VIU*. Generalitat de Catalunya i Hospital Universitari de Vic. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/cataleg/crono/2021/avaluacio_intervencio_socioeducativa/Informe_N_Viu_prevenicio_suicidis_CA.pdf

Centro por la Justicia y el Derecho Internacional del IIDH (2004) *Los derechos humanos de las mujeres: Fortaleciendo su promoción y protección internacional. De la formación a la acción*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos Los derechos humanos. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2013/9344.pdf>

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal de Mexico, (2011). *Programa de Capacitación y Formación Profesional en Derechos humanos. Curso de Fundamentos teóricos de los derechos humanos*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/material_de_capacitacion/curso/2011_Fundamentos_teoricos_dh.pdf

Constanza, S., Castaño, J.J., Muriel, D.L., Pérez, C.E. & Ramírez, S. (2016). Factor de riesgo suicida y factores asociados en reclusas de un centro penitenciario de Caldas (Colombia), 2015: estudio de corte transversal. *Archivos de Medicina (Col)* 16(1) 61-73. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273846452007/html/>

Counts DA. (1987) Female suicide and wife abuse: a cross-cultural perspective. *Suicide Life Threat Behav.* 17(3), 194-204. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1987.tb00267.x>

Crosby, A.E. & Sacks, J.J. (2002) Exposure to Suicide: Incidence and Association with Suicidal Ideation and Behavior: United States, 1994. *Suicide Life-Threatening Behav.* 32(3), 321-328. <https://doi.org/10.1521/suli.32.3.321.22170>

Daigle, M., Alarie, M. & Lefebvre, P. (1999). The problem of suicide among female prisoners. *Forum on Corrections Research.* 11(3): 41-45. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://novascotia.cmha.ca/wp-content/uploads/2019/11/3_The-problem-of-suicide-among-female-prisoners.pdf

De Leo, D., Cimitan, A., Dyregrov, K., Grad, O., & Andriessen, K. (Eds.). (2014). *Bereavement after traumatic death: Helping the survivors*. Hogrefe Publishing.

De Miguel, E. (2014b). El encierro carcelario. Impacto en las mentes y los cuerpos de las mujeres presas. *Cuadernos de trabajo social*, 27(2). https://doi.org/10.5209/rev_cuts.2014.v27.n2.43821

Defensor del Pueblo (2019). *Informe anual 2018 Mecanismo Nacional de Prevención*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2019/09/Informe_2018_MNP.pdf

Defensor del Pueblo (2020). *Informe anual 2019 Mecanismo Nacional de Prevención*. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/06/Informe_2019_MNP-1.pdf

Defensor del Pueblo (2021). *Informe anual 2020 Mecanismo Nacional de Prevención*. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2021/06/Informe_2020_MNP.pdf

Defensor del Pueblo (2022). *Informe anual 2021 Mecanismo Nacional de Prevención*. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2022/05/Informe_2021_MNP.pdf

Defensor del Pueblo (2023). *Informe anual 2022 Mecanismo Nacional de Prevención*. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2023/06/Informe_2022_MNP.pdf

Dribia Data Research (2024) Informe Tiresias: Auditoria de l'algorisme RisCanvi.

<https://repositori.justicia.gencat.cat/bitstream/handle/20.500.14226/1321/auditoria-algorisme-riscanvi-informe-final.pdf>

Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A. & Pan Ké Shon, J. (2013). Suicide among male prisoners in France: A prospective population-based study. *Forensic Science International*, 233(1-3), 273-7.

<https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.09.014>

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

Eck, M., Scoufflaire, T., Debien, C. & Amad, A. (2019). Le suicide en prison: épidémiologie et dispositifs de prévention. *La Presse Médicale* 48(1), 46-54.

<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.009>

Escaff, E., Estévez, M. I., Feliú, M. P. & Torrealba, C. (2013). Consecuencias psicosociales de la privación de libertad en imputados inocentes. *Revista Criminalidad*, 55(3), 291-308. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4709767>

Esquina, E., Molina, C. & Verdiell, L. (2022). *Dones que compleixen condemna per delictes violents a les presons de Catalunya. Una anàlisi delinqüencial amb perspectiva de gènere*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

https://ceife.gencat.cat/web/.content/home/recerca/cataleg/crono/2022/Dones-condemna-delictes-violents/Informe_Dones_delictes_violents.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). *European drug report 2017: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ENN.pdf>

Favril, L., Vander Laenen, F., Vandeviver, C. & Audenaert, K. (2017) Suicidal ideation while incarcerated: Prevalence and correlates in a large sample of male prisoners in Flanders, Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry* 55: 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.005>

Favril, L. & Vander Laenen, F. (2019). Suicidal ideation among female inmates: A cross-sectional study. *International Journal of Forensic Mental Health*, 18(2), 85-98. <https://doi.org/10.1080/14999013.2018.1519613>

Favril, L., Yu, R., Hawton, K. & Fazel, S. (2020) Risk factors for self-harm in prison: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 7(8): 682–691. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30190-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30190-5)

Favril, L., & O'Connor, R.C. (2021) Distinguishing prisoners who think about suicide from those who attempt suicide. *Psychological Medicine* 51(2): 228–235. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003118> .

