



**cejfe**

Ámbito de Ejecución Penal

**Evaluación de una  
intervención psicoeducativa  
para personas con conducta  
suicida en el medio  
penitenciario.  
Proyecto N'VIU**

Investigación propia

**Autores**

 Generalitat de Catalunya  
**Departament de Justícia**

 **CHV** HOSPITAL  
UNIVERSITARI  
DE VIC

Año 2021

**Evaluación de una intervención  
psicoeducativa para personas  
con conducta suicida en el  
medio penitenciario.**

**Proyecto N'VIU**

## **Equipo de Trabajo**

Quintí Foguet Boreu (coordinador estudio) Hospital Universitario de Vic

Manel Capdevila Capdevila (coordinador estudio) CEJFE

## **Hospital Universitario de Vic**

Judit Pons Baños; Lola Riesco Miranda

## **Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada**

Berta Framis Ferrer; Ester Vilà Valls; Mònica Alberch Ylla; Pablo Romero Seseña

## **Secretaría de Medidas Penales, Rehabilitación y Atención a la Víctima, y centros penitenciarios**

Jordi Camps Martí, Pilar Fernández Serna, Anna Sanjuan Torres, Ana Haro Royo, Mireia Pérez del Olmo, Elisabet Bernad Tarragó, Marta Pérez Prieto, Saray Valdivieso Muñoz, Joan Pere Queralt Beltran, Joaquim López Mata, Eleuteria Pérez Ortiz, Alicia Casals de Pages, David Raya Munuera, Alejandra Idelsohn Zielonka, Ana Diego Gavaldà, María Rosa Miralpeix Bigas, Lluís Soria Sánchez, Carme Díaz del Álamo, Lorena Ripoll Ripoll, Eva Valcárcel Muntané, José Antonio Rubio de la Torre, Núria Llopis Roca

## Aviso legal



Esta obra está sujeta a una licencia de *Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 No adaptada de Creative Commons*, cuyo texto completo se encuentra disponible en [https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_ES)

Así pues, se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública del material, siempre que se cite la autoría del mismo y el Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia), y no se haga un uso comercial ni se transforme para generar obra derivada.

# Índice

1. Introducción.....	1
2. Estado actual del tema.....	3
2.1. Marco teórico: encuadre científico y técnico. Estudios y líneas de trabajo .....	3
2.2. Datos estadísticos: Europa, España, Cataluña, población general frente a población penitenciaria .....	4
2.3. Encuadre en población penada: bibliografía existente, dónde estamos ..	6
3. La investigación.....	8
3.1. Objetivos.....	8
3.2. Muestra.....	8
3.3. Metodología .....	10
3.3.1. Diseño del estudio.....	10
3.3.2. Variables y métodos de medida .....	11
3.3.3. Intervenciones.....	13
3.3.4. Recogida de datos .....	14
3.3.5. Análisis estadístico.....	14
3.3.6. Aspectos éticos .....	15
3.4. Etapas del desarrollo y distribución de tareas .....	16
4. Resultados .....	18
4.1. Características de la población objeto del estudio.....	18
4.2. Según el sexo .....	18
4.2.1. Variables personales.....	18
4.2.2. Variables penitenciarias .....	21
4.2.3. Variables penales.....	23
4.3. Según si el sujeto ha ingresado en el módulo de psiquiatría .....	24
4.4. Según si el sujeto presenta un <i>alto riesgo</i> de violencia autodirigida (variable RisCanvi) .....	27
5. Comparación de la población N'Viu con la población penitenciaria <i>ordinaria</i> 31	
5.1. Comparación global (hombres y mujeres) .....	31
5.1.1. Variables personales.....	32
5.1.2 Variables penales.....	34
5.1.3 Variables penitenciarias .....	36

5.2. Perspectiva de género: las diferencias entre la mujer N'Viu y la mujer de la población penitenciaria <i>ordinaria</i> .....	40
6. Diferencias entre el grupo intervención y el grupo control.....	44
7. Impacto de la intervención: situación al cabo de un año.....	52
7.1. Situación de los internos en el centro penitenciario .....	52
8. Discusión de los resultados.....	57
8.1. Sobre la población del programa N'Viu.....	57
8.2. Sobre la eficacia del programa N'Viu.....	59
8.3. Comparativa con otros estudios .....	68
9. Conclusiones y propuestas .....	70
9.1. Conclusiones .....	70
9.2. Propuestas.....	72
10. Referencias bibliográficas .....	75
11. Anexos .....	78
Anexo 1. Plantilla de descripción de las variables extraídas del SIPC .....	78
Anexo 2. Hoja informativa para los participantes.....	94
Anexo 3. Consentimiento informado a los participantes .....	96

# 1. Introducción

La conducta suicida es un fenómeno complejo que genera una gran preocupación en la sociedad actual, y se constituye en un grave problema de salud pública. Según un estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014, el número de muertes anuales como consecuencia del suicidio superó la cifra de 800.000 personas en todo el mundo. En el caso de los jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, el suicidio supone la segunda causa principal de muerte. En el contexto penitenciario, esta prevalencia aumenta considerablemente, y a menudo, es la causa de muerte individual más común dentro de las instituciones penitenciarias. Según los datos aportados por el Consejo de Europa, en el año 2004, en Europa la tasa de suicidios en este ámbito fue siete veces superior a la de la población general. En todo el Estado español, las muertes en custodia que tuvieron como causa el suicidio fueron, en el año 2017, un total de 27, con una tasa de incidencia de 0,79 por 1.000 internos, la mayoría hombres<sup>(1)</sup>, superando la tasa poblacional de suicidios del mismo año, que fue de 0,52 por 1.000 habitantes. En Cataluña, el mismo año, hubo ocho casos de suicidio, con una tasa de incidencia de 0,96 por 1.000 internos, mientras que la tasa en la población general se situaba en 0,66 suicidios por 1.000 habitantes<sup>(2)</sup>.

Las personas internas en centros penitenciarios presentan conductas y pensamientos suicidas a lo largo de la vida. Los detenidos preventivos, por ejemplo, tienen una tasa de intentos de suicidio 7,5 veces más alta que la población general, y en el caso de personas condenadas, esta tasa es casi seis veces más alta. Hay varios hechos que convergen con relación a las causas de suicidio en prisión preventiva, las personas que incumplen la legislación suelen tener asociados varios factores de riesgo de suicidio («importan» el riesgo) y la tasa de suicidio es mayor entre el grupo de personas que han delinquido, incluso después de la salida de prisión. Los factores de riesgo de las personas internas se desglosan entre aquellos relacionados con la propia reclusión (proceso, entorno y personal), con las características propias del interno y con el historial de autolesiones. Los servicios penitenciarios deben tratar y velar por

la salud física y mental de estas personas vulnerables, con especial atención y dedicación extra mientras estén en prisión bajo su tutela. Además, el hecho de estar en prisión también es un acontecimiento estresante, incluso para reclusos sanos<sup>(3,4)</sup>.

Teniendo en cuenta la elevada prevalencia, así como por el hecho de ser una decisión que toma el propio individuo (y por tanto, evitable si se detecta y se interviene a tiempo), no es de extrañar que, últimamente, se hayan impulsado diferentes programas y medidas para prevenir la conducta suicida. El *Programa de intervención grupal psicoeducativa para personas con conducta suicida en el medio penitenciario (N'Viu)*, nace del interés y la preocupación de los profesionales que trabajan en el ámbito de ejecución penal, tanto de la Dirección General de Servicios Penitenciarios como de los propios centros que dependen de él, respecto a una problemática tan frecuente en este ámbito de trabajo.

La comunidad científica ha puesto en evidencia que se puede prevenir el suicidio mediante estrategias de promoción de la salud mental, de diagnóstico precoz, de tratamiento y de identificación de factores de riesgo y de los factores protectores.

El ámbito penitenciario debe ser permeable a estas nuevas estrategias preventivas, con la inaplicación de todos los agentes de la institución, con el objetivo de dar apoyo a las personas vulnerables con conductas suicidas. Para poder lograrlo, hay que empezar a hablar abiertamente de ello y luchar contra el estigma que genera.



## **2. Estado actual del tema**

### **2.1. Marco teórico: encuadre científico y técnico. Estudios y líneas de trabajo**

La conducta suicida es un fenómeno muy complejo que se asocia a múltiples factores de riesgo individuales, interpersonales, comunitarios y sociales, y que pueden variar a lo largo del tiempo.

El suicidio impacta en las personas más vulnerables de la población mundial y es altamente prevalente en los grupos marginados y discriminados de la sociedad, uno de los cuales es la población penitenciaria.

Cerca de la mitad de las muertes que tienen lugar en prisión son por suicidio, que se convierte, así, en la principal causa de muerte en las prisiones de todo el mundo<sup>(6)</sup>.

En cuanto a los factores de riesgo para la conducta suicida, específicamente en población reclusa, se encuentran los siguientes<sup>(7)</sup>:

- Autolesión / intento de suicidio: joven, etnia blanca, sentencia inferior a doce meses, cadena perpetua, prisión preventiva y delito de violencia previo (solo en mujeres).
- Intento de suicidio de alta letalidad: etnia blanca, sin estudios, prisión previa, menos de treinta días en prisión, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, psicosis, trastornos por uso de sustancias, antecedentes de tratamiento psiquiátrico, intentos previos de suicidio (dentro y fuera de la prisión), dos o más trastornos mentales.
- Suicidio: Ideación suicida, celda individual, historia de intentos de suicidio, diagnóstico psiquiátrico actual, medicación psicotrópica, prisión preventiva, cadena perpetua, delito de asesinato u homicidio, delito violento, problemas de consumo de alcohol, antecedentes de contacto con servicios de salud mental, estar casado antes de entrar en prisión.

La OMS nos indica que una de las bases de cualquier respuesta eficaz para la prevención de la conducta suicida está relacionada, por una parte, con la correcta identificación de los factores asociados a ella y, por otra, con la puesta en marcha de acciones y estrategias para la prevención del suicidio basadas en la mejor evidencia científica disponible<sup>(8)</sup>.

En los últimos años, ha habido un aumento de los estudios con evidencia científica, y gracias a ellos conocemos que los programas de prevención del suicidio requieren un abordaje integral y flexible que puedan incorporar una variedad de intervenciones desde los diferentes ámbitos, uno de ellos es el ámbito penitenciario.

## **2.2. Datos estadísticos: Europa, España, Cataluña, población general frente a población penitenciaria**

El suicidio constituye la primera causa de muerte externa en hombres en España, y es un problema de salud pública importante en Europa, con una tasa de 11,93 casos por 100.000 habitantes<sup>(9)</sup>. Aunque a nivel global, las cifras sobre el suicidio son difíciles de validar debido a que a veces los suicidios se computan como accidentes, muertes naturales o de causa desconocida, y por la reticencia en algunos países de certificar las muertes producidas en custodia como a suicidios<sup>(7)</sup>.

Las cifras de suicidio en prisiones de los diferentes países son discordantes, así, por ejemplo, en Francia la tasa de suicidio se sitúa en 179 por 100.000 reclusos, mientras que la mayoría de los países tienen una tasa de 100-150 por 100.000 reclusos. Por el contrario, en Estados Unidos, las tasas de suicidio en prisiones locales son de 41 por 100.000, y en prisiones estatales, de 16 por 100.000. Una posible explicación es la elevada proporción de prisioneros afroamericanos e hispanicos en EE. UU., que tienen tasas de suicidio más bajas, pero incluso entre los internos blancos, las tasas de suicidio son más

bajas que en muchos países europeos (80 por 100.000 en prisiones locales de EE.UU. y 25 por 100.000 en prisiones estatales de EE.UU.)<sup>(7)</sup>.

El suicidio y las autolesiones son más frecuentes en la población reclusa que en la población general de similar edad y sexo. El riesgo relativo de suicidio en hombres en prisión es de 3 a 6 veces mayor en comparación con la población general, y con riesgo más elevado entre las mujeres internas (con riesgos relativos superiores a 6)<sup>(7)</sup>, y es la autolesión una causa sustancial de morbilidad, pero menos estudiada que el suicidio. En un estudio en prisiones inglesas, se encontró que, en 12 meses bajo custodia, un 5-6 % de los hombres y un 20-24 % de las mujeres se autolesionaron<sup>(10)</sup>.

Los intentos de suicidio de alta letalidad pueden ser una representación válida de los suicidios en prisión, y tienen ventajas por delante de la autopsia psicológica, porque permite evaluar un rango más amplio y profundo de factores de riesgo<sup>(7)</sup>.

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2018 en España<sup>(9)</sup> murieron por suicidio 3.539 personas, de las que 33 fueron por suicidio en las prisiones españolas y 9 en las prisiones catalanas (IDESCAT, 2018)<sup>(2)</sup>.

Las tasas de suicidios en las prisiones catalanas fueron 9 veces superiores a la media de la población de Cataluña, ya que la prevalencia de suicidios en Cataluña fue de 0,006, y en las prisiones catalanas, de 0,54. Son datos que nos reafirman la necesidad de implantación de programas de prevención eficaces.

### **2.3. Encuadre en población penada: bibliografía existente, dónde estamos**

La prevención del suicidio en el entorno penitenciario comprende diversas medidas que incluyen el tratamiento de los trastornos mentales, la mejora de las condiciones de vida de los internos, el apoyo social a los presos, el cribado en el ingreso, la capacitación del personal, el tratamiento, la supervisión adecuada de los reclusos en riesgo y las mejoras en la seguridad del entorno físico<sup>(5,7)</sup>.

En general, los estudios indican la importancia de un cribado del riesgo de suicidio, con una planificación de la atención integral basada en el riesgo identificado a la llegada a la prisión. La capacitación del personal en materia de evaluación y gestión del riesgo de suicidio es otra intervención recomendada, a menudo centrada en las habilidades comunicativas. Las evaluaciones de estos programas de capacitación no han mostrado un efecto sólido en los resultados sobre suicidios, pero han resultado aceptables para el personal. En las guías para la prevención del suicidio se recomienda la detección precoz de los reclusos al ingreso, adoptar medidas en respuesta a una detección de riesgo y la valoración continua del riesgo. Se hace hincapié en el intercambio de información multidisciplinar, conjuntamente con un tratamiento adecuado de la salud mental. Finalmente, se recomienda la mejora de la seguridad del entorno físico (por ejemplo, la eliminación de posibles riesgos, como son los puntos de suspensión de ligaduras)<sup>(7)</sup>. En esta línea, hay trabajos como el de Perry y Horton en 2020, en el que se reevalúa una herramienta ya validada en Inglaterra entre 2003 y 2004, que sirve para identificar el riesgo de suicidio y de autolesiones en prisiones, y que acaban validando una nueva herramienta, la Suicide Concerns for Offenders in the Prison Environment (SCOPE) 2, con la misma finalidad, la de prevenir conductas suicidas<sup>(11)</sup>.

Empieza a haber alguna experiencia de programas específicos de prevención del suicidio en entornos penitenciarios. En Francia se propone adaptar el programa «VigilanS», que ya se aplica a la población general, a la población reclusa<sup>(5)</sup>.

Otra iniciativa, que, de manera secundaria, busca la prevención del suicidio, es una intervención grupal para internos con trastorno mental severo llevado a cabo en Estados Unidos. Los resultados mostraron que los participantes encontraron la intervención grupal muy útil, y además, se asoció con la capacidad cognitiva, la mejora psiquiátrica y el aumento de la motivación, todos ellos factores importantes para el éxito del tratamiento y la planificación del alta. Los autores constatan que las intervenciones grupales son eficaces y eficientes, y abogan por el desarrollo de más intervenciones de grupo específicas para el entorno penitenciario, dirigidas a diferentes grados de problemas de salud mental<sup>(12)</sup>.

## 3. La investigación

### 3.1. Objetivos

#### Principal

Evaluar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa realizada por profesionales de la rehabilitación para disminuir el número de conductas suicidas en medio penitenciario.

#### Secundarios

1. Demostrar el impacto en cuanto a severidad de la ideación suicida.
2. Determinar cómo afecta la intervención a los síntomas de ansiedad y depresión.
3. Describir el impacto de la intervención sobre la calidad de vida.
4. Comprobar la factibilidad de la intervención en cuanto a satisfacción de los participantes y adherencia a la misma.

### 3.2. Muestra

La muestra inicial, compuesta por un total de 70 sujetos, no presenta diferencias significativas entre el *grupo intervención* y el *grupo control*, y demuestra la aleatoriedad de la selección. Las variables que se han comparado son variables personales, penales y penitenciarias.

En el transcurso de la aplicación del programa **N'Viu**, 8 sujetos fueron excluidos de la investigación por diferentes motivos: traslado de centro, por no realizar las sesiones mínimas necesarias u otros. Finalmente, el estudio lo componen 62 sujetos. También hemos comparado las variables personales, penales y penitenciarias de este grupo resultante, y se mantiene la igualdad de los grupos.

Tenemos un total de 49 hombres, 22 en el *grupo de intervención* y 27 en el *grupo control*. Y 21 mujeres, 6 en el *grupo de intervención* y 15 en el *grupo control*.

Las características que presentan los participantes en el estudio son: más proporción de hombres —aunque inferior a su representatividad en la población penitenciaria, que es del 93 %—, mayor proporción de personas de nacionalidad española, con estudios de primaria y ESO. Los del *grupo de intervención* tienen una proporción más alta en *ingresos en enfermería*, con diferencias significativas. No hay en cambio diferencias significativas en *tentativas de suicidio* ni en variables sensibles del RisCanvi<sup>1</sup>. Esta es la herramienta de evaluación estructurada que utiliza el sistema penitenciario catalán para evaluar la situación personal, penal y penitenciaria del sujeto. Las variables que podrían tener influencia en los resultados, si alguno de los dos grupos estuviera sobrerrepresentado, *serían el desajuste infantil, falta de apoyo familiar, sufrir un trastorno mental severo, dar una respuesta limitada al tratamiento, mostrar un pobre afrontamiento del estrés, presentar rasgos de impulsividad y/o de inestabilidad emocional*. Ambos grupos presentan porcentajes similares, sin diferencias significativas.

---

<sup>1</sup> La herramienta RisCanvi se puso en marcha en el sistema penitenciario catalán en 2010, y contiene una lista de factores de riesgo específicos para cada tipo de violencia futura que se quiere evaluar y para el quebrantamiento de condena; y una combinación algorítmica que permite obtener un valor de riesgo cuantitativo y cualitativo, que es una orientación para la toma de decisiones de los técnicos. El valor de riesgo puede ser bajo, medio o alto. Como objetivo inmediato, da una predicción de riesgo de violencia futura, pero el fin último es anticiparse a esta posibilidad para fomentar el desistimiento del delito de los sujetos que se valoran con este riesgo alto o medio.

La escala RisCanvi *Screening* es una escala de cribado que permite discriminar a los sujetos de bajo riesgo de los que son de alto riesgo. Consta de 10 factores de riesgo, se aplica a toda la población penitenciaria y permite discriminar los casos en los que se deberá pasar el RisCanvi Completo para averiguar características específicas de los sujetos y afinar el grado de riesgo.

La escala RisCanvi Completo está formada por 43 factores, agrupados en las siguientes áreas: criminales; personales y biográficas; sociales y familiares; clínicas y de personalidad, y solo se pasa a personas con delitos violentos o comportamientos de riesgo detectados con el *cribado*.

### 3.3. Metodología

#### 3.3.1. Diseño del estudio

El diseño del estudio fue un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado de dos grupos, con evaluación ciega de las variables de respuesta, de un año de seguimiento.

**Población de estudio.** Internos e internas de diferentes centros penitenciarios (CP): mujeres del CP Brians 1, chicos del CP Jóvenes, hombres del CP Brians 2 y del CP Quatre Camins de las comarcas de Barcelona, abarcan estos centros en 2018 una población de 4.004 personas, casi la mitad de la población penitenciaria reclusa (8.367 personas)<sup>(13)</sup>.

**Criterios de inclusión.** Se incluyeron a todos los participantes que hubieran presentado intentos de suicidio valorados en algún momento de la condena como de riesgo *moderado* a *alto* (protocolo prevención suicidio).

**Criterios de exclusión.** Se excluyeron a aquellas personas con trastorno mental en situación de descompensación, discapacidad intelectual o deterioro cognitivo. En algunos casos de primer grado o sancionados o en aislamiento prolongados se valoró por el equipo directivo de forma individualizada la idoneidad de la participación en el programa.

**Muestra y reclutamiento.** En cada centro, los profesionales formularon una primera propuesta de inclusión de los participantes en el ensayo clínico basada en: a) personas que estaban en el registro de intentos de suicidio en el último año, b) internos que en el Programa de Prevención de Suicidio (a partir de ahora PPS) se las había etiquetado de riesgo *alto* o *moderado* en el último año, c) personas que en el RisCanvi (herramienta de evaluación del riesgo de violencia autodirigida disponible en los CP) constara que había tenido algún episodio de riesgo de violencia autodirigida en el último año, y d) internos que habían participado en el PPS en el último año. Cada centro tenía previsto reclutar a 24 participantes. A la mitad de los grupos se les asignaría al *grupo control* y el resto formaría parte del *grupo intervención*. El reclutamiento sería consecutivo en cada centro penitenciario. A partir de la lista de los participantes



reclusos, la asignación aleatoria se hizo a partir de un programa estadístico y por un investigador ajeno a los centros participantes. Esta asignación se hizo después de que se comprobara que cumplía los criterios de selección y que el participante había firmado el consentimiento para participar.

**Tamaño muestral.** Aceptando un riesgo alfa de 0,15 y un riesgo beta de 0,80 en un contraste bilateral, serán necesarios 30 sujetos en cada grupo para detectar una diferencia en el tamaño del efecto de 0,6, usando un t-test para grupos independientes<sup>(14)</sup>.

Finalmente, finalizaron  $n = 22$  en el *grupo de intervención* y  $n = 36$  en el *grupo control*.

### **3.3.2. Variables y métodos de medida**

#### *Variable dependiente*

Número total de conductas suicidas registradas durante el período de intervención.

#### *Variables independientes*

1. Variables sociodemográficas, penales y penitenciarias: Se recopilaron las variables que forman parte del Sistema de Información Penitenciario Catalán (SIPC), que incluye variables personales (sexo, país, nacionalidad, estudios, etc.), variables penales de la causa base (antecedentes, delitos, tipos de pena), variables penitenciarias (preventivo, permisos, incidentes, etc.) y variables de actividades (participación en los diferentes programas del centro) (Anexo 1).

Otras variables: se registraron el número de sesiones psicoeducativas que en las que había participado el sujeto en el estudio. Antecedentes médicos autorreportados y medicación actual autorreportada.

2. Severidad de la ideación suicida. Se usó la escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS). La C-SSRS es una entrevista semiestructurada que incluye cuatro

constructos: 1.º) gravedad de la ideación con una subescala que evalúa 5 tipos de ideación de gravedad creciente (escala de 5 puntos, de 1: deseos de muerte, a 5: ideación suicida con plan específico e intención), 2.º) intensidad de la ideación, con una subescala formada por 5 elementos: 2 de ellos (frecuencia y duración) se evalúan con una escala de 5 puntos (del 1 al 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evalúan con una escala de 6 puntos (del 0 al 5), 3.º) conducta suicida, con una subescala que evalúa con una escala nominal las tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida, y el 4.º) letalidad de la conducta suicida, con una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa, que se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de, 0: no hay lesión física, al 5: muerte), si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos<sup>(15,16)</sup>.

3. Escala de ansiedad y depresión: Escala de Hamilton para la depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS). La HDRS es una escala heteroadministrada que consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. El marco de referencia temporal se sitúa en el momento de la entrevista, exceptuando algunos ítems que exploran los dos días anteriores, y una puntuación en 3 factores: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13), ansiedad (ítems 9 a 11) y sueño (ítems 4 a 6). Cada ítem tiene entre 3 y 5 posibles respuestas, con una puntuación de 0 a 2 o de 0 a 4, respectivamente. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro depresivo que va de 0 a 52. Los puntos de corte recomendados por la guía de The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) son: 0 a 7: no depresión, 8 a 13: depresión leve, 14 a 18: depresión moderada, 19 a 22: depresión severa, y  $\geq 23$ : depresión muy severa<sup>(17)</sup>.

Escala de Hamilton para la ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS). La HARS es una escala heteroaplicada que tiene por objetivo valorar la intensidad de la ansiedad. Está formada por 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. El marco de referencia temporal son los tres últimos días en todos los ítems, excepto el último.

Proporciona una medida global de la ansiedad que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno: 0 a 5: no ansiedad, 6 a 14: ansiedad leve, y  $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave<sup>(18)</sup>.

4. Calidad de vida. Se midió con el cuestionario de salud EuroQoL-5D (EQ-5D). Es un cuestionario autoaplicado que consta de dos partes: la primera, evalúa cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Para cada dimensión se describen tres estados: ausencia de problemas (1 punto), problemas moderados (2 puntos) y/o graves (3 puntos). La segunda parte es una escala analógica-visual representada por una línea vertical graduada del 0 (peor estado de salud imaginado) al 100 (mejor estado de salud imaginado). Está validada para la población catalana<sup>(19)</sup>.

5. Encuesta de satisfacción de la intervención grupal psicoeducativa.

### **3.3.3. Intervenciones**

Los participantes que cumplían los criterios de inclusión se distribuyeron en dos grupos:

1. *Grupo intervención (GI)*. El grupo de intervención psicoeducativa, formado por entre 10 y 12 personas, fue conducido por dos profesionales (uno de ellos siempre fue psicólogo, el otro podía ser psicólogo o educador). En algunas sesiones se invitó a participar a otros colaboradores, como psiquiatras, educadores, trabajadores sociales, entrenadores deportivos, etc., que podían actuar como observadores externos o implementar la sesión. El programa consta de 13 sesiones, con una frecuencia semanal de una o dos sesiones por semana, y con una duración de 90 minutos por sesión. La estructura de las sesiones se describe detalladamente en el programa **N'Viu**.

2. *Grupo control (GC)*. Los participantes en este grupo recibieron una hoja informativa sobre la participación en el estudio y firmaron el consentimiento informado, sin más intervención.

El programa psicoeducativo fue conducido por profesionales de rehabilitación. Cada sesión educativa fue guiada por dos profesionales, preferentemente un psicólogo y un educador. Previamente al inicio de la intervención grupal psicoeducativa, estos profesionales recibieron una formación presencial de 10 horas, en dos sesiones formativas lideradas por dos expertas (psicóloga y enfermera) en la prevención e intervención del suicidio.

El objetivo de la formación fue proporcionar los conocimientos necesarios sobre suicidio, conducción y observación de grupos y técnicas de resolución de problemas y activación conductual.

También ofreció la posibilidad de supervisión telefónica o presencial para aclarar dudas o reconducir dificultades o inquietudes que surgieran en el momento de las intervenciones grupales. Esta supervisión fue llevada a cabo por psicólogos integrantes del equipo investigador y expertos en la conducción de grupos psicoeducativos.

#### **3.3.4. Recogida de datos**

En el trabajo de campo participaron diferentes profesionales: los evaluadores que realizaron las entrevistas basales y al finalizar el estudio, que no fueron concedores del grupo asignado a cada paciente. Y un segundo grupo de profesionales que realizaron los grupos psicoeducativos (2 profesionales por cada grupo).

#### **3.3.5. Análisis estadístico**

Se hizo un análisis de cada uno de los objetivos a tratar. Todas las personas que aceptaron participar, firmaron el consentimiento informado e hicieron la primera entrevista inicial fueron incluidas en el análisis. Se procedió a un análisis estadístico descriptivo de los datos para evaluar la homogeneidad entre el *grupo intervención* y el *grupo control* en las diferentes variables estudiadas. Para evaluar el objetivo principal (disminución del número de

conductas suicidas) se utilizó un análisis multivariante, como variable dependiente se consideró el número de conductas suicidas, y como variable independiente, el grupo al que pertenecía el participante. Se calcularon las *odds ratio* (OR) crudas y ajustadas. Se hizo un análisis de la varianza de medidas repetidas (ANOVA) para determinar la evolución de las variables dependientes durante el seguimiento. Se calcularon variables diferencia de la puntuación de la escala C-SSRS y de las otras escalas respecto a la situación basal. Para la comparación de las diferencias entre variables de los dos grupos se usó la prueba t de Student. El tamaño del efecto será estimada mediante el *Standardized effect size* (SES)<sup>(20)</sup>. El nivel de significación estadística utilizado para las pruebas de hipótesis formuladas se estableció en el 5 %. El análisis se llevó a cabo mediante el programa SPSS para Windows, versión 25.

### **3.3.6. Aspectos éticos**

El estudio fue presentado y aprobado por el CEIC de la Fundación Instituto Universitario para la investigación en la Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) (Código 19/179-P). Se diseñó una hoja informativa para el participante con un lenguaje comprensible (Anexo 2) y también una hoja para el consentimiento informado (Anexo 3). En todo momento se ha garantizado la confidencialidad y el anonimato de los datos, según las leyes estatales vigentes (Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, LOPD), tanto en la fase de ejecución como en las presentaciones o publicaciones que derivan del estudio. Se siguieron también las normas nacionales e internacionales según la declaración de Helsinki y Tokio, sobre aspectos éticos y normas de buena práctica en investigación clínica.

### 3.4. Etapas del desarrollo y distribución de tareas

El reclutamiento de los participantes se llevó a término de forma simultánea en todos los centros penitenciarios que participaban. El número de centros fue de 4, y la muestra prevista fue de 60 individuos. Previamente al reclutamiento se hizo un entrenamiento de los profesionales conductores de la intervención. Esta actividad duró 10 horas. El reclutamiento de los participantes lo hicieron los mismos profesionales conductores de las sesiones. Estos explicaron el estudio y, si el participante daba su conformidad, se le citaba para una primera entrevista de evaluación. En esta primera entrevista se volvían a revisar los criterios de selección y se realizaban las preguntas y los cuestionarios indicados en el cuaderno de recogida de datos (CRD). Cada entrevistador disponía de la asignación de los participantes en cada grupo (intervención y control). Si el participante era seleccionado para ser incluido en el *grupo intervención*, se le citaba para iniciar el grupo psicoeducativo. En el caso contrario, se le proporcionaba material psicoeducativo sobre suicidio y se le citaba para una segunda visita, para resolver dudas sobre el material entregado.

Distribución de tareas\*:

- Revisión y actualización bibliográfica: SMPRAV, CEJFE y HUV
- Diseño y preparación del CRD: HUV
- Diseño y preparación intervención psicoeducativa: SMPRAV y HUV
- Reclutamiento de participantes: CEJFE y SMPRAV
- Entrenamiento de los profesionales conductores de la intervención.

Supervisión y soporte: SMPRAV, CEJFE y HUV

- Entrenamiento profesionales entrevistadores: SMPRAV, CEJFE y HUV
- Aplicación del programa **N'Viu** y pasar de pruebas diagnósticas antes y después del programa **N'Viu** (profesionales de tratamiento de centros penitenciarios)
- Asignación de participantes en grupos de estudio: HUV
- Grabación de datos y custodia: CEJFE
- Análisis de datos: CEJFE y HUV

- Realización de informes: SMPRAV, CEJFE y HUV
- Realización comunicaciones y publicaciones: SMPRAV, CEJFE y HUV

\* Abreviaturas: HUV: Hospital Universitario de Vic (Servicio de Epidemiología). CEJFE: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Unidad de Investigación en Ejecución Penal). SMPRAV: Secretaría de Medidas Penales, Reinserción y Atención a la Víctima (Servicio de Rehabilitación) (Centros penitenciarios)

## Plan de trabajo temporizado

	2019-2020														
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	...12
Elaboración del marco teórico															
Revisión sistemática + documento trabajo															
Presentación del CEIC															
Formación de profesionales															
Inclusión de participantes*															
Recogida de variables + intervención psicoeducativa (en <i>grupo intervención</i> )															
Intervenciones psicoeducativas															
Evaluación															
Análisis estadístico, interpretación de los resultados															
Difusión de los resultados y publicación															

## 4. Resultados

### 4.1. Características de la población objeto del estudio

En este apartado describiremos el perfil de la población objeto de estudio, es decir, de las personas que han tenido conductas autolíticas durante el cumplimiento de la pena privativa de libertad. Las conductas autolíticas son las que tienen intención real de hacerse daño y/o suicidarse. Hay que diferenciarlas de las conductas autolesivas, en las que la finalidad es lesionarse para calmar la ansiedad, pero sin una intención suicida.

Presentamos estas características personales, penales y penitenciarias de los sujetos diferenciándolas según tres variables: en primer lugar, por sexo; en segundo lugar, si han tenido un ingreso o no en el módulo de psiquiatría dentro de la propia prisión, y en tercer lugar, si en la predicción de riesgo del RisCanvi el sujeto presenta un alto riesgo de *violencia autodirigida*. Esta descripción se basa en los datos registrados en SIPC de cada uno de los internos que han participado en el estudio.

### 4.2. Según el sexo

#### 4.2.1. Variables personales

La muestra (N = 70) es mayoritariamente de nacionalidad española: lo son un 52,9 % de los hombres y un 76,2 % de las mujeres. En el grupo de extranjeros, encontramos sobrerrepresentados a los hombres de origen magrebí (30,6 %).

Las mujeres son 5 años mayores que los hombres en el momento de ingresar en prisión por la *pena base* (la que cumplen ininterrumpidamente en la actualidad): 33,5 frente a 28,2 años.

Las mujeres muestran, en proporción, un nivel educativo superior y más repartido que el de los hombres. Un 66,7 % de ellas tienen estudios por encima de la primaria, mientras que la proporción en los hombres es del 40,8 %.



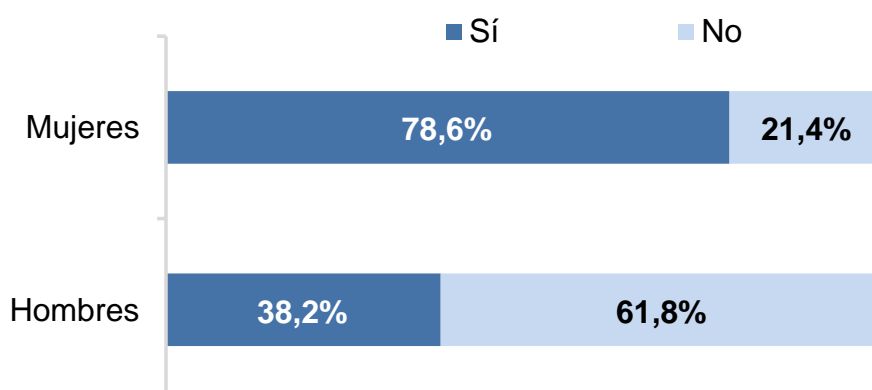
En las variables personales del RisCanvi, dos de cada tres hombres y mujeres han sufrido *desajustes infantiles* (como problemas de comportamiento en la infancia, mala conducta habitual, bajo rendimiento escolar o abandono de la escuela). A más del 60 % de hombres y mujeres les *faltan recursos económicos*, más del 70 % tienen *problemas de empleo* y presentan una *ausencia de planes de futuro*. También en dos de cada tres hombres y mujeres hay una *socialización problemática* con su familia (es decir, las relaciones en la familia de origen —biológica, adoptiva, centro de acogida...— se han caracterizado por la indiferencia, la hostilidad o el uso frecuente de los castigos). La gran mayoría (más del 85 %) no tiene *cargas familiares*, no deben tener cuidado de padres, ni hijos ni tienen personas dependientes a cargo.

Destacamos que el 20 % de las mujeres han sido víctimas de violencia de género. Esto significa que han sido víctimas de violencia física, sexual o psicológica por parte de sus parejas o exparejas en el último año.

A un 21,6 % de hombres y un 16,7 % de mujeres se les ha diagnosticado un trastorno mental severo, de acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994), el CIE-10 (OMS, 1992) o sus versiones actualizadas, en algún momento de su vida.

En proporción, las mujeres presentan más trastornos de personalidad, Clúster B (78,6 %) que los hombres (38,2 %).

**Gráfico 1. Trastorno de personalidad según el sexo**



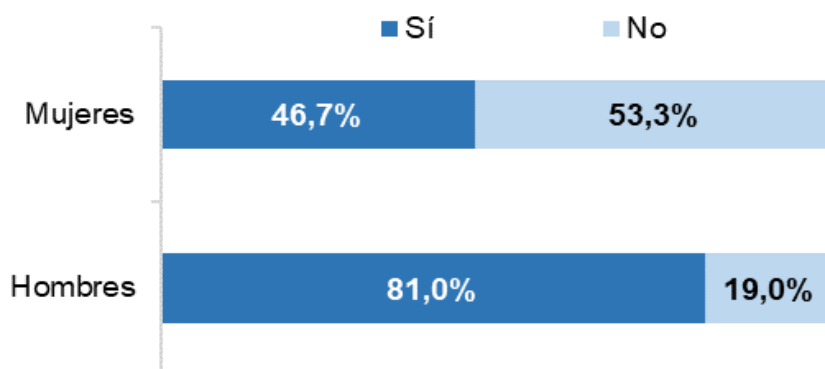
La *temeridad* (la disposición temperamental que provoca una aparente necesidad crónica de realizar actividades de riesgo, tener experiencias nuevas

y rechazar la actividad rutinaria o aislada, con preferencia por actividades en grupo y por iguales similares) está más presente en mujeres (68,4 %) que en hombres (25,0 %). La diferencia en los porcentajes es significativa.

Destacamos que un 31,3 % de las mujeres han tenido actitudes de *promiscuidad sexual de riesgo* a lo largo de su vida (es decir, hipersexualidad irresponsable, conducta sexual violenta o algún tipo de desviación o trastorno), mientras que en los hombres solo se detecta en un 9,3 % de los casos.

El porcentaje de hombres en los que se recoge (en el RisCanvi) un *abuso de drogas* en el último año es del 81,0 %. En cuanto a las mujeres, el porcentaje es del 46,7 %. En consumo de drogas, los hombres casi doblan a las mujeres, aunque la mitad de estas son consumidoras.

**Gráfico 2. Drogodependencia según sexo**



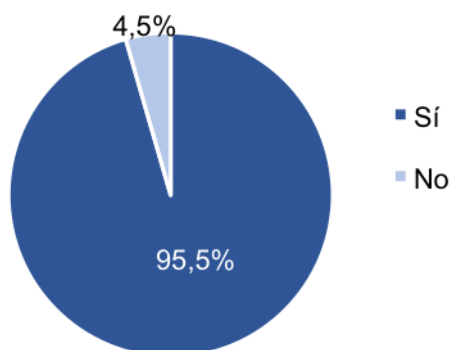
Un 90 % de los individuos (tanto de un sexo como del otro) muestran una pobre tolerancia al estrés en el momento del estudio.

Según los datos obtenidos en el RisCanvi, prácticamente la totalidad de los hombres y las mujeres participantes en el estudio han tenido conductas autolesivas a lo largo de su vida.

Cuatro de cada cinco hombres y mujeres muestran altos porcentajes en *impulsividad* y en *inestabilidad emocional* (fluctuaciones en el estado de ánimo o en el comportamiento, propensión a reaccionar de forma exagerada, súbita y explosiva, tanto conductualmente como emocionalmente. Inestabilidad en las

relaciones interpersonales, el trabajo o sus residencias), y también en *irresponsabilidad* (al no cumplir con sus obligaciones o compromisos propios de su edad, mostrando un estilo de vida parasitario, sin aceptar la responsabilidad de sus propias acciones).

**Gráfico 3. Conductas autolesivas**



#### **4.2.2. Variables penitenciarias**

Más del 90 % de los hombres y mujeres no disfrutaban de *permisos ordinarios* ni de *salidas* de ningún tipo en el momento del estudio.

Destacamos que hay una diferencia significativa en cuanto al seguimiento de programas de tratamiento especializados: las mujeres los siguen en el 81,0 % de los casos, mientras que los hombres solo en el 57,1 %. Pero hay que destacar que ambos sexos muestran una *respuesta limitada a estos tratamientos*, en una proporción del 84 % (variable recogida en RisCanvi).

Gran parte de los individuos han estado en *módulos de especial supervisión*<sup>2</sup> durante la *pena base*: un 78 % de hombres, mientras que, en las mujeres, el

---

<sup>2</sup> Los *módulos de especial supervisión* son módulos de estabilización de la conducta institucional de alta contención para casos de internos con extremo riesgo de fuga o peligrosidad extrema persistente, en los que la intervención educativa y técnica es intensiva y especializada para garantizar los aspectos de seguridad interior o de contención de situaciones de crisis (*Model de Rehabilitació a les presons catalanes*, 2011: 62). Se incluyen también aquí los Departamentos Especiales, en los que los internos cumplen el primer grado penitenciario.

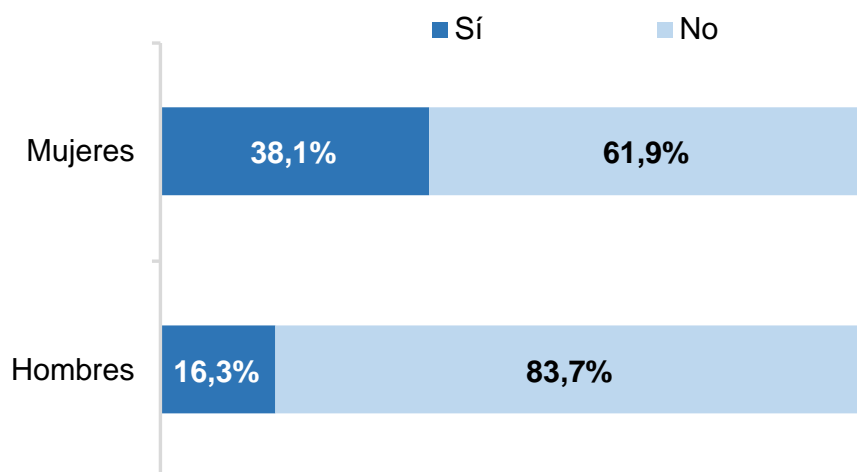
porcentaje asciende al 95 %. De hecho, es importante destacar que las mujeres presentan 18 entradas más de media a estos módulos que los hombres, aunque estos estén más días de media (213 días frente 198 de las mujeres).

De las variables penitenciarias podemos extraer un perfil conflictivo dentro de la institución penitenciaria, con muy poca adaptación, dado que ambos sexos presentan altos porcentajes en regresiones de grado (69,2 %), expedientes disciplinarios (87,1 %) e incidentes de conflictos con otros internos (80,3 %).

El número de individuos que han sido *ingresados en enfermería* es del 72,9 %, en la misma proporción en hombres y mujeres, mientras que sobre los *ingresos en psiquiatría*, los han tenido el 42,9 % de los hombres y el 38,1 % de las mujeres. El número de personas que han tenido *incidentes de autolesión* durante la condena es similar en ambos sexos, con una media del 65,7 %, como ocurre con las *sobredosis por consumo de drogas*, con una media del 20 %.

Cabe destacar que el número de mujeres que han tenido *intentos de suicidio* es significativamente superior (38,1 %) en comparación con los hombres (16,3 %), más del doble.