Fazel, S. & Seewald, K. (2012) Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry* 200(5): 364–373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>

Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017a). Suicide in prisons: An international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30430-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3)

Fazel, S., Yoon, I. & Hayes, A. (2017b). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739. <https://doi.org/10.1111/add.13877>

Foguet Boreu, Q., Capdevila Capdevila, M., Pons Baños, J., Framis Ferrer, B., Vilà Valls, E., Alberch Ylla, M., ... & Sanjuan Torres, A. (2021). Avaluació d'una intervenció psicoeducativa per a persones amb conducta suïcida en el medi penitenciari. Projecte N'VIU. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Foguet Boreu, Q. i Capdevila Capdevila, M. (2023) Avaluació de l'eficàcia del programa de prevenció del suïcidi N'VIU 2.0 Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Fritz, F.D., Fazel, S., Benavides, A., Henry, P., Rivera, G., Torales, J., Trujillo, N., Vásquez, F. & Mundt, A.P. (2020). 1324 prison suicides in 10 countries in South

- America: incidence, relative risks, and ecological factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 56, 315–323. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01871-3>
- Frottier, P., Frühwald, S., Ritter, K., Eher, R., Schwärzler, J. & Bauer, P. (2002). Jailhouse Blues revisited. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 37. 68-73. <http://dx.doi.org/10.1007/s127-002-8217-7>
- Fruehwald S., Matschnig T., Koenig F., Bauer P. & Frottier P. (2004) Suicide in custody: a case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 185(6) 494-498. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.6.494>
- García-Vita, M., Añaños, F. & Fernández, M. (2017). Bienestar emocional en mujeres en centros penitenciarios españoles: la relevancia del historial adictivo y del país de origen. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 19(3), 80-88. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v19n3/es_2013-6463-sanipe-19-03-79.pdf
- González, M. G., García-Haro, J. M., García-Pascual, H., Pérez, M. T. S., Barrio-Martínez, S. & Oviedo, J. V. (2021). Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención. *Clínica Contemporánea. Revista de Diagnóstico psicológico, psicoterapia y Salud*, 12(1), <https://doi.org/10.5093/cc2021a3>
- Gottfried, E.D. & Christopher, S.C. (2017). Mental disorders among criminal offenders: A review of the literature. *Journal of Correctional Health Care* 23(3): 336–346. <https://doi.org/10.1177/1078345817716180>
- Grupo de Enfermería Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (2014). Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Revista Española de sanidad penitenciaria*. 16 (2). Recuperat 15 novembre, 2023, de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/356>
- Guerrero, M. (2019). Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica. *Boletín Psicoevidencias*, nº 55. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/89-reflexiones-sobre-el-suicidio-desde-la-mirada-historica/file>
- Gutiérrez C. (1997). El ingreso del interno en prisión y su clasificación penitenciaria. En Clemente M, Núñez J (eds.), *Psicología jurídica penitenciaria*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Hayes, Lindsay. (2006). Suicide Prevention in Correctional Facilities: An Overview. *Clinical Practice in Correctional Medicine*. pp.317-328. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-323-03265-0.50026-9>
- Herrero, s. (2019). La prevención del suicidio de la mujer en prisión. Una perspectiva penitenciaria. *Diario La Ley*, nº 9434.

Hildenbrand, A., (2015). Razones para vivir y afecto en mujeres privadas de libertad en un establecimiento penitenciario de Lima. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 19(2), 113-13. Recuperat 15 novembre, 2023, de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/3457/Razon es_Hildenbrand-Mellet.pdf?sequence=1

Humber, N., Piper, M., Appleby, L. & Shaw, J. (2011). Characteristics of and trends in subgroups of prisoner suicides in England and Wales. *Psychological Medicine*, 45(11), 2275-2285. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000705>

Hunter, Gillian & BOYCE, ISABELLA. (2009). Preparing for Employment: Prisoners' Experience of Participating in a Prison Training Programme. *The Howard Journal of Criminal Justice*. 48, 117-131. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2311.2008.00551.x>

Illana, I. & Thomas, H. (2021). Propuesta de un Programa de prevención del suicidio en la cárcel. *Behavior & Law Journal*, 7(1), 23-34. <https://doi.org/10.47442/blj.v7.i1.85>

James, D. J., & Glaze, E. (2006). *Mental health problems of prison and jail inmates* (Buereau of Justice Statics. Special Report). Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>

Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T., Jeremy, C., Farrell, M. Lewis, G. & Paton, J. (2005) Psy-chiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*. 35, 257-269 <https://doi.org/10.1017/S0033291704002958>

Kposowa, A.J (2003). Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health*. 57(12):993. DOI: [10.1136/jech.57.12.993](https://doi.org/10.1136/jech.57.12.993)

Latham, A.E. & Prigerson, H.G. (2004) Suicidality and Bereavement: Complicated Grief as Psychiatric Disorder Presenting Greatest Risk for Suicidality. *Suicide Life- Threatening Behav*. 34(4), 350-362. <http://dx.doi.org/10.1521/suli.34.4.350.53737>

Leese, M., Thomas, S. & Snow, L. (2006) An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry* 29(5): 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.10.004>