**Gráfico 4. Tentativa de suicidio según sexo**



Consultable en la página web: [http://justicia.gencat.cat/web/.content/enllacos/pdf/model\\_rehabilitacio\\_presons\\_catalanes.pdf](http://justicia.gencat.cat/web/.content/enllacos/pdf/model_rehabilitacio_presons_catalanes.pdf)

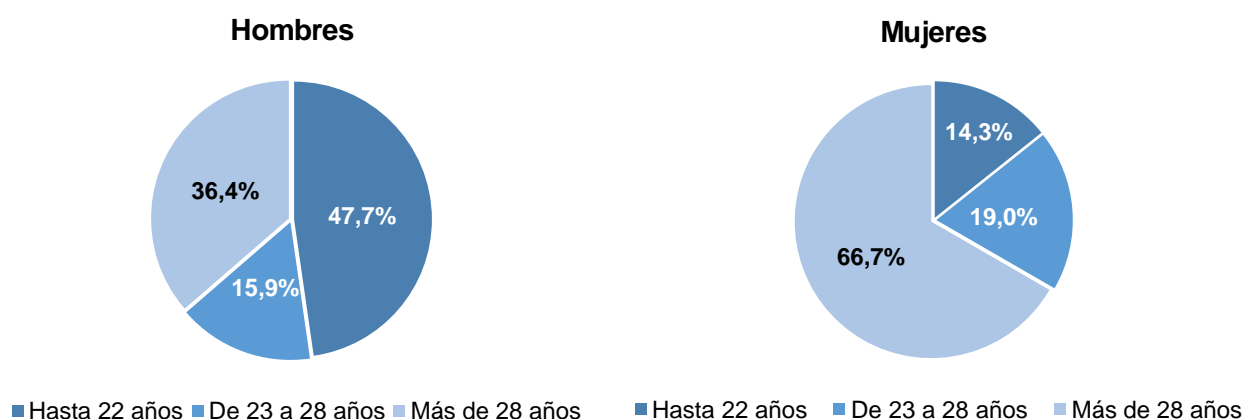
El grupo de mujeres de este estudio también presentan otro dato destacado: todas (100 %) tienen *expedientes disciplinarios* durante la *pena base*. Si bien la diferencia es significativa respecto a los hombres, que los tienen en un 81,6 % de los casos.

Todo este comportamiento disruptivo, hace que muy pocos hombres y mujeres disfruten de *salidas programadas* (7,1 %) ni *permisos* (8,6 %). No hay diferencias significativas en estas variables.

#### 4.2.3. Variables penales

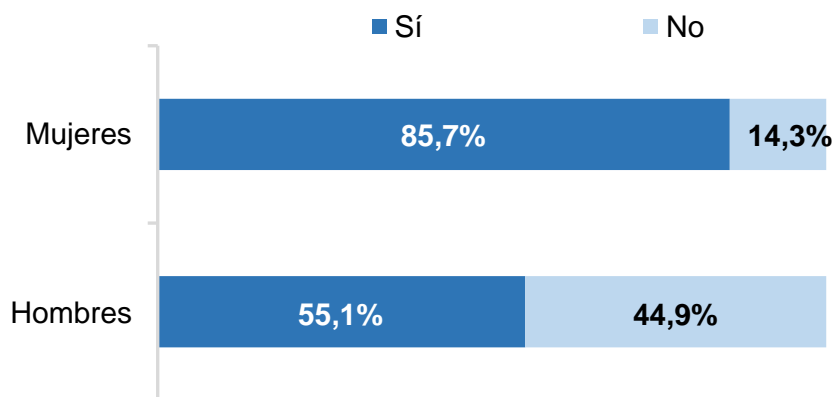
Los hombres son más jóvenes en el momento de cometer el delito de la *pena base* (lo hacen antes de los 22 años en un 47,7 % de los casos), mientras que las mujeres tienen más de 28 años en el 66,7 % de casos.

Gráfico 5. Edad al cometer el delito base según el sexo



A más de la mitad de los sujetos de la muestra, tanto hombres como mujeres, se les han impuesto penas superiores a los 5 años. Destaca significativamente que las mujeres cometen *delitos violentos* en un 85,7 % de los casos, mientras que, en los hombres, la proporción es del 55,1 %.

**Gráfico 6. Delito violento según el sexo**



Sin embargo la *carrera delictiva* está claramente más marcada en hombres que en mujeres. Un 86 % de los hombres presentan un incremento de la frecuencia, gravedad y diversidad de los delitos, frente al 60 % de las mujeres.

Aunque no es una diferencia significativa, las mujeres presentan una media de 3 ingresos penitenciarios anteriores, frente a los 2 que presentan los hombres.

#### **4.3. Según si el sujeto ha ingresado en el módulo de psiquiatría**

De la muestra de 70 personas, un total de 29 ha tenido algún ingreso en el módulo de psiquiatría a lo largo de la *pena base* (ya hemos comentado que han sido el 42,9 % de los hombres y el 38,1 % de las mujeres). Queremos saber qué diferencias significativas presentan las que han entrado respecto de las que no. Comentaremos solo aquellas donde hemos encontrado estas diferencias, de forma conjunta en las variables personales y penitenciarias.

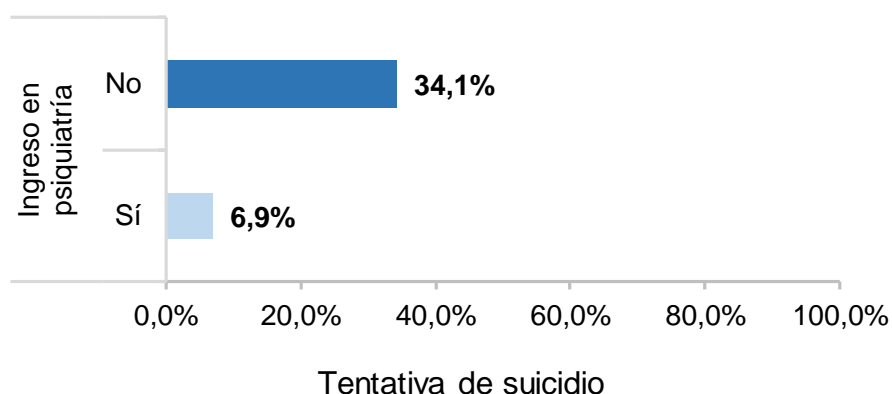
De los que han ingresado en un módulo de psiquiatría, un 51,7 % han sido *extranjeros* (frente al 35,7 % que les correspondería por su proporción en este *grupo de intervención*). En cambio, han pasado el 48,3 % de los españoles (frente al 64,3 % que les correspondería por proporción).

Respecto al perfil personal, destaca que las personas ingresadas en psiquiatría tienen menos proporción de *problemática de socialización con la familia* (50 %, frente al 82,9 % de los que no han ingresado en psiquiatría), y presentan en menos proporción de *actitudes procriminales* (48,1 % frente al 86,8 % de los que no han ingresado en psiquiatría), *temeridad* (21,1 % frente al 50 %) y *hostilidad* (36,4 % frente al 67,7 %).

También en positivo, tienen un porcentaje más elevado de *aprovechamiento de los programas de tratamiento especializado*, y otro dato muy destacado es que presentan menor proporción de *tentativas de suicidio*.

El paso por psiquiatría se ha convertido en un factor protector y eficaz para reducir las tentativas de suicidio, como muestra el gráfico 7.

**Gráfico 7. Tentativa de suicidio según si han ingresado o no en psiquiatría**



En general, el comportamiento penitenciario de las personas ingresadas en psiquiatría es más adaptado y menos problemático que las personas de este estudio que no han pasado por este módulo.

Tienen menos movilidad de módulo: 15 dependencias de media, frente a las 18 de los que no han pasado por psiquiatría. El hecho de pasar por muchas celdas, módulos y dependencias siempre se ha mostrado como un factor indirecto de inestabilidad conductual. Pero, en el caso de las mujeres de Brians 1, la movilidad forzosamente es baja, pues solo tienen un departamento, el DERT y la UHPP.

Menos *regresiones a primer grado*: 0,54 frente a 1,59 de los que no han pasado por psiquiatría.

Menos *expedientes disciplinarios por incidentes muy graves* (art. 108 RP): 4,72 frente a 15,12 de los que no han pasado por psiquiatría.

Menos *expedientes disciplinarios por incidentes graves* (art. 109 RP): 6,97 frente a 16,02 de los que no han pasado por psiquiatría.

Pero hay que tener presente que a los internos que cometen faltas graves o muy graves que están en psiquiatría no se les sanciona porque están precisamente en el módulo psiquiátrico. Esto puede incidir en el resultado de los datos y explicar por qué el comportamiento en unidades psiquiátricas es más adaptado.

Han pasado menos veces por *dependencias de especial supervisión*: 12,28, frente al 28,90 de los que no han pasado por psiquiatría, y han estado menos días de media: 87,14, frente a los 294,27 de los que no han pasado por psiquiatría.

Presentan menos *conductas autolesivas*: 1,55 frente a las 3,56 de media de los que no han pasado por psiquiatría.

Y están implicados en muchos menos *otros incidentes*: 8,97 frente a 23,9 de media de los que no han pasado por psiquiatría.

Todo ello hace que las valoraciones de conducta negativas hechas en el SAM (Sistema de Evaluación Motivacional, instrumento de medida evaluativa de la conducta del sistema penitenciario catalán) sean menores: 7,2 valoraciones negativas frente a las 13,0 valoraciones negativas de media de los que no han pasado por psiquiatría.

Todas estas variables presentan diferencias estadísticamente significativas.



#### 4.4. Según si el sujeto presenta un *alto riesgo* de violencia autodirigida (variable RisCanvi)

De la muestra de 70 personas, 69 tienen al menos una valoración hecha con la herramienta RisCanvi. En la variable predictiva de riesgo de *violencia autodirigida*, el 10,1 % dan *riesgo bajo* de violencia autodirigida (7 personas). El 24,6 % dan *riesgo medio* y el 65,2 % dan *riesgo alto*. A efectos del análisis comparativo en este apartado, hemos agrupado a las personas con pronóstico de *riesgo bajo o medio* (34,8 %) frente a las personas de *riesgo alto* (65,2 %).

Como en el apartado anterior, solo comentaremos de forma conjunta las variables personales y penitenciarias en las que hemos encontrado diferencias significativas. También algunas penales que señalan un tipo de perfil diferenciado.

En general, el perfil personal de los valorados con *riesgo alto* de cometer violencia autodirigida es más grave que el resto. La tabla 1 recoge las variables en las que encontramos diferencias significativas.

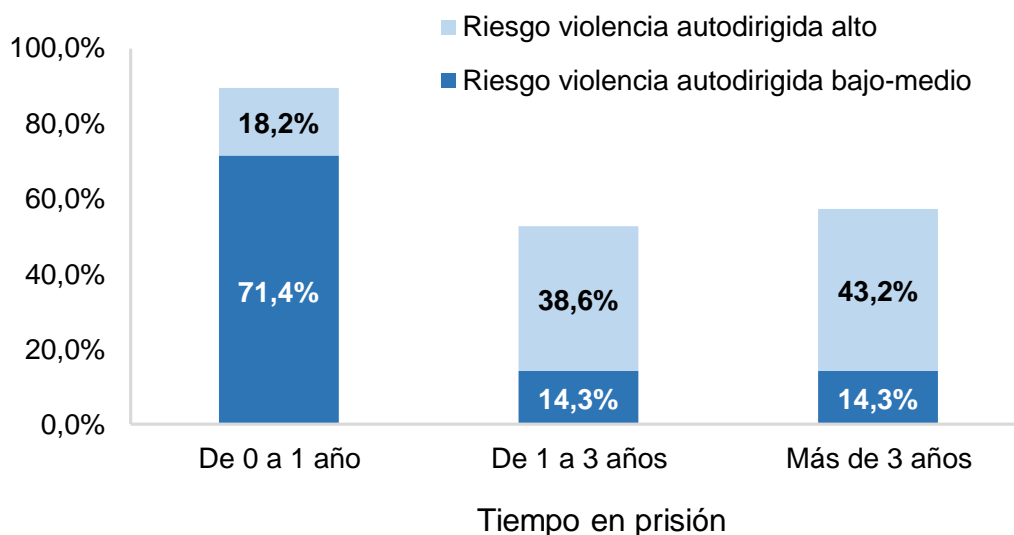
**Tabla 1. Diferencias entre pronóstico *bajo/medio riesgo* frente a *alto riesgo* de cometer una conducta de violencia autodirigida en las variables personales**

Variable	Riesgo violencia autodirigida	
	bajo/medio	alto
Ausencia de planes de futuro	47,40 %	89,30 %
Pertenencia a grupos sociales de riesgo	47,40 %	75,60 %
Abuso de drogas	56,50 %	82,40 %
Trastornos de personalidad	6,70 %	69,70 %
Actitudes procriminales	52,20 %	81,00 %
Temeridad	15,80 %	52,80 %
Rasgos de impulsividad e inestabilidad emocional	68,40 %	92,10 %
Hostilidad	17,60 %	72,20 %
Irresponsabilidad	70,60 %	94,70 %

En las variables penales y penitenciarias también hemos encontrado diferencias significativas.

Cuanto más larga es la pena, más porcentaje de personas con *riesgo alto* de cometer violencia autodirigida. A partir de 1 año, la proporción aumenta mucho.

**Gráfico 8. Riesgo de cometer violencia autodirigida según el tiempo de condena**



En general, el perfil penal nos muestra que las personas pronosticadas de *alto riesgo* de cometer violencia autodirigida presentan trayectorias delictivas más consolidadas y que hace más tiempo que duran, como muestra la tabla 2.

**Tabla 2. Diferencias entre pronóstico *bajo/medio* riesgo frente a *alto* riesgo de cometer una conducta de violencia autodirigida en las variables penales y penitenciarias**

Variable	Riesgo violencia autodirigida		Porcentaje
	bajo/medio	alto	
Historia de violencia (RisCanvi)	21,70%	88,40%	
Inicio de la actividad delictiva antes 16 años	20,80%	51,10%	
Incremento de la gravedad de los delitos (RisCanvi)	55,00%	88,40%	
Antecedentes penales en la familia (RisCanvi)	30,00%	57,10%	
Dependencias especial supervisión	70,80%	90,10%	
Sobredosis drogas	4,20%	28,90%	
Total de expedientes disciplinarios (RisCanvi)	70,80%	90,60%	
Conflictos con internos (RisCanvi)	66,70%	87,50%	
Regresiones de grado (RisCanvi)	38,10%	84,10%	
Respuesta limitada al tratamiento (RisCanvi)	66,70%	92,70%	

Número de ingresos penitenciarios anteriores	0,88	3,09	Media
Número de dependencias en prisión	14,50	18,04	
Número de dependencias de especial supervisión	14,29	26,62	
Número de días en dependencias especiales superv.	101,96	269,89	
Número de expedientes faltas muy graves (art.108)	5,13	14,04	
Número de expedientes faltas graves (art. 109)	5,17	16,31	
Número de regresiones a primer grado	0,52	1,51	
Número de autolesiones graves	0,04	0,27	
Número de autolesiones leves	1,46	3,47	
Número de otros incidentes	9,00	22,64	
Número de ingresos en psiquiatría	1,75	4,3	

Y respecto al perfil penitenciario, tienen una conducta más disruptiva que los identifica porque tienen muchos cambios de celda a lo largo de la *pena base*, con numerosos ingresos en dependencias de especial supervisión y muchos incidentes asociados de todo tipo, tanto hacia el entorno como hacia ellos mismos. El comportamiento que se recoge apunta más a mostrar personas que hacen conductas autolesivas para llamar la atención y que atiendan sus reivindicaciones que a conductas autolíticas con intentos reales de hacerse realmente daño o suicidarse.

En este sentido, habrá que seguir profundizando en este tema en otras investigaciones, pero parece un importante hallazgo: la herramienta del RisCanvi pronostica bien a las personas de *alto riesgo* de protagonizar conductas **autolesivas**, pero es el hecho de ingresar en el módulo de psiquiatría lo que pronostica adecuadamente si estas conductas son **autolíticas**.

Parece también claro que los dos perfiles presentan diferencias importantes, en los aspectos personal, penal y también en sus manifestaciones conductuales dentro del centro penitenciario.

La persona con conductas autolíticas presenta mucha más proporción de trastornos de personalidad, y con un seguimiento persistente y continuado de

su situación mental, responde al tratamiento y a las indicaciones del centro penitenciario con progresión y cierto grado de éxito.

La persona con conductas autolesivas presenta mucha más proporción de casos de trastorno de personalidad y, en general, tiene un perfil personal, penal y penitenciario de mucho más riesgo y más asociado al control y tratamiento penitenciario que al sanitario por su salud mental.

## 5. Comparación de la población N'Viu con la población penitenciaria *ordinaria*

### 5.1. Comparación global (hombres y mujeres)

En este capítulo se compara la población muestra que ha participado en el estudio del programa **N'Viu** (N = 70) —independientemente de si han sido asignados al *grupo de intervención* o al *grupo control*— con una muestra de la población penitenciaria *ordinaria*. Estos últimos son personas que han salido de prisión en los años 2014, 2015 y 2016 cuando estaban clasificados en segundo grado penitenciario con un pronóstico de riesgo bajo de reincidencia (n = 365). La comparación con este grupo la hacemos porque pensamos que representa las características más comunes de la mayoría de población penitenciaria (de ahí el calificativo de *ordinaria*). Quedan fuera de esta comparación las personas que han salido cuando estaban clasificadas en cualquier modalidad de medio abierto (tercer grado o libertad condicional), o en primer grado penitenciario (el más restringido). También quedan fuera del grupo de comparación todas aquellas personas que hayan salido desde el segundo grado penitenciario con una valoración de riesgo medio o alto de cometer nuevas reincidencias<sup>(23)</sup>.

El objetivo de esta comparación es situar al lector que ya conoce el mundo penitenciario, pero también al más neófito, sobre la diferencia o similitud del perfil de la población con riesgo de cometer conductas autolíticas y/o autolesivas respecto de la mayoría de características que presenta la población penitenciaria *ordinaria*.

Esta comparación se hace basándonos en las variables personales, penales y penitenciarias que ya hemos visto en el capítulo 4.

### 5.1.1. Variables personales

Las primeras comparaciones son identificativas y corresponden al sexo, nacionalidad, área geográfica de procedencia y edad (tabla 3).

**Tabla 3. Variables personales de la población N'Viu frente a la población penitenciaria ordinaria**

Variable	Categoría	N'Viu		Penitenciaría ordinaria		Total	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Hombre	49	70,0 %	353	**96,7 %	402	92,4 %
	Mujer	21	**30,0 %	12	3,3 %	33	7,6 %
Área geográfica de procedencia	España	45	*64,3 %	166	45,5 %	211	48,5 %
	UE	4	5,7 %	35	9,6 %	39	9,0 %
	Resto Europa	0	0,0 %	5	1,4 %	5	1,1 %
	Magreb	15	21,4 %	64	17,5 %	79	18,2 %
	Resto África	1	1,4 %	15	4,1 %	16	3,7 %
	Centro y Sur America	5	7,1 %	67	*18,4 %	72	16,6 %
	Asia	0	0,0 %	13	3,6 %	13	3,0 %
Nacionalidad	Español	45	**64,3 %	166	45,5 %	211	48,5 %
	Extranjero	25	35,7 %	199	**54,5 %	224	51,5 %
Edad	1er ingreso en prisión	**24,3 años		**35,3 años			
	Ingreso pena base	**30,0 años		**37,1 años			

\* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados, con significancia  $p \leq 0,05$

\*\* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados, con significancia  $p \leq 0,01$

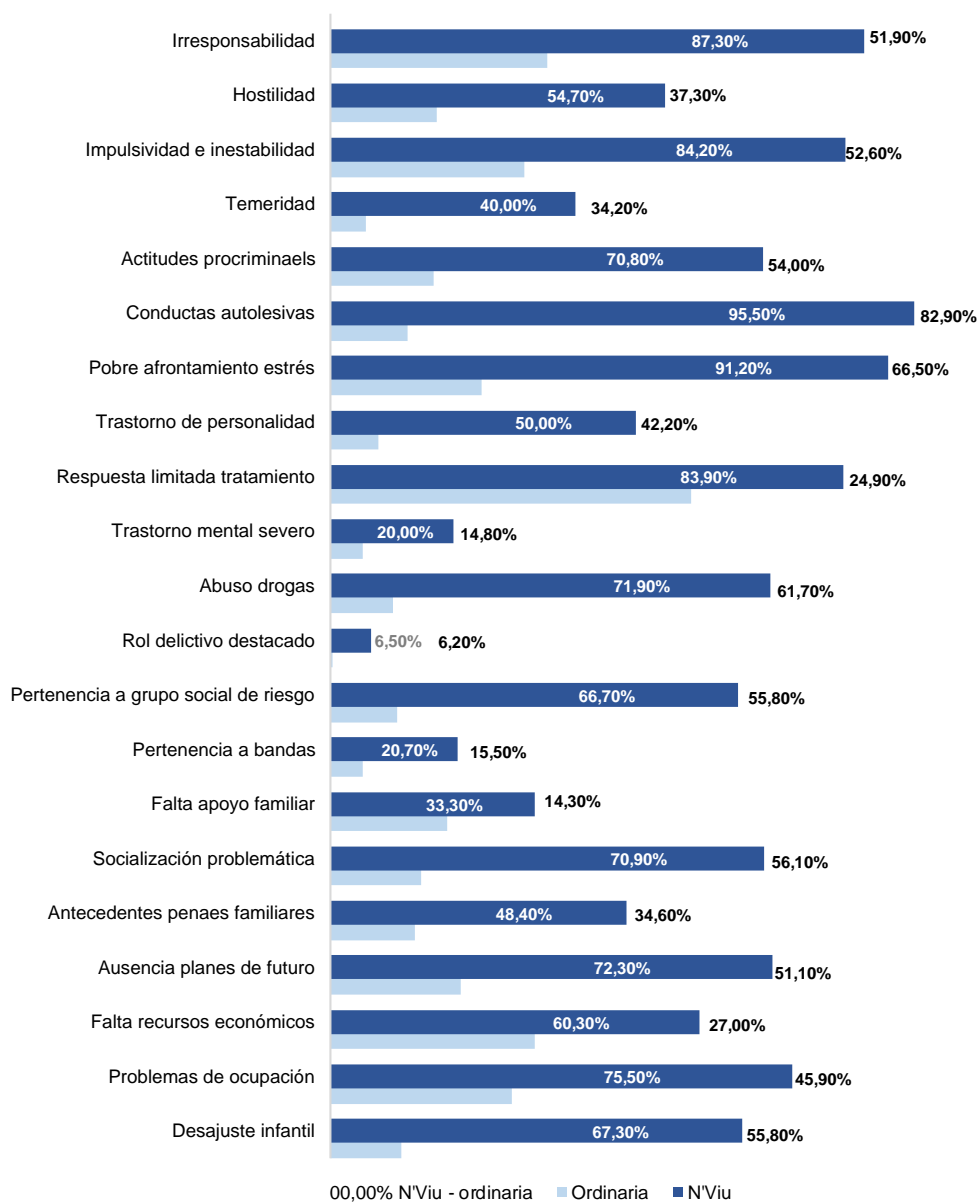
Como se puede ver, en la muestra de **N'Viu** hay una proporción más elevada de mujeres (en realidad, la proporción en la población *ordinaria* penitenciaria es de un 7 %). Específicamente este estudio ha querido tener una perspectiva de género y, por este motivo, se han seleccionado participantes provenientes del módulo de mujeres del CP Brians 1, para conseguir un número más elevado que su peso poblacional penitenciario. Luego, en el apartado 5.2, se hace una matización sobre las características de este grupo de mujeres.