Lorente Català, R. y García Palacios, A. (2023) Adaptación del programa Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving (STEPPS) para el abordaje de la desregulación emocional y las conductas autolesivas en los centros penitenciarios de Catalunya. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

- Marí, M. (2020). *Suicidio: especial mención a su perspectiva de género y su aparición en la Administración Pública*. [Treball Fi de Grau Criminologia y Seguridad. Universitat Jaume I.]. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/190535/TFG_2020_Mari%20Julian%2c%20Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martin, G. (2015). *Dones i Presó: Descobrint els programes de reinserció des d'una mirada feminista*. Materials CiP. Informes:11. Institut de Ciències Polítiques i Socials. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2015/181820/desprorei_a2015n11.pdf
- Martínez Garay, L. (2014) La incertidumbre de los pronósticos de peligrosidad: consecuencias para la dogmática de las medidas de seguridad, *Indret Penal* N2 pp 1-73 <https://indret.com/la-incertidumbre-de-los-pronosticos-de-peligrosidad-consecuencias-para-la-dogmatica-de-las-medidas-de-seguridad/>
- Martínez Garay, L. (2016) Errores conceptuales en la estimación de riesgo de reincidencia: La importancia de diferenciar sensibilidad y valor predictivo, y estimaciones de riesgo absolutas y relativas, *REIC*, N 14 pp. 148-149 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5835508>
- Maroto, A., & Castillo, C. (2017). El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: Los resultados del diagnóstico de Santa María de Dota, San José, Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 43 (7), 447-472. <https://doi.org/10.15517/aeca.v1i1.28856>
- Markez, I., Gordaliza, A. & Casaus, P. (2022). Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141): 187-205. DOI: [10.4321/S0211-57352022000100012](https://doi.org/10.4321/S0211-57352022000100012)
- Marzano, L., Fazel, S., Rivlin, A. & Hawton, K. (2010). Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: Case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 197(3), 219-226. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075424>
- Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E. N., Piper, M., y Fazel, S. (2016). Prevention of suicidal behavior in prisons: An overview of initiatives based on a systematic review of research on near-lethal suicide attempts. *Crisis*, 37(5), 323–334. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000394>
- Mas Rosell, D., Sánchez Afonso, C., Seserols Serra, J. Torres Moreno, P. i Valcárcel Muntané, E. (2024) *Guia per a la prevenció del suïcidi a l'entorn penitenciari: professionals, entitats i voluntariat*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEFJE) <https://repositori.justicia.gencat.cat/handle/20.500.14226/1537>
- McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, de Leo D, et al. (2005) Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A

multicentre study. *Psychology Medicine*, 36(1):45-55.
<https://doi.org/10.1017/S0033291705005945>

Millán, A., Pérez, O. y Maroto, G. (2020). La salud mental de las mujeres. Mitos y realidades. *Cuadernos para la salud de las mujeres*, 7.

Meléndez, A., Cubells, J., Navarro, C., & Hernández, N.(2023). *Situació de les dones empresonades a Catalunya. Una mirada amb perspectiva de gènere*. Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

<https://ceife.gencat.cat/web/.content/home/ocjvm/publicacio/publicacions/2023/situacio-dones-empresonades/Situacio de les dones empresonades a Catalunya.pdf>

Metzner, J.L. (2002) Class action litigation in correctional psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law*, 30, 19-29. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

<https://jaapl.org/content/jaapl/30/1/19.full.pdf>

Metzner, J. L., & Hayes, L. M. (2006). Suicide prevention in jails and prisons. In R. I. Simon & R. E. Hales (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management* (pp. 139–155). American Psychiatric Publishing, Inc.

Möller-Leimkühler, A.M (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Feb;253(1):1-8. doi: 10.1007/s00406-003-0397-6.

Muñagorri, R., & Peñalver, M. (2008). INTENTOS AUTOLÍTICOS EN PRISIÓN: UN ANÁLISIS FORENSE. *Anales De Psicología*, 24 (2), 361-369. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42991>

Muñoz, L. (2020) *Discapacidad intelectual en centro penitenciario Brians- 1: Prevalencia, características y necesidades específicas*. [Tesi doctoral. Universitat Internacional de Catalunya]. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <http://hdl.handle.net/10803/669754>

Navarrete, E.M., Herrera, J. & León, P. (2019). Los límites de la prevención de suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135) 193-214. DOI: [10.4321/S0211-57352019000100011](https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000100011)

Navarro, J. C., Capell, T., Luque, M.E., Muro, A., Vgea, D., Mora, S., Ramos, M.J., Tamarit, M., Benítez, M.O. (2016). *Incidència del TLP en dones encarcerades*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Generalitat de Catalunya). Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://repositori.justicia.gencat.cat/handle/20.500.14226/285>

Navarro, M.C., Hernández, N., Ruiz, C. (2023). *L'exercici de la maternitat en el sistema penitenciari català Maternitat i presó*. Observatori Català de la Justícia en Violència Masclista. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://ceife.gencat.cat/ca/observatori/publicacions/ultims-5-anys/2023/exercici-maternitat-centre-penitenciari/index.html>