El porcentaje de personas de nacionalidad española es significativamente mayor en la población **N'Viu** (64,3 %) respecto al grupo de comparación (45,5 %) y respecto a la población *ordinaria* penitenciaria (53,7 % en mayo de 2020, según las estadísticas mensuales de la SMPRAV). En la muestra **N'Viu** hay

muchos menos extranjeros de lo que correspondería, dado que para hacer el programa hay que entender el idioma español, y esto no siempre sucede.

Por otro lado, encontramos importantes diferencias en cuanto a la edad de los sujetos. Las personas de **N'Viu** son más jóvenes, tanto en el primer ingreso en prisión (seguramente la participación de CP Jóvenes como uno de los centros participantes, lo explica) como también en la *pena base* que debe cumplir el interno.

**Gráfico 9. Diferencias en las variables personales entre la muestra N'Viu respecto a la muestra penitenciaria ordinaria**



En el resto de las variables personales recogidas en RisCanvi encontramos grandes diferencias porcentuales (gráfico 9). La muestra **N'Viu** presenta un perfil mucho más vulnerable y de riesgo que la población penitenciaria general de segundo grado y bajo riesgo (la que estamos denominando *ordinaria*). Destacan algunas variables porque doblan el porcentaje de la población penitenciaria *ordinaria*: el *pobre afrontamiento del estrés*, el *abuso de drogas*, la *socialización problemática de la familia*, el *desajuste infantil*, la *pertenencia a grupo social de riesgo*, las *actitudes procriminales*, la *impulsividad e inestabilidad* y la *irresponsabilidad*.

Destacamos, por su importancia en el trabajo que presentamos sobre la salud mental de las personas privadas de libertad, que la muestra **N'Viu** tiene un 50 % de casos con trastornos de personalidad, según el RisCanvi, y un 20 % de trastornos mentales severos, también muy por encima del que se encuentra en la población penitenciaria *ordinaria*.

### 5.1.2 Variables penales

En cuanto a las variables penales, hay bastantes diferencias. Como con las personales, en las penales se recogen solo las significativas estadísticamente respecto a la población penitenciaria *ordinaria*, como se puede ver en el gráfico 10.

Los sujetos de **N'Viu** tienen condenas mucho más largas que la población penitenciaria *ordinaria*. Lo más común entre la *ordinaria* son condenas de hasta 3 años (59,2 %), y solo un 18,8 % de los sujetos de **N'Viu** tienen este tipo de condenas «cortas». En cambio, el 60 % cumplen condenas de más de 5 años, frente al 27,8 % de la población *ordinaria*.

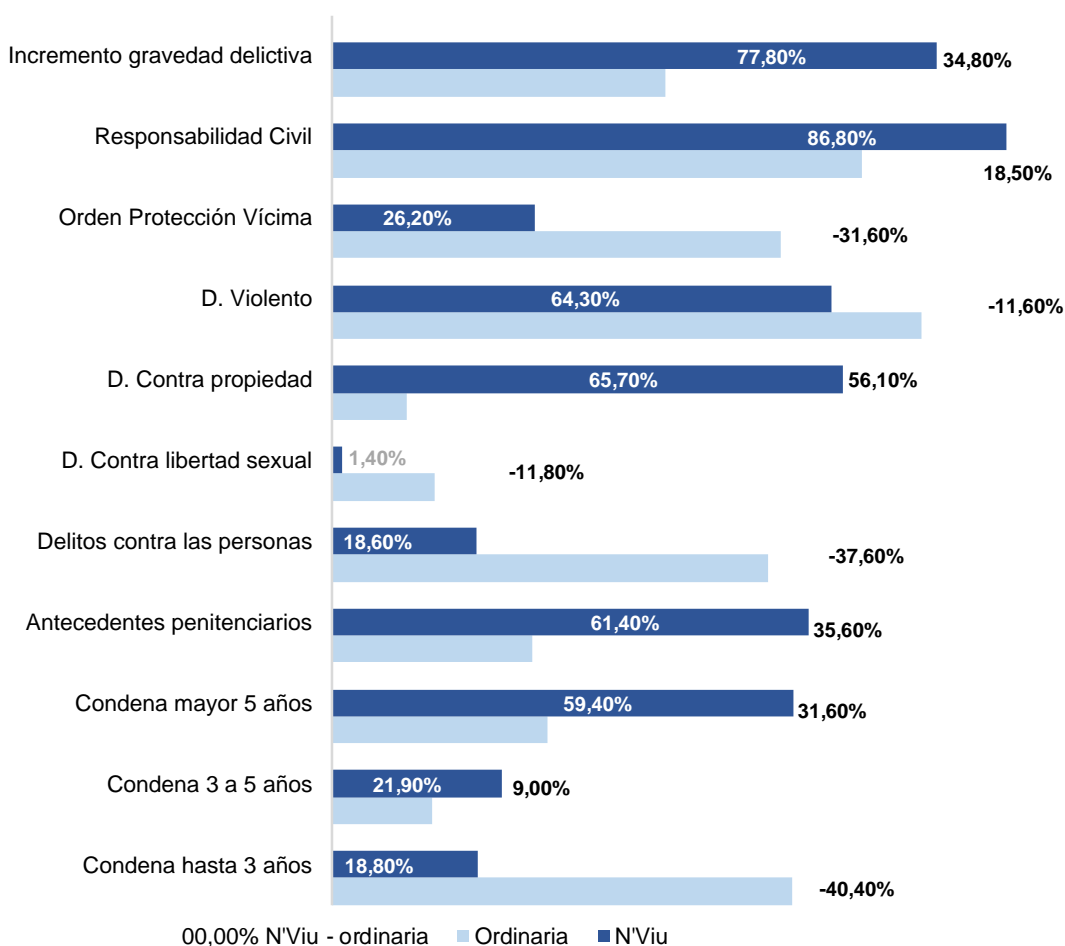
Los sujetos de **N'Viu** tienen, en mucha más proporción, *antecedentes penitenciarios* (61,4 %) y doblan a la población *ordinaria* que los tiene. Además, este historial ha venido acompañado de un incremento considerable de la *gravedad de la actividad delictiva* (77,8 %, frente al 43,0 % de la *ordinaria*).



Predominan los *delitos contra la propiedad* y, dentro de estos, los *violentos* (robos con intimidación y/o violencia). En cambio, no hay entre los sujetos de **N'Viu** tanta proporción de personas que tengan entre el delito principal *delitos contra las personas* o *contra la libertad sexual*, como sí los hay en la población penitenciaria *ordinaria*.

La mayoría (86,8 %) tiene que hacer frente al pago de una responsabilidad civil, 18,5 puntos por encima de lo que sería la proporción entre la población penitenciaria *ordinaria*.

**Gráfico 10. Diferencias en las variables penales de la población N'Viu respecto de la población penitenciaria ordinaria**

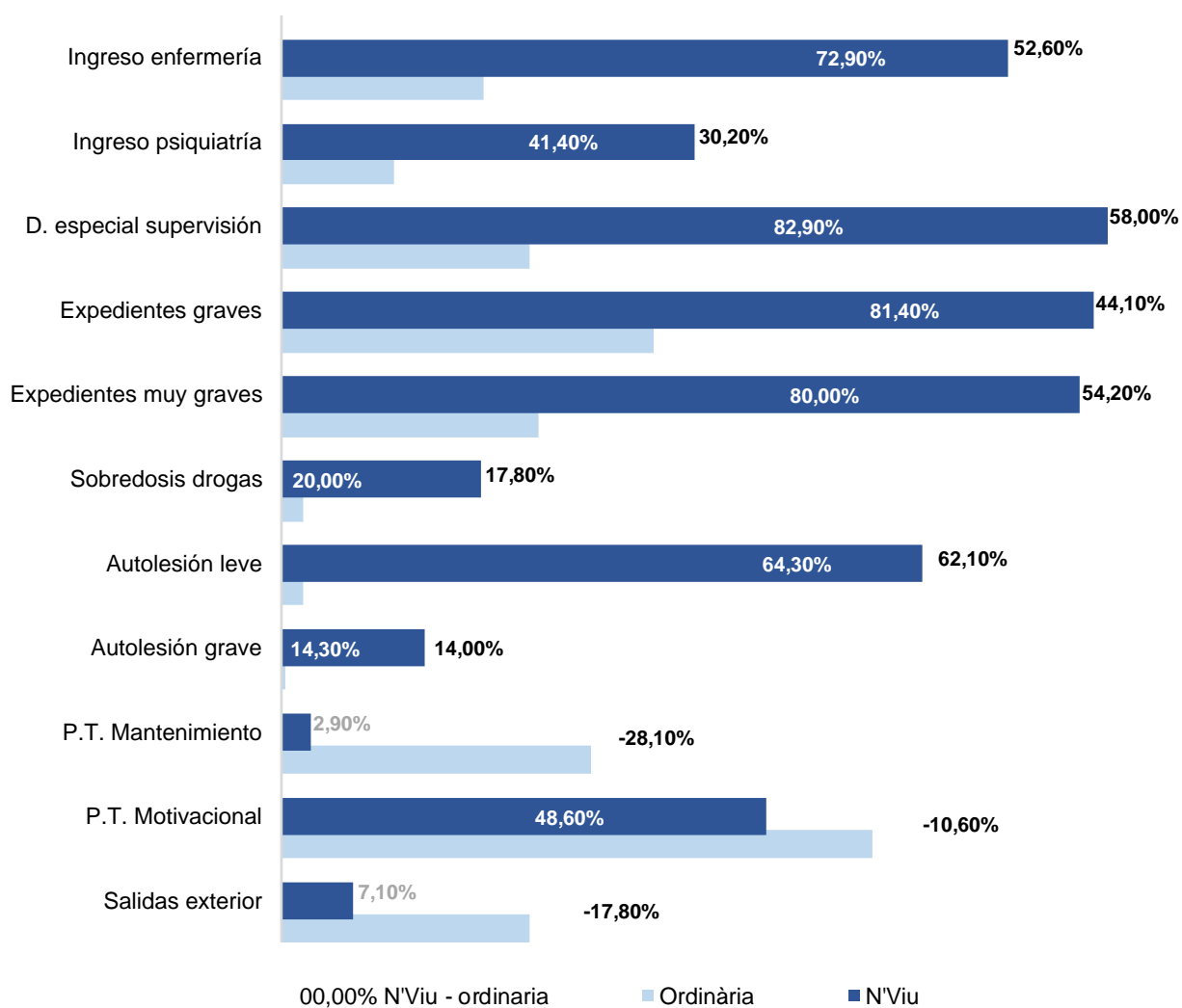


Todo ello dibuja un perfil muy concreto de delincuencia económica ligada a la necesidad de obtener dinero para el consumo de drogas, que ya hemos visto en el apartado anterior de características personales. Es una dependencia bastante presente.

### 5.1.3 Variables penitenciarias

En cuanto a las variables penitenciarias, el dibujo del perfil muestra la misma línea de una mayor proporción de factores de riesgo en la población de **N'Viu** que en la población penitenciaria *ordinaria*, como se puede ver en el gráfico 11.

**Gráfico 11. Diferencias en las variables penitenciarias de la población N'Viu respecto de la población penitenciaria ordinaria**



Los sujetos de **N'Viu** disfrutaban en menor proporción de salidas de todo tipo (programadas, permisos ordinarios, extraordinarios), pese a tener condenas largas o muy largas. Protagonizan en mucha mayor proporción incidentes, autolesiones, sobredosis y expedientes disciplinarios. La mayoría (82,9 %) han pasado por dependencias y módulos de especial supervisión (primer grado,

DEERT), en una proporción 58 puntos por encima de lo que sería común en la población *ordinaria*.

También es muy destacable su paso por las dependencias de *enfermería*, tres de cada cuatro (72,9 %) sujetos de **N'Viu** lo han hecho, cuando el común entre la población penitenciaria *ordinaria* es de uno de cada cinco (20,3 %).

Y en la misma línea se puede hablar del paso por las dependencias de *psiquiatría*, cuatro de cada diez, cuando lo común sería uno de cada diez.

Si nos fijamos en los que hacen programas de tratamiento específico (por drogas, por delitos violentos, por delitos sexuales, por delitos de violencia de género), veremos otra diferencia interesante entre ambos colectivos: los sujetos de **N'Viu** hacen más programas motivacionales (es decir, para entender la necesidad de hacer programas especializados y motivar para el cambio), pero parece que se quedan aquí, ya que, con posterioridad, solo un 2,6 % llegan a hacer los programas de mantenimiento (prevención de recaídas), por un 31 % que sí lo hace en la población *ordinaria*.

La tabla 4 profundiza en estos mismos rasgos que acabamos de explicar. Se pueden ver variables cuantitativas, con las medias y desviaciones estándares de los dos grupos comparados.

**Tabla 4. Variables penitenciarias cuantitativas de la población N'Viu frente a la población penitenciaria *ordinaria***

Variable	N'Viu		Penitenciaria <i>ordinaria</i>	
	Media	Desv. tipo	Media	Desviación tipo
N Dependencias de paso en la pena base	**16,73	4,984	**9,59	5,969
N regresiones a 1.º grado	**1,16	1,729	**0,06	0,370
N expedientes disciplinarios muy graves (art. 108 RP)	**10,81	13,203	**0,89	3,821
N expedientes disciplinarios graves (art. 109 RP)	**12,27	14,924	**1,20	3,319
N dependencias especial supervisión	**22,01	24,014	**1,27	5,363
N días en dependencias de especial supervisión	**208,46	287,156	**19,02	144,606
N autolesiones graves	**0,19	0,519	**0	0
N autolesiones leves	**2,73	3,671	**0,03	0,208

N participación en huelgas	**1,47	3,058	**0,10	0,895
N otros incidentes	**17,71	21,058	**1,47	3,243
N sobredosis graves	0,06	0,289	0	0,053
N sobredosis leves	**0,24	0,576	**0,05	0,519
N ingresos en psiquiatría	**3,35	5,387	**0,53	2,195
N días en ingresos en psiquiatría	30,57	90,273	32,87	281,174
N ingresos en enfermería	**3,72	5,541	**0,43	1,223
N días en ingresos en enfermería	29,62	52,072	19,52	196,316
N tentativas de suicidio	**0,57	1,584	**0,01	0,091
N encuentros educador/a	**46,44	41,090	**22,92	38,405
N encuentros jurista	*16,76	15,910	*10,95	20,732
N encuentros psicólogo/a	**40,51	33,642	**11,41	24,441
N encuentros trabajador/a social	**34,29	32,778	**22,33	21,021

\* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia  $p \leq 0,05$

\*\* Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia  $p \leq 0,01$

De estos valores, destacamos:

La gran desviación estándar de las medias de expedientes disciplinarios (tanto por faltas muy graves o graves) de las personas de **N'Viu**. Esto nos apunta que hay personas con muchos expedientes (hay 8 personas con más de 30 expedientes por faltas muy graves, una de las cuales llega a 62). Lo mismo ocurre con los expedientes graves, donde 9 personas pasan de los 30 expedientes, y una de ellas llega a 66. Si tenemos en cuenta que las mismas personas pueden tener expedientes muy graves y graves, nos podremos hacer una idea de la existencia de una *minoría crítica* absolutamente inadaptada al mundo penitenciario.

Esto se traduce en algunas personas del grupo **N'Viu** que entran y salen continuamente de *módulos de especial supervisión*: un 41,4 % lo ha hecho más de 20 veces a lo largo del cumplimiento de la pena base (un sujeto ha llegado a ingresar 102 veces, de ahí también la gran desviación típica que muestra la media de esta variable). Si lo comparamos con la población penitenciaria *ordinaria*, solo 4 personas, un 0,5 % del grupo, han estado más de 20 veces en este tipo de módulo.

Aunque el grupo **N'Viu** tiene, como ya hemos dicho, más proporción de personas que ingresan en *enfermería* y *psiquiatría* que la población *ordinaria*,

no ocurre lo mismo con el número de días que están en ellas, que muestra igualdad. Esto puede significar que los ingresos de los sujetos de **N'Viu** son más cortos y lo hacen por motivos menos graves, o pueden ser llamadas de atención hacia el personal penitenciario, que les da el alta antes.

Que los del grupo **N'Viu** requieren una atención muy continuada se demuestra por el número de encuentros recogidos por parte del equipo de tratamiento en el historial informático del recluso: el educador o la educadora registran un promedio de 46 encuentros (frente a los 23 encuentros de la *ordinaria*), el psicólogo o la psicóloga, 41 (frente a las 11 de la *ordinaria*), el trabajador o la trabajadora social, 34 (frente a las 22 de la *ordinaria*), y los juristas, 17 (frente a las 11 de la *ordinaria*). En general, podemos hablar de que doblan el número de encuentros y encuentros de seguimiento que son necesarias respecto a la población *ordinaria*. Aquí tenemos también una gran dispersión de datos, con media docena de sujetos que superan los 100 encuentros con técnicos de tratamiento, principalmente con el educador o la educadora y/o el psicólogo o la psicóloga.

En resumen, la comparativa de ambas poblaciones nos permite concluir que la población **N'Viu** presenta unas particularidades personales y de cumplimiento penitenciario absolutamente diferentes del resto de la población penitenciaria *ordinaria* (recordemos que de este último grupo ya hemos suprimido del estudio aquellos que han progresado al tercer grado y libertad condicional, y por tanto, con una progresión exitosa en su tratamiento). Las diferencias con el grupo **N'Viu** son enormes. Esto apunta la necesidad de una intervención muy especializada en este colectivo, con estrategias específicas y adaptadas como las que se han probado en este programa piloto, del que ahora se evalúan la eficacia y los resultados en los siguientes capítulos.

En cuanto a la comparativa de los centros penitenciarios participantes, hay que hacer las siguientes consideraciones:

En primer lugar, la muestra es muy pequeña y en absoluto representativa del conjunto de la población con esta problemática. Se han seleccionado el CP Quatre Camins y el CP Brians 2 para tener una representación de hombres

adultos, pero no se han incluido ni el CP Lledoners ni los centros penitenciarios territoriales, por un tema de oportunidad y de distancia geográfica respecto a Barcelona. Se ha seleccionado el CP Jóvenes para tener una representación de hombres jóvenes, a pesar de tener dudas sobre si el tipo de conducta se ajustaba a las exigencias del programa (conducta *autolítica*, en lugar de conducta *autolesiva*), y el CP Brians 1 (sección mujeres) para tener una representatividad de sexo.

En segundo lugar, la selección se ha hecho pensando más en el pilotaje del programa **N'Viu** y las posibles adaptaciones de las sesiones estándar a las casuísticas de cada colectivo que participaba en él, que en buscar la representatividad de la muestra, que también, pero priorizando las necesidades de intervención del colectivo. Por lo tanto, la intención inicial de hacer una comparativa por centros no es viable ni por el número de casos ni por la distribución de la muestra.

## **5.2. Perspectiva de género: las diferencias entre la mujer N'Viu y la mujer de la población penitenciaria ordinaria**

Como ya se ha apuntado al inicio del capítulo, el número de mujeres en las prisiones catalanas se encuentra alrededor del 7,0 %. En la muestra **N'Viu** alcanza el 30,0 %, y en la muestra de población *ordinaria* analizada se queda en el 3,3 %. Esto se debe, como ya hemos comentado, a la sobrerrepresentación que hemos querido dar al colectivo de mujeres para poder testar los resultados del programa **N'Viu**. En la población penitenciaria *ordinaria*, la infrarrepresentación se explica porque muchas de las mujeres terminan la condena en regímenes de semilibertad o libertad (todas las modalidades de tercer grado o libertad condicional), que han sido medidas excluidas del grupo muestra seleccionado.

A pesar de esta prevención inicial a la hora de comparar los dos grupos, lo hemos querido hacer porque, cuando hemos examinado la muestra de mujeres **N'Viu** del CP Brians 1, nos hemos encontrado un perfil vulnerable y de riesgo que hay que atender con una gran cantidad de recursos muy especializados.