Navarro, M.P, Barril, I., Brugués, G., Caparrós, B., & Masferrer, L. (2022). *Factores de risc i protectors del suïcidi en una mostra de població penitenciària*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Generalitat de Catalunya). Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://ceife.gencat.cat/web/.content/home/recerca/catalog/crono/2022/factors_risc_suïcidi/Factors_de_risc_i_protectors_de_suïcidi_en_CP_s_CAT.pdf

Negredo L., Melis F. & Herrero O. (2011). *Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Gobierno de España. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Factores-de-riesgo-de-la-conducta-suicida-en-internos-con-trastorno-mental-grave-NIPO-126-11-051-1.pdf>

Nogales, J. M. C., (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de antropología*, 27 (2), art. 33. Recuperat 15 novembre, 2023, de: http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html

Opitz-Welke, A., Konrad, N., Welke, J., Bennefeld-Kersten, K., Gauger, U. y Voulgaris, A. (2019). Suicide in older prisoners in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00154>

Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. (2007) *Prevención del suicidio en cárceles y prisiones*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/PREVENCIO%CC%81N-SUICIDIO-CARCELESYPRISIONES.pdf>

Ortega, V.J. (2020). Más allá del tabú: Prensa, Mujer y Suicidio durante la Restauración. *Baética: Estudios de Historia Moderna y Contemporánea*, 40. DOI: [10.24310/BAETICA.2020.v1i40.6810](https://doi.org/10.24310/BAETICA.2020.v1i40.6810)

Parra-Quemba, W. (2020). Marco teórico para un análisis integral de los derechos humanos y fundamentales. *Revista Derecho y Realidad*, 18, (35), 105- 127 <https://doi.org/10.19053/16923936.v18.n35.2020.10167>

Paton, J. & Jenkins, R. (2013) Suicide and suicide attempts in prisons', in Keith Hawton (ed.) *Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour: From science to practice*. Oxford Academic.
<https://doi.org/10.1093/med/9780198529767.003.0018> .

Payne, S., Swami, V., & Stanistreet, D. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: A review of the literature. *Journal of Men's Health*. 5. 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2007.11.002>

Pérez, S.A., Guerra, J. & Haranburu M. (2014) *Prevención del suicidio. Consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco/EHU.

Pike, S. & George, R. (2019) *The Assessment, Care in Custody and Teamwork process in prison: findings from qualitative research*. Ministry of Justice: HM Prison & Probation Service. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.gov.uk/government/publications/the-assessment-care-in-custody-and-teamwork-process-in-prison-findings-from-qualitative-research>

Plutchik, R. y van Praag, H.M. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13, 23-24. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3)

Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R. & Shaw, J. (2006). Suicide in recently released prisoners: A population-based cohort study. *The Lancet*. 368. 119-23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69002-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69002-8)

Ríos, J.C. & Cabrera, P.J. (1997). La cárcel. Descripción de una realidad. *Icade: Revista de la Facultad de Derecho*. 42, 303-332. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://derechopenitenciario.com/wp-content/uploads/2018/10/999.pdf>

Robertson, O. (2007). El impacto que el encarcelamiento de un(a) progenitor(a) tiene sobre sus hijos. En *Mujeres en la cárcel e hijos de madres encarceladas*. Quaker United Nations Office. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://www.quno.org/sites/default/files/resources/ESPAN%CC%83OL_The%20impact%20of%20parental%20imprisonment%20on%20children.pdf

Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazabal, M. L., Morales, S., Sánchez, V., & Páez, D. (2002). Deseo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 99-114. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401108.pdf>

Saavedra, J., & López, M. (2015). Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 8 (4), 224-231. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-riesgo-suicidio-hombres-internos-con-S1888989113000839>

Sánchez, M.P (2015). *La paradoja de género en el suicidio. Un ejemplo de aplicación d ella perspectiva de género en educación* (Conferencia). Cumbre Atlantida para la promoción de la Salud y Educación. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

Sánchez, F. C., Fearn, N., & Vaughn, M. G. (2018). Risk Factors Associated With Near-Lethal Suicide Attempts During Incarceration Among Men in the Spanish Prison System. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(6), 1452-1473.
<https://doi.org/10.1177/0306624X16689833>

Schrijvers, D., Bollen, J. & Sabe, B. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders* 138 (2012) 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>

Secretaria de Mesures Penals Reinscrió i Atenció a la Víctima (2019) *Manual d'aplicació del protocol de valoració RisCanvi*
<https://repositori.justicia.gencat.cat/bitstream/handle/20.500.14226/1320/manual-aplicacio-protocol-avaluacio-riscanvi.pdf>

Servei Català de la Salut. Unitat d'Informació i Coneixement (2020) *Persones en situació de reclusió: Catalunya 2015-2018*. (Informes breus; 39/2020). Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://hdl.handle.net/11351/5122>

Shaw, J., Baker, D., Hunt, I.M., Moloney, A. & Appleby, L. (2004) Suicide by prisoners: national clinical survey. The *British Journal of Psychiatry*, 184:263–267. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.3.263>

Silva, P. (2004) El Género en la Sociedad. En Chávez, J. (Ed.), *Perspectiva de género* (pp. 13-22) UNAM-Plaza y Valdés.