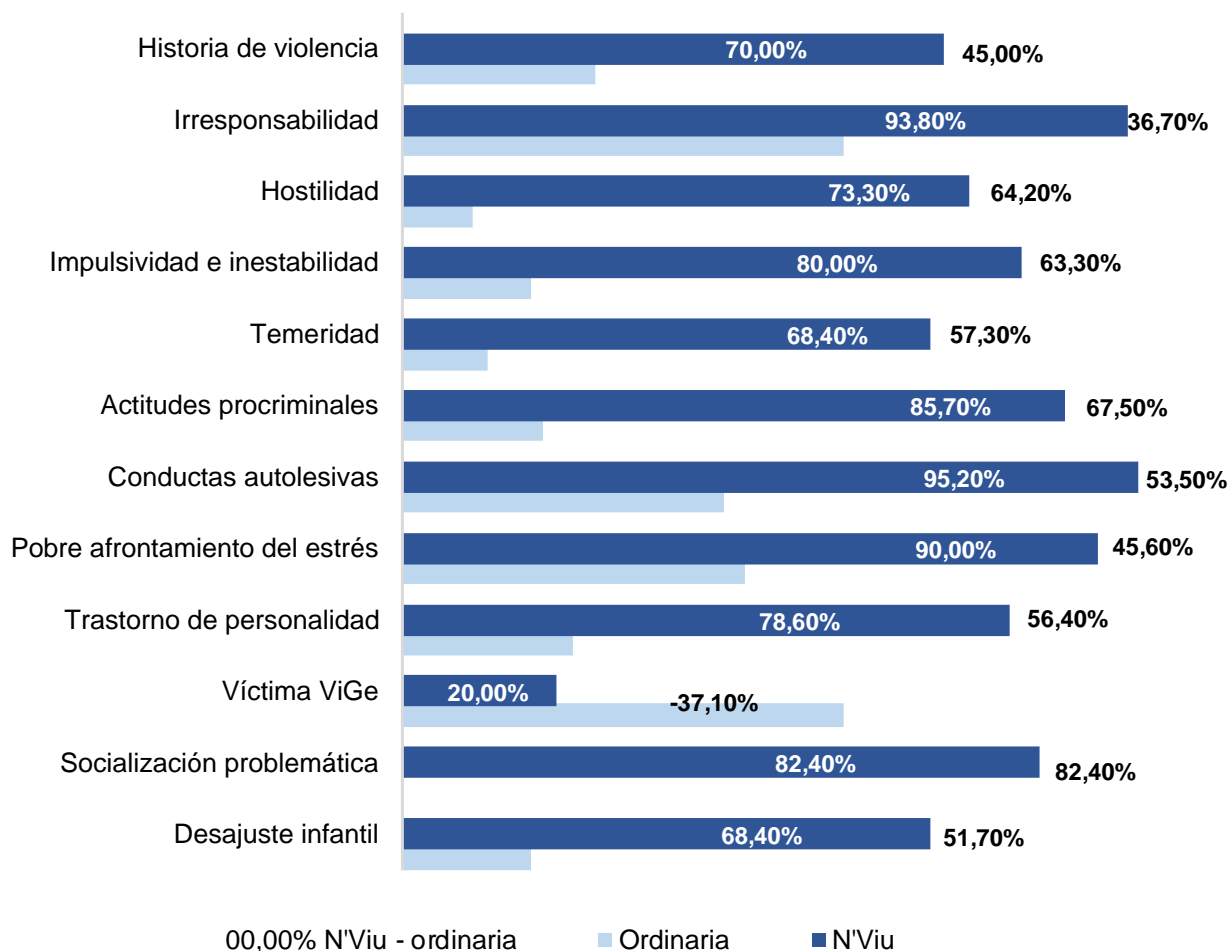
El gráfico 12 muestra las variables personales con diferencias significativas entre el grupo de mujeres **N'Viu** y el grupo de mujeres de la población penitenciaria *ordinaria*.

Destacamos que cuatro de cada cinco mujeres **N'Viu** tienen *trastornos de personalidad* como variable muy significativa, frente de una de cada cinco que los tienen en la población *ordinaria*.

En algunas de las principales variables personales de riesgo (*desajustes infantiles, pobre afrontamiento del estrés, actitudes procriminales, temeridad, impulsividad, hostilidad, irresponsabilidad*) recogidas en el RisCanvi, las diferencias son significativas también en proporciones muy marcadas como las que acabamos de ver de los *trastornos de la personalidad*, siempre en proporción de más riesgo hacia el grupo de mujeres **N'Viu**.

También llama la atención la proporción de casos que han tenido conductas *autolesivas* (no autolíticas) en su estancia penitenciaria. Son el 95,2 % de las mujeres **N'Viu**, cuando en la población *ordinaria* esta proporción es del 41,7 %. El comportamiento en los *intentos de suicidio* no es similar: las mujeres **N'Viu** han protagonizado el 38,1 %, por un 8,3 % de la población penitenciaria *ordinaria* (a pesar de la diferencia de porcentaje, no es significativa, seguramente por el número reducido de casos).

**Gráfico 12. Diferencias en las variables personales en las mujeres de la población N'Viu respecto a las mujeres de la población penitenciaria ordinaria**



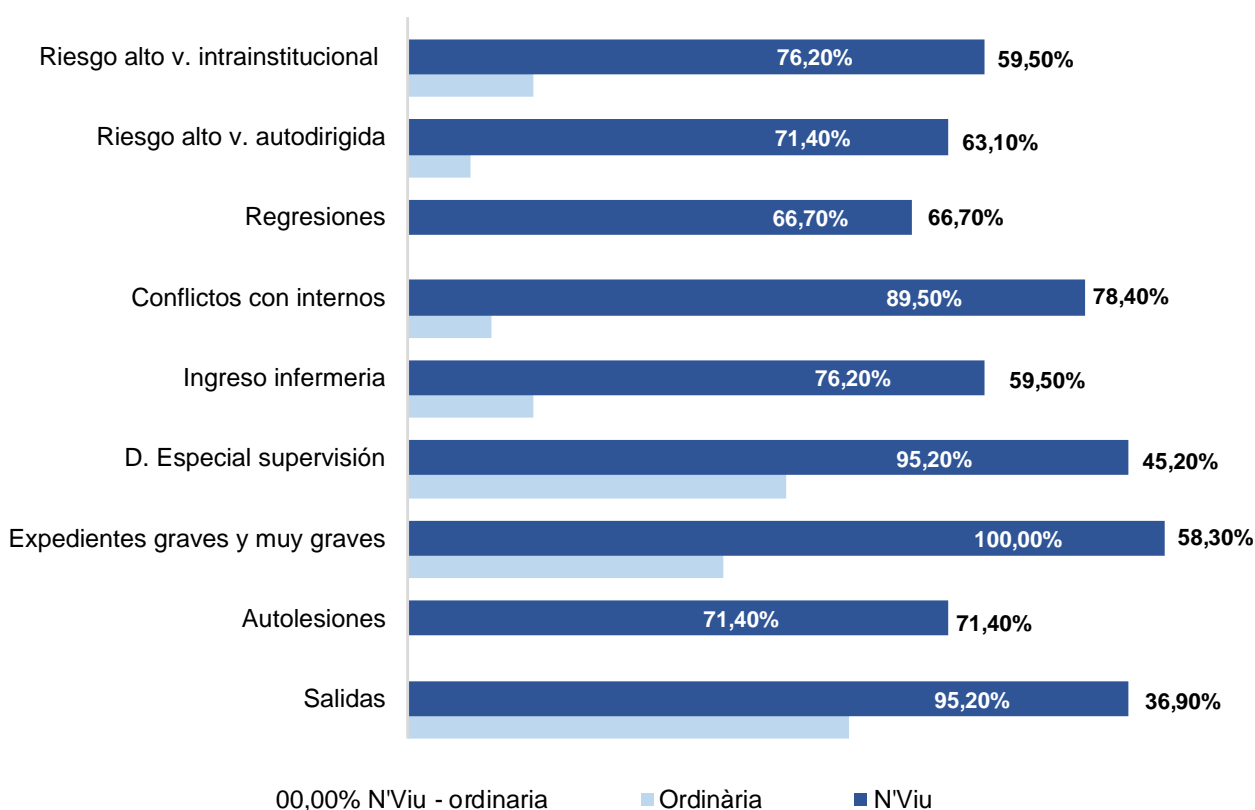
Y para terminar de los puntos a destacar en las variables personales, se podría pensar que la *victimización por violencia de género* tendría un peso en la diferenciación de los dos grupos. Y sí, realmente así ha sido, pero al contrario de lo que se podría pensar: la mujer **N'Viu** la ha sufrido en uno de cada cinco casos, mientras que en la población *ordinaria* son tres de cada cinco, el triple.

Respecto a las variables penales, observamos que la mujer **N'Viu** coincide con el perfil criminológico del hombre en cuanto a los antecedentes (hay muchas que los tienen) y en el tipo de delito que las ha llevado a prisión, delitos *contra la propiedad graves (robos con intimidación y/o violencia)*: 52,4 % en las mujeres **N'Viu**, frente al 8,3 % de la población *ordinaria*.



Y su adaptación a la situación de privación de libertad en el centro penitenciario es muy mala, como muestra el gráfico 13. Todas las mujeres **N'Viu** han tenido *expedientes disciplinarios muy graves y/o graves*, y casi todas (95,1 %) han pasado por *módulos de especial supervisión* y por *enfermería* (76,5 % de los casos, frente al 16,7 % de la población *ordinaria*). Todo ello acompañado de condenas muy largas en las internas **N'Viu** (superiores a 5 años), en dos de cada tres casos.

**Gráfico 13. Diferencias en las variables penitenciarias en las mujeres de la población N'Viu respecto a las mujeres de la población penitenciaria ordinaria**



Los resultados nos indican que las mujeres del CP Brians 1 que han participado en este estudio son muy diferentes al perfil común de las mujeres de la población penitenciaria *ordinaria*. Las mujeres **N'Viu** parecen las más frágiles de todo el sistema penitenciario, y habrá que tenerlo en cuenta en el diseño de políticas penitenciarias compensatorias.

## 6. Diferencias entre el grupo intervención y el grupo control

A partir de aquí, se analizan los datos de los cuestionarios ad hoc pasados a los internos para esta investigación, según sus respuestas.

Se incluyeron un total de 58 casos, y se excluyeron 17 casos más por diferentes motivos: 4 por ingreso en diferentes recursos hospitalarios, 4 renunciaron a seguir en el estudio, 1 porque inició una actividad laboral, 2 abandonaron el centro por libertad, 1 con dificultades idiomáticas, 1 por razones regimentales y 4 estaban en el listado inicial pero, finalmente, no se incluyeron.

De los 58 incluidos, la edad media fue de 33,2 años (DE: 10,5), siendo un 72,4 % del hombres. Se distribuyeron en 22 participantes en el *grupo intervención* y 36 participantes en el *grupo control*.

En cuanto a las características sociodemográficas, hay que remarcar que el 44,4 % de la muestra tenía estudios primarios (44,4 %), vivía mayoritariamente con su familia (35,6 %) o con sus padres (35,6 %). Los hábitos tóxicos más prevalentes fueron el tabaquismo (69,0 %), seguido por el consumo de cannabis (43,1 %) y la cocaína (10,3 %). Entre los trastornos mentales más autorreferidos destaca el trastorno de personalidad, en un 27,6 %; el uso de sustancias, 17,2 %, y el trastorno depresivo, 15,5 %. Las enfermedades no psiquiátricas más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas, en un 13,8 %. El número medio de medicamentos habituales fue de 2,5 (DE: 1,5) fármacos. Las puntuaciones medias en las escalas de Hamilton de depresión fueron de 15,1 (dE: 9,9), y en la de ansiedad, de 20,1 (15,7). La calidad de vida fue puntuada en 48,9 puntos (DE: 21,6) (tabla 5).

No se encontraron diferencias significativas en todas las variables sociodemográficas y clínicas estudiadas entre el *grupo intervención* y el *grupo control* (tabla 5).

**Tabla 5. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra por grupo intervención y grupo control (N = 58)**

	<b>Total (N = 58)</b>	<b>Grupo intervención (n = 22)</b>	<b>Grupo control (n = 36)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Edad (años), M (DE)</b>	33,2 (10,5)	34,6 (11,3)	32,3 (10,1)	0,339
<b>Sexo (hombres), %</b>	72,4	81,8	66,7	0,210
<b>Nivel educativo, %</b>				0,717
Sin escolarización	13,3	22,2	7,4	
Escuela elemental	44,4	38,9	48,1	
Educación secundaria	24,4	22,2	25,9	
Bachillerato o formación profesional	11,1	11,1	11,1	
Universidad	6,7	5,6	7,4	
<b>Núcleo convivencial, %</b>				0,714
Familia propia	35,6	33,3	37,0	
Padres	35,6	33,3	37,0	
Solo	20,0	27,8	14,8	
Otros	8,9	5,6	11,1	
<b>Hábitos tóxicos</b>				
Tabaquismo	69,0	77,3	63,9	0,285
Alcohol	10,3	13,6	8,3	0,520
Cannabis	43,1	54,5	36,1	0,169
Cocaína	10,3	9,1	11,1	0,806
Opioides	12,1	9,1	13,9	0,586
Anfetaminas	5,2	9,1	2,8	0,292
<b>Trastornos psiquiátricos, %</b>				
Trastorno depresivo	15,5	13,6	16,7	0,757
Ansiedad	12,1	9,1	13,9	0,586
Esquizofrenia	13,8	22,7	8,3	0,123
Trastorno bipolar	3,4	4,5	2,8	0,720
Trastorno de personalidad	27,6	22,7	30,6	0,517
Trastorno adaptativo	10,3	18,2	5,6	0,126
Discapacidad intelectual	1,7	0,0	2,8	0,430
Trastorno por uso de sustancias	17,2	27,3	11,1	0,114
Otros	24,1	31,8	19,4	0,285
<b>Antecedentes médicos, %</b>				
Diabetes	1,7	4,5	0,0	0,197
Hipertensión arterial	3,4	4,5	2,8	0,720
Enfermedades cardiovasculares	3,4	4,5	2,8	0,720
Enfermedades infecciosas	13,8	18,2	11,1	0,449
Otros	20,3	30,4	13,9	0,114
<b>Personas con ≥ 1 enfermedad médica, %</b>	31,0	45,5	22,2	0,063
Número de fármacos, M (SD)	2,5 (1,5)	2,7 (1,6)	2,4 (1,4)	0,527
<b>Escalas de valoración psiquiátrica, M (DE)</b>				
Escala de depresión de Hamilton	15,1 (9,9)	12,2 (9,0)	16,9 (10,2)	0,096
Escala de ansiedad de Hamilton	20,1 (15,7)	18,3 (16,5)	22,6 (15,1)	0,330
<b>Cuestionario de calidad de vida, EQ-5D (0-100), M (DE)</b>	48,9 (21,6)	48,7 (19,4)	49,0 (23,2)	0,961

Notas: M: media, DE: desviación estándar, EQ-5D: Cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D, nivel de significación:  $p < 0,05$ .

Entre los diferentes ítems de ideación, intensidad de la ideación y comportamiento suicida referidos a lo largo de la vida en los dos grupos no había diferencias estadísticamente significativas. En el *grupo intervención*, la media de intentos actuales fue de 4,6 (DE: 3,9, mientras que en el *grupo control* fue de 6,5 (6,2). Los intentos interrumpidos fueron más elevados en el *grupo intervención* respecto al *grupo control* (27,9 vs. 2,69), aunque sin significación estadística. Así como la media de intentos abortados 53,0 (156,4) frente a 2,2 (2,9) (tabla 6).

**Tabla 6. Ideación suicida a lo largo de la vida por grupo (N = 58)**

Escala de suicidio Columbia	Grup intervención (n = 22)	Grup control (n = 36)	p-valor
<b>Ideación</b>			
Deseos de muerte	19	31	0,978
Pensamientos suicidas activos no específicos	17	30	0,568
Ideación suicida activa con cualquier método sin intención de actuar	17	27	0,952
Ideación activa sin un plan	16	26	0,727
Ideación suicida con un plan específico o intención	13	23	0,898
<b>Intensidad de la ideación</b>			
<b>Frecuencia</b>			0,836
<1 por semana	6	7	
1 por semana	1	1	
2-5 por semana	3	6	
Diariamente	2	7	
Muchas veces al día	3	5	
<b>Duración de los pensamientos al día</b>			0,285
Segundos o minutos	2	4	
<1 hora	3	8	
1-4 horas	8	6	
4-8 horas	1	7	
> 8 horas	2	3	
<b>Controlabilidad</b>			0,379
No intenta controlar	0	1	
Fácilmente controlables	1	5	
Muy poca dificultad	1	0	
Alguna dificultad	6	5	
Mucha dificultad	2	5	
No puede controlar los pensamientos	6	13	

<b>Impedimentos</b>			
No corresponde	0	5	0,254
Definitivamente pararon el intento	5	9	
Probablemente	2	7	
No está seguro/a	2	1	
Probablemente no lo/la pararon	1	3	
Definitivamente no lo pararon	5	4	
<b>Razones para la ideación</b>			0,209
No corresponde	0	1	
Para llamar la atención	5	6	
Para acabar con el dolor	10	20	
<b>Comportamiento suicida</b>			
Participantes con intento actual	16	27	0,433
Media de intentos actuales	4,6 (3,9)	6,5 (6,2)	0,289
Otras razones/sin intención de matarse	14	23	0,563
Participantes con intento interrumpido	9	21	0,392
Media de intentos interrumpidos	27,9 (98,4)	2,69 (3,8)	0,365
Participantes con intentos abortados	10	20	0,428
Media de intentos abortados	53,0 (156,4)	2,2 (2,9)	0,250
Actos o comportamientos preparatorios	13	18	0,223

Notas: Los datos están expresados con número total de casos o medias (desviación de estándar).

Entre los diferentes ítems de ideación, intensidad de la ideación y comportamiento suicida referida en los últimos 3 meses en ambos grupos no había diferencias estadísticamente significativas. En el *grupo intervención*, la media de intentos actuales fue de 0,2 (DE: 2,9), mientras que en el *grupo control* fue de 0,4 (0,5) (tabla 7).

**Tabla 7. Ideación suicida en los últimos 3 meses por grupo en la primera visita (N = 58)**

Escala de suicidio Columbia	Grupo intervención (n = 22)	Grupo control (n = 36)	p-valor
<b>Ideación</b>			
Deseos de muerte	7	15	0,453
Pensamientos suicidas activos no específicos	3	13	0,063
Ideación suicida activa con cualquier método sin intención de actuar	3	10	0,210
Ideación activa sin un plan	3	11	0,144
Ideación suicida con un plan específico o intención	2	8	0,199

<b>Intensidad de la ideación</b>			
<b>Frecuencia</b>			0,625
<1 por semana	1	4	
1 por semana	1	2	
2-5 por semana	0	2	
Diariamente	1	4	
Muchas veces al día	1	2	
<b>Duración de los pensamientos al día</b>			0,449
Segundos o minutos	1	4	
<1 hora	1	5	
1-4 horas	0	2	
4-8 horas	0	1	
> 8 horas	2	2	
<b>Controlabilidad</b>			0,352
No intenta controlar	15	23	
Fácilmente controlables	1	3	
Muy poca dificultad	0	2	
Alguna dificultad	1	0	
Mucha dificultad	0	2	
No puede controlar los pensamientos	2	6	
<b>Impedimentos</b>			0,368
No corresponde	18	24	
Definitivamente pararon el intento	2	5	
Probablemente	0	4	
NO está seguro/a	0	1	
Probablemente no lo/la pararon	0	1	
Definitivamente no lo pararon	2	1	
<b>Razones para la ideación</b>			0,803
No corresponde	17	23	
Para llamar la atención	1	5	
Para acabar con el dolor	4	8	
<b>Comportamiento suicida</b>			
Participantes con intento actual	4	11	0,296
Media de intentos actuales	0,2 (0,4)	0,4 (0,8)	0,282
Otras razones/sin intención de matarse	6	11	0,790
Participantes con intento interrumpido	3	2	0,287
Media de intentos interrumpidos	0,1 (0,4)	0,1 (0,4)	0,590
Participantes con intentos abortados	3	6	0,757
Media de intentos abortados	0,1 (0,3)	0,1 (0,5)	0,678
Actos o comportamientos preparatorios	3	5	0,978

Respecto al ítem de ideación, se observaba un incremento de los pensamientos suicidas activos no específicos y de la ideación activa sin un plan en el *grupo control* respecto del *grupo intervención*. Y con valor cercano a la significación en la ideación suicida sin un plan específico o intención (tabla 8). No se observan más diferencias estadísticamente significativas en los diferentes ítems de la Escala Columbia (tabla 8).