Síndic de Greuges de Catalunya (2018) *Informe del Mecanisme Català per a la prevenció de la tortura 2018*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://www.sindic.cat/site/unitFiles/5877/Informe%20MCPT%202018_cat.pdf

Síndic de Greuges de Catalunya (2019) *Informe del Mecanisme Català per a la prevenció de la tortura 2019*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://www.sindic.cat/site/unitFiles/6792/Informe%20MCPT%202019_cat.pdf

Síndic de Greuges de Catalunya (2020) *Informe del Mecanisme Català per a la prevenció de la tortura 2020*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://www.sindic.cat/site/unitFiles/7493/Informe%20MCPT%202020_cat_def.pdf

Síndic de Greuges de Catalunya (2021) *Informe del Mecanisme Català per a la prevenció de la tortura 2021*. Recuperat 15 novembre, 2023,

de:https://www.sindic.cat/site/unitFiles/8329/Informe%20MCPT%202021_cat_def.pdf

Síndic de Greuges de Catalunya (2023) *Informe del Mecanisme Català per a la prevenció de la tortura 2022*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://www.sindic.cat/site/unitFiles/9300/Informe%20MCPT%202022_cat.pdf

Taylor-Adams, S. & Vincent, C. (2004) System Analysis of clinical incidents: the London Protocol. *Clinical Risk*, 10(6)
<https://doi.org/10.1258/1356262042368255>

Téllez-Vargas, J. (2006). Impulsividad y suicidio. *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://waps.es/wp-content/uploads/sites/2/2018/09/IMPULSIVIDAD_Y_SUICIDIO.pdf

Torres, N. (2022). Dona I presó: Balanç de Les polítiques de gènere en l'àmbit de l'execució penal a Catalunya. *Revista d'estudis autonòmics I Federals*, 36, 241-279. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://raco.cat/index.php/REAF/article/view/409927>

Trejo, K. (2017). Conceptualización de los derechos humanos desde la perspectiva de género en relación con la reforma laboral. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 24
<https://doi.org/10.22201/ij.24487899e.2017.24.10814>

Tripodi, S.J. & Pettus-Davis, C. (2013) Histories of childhood victimization and subsequent mental health problems, substance use, and sexual victimization for a sample of incarcerated women in the US. *International Journal of Law and psychiatry* 36(1): 30–40. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.11.005>

Valverde, J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada*. Popular.

Vijayakumar L. (2015). Suicide in women. *Indian J Psychiatry*, 57(suppl 2) 233-238. DOI: [10.4103/0019-5545.161484](https://doi.org/10.4103/0019-5545.161484)

Watzke, S., Ullrich, S., & Marneros, A. (2006). Gender-and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(7), 414-421. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0656-4>

Wittouck, C., Favril, L., Portzky, G., Van Der Laenen, F., Declercq, F., & Audenaert, K. (2016). Correlates of suicidal ideation in incarcerated offenders: a pilot study in three Belgian prisons. *Journal of Criminal Psychology*, 6(4), 187-201. <https://doi.org/10.1108/JCP-03-2016-0009>

Zabala, C. (2015). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia* [Tesi doctoral, Universidad Complutense de

Madrid]. Universidad Complutense de Madrid
<https://hdl.handle.net/20.500.14352/26808>

Zhong, S., Senior, M., Yu, R., Perry, A., Hawton, K., Shaw, J. & Fazel, S. (2021) Risk factors for suicide in prisons: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 6(3): 164–174. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30233-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30233-4)

Zisook, S. & Shear, K. (2009) Grief and bereavement What psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74. <https://doi.org/10.1002%2Fj.2051-5545.2009.tb00217.x>

Referències de pàgines web

Council of Europe (2022) *Annual Penal Statistics – SPACE I 2021*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.coe.int/en/web/prison/space>

Departament de Justícia, Drets i Memòria. Generalitat de Catalunya. (11 de Junio de 2019). *Nou Protocol conjunt de prevenció de suïcidis a presons* [Vídeo en pàgina de Facebook] Facebook. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.facebook.com/justiciacat/videos/1167045770163713>

Departament de Justícia, Drets i Memòria. Generalitat de Catalunya (setembre, 2023) *Descriptors estadístics serveis penitenciaris: defuncions*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: https://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/12_pob.html

EUROSTAT (2023, octubre). *Death due to suicide*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?lang=en>

Organización Mundial de la Salud (2019, junio). *Preventing Suicide: a resource series*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-series>

Organización Mundial de la Salud (2021, junio). *Suicidio*. Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Referències de normatives

ACORD GOV/210/2023, de 17 d'octubre, *pel qual es crea el Programa temporal per abordar els incidents vinculats a les conductes suïcides dels interns i les conductes violentes que pateixen els professionals als centres penitenciaris de Catalunya*. Departament de Justícia, Drets i Memòria. Generalitat de Catalunya. (DOGC Núm. 9023 - 19.10.2023). Recuperat 15 novembre, 2023, de: <https://cido.diba.cat/legislacio/16218589/acord->

[gov2102023-de-17-doctubre-pel-qual-es-crea-el-programa-temporal-per-abordar-els-incidentes-vinculats-a-les-conductes-suicides-dels-interns-i-les-conductes-violentes-que-pateixen-els-professionals-als-centres-penitenciaris-de-catalunya-departament-de-justicia-drets-i-memoria](https://www.gub.cat/informacio/2023/10/17/2023-10-17-doctubre-pel-qual-es-crea-el-programa-temporal-per-abordar-els-incidentes-vinculats-a-les-conductes-suicides-dels-interns-i-les-conductes-violentes-que-pateixen-els-professionals-als-centres-penitenciaris-de-catalunya-departament-de-justicia-drets-i-memoria)

Departament de Justícia i Departament de Salut (2020) *Programa marc de prevenció del suïcidi als centres penitenciaris catalans*. Generalitat de Catalunya

Departament de Salut (Generalitat de Catalunya). (2021) *Pla de prevenció de suïcidis de Catalunya (2021-2025)*. Direcció General de Planificació en Salut. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/6319/pla_prevencio_suicidi_catalunya_2021_2025_2021.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES. (2002) *ABC de Género en la Administración Pública*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100903.pdf

Instrucció 2/2021, de 28 d'abril, *per la qual es fa difusió dins l'àmbit d'execució penal del Programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris de Catalunya, validat per la Comissió de seguiment de l'Acord de coordinació entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut per al desenvolupament d'un programa d'atenció a la salut mental i les addiccions en el marc de les actuacions dels serveis d'execució penal de Catalunya*.

Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima. Departament de Justícia, Drets i Memòria Generalitat de Catalunya. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

https://justicia.gencat.cat/web/.content/documents/instruccions_i_circulars/instruccio-2-2021-programa-prevencio-suicidis.pdf

Instrucción 001/2023, de 24 de abril, relativa al *Programa de Prevención de Suicidios en el Ámbito Penitenciario*, de la Dirección de Justicia del Gobierno vasco.

Instrucción 5/2014 de la SGIP relativa al Programa de Prevención de Suicidios, que deroga la I 14/2005. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

https://www.institucionpenitenciaria.es/documentos/20126/78885/Instruccixn_I-5-2014.pdf

Instrucción 9/2022 de 1 de septiembre, para la introducción de la perspectiva de género en la prevención de suicidios en el ámbito penitenciario. Recuperat 15 novembre, 2023, de:

[https://www.institucionpenitenciaria.es/documentos/20126/78885/I%209-2022.pdf.xsig%20\(3\).pdf](https://www.institucionpenitenciaria.es/documentos/20126/78885/I%209-2022.pdf.xsig%20(3).pdf)

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. (Versión

resumida). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avaliat, Conselleria de Sanidad. Recuperat 15 novembre, 2023, de:
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf

Ministry of Justice: HM Prison & Probation Service (2015) *Cell sharing risk assessments*. Recuperat 15 novembre, 2023, de:
<https://www.gov.uk/government/publications/cell-sharing-risk-assessments-psi-202015>

Ministry of Justice: HM Prison & Probation Service (2021) *Management of prisoners at risk of harm to self, to others and from others (safer custody)*. Recuperat 15 novembre, 2023, de:
<https://www.gov.uk/government/publications/managing-prisoner-safety-in-custody-psi-642011>

Oficina para la Igualdad de Género (2010). *Guía para la incorporación de la perspectiva de género en las estrategias de desarrollo económico local*, Oficina Internacional del Trabajo. Recuperat 15 novembre, 2023, de:
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_145711.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). *Preventing Suicide. A global imperative*. Recuperat 15 novembre, 2023, de:
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2014b). *Prisons and Health*. Recuperat 15 novembre, 2023, de:
https://www.unodc.org/lpomex/uploads/documents/Publicaciones/Prevencion-del-delito-y-justicia-penal/2014_WHO_UNODC_Prisons_and_Health_eng.pdf

Public Health England (2018) *Gender Specific Standards to Improve Health and Wellbeing for Women in Prison in England* Recuperat 15 novembre, 2023, de:
<https://www.gov.uk/government/publications/women-in-prison-standards-to-improve-health-and-wellbeing>

Scottish Prison Service (2016) *Talk to me: prevention of suicide in prison strategy (2016-2021)*
<https://www.sps.gov.uk/Corporate/Publications/Publication-4678.aspx>

VELASCO, S. (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social (Gobierno de España). Recuperat 15 novembre, 2023, de:
<https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>

8. Annexos

Annex 1. Taula factors diferencials de gènere en l'àmbit de la prevenció del suïcidi

PROCÉS SUÏCIDA

En la població general, les dones realitzen més intents de suïcidis que els homes, malgrat que els homes tenen més probabilitats de morir en els seus intents (Canetto y Sakinofsky, 1998).

Les taxes de prevalença són majors en dones privades de llibertat que en dones de la població general, especialment pel que fa a la ideació suïcida (Favril i altres, 2019).

L'any 2021 a les presons espanyoles es van acollir al PPS el 6,7% de les dones preses. El percentatge en suïcidis consumats va ser del 0,6% en dones. El 64% de les dones mortes per suïcidi ja havien estat amb anterioritat en aplicació de PPS. (SGIP, 2022).

Per als homes, la duració del procés suïcida és més curta, per la dificultat de demanar ajuda i mostrar-se vulnerables (Schrijvers i altres, 2012).