**Tabla 8. Conducta suicida posintervención por grupo (N = 58)**

Escala de suicidio Columbia	Grupo intervención (n = 22)	Grupo control (n = 36)	p-valor
<b>Ideación</b>			
Deseos de muerte	2	11	0,057
Pensamientos suicidas activos no específicos	4	5	0,028
Ideación suicida activa con cualquier método sin intención de actuar	3	2	0,470
Ideación activa sin un plan	1	2	0,028
Ideación suicida con un plan específico o intención	0	1	0,058
<b>Intensidad de la ideación</b>			
<b>Frecuencia</b>			0,488
<1 por semana	2	1	
1 por semana	1	1	
2-5 por semana	0	3	
Diariamente	1	1	
Muchas veces al día	0	2	
<b>Duración de los pensamientos al día</b>			0,315
Segundos o minutos	1	2	
<1 hora	1	2	
1-4 horas	2	0	
4-8 horas	0	2	
> 8 horas	0	2	
<b>Controlabilidad</b>			0,817
No intenta controlar	6	11	
Fácilmente controlables	1	1	
Muy poca dificultad	2	2	
Alguna dificultad	0	2	
Mucha dificultad	1	2	
No puede controlar los pensamientos	0	1	

<b>Impedimentos</b>			
No corresponde	7	12	0,883
Definitivamente pararon el intento	1	2	
Probablemente	2	3	
NO está seguro/a	0	1	
Probablemente no lo/la pararon	0	1	
Definitivamente no lo pararon	0	0	
<b>Razones para la ideación</b>			0,622
No corresponde	7	11	
Para llamar la atención	0	2	
Para acabar con el dolor	3	6	
<b>Comportamiento suicida</b>			
Participantes con intento actual	2	5	0,586
Media de intentos actuales	0,7 (2,9)	0,2 (0,5)	0,454
Otras razones/sin intención de matarse	0	4	0,105
Participantes con intento interrumpido	0,0 (0,0)	0,1 (0,2)	0,265
Media de intentos interrumpidos	0	4	0,105
Participantes con intentos abortados	0,0 (0,0)	0,0 (0,2)	0,434
Media de intentos abortados	1	1	0,720

La intervención psicoeducativa incidió solo en algunos aspectos de la ideación suicida, dado que se observó que el *grupo control* presentaba más pensamientos suicidas activos no específicos y más ideación activa sin un plan respecto al *grupo intervención*.

Respecto a las variables clínicas, no se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones de la escala Hamilton de depresión y de ansiedad en el *grupo control* ni en el *grupo intervención*, en la valoración posterior a la realización de la intervención psicoeducativa. Y tampoco se encontró diferencia en cuanto a la calidad de vida en ambos grupos (tabla 9).



**Tabla 9. Resultados de las escalas de Hamilton y de la Calidad de vida después de la intervención por grupo de tratamiento (N = 58)**

	<b>Grupo intervención (n=22)</b>	<b>Grupo control (n=36)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Escalas de valoración psiquiátrica, M (DE)</b>			
Escala de depresión de Hamilton	14,6 (7,2)	15,7 (10,1)	0,868
Escala de ansiedad de Hamilton	16,6 (12,4)	20,3 (13,9)	0,330
<b>Cuestionario de calidad de vida, EQ-5D (0-100), M (DE)</b>			
	66,1 (22,3)	56,9 (25,4)	0,262

## 7. Impacto de la intervención: situación al cabo de un año

Hemos revisado, al cabo de un año de comenzar la intervención, qué ha pasado con los participantes en la investigación.

### 7.1. Situación de los internos en el centro penitenciario

De los 62 internos, vemos que 45 están en el mismo centro penitenciario (72,6 %), mientras que 7 han cambiado y que 10 ya están en libertad definitiva (5 de cada grupo, estudio y control). Los que han cambiado de centro penitenciario, en cambio, son prácticamente todos del *grupo control* (n = 6).

Solo 2 internos han progresado este año a tercer grado, y los dos son de CP Quatre Camins. El CP Jóvenes es el centro donde hay más proporción de internos que han cambiado de ubicación (3 de los 8 jóvenes internados).

En la tabla 10 comparamos la evolución de las medias de algunas variables de control entre antes de hacer el programa **N'Viu** y después de hacerlo. También se aportan los datos que permiten ver los dos grupos, estudio y control.

No hay diferencias significativas, pero sí se pueden ver algunas tendencias que recogemos en la columna «*evolución*» con las flechas. Si ha aumentado, la flecha está hacia arriba, y si ha disminuido, está hacia abajo. El símbolo igual refleja que las medias son muy similares.

**Tabla 10. Media de incidencias en algunas variables entre antes y después**

	Grupo intervención			Grupo control		
	Antes	Después	Evolución	Antes	Después	Evolución
Módulos de especial supervisión	2,19	2,81	↑	3,06	2,81	↓
Ingreso psiquiatría	0,69	0,69	=	0,69	0,58	=
Ingreso enfermería	0,77	1,15	↑	0,75	1,03	↑
Autolesiones	1,15	0,73	↓	1,06	1,72	↑
Tentativas de suicidio	0,27	0,19	=	0,17	0,06	=
Expedientes muy graves (art. 108)	2,19	2,73	↑	4,06	2,56	↓
Expedientes graves (art. 109)	1,69	2,04	↑	4,44	2,56	↓

Nota: Valoramos que ha aumentado o disminuido cuando la diferencia es mínimo de 1 décima. Sin significancia estadística en ninguna variable de las estudiadas.

El comportamiento de las variables recogidas en la tabla 10 entre antes de hacer el programa **N'Viu** y después, al cabo de un año, es el mismo, y no hay diferencias significativas, si bien podemos hacer tres matizaciones:

1) En los *expedientes graves* (art. 109 del RP) encontramos una diferencia significativa cuando estudiamos todos los casos juntos y los comparamos entre antes (3,29) y después (2,34). No encontramos ninguna explicación para esta diferencia, y pensamos que puede ser una relación no causal, sino espuria.

2) En el caso del *grupo intervención*, los *ingresos en enfermería* han subido, pero el comportamiento de los casos es muy aleatorio y no se puede atribuir de ninguna manera a una pauta de comportamiento explicable.

3) Lo mismo ocurre con las *autolesiones* del grupo estudio. Parece que la media tiene una tendencia a bajar, pero tampoco el comportamiento de los casos sigue una pauta, y no se puede atribuir a ninguna causa que conozcamos, y por lo tanto, tampoco se la podemos atribuir a la intervención del programa.

Una de las posibles hipótesis discutidas con el equipo de investigación era que pudiéramos encontrar algún tipo de efecto interviniente en la situación en los centros penitenciarios derivados de la pandemia de COVID-19. Pero tampoco hemos encontrado estas diferencias en el conjunto de casos después (que sería el momento en que nos encontrábamos en plena pandemia).

En cuanto a la variable de predicción de *violencia autodirigida* (VIAU) (tabla 11), vemos que antes del programa **N'Viu**, los que en RisCanvi puntuaban *alto*, tenían más del doble de expedientes disciplinarios graves y muy graves que los que puntuaban *bajo-medio*. Después de hacer el programa, estos expedientes del grupo de *alto riesgo* se han reducido al nivel de los que puntúan *bajo-medio*.

**Tabla 11. Media de expedientes disciplinarios antes y después programa N'Viu, según la predicción del riesgo de violencia autodirigida**

		Predicción del riesgo de violencia autodirigida	N	Media	Desviación	P
Expedientes	Muy graves (pre)	Bajo-medio	22	1,77	2,33	<b>**0,010</b>
		Alto	39	4,15	4,64	
	Muy graves (pos)	Bajo-medio	22	2,55	2,84	0,854
		Alto	39	2,69	3,20	
	Graves (pre)	Bajo-medio	22	1,77	2,05	<b>**0,005</b>
		Alto	39	4,21	4,40	
	Graves (pos)	Bajo-medio	22	2,18	2,67	0,729
		Alto	39	2,44	2,85	

Finalmente, hemos querido valorar, mediante correlaciones de Pearson, si las variables estudiadas guardaban otras relaciones entre antes y después de hacer el programa **N'Viu**, y con diferencias entre el grupo estudio y el *grupo control*. La tabla 12 muestra los resultados.

**Taula 12. Correlaciones entre las variables que recogen las incidencias**

		Módulos especial supervisión		Psiquiatría		Enfermería		Autolesiones		Tentativas de suicidio		Expedientes muy graves		Expedientes graves	
		Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos
Módulos especial supervisión	Pre														
	Pos														
Psiquiatría	Pre														
	Pos														
Enfermería	Pre														
	Pos														
Autolesiones	Pre														
	Pos														
Tentativas de suicidio	Pre														
	Pos														
Expedientes muy graves	Pre														
	Pos														
Expedientes graves	Pre														
	Pos														

Una muy lógica es que los *expedientes disciplinarios* correlacionan con las otras variables.

Otra también evidente es que las *autolesiones* y los *ingresos en enfermería o psiquiatría* también se relacionan.

En cambio, sí que las *tentativas de suicidio* aparecen relacionadas con el ingreso en *módulos de especial supervisión* (después). Esto podría indicar dos cosas absolutamente opuestas: la primera es que la respuesta institucional que se da en esta fase de COVID-19 ha sido una respuesta de castigo y aislamiento. La segunda es que estas *tentativas de suicidio* van ligadas, además, a otras conductas disciplinariamente sancionables por reglamento.

La predicción que se hace con el RisCanvi con la variable VIAU correlaciona bastante con la conducta inadaptada dentro de la prisión, que conlleva *expedientes muy graves* (no tanto los *graves*). Es decir, tener una predicción de riesgo alto de llevar a cabo una conducta autolesiva está correlacionado con un mayor número de expedientes muy graves que implicarán sanciones severas. Esta situación, sin embargo, parece que en la época de pandemia se ha reducido.

Finalmente, si hacemos una comparativa entre los centros penitenciarios participantes en la investigación (tabla 13).

**Tabla 13. Comparativa de la media de incidentes en los centros penitenciarios**

		Módulos especial supervisión		Psiquiatría		Enfermería		Autolesiones		Expedientes muy graves		Expedientes graves	
		Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos
<b>Brians 1</b>	Estudio	<b>6,20</b>	<b>7,80</b>		0,20			1,40					
	Totales	<b>4,12</b>	<b>5,41</b>	0,59	0,35	0,82				3,82	3,06	<b>5,12</b>	
<b>Brians 2</b>	Estudio	2,00	2,20		<b>1,60</b>			0,50					
	Totales	2,05	2,68	<b>1,27</b>	<b>1,18</b>	0,23				2,32	2,45	1,64	
<b>Jóvenes</b>	Estudio	1,00	2,25		0,00			<b>4,00</b>					
	Totales	<b>4,75</b>	2,38	0,00	0,50	0,63				<b>6,25</b>	<b>4,75</b>	<b>5,25</b>	
<b>Quatre Camins</b>	Estudio	0,29	0,43		0,14			0,29					
	Totales	0,93	0,27	0,33	0,20	<b>1,53</b>				2,47	1,27	2,60	

Valores estadísticamente superiores a los valores esperados con significancia, como mínimo, de  $p \leq 0,05$ . En negrita y sombreadas, se destacan las casillas donde los valores están por encima del resto de los centros.

Brians 1 tiene una media más elevada de ingresos en *módulos de especial supervisión* que el resto. También mayor proporción de *expedientes disciplinarios por faltas graves* (art. 109 RP) antes de hacer el programa.

Brians 2 tiene una media más elevada de *ingresos en psiquiatría* que el resto.

El CP Jóvenes tiene una media más elevada de casos de *autolesiones* en la previa antes de hacer el programa. También de *expedientes disciplinarios graves y muy graves* que antes de hacer el programa se concretaban en ingresos en *módulos de especial supervisión*.

El CP Quatre Camins era el centro que tenía una media más alta de *ingresos en enfermería* antes de hacer el programa que el resto, y se ha igualado al resto de centros en la etapa posaplicación del programa.

La tabla 14 recoge si al cabo del año se han producido diferencias entre la ideación de suicidio y el comportamiento suicida.

**Tabla 14. Valoración de la conducta suicida en el año de inclusión en el estudio por grupo de tratamiento (N = 44)**

Escala de suicidio Columbia	Grupo intervención (n = 17)	Grupo control (n = 27)	p-valor
<b>Ideación</b>			
Deseos de muerte	5	10	0,427
Pensamientos suicidas activos no específicos	3	8	0,300
Intencionalidad	3	3	0,426
Ideación suicida con un plan específico o intención	2	4	0,574
<b>Comportamiento suicida</b>			
Intentos	2	3	0,651
Lesiones	2	2	0,275
Autolesiones	4	10	0,275

Los resultados nos dicen que no. No se encuentran diferencias entre los dos grupos, por lo que no se puede establecer que el programa de intervención psicoeducativa mejore ni la ideación ni el comportamiento al cabo de un año de haberlo hecho.

## 8. Discusión de los resultados

### 8.1. Sobre la población del programa N'Viu

La comparación entre la población penitenciaria general y la muestra del estudio de intervención **N'Viu** muestra diferencias significativas tanto en las variables recogidas personales, penales y penitenciarias. Y casi siempre las variables de mayor riesgo se sitúan en el perfil de la población atendida por el programa **N'Viu**. Las diferencias porcentuales doblan —y en algunas variables, incluso triplican— la gravedad de los valores en los casos de **N'Viu** respecto a lo que sería más común en la población penitenciaria *ordinaria*.

Por tanto, podemos concluir que se está trabajando con uno de los sectores de personas más vulnerables (si no el que más) de toda la sociedad. Y este trabajo se hace en un espacio de separación forzosa justamente de la sociedad a la que pertenece, y con limitaciones de derechos fundamentales como son la libertad y la autonomía para tomar sus propias decisiones.

Otro de los aspectos a considerar es la diferencia entre géneros. Las mujeres de la población **N'Viu** resultan las más vulnerables del sistema, y presentan indicadores similares o de mayor severidad que los hombres en variables que normalmente se encuentran mucho más presentes entre estos últimos (como los rasgos psicológicos de *temeridad, impulsividad, irresponsabilidad, pobre tolerancia al estrés, inestabilidad emocional, respuesta limitada al tratamiento, promiscuidad sexual...*) pero también en manifestaciones externas dentro del sistema penitenciario (como las *conductas autolesivas*, los ingresos en *enfermería*, los ingresos en *psiquiatría* o los ingresos en *módulos de especial supervisión*). La proporción de mujeres con tentativas de suicidio dobla la de los hombres (38,1 %, frente al 16,3 %). Destaca también la proporción de diagnósticos presentes de *trastornos de personalidad* (78,6 % en las mujeres de la población **N'Viu**, frente a un 38,2 % en los hombres).

En lo único que destacan los hombres en la muestra **N'Viu** es en que presentan un mayor *consumo de drogas* respecto a las mujeres (81,0 %, frente al 46,7 %, respectivamente), inician la carrera delictiva a edades más jóvenes y

la *gravedad* y la *diversidad delictiva* de esta conducta es más elevada conforme van pasando los años.

Otro dato relevante a destacar es que el análisis de todo el grupo (población penitenciaria general y población **N'Viu**) muestra que el comportamiento penitenciario de las personas ingresadas en el módulo de *psiquiatría* es más adaptado y menos problemático que las personas que no han pasado por este módulo. Sin poder atribuir una causalidad entre *ingreso en psiquiatría* y disminución de *tentativas de suicidio*, sí encontramos una relación significativa entre el paso por estas unidades como factor protector en la media de *tentativas de suicidio* (34,1 % de los que no han ingresado en psiquiatría, frente a un 6,9 % entre los que sí). Existen otras variables más preservadas entre los ingresados en psiquiatría frente los que no lo han sido (como un mayor *aprovechamiento* de los programas de tratamiento especializado y menos proporción de casos con *expedientes disciplinarios*, menos ingresos en los *módulos de especial supervisión*, menos *regresiones a primer grado*, menos *movilidad* de celdas y de módulos penitenciarios). Otras variables preservadas personales y sociofamiliares son: presentar menos *problemática de socialización familiar*, menos *actitudes procriminales*, menos *temeridad*, menos *hostilidad*, y por lo tanto, pueden ser estas características otros factores influyentes en la diferencia de *tentativas de suicidio*.

Por otra parte, los datos nos permiten determinar que la herramienta de RisCanvi que mide el pronóstico de riesgo de cometer *violencia autodirigida* se centra de manera más clara en los casos de conductas autolesivas que autolíticas. Es decir, RisCanvi predice mejor el comportamiento de aquellos sujetos que se autolesionan como un rasgo diferencial con finalidad no suicida (como respuesta a una situación externa que no les gusta o para llamar la atención de los demás) que en el comportamiento más íntimo de intentar acabar con su propia vida.

También encontramos, en las personas valoradas de alto riesgo de cometer *violencia autodirigida*, una relación con el número de años de condena. Conforme la condena aumenta, también lo hace el pronóstico de autolesionarse.



## 8.2. Sobre la eficacia del programa N'Viu

La parte más destacable de la investigación deriva del objeto de estudio: saber si la intervención psicoeducativa **N'Viu**, diseñada para intervenir con este colectivo de riesgo, se ha convertido en una herramienta útil para mejorar la situación de estas personas: en primer lugar, se puede decir que el diseño casi experimental de la muestra seleccionada ha sido correcto. Una primera aproximación a los resultados nos permite concluir que no hay diferencias en la selección aleatoria de las personas escogidas para el *grupo intervención* y para el *grupo control*. Por tanto, si se producen diferencias en el segundo momento de medida, sería aceptable atribuir las a efectos del programa. Las escalas de valoración clínica medidas preintervención y posintervención han sido la escala Columbia de valoración del *riesgo de suicidio*, la escala de *ansiedad* de Hamilton, la escala de *depresión* de Hamilton, y el cuestionario de *calidad de vida* EQ-5D.

Una segunda aproximación a los resultados preintervención y posintervención nos permite decir que la relación no se ha producido y no hemos encontrado diferencias significativas entre los dos grupos ni entre antes y después.

En cuanto a la variable principal, no se observaron diferencias significativas entre grupos, y tampoco se describieron diferencias respecto a síntomas de *ansiedad* y *depresión* y *calidad de vida*.

A pesar de ello, hemos encontrado resultados interesantes a tener en cuenta.

El primero se define en lo referente al impacto de la intervención psicoeducativa en los aspectos clínicos. Esta intervención incidió en algunos aspectos de la ideación suicida. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los *pensamientos suicidas activos no específicos* y de la *ideación activa sin un plan*, presentes en el *grupo control* respecto al *grupo intervención*.

El segundo se define con respecto al impacto de la intervención psicoeducativa en los aspectos disciplinarios de la cotidianidad penitenciaria. El grupo valorado de alto riesgo de cometer violencia autodirigida recibe menos expedientes

disciplinarios al cabo de un año, tanto en expedientes muy graves (art. 108 RP) (antes, media 4,15 y DE 4,64, frente a, después, media 2,55 y DE 2,84) como en expedientes graves (art. 109 RP) (antes, media 4,21 y DE 4,40, frente a, después, media 2,44 y DE 2,85). No era un efecto buscado inicialmente, pero parece que la intervención psicoeducativa ha conseguido que la respuesta que dan los internos a los conflictos de convivencia sea más cívica y, en consecuencia, son menos sancionados. La conclusión sería que los internos de alto riesgo en la valoración RisCanvi de violencia autodirigida han aprendido conductas adaptativas al medio penitenciario y solucionan mejor los conflictos. En las personas con riesgo medio o bajo, no ha habido cambios.

El tercero tiene que ver con las fortalezas del programa: ha sido diseñado y elaborado por un equipo multidisciplinar, formado por profesionales del ámbito de la psicología, del trabajo social, de la psiquiatría y de la enfermería en salud mental.

El cuarto tiene que ver con unos resultados que no se buscaban: un hallazgo colateral a los objetivos del estudio es el hecho de que se ha podido constatar que RisCanvi, la herramienta diseñada para la valoración del riesgo que hace referencia a tres criterios relacionados con la violencia (autodirigida, intrainstitucional y reincidencia delictiva violenta), parece que no es del todo sensible a la detección del riesgo de suicidio que incluye la violencia autodirigida, pero en cambio, sí lo es para las conductas autolesivas no suicidas.

El quinto tiene que ver con la selección del grupo diana de intervención. La inclusión de las personas en el programa fue dificultosa en algunos casos, ya que puntualmente hubo diferencias de criterio entre el equipo sanitario de atención a los internos del centro penitenciario y el equipo que seleccionaba a los candidatos para participar. La práctica ha demostrado que el debate y el contraste de opiniones ha ayudado bastante a afinar los grupos, y hay que tenerlo en cuenta como una buena lección aprendida.

En el momento en que se discutían estos resultados, el equipo investigador quiso someter una serie de afirmaciones a la consideración de los *aplicadores*

del programa psicoeducativo **N'Viu** y también a los propios participantes en la investigación del *grupo intervención*, al cabo de un año de haberla finalizado, para tener otro punto de vista sobre:

### **¿Qué puede explicar la falta de impacto de la intervención en los resultados?**

Las afirmaciones sometidas a su consideración fueron:

1. La muestra seleccionada no era el grupo diana correcto para la problemática que se trata, por lo que la intervención no era ajustada a sus necesidades, por lo menos en algunos de los centros seleccionados.
2. El programa se aplicó con incidencias y no se puede garantizar que todas las sesiones se aplicaran en las mejores circunstancias (en cuanto a asistencia, espacios, interrupciones ambiental, ruido, recursos técnicos...) o de la manera completa que ayudara a fomentar cambios.
3. El programa necesita más ediciones que mejoren los problemas que haya podido tener esta primera edición para poder reflejar algún impacto. Hacer más ediciones supone mejorar en el dominio del contenido y que el profesional aplique de manera más fluida las competencias y pueda lograr mayor impacto que en esta edición piloto. También habrá que introducir los cambios que se hayan evaluado como necesarios en las reediciones (garantizar la innovación).
4. El programa necesita más sesiones de las que realmente se han llevado a cabo con los sujetos con el fin de promover y consolidar cambios.
5. Los cambios que se esperan son profundos y requieren más tiempo por parte de los internos para asumirlos.
6. El contenido del programa está mal diseñado o no trabaja lo que sirve para cambiar la conducta autolítica. O bien está diseñado para atender a un perfil de persona más basado en el funcionamiento ordinario de la prisión y no a un perfil de personas tan vulnerable.

Estas seis cuestiones se formularon de manera indirecta a los aplicadores nueve meses después de haber finalizado el programa psicoeducativo **N'Viu**. Pasamos a continuación a comentar los resultados obtenidos.