L'any 2021 es van acollir al PPS el 4 % dels homes presos. El percentatge en suïcidis consumats va ser del 0,7% en homes. El 43% dels homes morts per suïcidi ja havien estat amb anterioritat en aplicació de PPS (SGIP, 2022).

MÈTODE

Les dones, empren mètodes menys mortífers i amb més facilitat de rescat (Barroso, 2019).

En l'àmbit penitenciari s'aplica un ús excessiu de medicació psiquiàtrica, realitzant una sobremedicalització que és freqüent envers les dones, i facilita l'accés a medicació que pot portar a sobredosis, entre altres riscos (Meléndez i altres, 2023).

El homes, mètodes més violents i més letals (Schrijvers i altres (2012).

HISTORIAL D'INTENTS DE SUÏCIDI

Tant per a homes com per a dones, un historial d'intents de suïcidi previs ha estat evidenciat com a un factor de risc greu (Favril i altres, 2019), tant a la presó com fora (Marzano i altres, 2016).

El 95,2% de les dones participants en un estudi que havien estat avaluades amb un risc de suïcidi de moderat a alt presentaven intents previs de suïcidi, enfront del 41,7% de la població femenina "ordinària" (CEJFE 2021).

El 53,4% de les dones preses a Quebec havien tingut intents de suïcidi previs, en comparació al 30% dels homes presos a Quebec, o el 13% d'homes a presons angleses (Daigle, 1999).

AUTOLESIONS

Les dones tendeixen a identificar en grau més alt a una persona concreta com una font d'estrès que afecta en les conductes autolesives (SGIP, 2022).

Per a les dones, compleixen moltes més funcions que pels homes, per exemple: ferir-se serveix com a via per no expressar la violència contra altres persones i no tan sols com a expressió d'ira (SGIP, 2022).

El 27,9% de les dones que van verbalitzar antecedents d'intents de suïcidis en el marc d'un estudi, havia tingut episodis d'autolesions previs (Bedriñana i altres, 2017).

Acostumen a ser més greus i perillosament letals en homes. Es recomana a més, fer una avaluació en profunditat, donat que és més habitual que amaguin o minimitzin els símptomes per no mostrar debilitat (SGIP, 2022).

VICTIMITZACIÓ PRÈVIA

Esdeveniments vitals estressants i adversos, com abusos físics, emocionals i/o sexuals, tant en la infància i adolescència com en l'edat adulta, augmenten la vulnerabilitat i exposició a conductes suïcides per a ambos sexes (Vijayakumar, 2015).

Diversos estudis demostren que les dones empresonades han viscut situacions de violència en un percentatge significativament més elevat que les dones de la

població general (Cruells i altres, 2005; Navarro i altres, 2016 Esquina i altres, 2022; Meléndez i altres, 2023).

En un estudi realitzat per Schrijvers i altres (2012), homes que han estat víctimes d'abusos sexuals a la infància autoinformen haver intentat suïcidar-se més (55%) que dones que havien estat víctimes d'abusos sexuals infantils (29%).

SALUD MENTAL

Els antecedents de malaltia mental i problemes emocionals són considerats factors de risc tant el homes com en dones (Metzner, 2002). A més, la comorbiditat - és a dir, la presència de dos o més trastorns simultanis - augmentarà significativament el risc (Navarro i altres, 2016).

Elevada prevalença de trastorns mentals en les dones empresonades amb unes xifres que varien entre el 59,2% (Watze i altres, 2006) i el 80,9% (Bedriñana i altres, 2017) segons els estudis. A Catalunya, gairebé el 80% de les dones preses estan diagnosticades de depressió i més del 30% d'altres trastorns mentals (Meléndez i altres, 2023).

Aproximadament un 54% de les dones preses presenten comorbiditat entre trastorn mental i consum de drogues, mentre que el percentatge en homes correspon al 40% (James i Glaze, 2006).

Els homes, demanen ajuda amb menys freqüència que les dones, per la qual cosa poden estar infradiagnosticat (Millán i altres, 2020).

En el cas dels homes, és més habitual que la decisió de demanar ajut es doni en un episodi de crisi i no durant el transcurs de la malaltia (Sánchez-López, 2015).

CONSUM DE SUBSTÀNCIES

El consum de substàncies, inclòs l'alcohol i psicofàrmacs, s'ha evidenciat també com un factor de risc per a ambos sexes (Navarro i altres, 2016; Negrodo i altres, 2011); Téllez-Vargas, 2006).

Alta prevalença de consum en dones privades de llibertat (Fazel i altres, 2017b; Navarro i altres, 2016).

En el cas de les dones, s'evidencia una relació entre consum abusiu de substàncies i una trajectòria de victimització física i sexual (Tripodi i Pettus-Davis, 2013).

Associació més significativa entre el consum de substàncies i les ideacions suïcides en les dones (Favril i altres, 2019; Tripodi i altres, 2013).

A Catalunya, al voltant d'un 50% de dones que han realitzat conductes autolesives consumeixen alcohol o altres drogues, com psicoestimulants, cocaïna o benzodiazepines (Navarro i altres, 2016).