**Afirmación 1. La muestra seleccionada no era el grupo diana correcto para hacer la intervención.**

Los *aplicadores* del programa creen que las personas participantes en el *grupo intervención* habían presentado, mayoritariamente, en algún momento de los últimos tiempos, una ideación y/o conducta suicida y, por tanto, encajaban en las necesidades abordadas por el programa. Ahora bien, también se detectó que otros internos respondían más a un perfil de *conductas de autolesión* (como respuesta a una mala regulación emocional y/o como mecanismo para rebajar ansiedad, con conductas más impulsivas y sin que pasen por fases de un *continuum*, como ocurre en la conducta suicida). Que estuvieran mezclados en el mismo grupo, los *aplicadores* lo atribuían a las dificultades de averiguar claramente y con antelación estas diferencias.

*«Creo que, en algunas ocasiones, sí se autolesionaban para hacer una llamada de atención, pero eran personas vulnerables que, en algún momento de sus vidas, mostraban un riesgo alto y que, si no se trabajaban ciertas dificultades que presentaban, estos episodios se podrían volver a repetir.»*

En el caso de Brians 1 (mujeres), se consensuó con el departamento de psiquiatría la pertenencia al grupo y quién formaría parte del **N'Viu**. A pesar de las dificultades y tensiones iniciales que ello conllevó, los *aplicadores* lo valoran positivamente como una herramienta suplementaria de cribado que mejoró la especificidad. Solo un *aplicador* tiene la percepción de que el *grupo intervención* y el *grupo control* eran diferentes en este aspecto, y que el *grupo intervención* cumplía los criterios y que el *grupo control*, no. El resto no han visto este elemento como diferenciador, y tampoco lo hemos encontrado nosotros en los datos recogidos.

**Afirmación 2. El programa se aplicó con incidencias y no se puede garantizar que todas las sesiones se aplicaran en las mejores circunstancias (en cuanto a asistencia, espacios, interrupciones**

**ambiental, ruido, recursos técnicos...) o de la manera completa que ayudara a fomentar cambios.**

En cuanto al programa, los *aplicadores* coinciden en que las personas participantes presentaban, en mayor o menor medida, una buena actitud o predisposición.

Si alguna persona no se sintió identificada con el tratamiento de las sesiones, ya lo dijo al principio y abandonó el programa. Aún así, no solo en esta actividad, sino en todas las que tienen que ver con tratamientos, la actitud de algunos internos es discontinua e irregular en cuanto a la participación e implicación personal.

Las incidencias que comentan los *aplicadores* del programa **N'Viu** estuvieron sobre todo relacionadas con la organización y la coordinación dentro de los centros (movilidad del módulo residencial en el aula, falta de personal, etc.). Si el interno no asistía un día a la actividad, no era por voluntad propia, sino por circunstancias ajenas a su voluntad.

*«Las incidencias estaban relacionadas con la salida de módulos para asistir al programa en un aula del polideportivo del centro, con la dificultad añadida de poco personal de interior y de pertenecer a un centro tan grande, y con mucho trabajo, por lo que nos coordinamos para ir a buscar a los internos y así facilitar la labor de los funcionarios, y poder aprovechar mejor el tiempo que teníamos para hacer el programa. El hecho de que algún interno no asistiera a todas las sesiones se debía a ingresos en el hospital, cambio de horarios de trabajo..., y alguno por motivos personales. Los internos en sí no generaron ningún tipo de incidencia, es más, participaban muy motivados e ilusionados por poder hablar de un tema que tanto les preocupaba.»*

**Afirmación 3. Habría que hacer más ediciones del programa en las que se introduzcan los cambios considerados necesarios**

Para todos los profesionales que han aplicado el **N'Viu**, ha sido una experiencia satisfactoria y enriquecedora. Esto no quita que vean propuestas de mejora en posibles ediciones futuras:

- a. Tener más formación previa en conductas suicidas.
- b. Dar a los participantes más espacios para ser escuchados.

- c. Que las sesiones sean más largas y estén mejor preparadas.
- d. Reducir los grupos.
- e. Hacer alguna sesión individual.
- f. Hacer que el contenido sea más comprensible (conceptos simples, reducción de los ejercicios que requieren leer y escribir, por ejemplo).

Como puntos fuertes, mantendrían elementos como la combinación de psicólogos y educadores en los *aplicadores*, el uso de alguna metáfora que ha tenido mucho éxito entre los internos, y traer a testigos o a personas externas que puedan inspirar, una dinámica muy exitosa pero que no se ha podido hacer en todos los centros.

*«He vivido el papel de aplicador con mucha ilusión y motivación desde el primer momento en el que me dijeron que tenía que llevar a cabo este programa. Es por eso que todo lo he encontrado bien y me he visto segura durante el mismo. Anteriormente ya había trabajado con personas con problemática suicida y de salud mental, lo que me daba más seguridad. Mantendría el grupo de aplicadores formado por psicólogo y educadores, es un buen equilibrio para llevar a cabo las diferentes sesiones del programa. Lo que cambiaría algo es el número de internos, cuanto más pequeño es el grupo, más confianza genera entre ellos. También pedían hacer el programa de manera individual, necesitaban hablar individualmente, aunque en grupo también ha funcionado muy bien. También alargaría el número de sesiones.»*

#### **Afirmación 4. El programa necesita más sesiones de las que realmente se han llevado a cabo con los sujetos para promover cambios**

No hay consenso entre las personas *aplicadoras* con respecto al número de sesiones. Unas piensan que fue insuficiente y otras que fue el adecuado. Sí que coinciden en que los contenidos que mejor han funcionado han sido los testimonios de personas que han superado una situación similar, compartir su experiencia con el resto, poder ser ellos quienes hablaban, y técnicas como el «*kit de supervivencia*» o la «*tarjeta de emergencia*» para prevenir recaídas. Lo que costó más fue utilizar lenguaje técnico y hablar de la medicación.

*«Personalmente, añadiría algunas sesiones más, pero dedicadas a terapias grupales. Tenían mucha necesidad de contar sus angustias, los momentos duros vividos durante su vida, en qué momento se encontraban y las expectativas de futuro [...] Funcionó muy bien cuando*

*poníamos en común situaciones vividas y podían expresar libremente cómo se sentían.*

*Más que oírnos hablar, lo que ellos querían era hablar de su sufrimiento y sentirse más acompañados.*

*Lo que costó más fue la parte relacionada con la medicación, que se debería plantear desde otra óptica, más facilitadora, que no provocara actitudes defensivas.»*

### **Afirmación 5. Los cambios que se esperan son profundos y requieren más tiempo por parte de los internos para asumirlos**

En cuanto a los cambios observados en los participantes, todos los *aplicadores* los ven. Las personas que han participado se muestran agradecidas, menos ansiosas, con un mejor estado anímico y de motivación, con deseo de continuar el programa, y reconocen que les ha ayudado a ser conscientes y a detectar los factores de riesgo. No obstante, algunos de los profesionales piensan que es demasiado pronto para ver cambios, que hay que dejar pasar un tiempo y seguir trabajando para que los resultados sean sustanciales.

*«Creo que esperar grandes cambios es poco realista. Hemos abierto una puerta que tiene que ver con la intervención, pero la organización es mucho mayor, hay otros servicios, y la cultura de la prevención del suicidio debe ir cambiando paulatinamente. Con las entrevistas que ahora haremos, quizás podremos ver si los internos, en caso de presentar crisis suicida, han sido capaces de identificar señales de aviso y si han pedido ayuda. Este cambio sería, desde mi punto de vista, un indicador importante de cambio.»*

### **Afirmación 6. El contenido del programa está mal diseñado o no trabaja lo que sirve para cambiar de conducta autolítica**

Se hacen aportaciones muy interesantes en este apartado, que ya han ido saliendo en otras preguntas anteriores, sobre todo en las relacionadas en la afirmación 3. No se cuestiona el diseño, sí se vuelve a insistir en la adaptación a personas con muchas limitaciones para poder seguir argumentaciones complejas.

«Sí que propondría revisar el contenido, en el sentido que he puesto anteriormente: más centrado en señales de riesgo y qué hacer para apagarlas (utilizando metáforas e imágenes que sean muy claras con los internos porque si no, se pierden). En este sentido, hay que decir que el nivel cultural es tan bajo y las personas están a menudo tan deterioradas cognitivamente, que los contenidos costaron un poco. Tuve la sensación de que más que oírlos hablar, lo que ellos querían era hablar de su sufrimiento y sentirse más acompañados.»

Otras propuestas de mejora que comentan las personas *aplicadoras* están relacionadas con afinar los criterios de selección distinguiendo mejor entre el riesgo de suicidio y las autolesiones, que actualmente están integradas en un solo ítem en RisCanvi. También piensan que sería bueno hacer algunas sesiones grupales de mantenimiento, crear un espacio con *aplicadores* y equipo de proyecto para compartir experiencias y enriquecer el programa, así como que se hagan supervisiones y formaciones a los profesionales.

Para terminar este apartado, se les preguntó a las personas *aplicadoras* por su grado de acuerdo con cuatro afirmaciones predeterminadas ligadas a las hipótesis que acabamos de comentar. La tabla 15 muestra los resultados.

**Tabla 15. Grado de acuerdo de los aplicadores con las siguientes afirmaciones**

AFIRMACIONES	De menos a más de acuerdo				
	1	2	3	4	5
	N				
Los participantes eran los adecuados para el programa		3	1	6	
El número de sesiones realizadas puede haber influido en los resultados	2	1	3	4	
La experiencia del <i>aplicador</i> puede influir en los resultados		3	3	3	1
El programa está adaptado a lo que necesitan los internos			5	5	

¿Los participantes eran los adecuados para el programa? (La pregunta contenía la trampa de que, en realidad, la formulación debería estar hecha al revés: era el programa el que debería estar adaptado a los sujetos). El objetivo era averiguar su grado de acuerdo entre necesidades como grupo diana y objetivos. Los *aplicadores* que creen que esto pasaba *bastante* es el doble que los que creen que pasaba *poco*.



¿El número de sesiones puede haber influido en los resultados? Con la pregunta se buscaba saber de otro modo cómo veían los *aplicadores* que la inestabilidad o la regularidad en la asistencia podría estar condicionando los resultados. Aquí hay muy poco consenso: la mitad piensan que *nada* o *poco*, y la otra mitad, que *bastante*.

Respecto a la experiencia del *aplicador*, los propios afectados vuelven a dar respuestas con poco consenso: la mitad creen que *poco*, y la otra mitad que *bastante* o *mucho*.

Y finalmente, los que se definen respecto a la adaptación del programa a las necesidades de los internos se agrupan alrededor del *bastante*.

También se les ha hecho una pregunta genérica sobre aportaciones nuevas que quisieran añadir y que no hubiéramos preguntado. Hay dos tipos de temas que las engloban:

El primero está relacionado con la experiencia realizada y las lecciones aprendidas. Hay una alta satisfacción general por haber hecho y participado en este proyecto de investigación/acción, en el que algo que se ha elaborado de forma cooperativa y desde una comunidad de práctica que ha gestionado su propio conocimiento experto se ha evaluado con criterios científicos para determinar su grado de eficacia para conseguir el fin último, que era disminuir el riesgo de suicidios, pero también el malestar emocional de las personas reclusas. Esta satisfacción general no viene dada por los resultados obtenidos, puesto que todavía no los conocen, sino por la posibilidad de innovación y aprendizaje que les ha supuesto, como valor en sí mismo.

La segunda aportación tiene que ver con la preocupación de que esta iniciativa sea efímera. Consideran que la experiencia ha sido muy óptima y no quisieran que dejara de tener continuidad. La maduración de los cambios que son necesarios para modificar estas conductas autolíticas en estas personas tan vulnerables necesita que se mantenga en el tiempo, y refuerzo y apoyo emocional por parte de mentores que les acompañen en la gestión de sus emociones.

Este programa ha permitido un primer pilotaje de cómo sería una intervención psicoeducativa en prisiones para prevenir comportamientos suicidas. En ediciones futuras, será necesario abarcar una muestra más grande en la que se incluyan más mujeres en el programa, y explorar cómo funcionaría el programa con grupos más homogéneos. También contemplar la necesidad de trabajar de otra manera con las personas a las que se detecte un comportamiento más relacionado con conductas autolesivas pero sin ideación suicida (fundamentalmente, los jóvenes).

### **8.3. Comparativa con otros estudios**

La comparativa con otros estudios es complicada, dado que no hemos encontrado estudios con un diseño similar. Uno de los pocos estudios publicados, realizado en EE. UU., analizaba una intervención grupal que se realizaba a internos que sufrían un *trastorno mental severo*, y que consistía en sesiones semanales a lo largo de ocho semanas. El 88 % de los que participaron lo consideraron muy útil. Además, pudieron constatar una mejora en capacidad cognitiva y en motivación. Los autores constatan que las intervenciones grupales son eficaces y eficientes, y abogan por el desarrollo de más intervenciones de grupo específicas para el entorno penitenciario, dirigidas a diferentes grados de problemas de salud mental<sup>(12)</sup>.

En una revisión reciente que analiza las intervenciones sanitarias conductuales, el rango de individuos incluidos en los diferentes estudios varió de 9 a 76. Las modalidades de intervención fueron tan diversas como: terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia dialéctico-conductual, programas entre iguales, intervención de aprendizaje al personal, e intervención de formación personal y cursos de diseño único (que incorporan diferentes aspectos de las otras modalidades), la mayoría de ellos sin grupo de control. La diversidad en las medidas de resultados limitaron las conclusiones de la revisión, aunque los resultados sugerían que la TCC y el apoyo por pares eran efectivos en la reducción de las conductas suicidas<sup>(21)</sup>. Otro estudio reciente se focalizó en una intervención sobre internos que sufrían un *trastorno depresivo mayor*. Este estudio, realizado en dos prisiones de EE. UU., incluyó a 181 reclusos, a los que se les realizó una intervención consistente en 10 sesiones grupales de

entre 20-90 minutos en las que se aplicó la psicoterapia grupal interpersonal, objetivando una reducción de los síntomas depresivos, desesperanza y síntomas de TEPT, y un incremento en las tasas de remisión del *trastorno depresivo mayor*<sup>(22)</sup>.

Por otra parte, últimamente empieza a haber programas específicos de prevención del suicidio en entornos penitenciarios, como es el caso del programa Vigilans, una versión del programa de prevención del suicidio instaurado para la población general francesa y adaptado a la población reclusa<sup>(5)</sup>. Este programa es más un intento de detectar y hacer un seguimiento de los intentos que contemplar acciones psicoeducativas grupales.<sup>(22)</sup>.

## 9. Conclusiones y propuestas

### 9.1. Conclusiones

Con relación a la población atendida:

1. La población incluida en el programa **N'Viu** presenta un perfil de vulnerabilidad y de gravedad superior a la población penitenciaria general, tanto en variables personales como penales o penitenciarias.
2. Las mujeres de la población **N'Viu** presentan indicadores de vulnerabilidad peores que la población masculina. La proporción de mujeres con tentativas de suicidio dobla a la de los hombres. La proporción de diagnósticos de *trastornos de personalidad* también se duplica.
3. Los hombres de la población **N'Viu** destacan respecto a las mujeres en que presentan más proporción con consumo de drogas, inician la carrera delictiva a edades más jóvenes y tienen una conducta delictiva más severa y con una diversidad delictiva superior.

Con relación al tratamiento en el centro penitenciario:

4. El antecedente del ingreso en el módulo de psiquiatría hace que el comportamiento de los internos sea, con posterioridad, más adaptado al medio penitenciario y con menos tentativas de suicidio respecto a aquellos que no han pasado por este módulo.
5. La herramienta RisCanvi predice mejor las conductas autolesivas que las autolíticas.
6. Hay una relación entre el número de años de condena y la valoración de alto riesgo de cometer violencia autodirigida

Con relación a la evaluación del programa psicoeducativo **N'Viu**:

7. La intervención psicoeducativa incidió en algunos aspectos de la ideación suicida. Después de la intervención se observó que el *grupo control* presentaba

más pensamientos suicidas activos y más ideación activa respecto al *grupo intervención*.

8. No se han producido mejoras en el resto de las variables controladas en el estudio, y habrá que ajustar el programa y la población diana a las mejoras propuestas por los *aplicadores* para lograr resultados más eficaces en el futuro.

9. El grupo valorado de alto riesgo de cometer violencia autodirigida recibe, al cabo de un año de haber hecho el programa psicoeducativo, menos expedientes disciplinarios, tanto en expedientes muy graves (art. 108 RP) (antes, media 4,15 y D.E. 4,64, frente a después, media 2,55 y DE 2,84) como también en expedientes graves (art.109 RP) (antes, media 4,21 y D.E. 4,40, frente a después, media 2,44 y D.E. 2,85). No era un efecto buscado inicialmente, pero parece que la intervención psicoeducativa ha conseguido que la respuesta que dan los internos a los conflictos de convivencia dentro de la prisión sea más cívica y, en consecuencia, son menos sancionados. La conclusión sería que los internos de alto riesgo en la valoración RisCanvi de violencia autodirigida han aprendido conductas adaptativas al medio penitenciario y solucionan mejor los conflictos. Las personas con riesgo medio o bajo no han tenido cambios en el período observado.

10. La experiencia de participación de los profesionales en el proyecto ha sido satisfactoria y muy positiva. Diseñar un programa de intervención de forma colaborativa desde una comunidad de práctica, llevarlo a cabo, evaluarlo y plantear mejoras a partir de las lecciones aprendidas se considera un valor en sí de la propia investigación, que no debería perderse ni menospreciarse, aunque el programa no haya conseguido aún la eficacia óptima.

## 9.2. Propuestas

Con relación a la población atendida:

1. Mejorar la selección de las personas que pueden participar en el programa. Se considera que habría que desarrollar herramientas de cribado que faciliten la detección de las personas con conductas autolíticas, ya que RisCanvi es más sensible para detectar las conductas autolesivas.
2. Separar e intervenir de manera diferente con las personas que presenten conductas autolesivas (no autolíticas). Aquí encontraremos la mayoría de los jóvenes (18/25 años) y seguramente algunas conductas de personas de culturas musulmanas, poco conocidas en nuestro entorno en el aspecto de la ideación suicida. Será necesario adaptar un programa específico para estos colectivos.
3. Trabajar para que la motivación para participar en un programa como **N'Viu** se base en la mejora del bienestar personal más que en la obtención de otros beneficios o incentivos materiales.
4. La especial vulnerabilidad del colectivo al que se dirige el programa requiere la utilización de más recursos y más específicos. Sin correr el riesgo de ser una propuesta recurrente de muchas investigaciones y, por tanto, vacía de contenido, proponemos que se gestione su viabilidad a partir de redistribuir los recursos del sistema penitenciario, derivándolos de las intervenciones que ahora se hacen en población de bajo riesgo, con las que no habría que invertir ni en tiempo ni esfuerzos ni recursos, tal y como se ha descubierto en muchos estudios liderados por el modelo RNR (Riesgo-Necesidad-Responsividad) de Andrews & Bonta.

Con relación al programa de tratamiento:

5. Crear una comisión de trabajo que modifique el programa **N'Viu** basándose en las mejoras propuestas y las implemente en la versión 2.0, a desarrollar en la siguiente edición del programa. Estas mejoras son:
  - 5.1.- Introducir sesiones individuales que acompañen a las grupales atendiendo a las necesidades específicas de cada caso.

- 5.2.- Ajustar la duración de las sesiones. Algunas se han quedado cortas y habría que ampliarlas, otras se podrían reducir o incluso eliminar.
- 5.3.- Se han detectado cuatro sesiones clave, alrededor de las que se propone poner más énfasis en los contenidos que se ha demostrado que funcionan muy bien para trabajar las problemáticas autolíticas.
- 5.4.- Adaptar el lenguaje de comunicación de las fichas y otro material con más grafismo y transmitir las ideas de manera mucho más simple, dadas las dificultades cognitivas y lectoras de muchos de los usuarios de este programa.
- 5.5.- Editar el material del usuario profesionalizando el diseño gráfico y su presentación atractiva para acompañar a los usuarios en su uso.
- 5.6.- Adaptar una versión específica para las mujeres, en lenguaje y contenido específico, haciendo especial mención a la adherencia al programa de tratamiento.
- 6. Incluir a profesionales de salud mental del centro en el desarrollo del programa psicoeducativo en aquellas sesiones que lo requieran.
- 7. Mantener al finalizar el programa un grupo de ayuda mutua bajo la supervisión de un profesional.

Con relación a la difusión de esta evaluación de política pública y su continuidad:

- 8. Diseñar diferentes acciones informativas y formativas en los próximos meses, para dar a conocer los resultados y las propuestas de continuidad.
  - 8.1.- Preparar presentaciones individualizadas para *stakeholders* (involucrados) de reconocida influencia en el trabajo con estos colectivos: salud mental, defensor del pueblo, grupos de interés, fiscalía y jueces de vigilancia penitenciaria.
  - 8.2.- Celebración de una jornada de debate en torno a los resultados de esta investigación y los nuevos retos a asumir en los próximos años en la salud mental penitenciaria.
  - 8.3.- Diseñar y lleva a cabo un nuevo curso de formación continuada para *aplicadores* del programa 2.0 (psicólogos, educadores sociales) para la nueva edición a implementar a partir de 2022.

- 8.4.- Dar a conocer la nueva propuesta de programa piloto que se quiere llevar a cabo en el CP Quatre Camins para abordar específicamente las conductas autolesivas, en coordinación con la Universidad de Valencia.
9. Evaluar la edición del año 2022 con los mismos parámetros llevados a cabo en esta investigación, para conocer si entonces se consiguen cambios significativos entre los participantes del programa y se puede consolidar como herramienta efectiva de intervención en el marco curricular de tratamiento de los centros penitenciarios.