En el cas dels homes, existeix un risc més alt quan hi ha una cormobilitat entre consum d'alcohol, depressió i pèrdues personals (Canetto y Sakinofsky, 1998)

SUPORT SOCIAL

Impacte més sever de l'empresonament en les dones i els seus entorns a causa del rol que generalment ocupen com a cuidadores principals. Causant sentiments de culpabilitat i angoixa (Torres, 2022).

En les dones, la separació dels fills i filles pot provocar problemàtiques com ansietat, depressió i addicció a psicofàrmacs, simptomatologia que en molts casos pot passar desapercebuda (García-Vita i altres, 2017).

Per a les dones, les responsabilitats familiars i les relacions de parella significatives actuen com a factors protectors de la ideació suïcida (Navarro i altres, 2022).

Especialment per a les dones, tenir fills o filles és un factor de protecció (Marzano i altres, 2010).

Complir condemna en un mòdul de mares en el cas de tenir fills o filles menors de tres anys pot ser un factor de protecció, tanmateix, el moment de la separació es pot constituir com un factor de risc (Herrero, 2019).

Existeix per als homes major risc de suïcidi entre els solters, separats, divorciats i vidus en comparació amb els casats, mentre que per les dones no és un factor de risc (Schrijvers, Bollen y Sabbe, 2012).

Situacions de soledat o ruptura de la parella s'evidencien com a factors de risc en el cas dels homes (Echeburúa, 2015).

Per als homes, les responsabilitats familiars i les relacions de parella significatives actuen com a factors protectors de la ideació suïcida (Navarro i altres, 2022).

TRETS DE PERSONALITAT

Trets de personalitat com poca tolerància a l'estrès, inestabilitat emocional, impulsivitat i temeritat es relacionen amb un major risc de suïcidi tant en homes com en dones (CEJFE, 2021).

Les dones privades de llibertat tenen en comú, en diferenciació amb els homes, una gran dependència emocional, derivada principalment de situacions traumàtiques i victimització prèvia (Meléndez i altres, 2023).

Les dones presenten el tret d'instabilitat emocional en un 68,4% dels casos mentre que els homes únicament en un 25% (CEFJE, 2021).

La impulsivitat (Barroso, 2019), agresivitat i trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat és més rellevant en homes (Schrijvers et al., 2012).

RÈGIM DISCIPLINARI

Tant per homes com per a dones, els trets de personalitat mencionats anteriorment poden comportar conductes que impliquin sancions penitenciàries, com regressions de grau o ingressos en mòduls tancats, que són un factor de risc (Navarro i altres, 2016)

Totes les dones que han realitzat el programa N'VIU han tingut expedients disciplinaris molt greus i/o greus, que molts cops deterioren el seu estat de salut físic i mental (CEJFE, 2021).

Un 52,3% de les dones que presenten diagnòstic psiquiàtric presenten també un alt risc de violència intrainstitucional (Esquina i altres 2022).

Tot i que les dones preses acostumen a protagonitzar incidents menys violents que els homes i, en acabar, és més habitual que es reconciliïn, es conclou que l'aïllament provisional, les corretges homologades i la força física s'apliquen en major percentatge en dones que en homes. (MNPT,2021).

El 24,5% de les dones a les quals se les hi ha aplicat una mesura coercitiva han manifestat conductes d'autòlisi (Navarro i altres, 2016).

BIAIX I ESTEREOTIPS DE GÈNERE DEL PERSONAL PENITENCIARI

Segons Velasco (2009), alguns exemples poden ser: desvaloritzar les queixes de les dones, considerar que aquestes queixes es deuen a la seva debilitat o dependència afectiva, centrar-se en la seva funció maternal i de cuidadores.

Diversos estudis coincideixen a dir que malgrat que en els mòduls d'homes la conflictivitat és més violenta, les dones tenen més sancions disciplinàries (Martin, 2015).

Manca de formació en perspectiva de gènere (Torres, 2022).

Sobrevaloració i credibilitat de la fortalesa masculina (SGIP, 2022).

INTERVENCIÓ

En la intervenció amb dones es recomana:

- Prestar especial atenció a la salut mental, principalment a regular trastorns emocionals greus (SGIP, 2022).
- Potenciar relacions personals i el desenvolupament del benestar i d'estratègies d'afrontament positiu del conflicte (optimisme, estabilitat emocional...) que poden mitigar l'afectació de situacions i factors estressants. Aquesta qüestió també és rellevant en homes (SGIP, 2022).
- Abordar els processos de victimització prèvia (SGIP, 2022).
- Fomentar la seva participació en activitats i programes, equiparant-la a la dels homes (SGIP, 2022).
- Evitar la infantilització i sobreprotecció (SGIP, 2022).

El model de masculinitat hegemònica se sustenta sobre el poder com a dominació i la imatge de l'home basada en la força, la competitivitat i el control emocional, el que pot comportar una major dificultat per aquests per expressar les seves emocions i, per tant, per identificar les problemàtiques subjacents.

En la intervenció amb homes, s'ha de treballar especialment en l'àmbit emocional, per a fomentar l'expressió i regulació emocional, així com insistir en la importància de demanar ajuda i en el desenvolupament d'estratègies d'afrontament positives.

Promoure la corresponsabilitat familiar i els treballs de cures entre els homes (PLAPRESC, 2021).