## 10. Referencias bibliográficas

1. MINISTERIO DEL INTERIOR. «Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (II.PP.) Año 2017». *Boletín epidemiológico de Instituciones Penitenciarias*, 24(2) (2019).
2. GENERALITAT DE CATALUNYA. Institut d'Estadística de Catalunya. <<https://www.idescat.cat>>
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide in jails and prisons*. Ginebra: WHO, 2007.
4. CRAMER, R. J.; WECHSLER, H. J.; MILLER, S. L.; YENNE, E. «Suicide Prevention in Correctional Settings: Current Standards and Recommendations for Research, Prevention, and Training». *J Correct Health Care*, 23(3) (2017), 313-328.
5. ECK, M.; SCOUFLAIRE, T.; DEBIEN, C.; AMAD, A.; SANNIER, O.; CHAN CHEE, C.; FOVET, T. «Suicide in prison: Epidemiology and prevention». *Le Presse Medicale*, 48(1) (2019), 46-54. <<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.009>>
6. FAZEL, S.; GRANN, M.; KLING, B.; HAWTON, K. «Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(3) (2011), 191-195. <<https://doi.org/10.1007/s00127-010-0184-4>>
7. FAZEL, S.; HAYES, A. J.; BARTELLAS, K.; CLERICI, M.; TRESTMAN, R.. «The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes and interventions». *Lancet Psychiatry*, 3(9) (2016), 871-881. <[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)>
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Notas descriptivas-Suicidio* [en línea]. <[https:// bit.ly/2Hdc1vE](https://bit.ly/2Hdc1vE)> [Consulta: 1 de septiembre de 2018].
9. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Estadísticas de suicidio en España* [en línea]. 2019. <<http://www.ine.es>>
10. HAWTON LINSELL, L.; ADENIJI, T.; SARIASLAN, A.; FAZEL, S. «Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide». *Lancet*, 383(9923) (2014), 1.147-1.154.

11. PERRY, A. E.; HORTON, M. «Assessing vulnerability to risk of suicide and self-harm in prisoners: a Rasch analysis of the suicide concerns for offenders in the prison environment (SCOPE-2)». *BMC Psychiatry*, 20(1) (2020), 164.
12. LEIDENFROST, C. M.; SCHOELERMAN, R. M.; MAHER, M.; ANTONIUS, D. «The development and efficacy of a group intervention program for individuals with serious mental illness in jail». *Int J Law Psychiatry*, 54 (2017), 98-106.
13. DEPARTAMENT DE JUSTÍCIA. SERVEIS PENITENCIARIS. *Dades estadístiques 2018*.  
<[http://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/serveis\\_penitenciaris](http://justicia.gencat.cat/ca/departament/Estadistiques/serveis_penitenciaris)>
14. PRATT, D.; TARRIER, N.; DUNN, G.; AWENAT, Y.; SHAW, J.; ULPH, F.; GOODING, P. «Cognitive- behavioural suicide prevention for male prisoners: a pilot randomized controlled trial». *Psychol Med*, 45(16) (2015), 3.441-3.451.
15. POSNER, K.; BROWN, G. K.; STANLEY, B.; BRENT, D. A.; YERSHOVA, K. V.; OQUENDO, M. A. (et al.). «The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults». *Am J Psychiatry*, 168(12) (2011), 1.266-1.277.
16. AL-HÁLABÍ, S.; SÁIZA, P. A.; BURÓN, P.; GARRIDO, M.; BENABARRE, A.; JIMÉNEZ, E.; (et al.). «Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio)». *Rev Psiquiatr Salud Ment [Barcelona]*, 9(3) (2016), 134-142.
17. BOBES, J.; BULBENA, A.; LUQUE, A.; DAL-RÉ, R.; BALLESTEROS, J.; IBARRA, N. «Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. [A comparative psychometric study of the Spanish versions with 6, 17 and 21 items of the Hamilton Depression Rating Scale]». *Med Clin [Barcelona]*, 120(18) (2003), 693-700.
18. LOBO, A.; CHAMORRO, L.; LUQUE, A.; DAL-RÉ, R.; BADIA, X.; BARÓ, E. «Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad». *Med Clin [Barcelona]*, 118 (2002), 493-499.
19. BADIA, X.; SHIAFFINO, A.; ALONSO, A.; HERDMAN, M. «Using the EuroQoL5-D in the Catalan general population: Feasibility and construct validity». *Qual Life Res*, 7 (1998), 311-322.
20. KAZIS, L. E.; ANDERSON, J. J.; MEENAN, R. F. «Effect sizes for interpreting changes in health status». *Med Care*, 27(3 Suppl) (1989), 178-189.

21. WINICOV, N. «A systematic review of behavioral health interventions for suicidal and self-harming individuals in prisons and jails» [en línea]. *Heliyon*. 5(9) (2019), e02379.
22. JOHNSON, J. E.; STOUT, R. L.; MILLER, T. R.; ZLOTNICK, C., CERBO, L. A.; ANDRADE, J. T.; NARGISO, J.; BONNER, J.; WILTSEY-STIRMAN, S. «Randomized cost-effectiveness trial of group interpersonal psychotherapy (IPT) for prisoners with major depression». *J Consult Clin Psychol*, 87(4) (2019), 392-406.
23. CAPDEVILA, M.; FRAMIS, B.; VILA, E.; ARRUFAT, A.; DíEZ, R. *Excarcerats d'alt risc (2014-2016)*. Barcelona: CEJFE. Pendiente de publicar en: <http://cejfe.gencat.cat/ca/recerca/cataleg/>

## 11. Anexos

### Anexo 1. Plantilla de descripción de las variables extraídas del SIPC

Variables	Descripción	Codificación
GRUPARTICIPANT	A qué grupo pertenece el participante	1 = Grupo intervención 2 = Grupo control
CPREFERENCIA	Centro penitenciario en el que se encuentra el participante	1 = Brians 1 (mujeres) 2 = Brians 2 3 = CP Jóvenes 4 = CPQC
<b>Variables personales</b>		
SEXO	Sexo	1 = Hombre 2 = Mujer
PAIS	Nacionalidad de origen	Ver Anexo 1. Códigos país
NACIONALITAT	Nacionalidad española o extranjera	1 = Español 2 = Extranjero 9 = Ns/Nc
AREAGEOG	Área geográfica de procedencia. Construida a partir de la nacionalidad	1 = España 2 = UE 3 = Resto Europa 4 = Magreb 5 = Resto África 6 = América Central y del Sur 7 = Asia 8 = Resto del mundo
EXPULSIO	¿Consta algún tipo de expediente de expulsión abierto, cualquiera que sea la situación de tramitación?	1 = Sí 2 = No
EXPULSIODATA	Momento del expediente de expulsión	1 = Anterior o igual a la fecha de ingreso pena base 2 = Posterior a la fecha de ingreso pena base
RESIDENCIA	Carece, o no, de residencia en Cataluña (porque no tiene o porque reside fuera)	1 = Sin domicilio / fuera de Cataluña 2 = Reside en Cataluña
ESTUDIS	Nivel de estudios que figura en el SIPC	1 = Etapa instrumental 2 = 1.º nivel etapa instrumental 3 = 2.º nivel etapa instrumental 4 = 3.º nivel etapa instrumental 5 = ESO/equivalente 6 = Bachillerato/equivalente 7 = Universidad/equivalente
CATALA	¿Conoce el catalán?	0 = No lo entiende 1 = Lo entiende 2 = Se expresa
CASTELLA	¿Conoce el castellano?	0 = No lo entiende 1 = Lo entiende 2 = Se expresa
FILLS	Número de hijos/hijas, agrupado	0 = No tiene hijos 1 = 1 o 2 hijos 2 = 3 o más hijos

Variables	Descripción	Codificación
RisCanvi_16.Desajustinfantil	Problemas de comportamiento en la infancia o un patrón de mala conducta habitual (por ejemplo, peleas con los compañeros o mal comportamiento en el hogar). Bajo rendimiento escolar (con muchos suspensos), absentismo escolar o abandono de la escuela. Extraída del RisCanvi más cercano a la fecha del estudio (válido para el resto de variables RisCanvi)	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_17.DistànciaresidènciaCP	La residencia a la que irá el sujeto (con motivo de su salida en libertad, de permiso, etc.) se encuentra alejada del centro penitenciario.	1 = Más de 300 km 2 = De 100 a 300 km 3 = Hasta 100 km
RisCanvi_18.Nivelleducatiu	Grado académico alcanzado, nivel de estudios terminados.	1 = Bajo (educación primaria) 2 = Medio (secundaria o ciclos formativos) 3 = Alto (superior o universitaria)
RisCanvi_19.Problemesocupació	Paro crónico, inestabilidad laboral o muchos trabajos previos que duran poco tiempo. Dificultades de inserción laboral. Se niega a buscar trabajo, es despedido frecuentemente o lo abandona con facilidad. <i>Considerar toda la vida del individuo.</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_20.Mancarecursos econòmics	Nivel económico suficiente en el último año o antes de su ingreso en el caso de que haya sido más de 12 meses en el centro penitenciario.	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_21.Absènciaplansdefutur	Planes de futuro poco realistas o poco viables, ausencia de planificación a medio y largo plazo.	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_22.Antecedentsfamília	Familiares de primer o segundo grado (o análogos) que han llevado a cabo conductas antisociales o delictivas	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_23.Socialitzacióproblemàticafamília	Las relaciones familiares en la familia de origen se han caracterizado por la indiferencia, la hostilidad o el uso frecuente de los castigos	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_24.Mancasuportfamiliarsocial	Falta de red social, de relaciones satisfactorias y de apoyo o de un contacto regular con familiares y amigos. <i>Considerar el último año, incluyendo el momento de la evaluación</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_25.Pertinençabandes	Es miembro de una banda organizada relacionada con actividades delictivas o se vincula con redes criminales. <i>Considerar el momento actual</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_26.Pertinençagrupsocialrisc	Pertenece a grupos sociales que pueden estar en riesgo de cometer actos delictivos. <i>Considerar el momento actual</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_27.Roldelictiudestacat	En su entorno inmediato o círculo de familiares, amigos, conocidos y vecinos, destaca por sus delitos y es respetado en la subcultura delictiva. <i>Considerar el momento actual</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?

<b>Variab</b> les	<b>Descripció</b> n	<b>Codificació</b> n
<i>RisCanvi_28</i> .Victimaviolència degènere	La interna es víctima de violencia física, sexual o psicológica por parte de su pareja o expareja. <i>Considerar el último año, incluyendo el momento de la evaluación</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_29</i> .Càrreguesfamiliars actuals	El sujeto tiene bajo su responsabilidad el cuidado de familiares, por ejemplo, hijos menores, padres mayores o familiares enfermos. <i>Considerar el momento actual</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_30</i> .Abusdrogues	Consumo de drogas, legales o ilegales, que interfiere negativamente en diferentes aspectos de su vida (familiar, laboral y social) o de su salud física. <i>Considerar el último año</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_31</i> .Abús alcohol	Consumo de alcohol que interfiere negativamente en diferentes aspectos de su vida (familiar, laboral y social) o de su salud física. <i>Considerar el último año</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_32</i> .TrastornMental	En algún momento de la vida, al sujeto que se valora se le ha diagnosticado un trastorno mental severo, de acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994), el CIE-10 (OMS, 1992) o sus versiones actualizadas	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_33</i> .Comportaments sexualpromiscu	Promiscuidad sexual de riesgo, hipersexualidad irresponsable, conducta sexual violenta. También desviación, anomalía, perversión sexual o trastorno de la preferencia sexual. <i>Considerar toda la vida del individuo</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_34</i> .Respostalimitada tractament	El sujeto ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico (o farmacológico), o por consumo abusivo de sustancias, y no hay mostrado adherencia o los resultados han sido pobres. <i>Considerar el último año</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_35</i> .TrastornPersonalitat	Cumple los criterios DSM-IV o CIE-10 para un trastorno de personalidad del Clúster B, o presenta de forma habitual y general ira, impulsividad o comportamiento violento. <i>Considerar toda la vida del individuo</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_36</i> .Pobreafrontament stress	Tendencia a experimentar un alto grado de estrés. Falta de recursos cognitivos y conductuales para afrontar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresante. <i>Considerar el momento actual</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_37</i> .Conductesautolesives	Conductas autolíticas, como autolesiones o intentos suicidas, que hayan puesto en riesgo su vida o integridad física, independientemente de su intención. <i>Considerar cualquier momento de su vida</i>	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_38</i> .Actitudsprocriminals	Actitudes manifiestas de naturaleza antisocial que justifican el uso de la violencia y el comportamiento delictivo. Considerar las actitudes sádicas, homicidas, paranoides, xenófobas, misóginas o machistas que no se deriven de un trastorno mental	1 = Sí 2 = No 3 = ?

<b>Variables</b>	<b>Descripción</b>	<b>Codificación</b>
<i>RisCanvi_39.BaixCl</i>	Rendimiento inadecuado en las tareas nuevas y en los procesos que requieren aprendizajes. Dominio escaso del lenguaje, aunque conoce la lengua que se habla en el centro. No muestra buena comprensión lectora, ni es eficaz en el seguimiento de instrucciones escritas	1 = Hasta 85 2 = Más de 85 3 = No se sabe
<i>RisCanvi_40.Temeritat</i>	Disposición temperamental que provoca una aparente necesidad crónica de realizar actividades de riesgo, tener experiencias nuevas y rechazar la actividad rutinaria o aislada. Preferencia por actividades en grupo y por tener compañeros semejantes a él	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_@41.Impulsivitat i inestabilitat emocional</i>	Disposición a mostrar fluctuaciones dramáticas en el estado de ánimo o en el comportamiento en general. Propensión a reaccionar de forma exagerada, súbita y explosiva, tanto conductual como emocionalmente. Lleva un estilo de vida caracterizado por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, el trabajo o sus residencias	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_42.Hostilitat</i>	Disposiciones y actitudes desfavorables y comportamientos agresivos hacia los demás	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<i>RisCanvi_43.Irresponsabilitat</i>	Disposición a no cumplir con sus obligaciones o compromisos con los demás. Dificultades para la toma de decisiones y para la adquisición y cumplimiento de los compromisos y responsabilidades propios de su edad. Puede mostrar un estilo de vida parasitario sobre su entorno inmediato. No acepta la responsabilidad de sus propias acciones, incluyendo las actividades delictivas por las que ha sido procesado o condenado	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<b>Variables penales de la causa base</b>		
ANTECEDENTS	¿Constan entradas anteriores a prisión por otras causas?	1 = Sí 2 = No
ANTECEDENTS_NAGRUPA T	Número de ingresos previos a la pena base, agrupados	1 = Más de 5 ingresos anteriores 2 = De 2 a 5 ingresos anteriores 3 = 1 ingreso anterior 4 = Sin antecedentes
DELICTEPB	Delito que consta como principal en la pena base	Ver Anexo 2. Códigos delito
DELICTEPBCAT	Categoría delito principal pena base, construida a partir de <i>Delito principal pena base</i>	1 = Contra las personas 2 = Contra la libertad sexual 3 = Contra la propiedad 4 = Drogas 5 = Tráfico 6 = Otros 9 = No consta
DELICTEPBVIOL	Agrupación de los delitos en función de si hay violencia o no sobre personas	1 = Violento 2 = No violento 9 = No consta
TIPUSPENA	Tipo de pena por la que está en prisión	1 = Prisión condenado 2 = Medida seguridad 3 = RPS 4 = LP o CS 5 = Prisión preventivo

<b>VARIABLES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CODIFICACIÓN</b>
TEMPSCONDEMNIA_AGRUPAT	Años, meses, días del delito principal de la pena base	1 = Menos de 3 años 2 = De 3 a 4,9 años 3 = 5 años o más
TEMPSCONDEMNIA_3ANYS	Años, meses, días del delito principal de la pena base	1 = Menos de 3 años 2 = 3 años o más
OPV	¿Hay activada sobre él Orden de Protección a la Víctima ?	1 = Sí 2 = No
RESPCIVIL	¿Tiene impuesta responsabilidad civil?	1 = Sí 2 = No
RisCanvi_1.Delictiveviolent	Uso de violencia física, coerción o amenazas en el momento de cometer el delito base	1 = Sí 2 = No
RisCanvi_2.Edateneldelict	Edad en el delito	1 = Hasta 22 años 2 = De 23 a 28 años 3 = Más de 28 años
RisCanvi_3.Intoxicaciódelict	El individuo había consumido una cantidad significativa de drogas o alcohol en un tiempo cercano a la comisión del delito base (por ejemplo, entre una hora y unos minutos antes), o bien durante la misma comisión del delito	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_4.Víctimesamblessions	Número de víctimas con lesiones físicas o psicológicas de gravedad moderada o severa, es decir, que hayan requerido atención profesional	1 = Más de 1 víctima 2 = 1 víctima 3 = 0 víctimas
RisCanvi_5.Duradadelapena	Duración total de la pena efectiva actual que cumple en conjunto (que podría ser el resultado de la acumulación de varias condenas)	1 = Hasta 2 años 2 = De 2 a 6 años 3 = Más de 6 años
RisCanvi_6.Tempsinimterruptupreso	Suma, en días, del tiempo de estancia en prisión desde el último ingreso de libertad, ingreso voluntario o regreso de permiso/salida, hasta la fecha de la evaluación	1 = Hasta 1 año 2 = De 1 a 3 años 3 = Más de 3 años
RisCanvi_7.Històriadeviolència	Antecedentes de conducta violenta en la comunidad previos al delito base. Se entiende por violencia la acción que produce un daño real o el intento o amenaza de dañar a una persona o más. Se incluyen en esta definición las agresiones sexuales y/o físicas, los comportamientos amenazadores claros y la destrucción de objetos	1 = Sí 2 = No 3 = ?
RisCanvi_8.Iniciactivitatdelictiva	Edad del sujeto en el momento del primer delito o incidente violento conocido	1 = Hasta 16 años 2 = De 17 a 30 años 3 = Más de 30 años
RisCanvi_9.Incrementgravetat	Incremento de la frecuencia, gravedad y diversidad de los delitos. Por ejemplo, comisión de un mayor número de delitos en menos tiempo, de diferentes tipos de delitos, o agravamiento de delitos no violentos a delitos violentos	1 = Sí 2 = No 3 = ?
<b>VARIABLES PENITENCIARIAS</b>		
PREVENTIU	¿Ha estado en prisión preventiva por la pena base?	1 = Sí 2 = No
LLP	En caso de preventiva, ¿ha salido en libertad provisional?	0 = No 1 = Sí



<b>VARIABLES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CODIFICACIÓN</b>
INGRESPENAT	Tipo de ingreso como penado	1 = Ingreso de libertad 2 = Otro tipo de ingreso 3 = Ingreso voluntario
CLASINICIAL	Clasificación inicial de la pena base	1 = 1.º grado o art. 10 LOGP 2 = No clasificado 3 = 2.º grado 4 = 3.º grado
REGRESSIONS	¿Ha vivido regresiones de grado a lo largo de la pena base?	1 = Sí 2 = No
UBICACIONES	Número total de ubicaciones en diferentes módulos en los que ha estado para el cumplimiento de la pena base	1 = 20 o más dependencias 2 = De 10 a 19 dependencias 3 = De 5 a 9 dependencias 4 = De 1 a 4 dependencias
UBICACIONSCONFL	Ubicaciones en módulos de especial supervisión a lo largo de la pena base	1 = Sí 2 = No
UBICACIONSinFERMERIA	Ubicaciones en módulos de enfermería u hospitales a lo largo de la pena base	1 = Sí 2 = No
UBICACIONSPSIQUIATRIA	Ubicaciones en módulos psiquiátricos o UHPP a lo largo de la pena base	1 = Sí 2 = No
TRASLLATFORA	Traslado a un centro penitenciario fuera de Cataluña durante la pena base	0 = No 1 = Sí
PERMISOSSOL	¿Ha solicitado permisos?	0 = No 1 = Sí
PERMISOS	Durante la pena base, ¿disfrutó de permisos ordinarios?	0 = No 1 = Sí
SORTIDES1002	¿Tiene salidas según el art. 100.2 del Reglamento Penitenciario?	0 = No 1 = Sí, 1 o 2 salidas 2 = Sí, 2 o más salidas
SORTIDES114	¿Tiene salidas según el art. 114 del Reglamento Penitenciario?	0 = No 1 = Sí, 1 o 2 salidas 2 = Sí, 2 o más salidas
SORTIDES117JVP	¿El juez de vigilancia penitenciaria le ha dado salidas en aplicación del art. 117?	0 = No 1 = Sí, 1 o 2 salidas 2 = Sí, 2 o más salidas
SORTIDES117DG	¿El centro directivo le ha dado salidas en aplicación del art. 117?	0 = No 1 = Sí, 1 o 2 salidas 2 = Sí, 2 o más salidas
TRENCAMENT	Evasión, no retorno o detención durante permiso en la pena base	1 = Sí 2 = No
INCIDENTSPRE	¿Ha habido incidentes durante el cumplimiento de la pena base?	0 = No 1 = Sí, autolesiones leves 2 = Sí, autolesiones graves 3 = Huelgas 4 = Otros incidentes

<b>VARIABLES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CODIFICACIÓN</b>
INCIDENTSPREANY	¿Ha habido incidentes durante el último año de cumplimiento de la pena base y hasta septiembre de 2019?	0 = No 1 = Sí, autolesiones leves 2 = Sí, autolesiones graves 3 = Huelgas 4 = Otros incidentes
ENTREVISTES	Entrevistas del equipo de tratamiento	0 = Sin entrevistas 1 = Sí entrevistas
RisCanvi_10.Conflictesambin terns	Genera discusiones o peleas, provoca o recibe provocaciones o presiones por parte de otros compañeros o utiliza estrategias inadecuadas para relacionarse con otros internos. <i>Considerar la reclusión actual</i>	1 = Sí 2 = No
RisCanvi_11.Incomplimentme sures	Ha incumplido una medida penal impuesta o la supervisión establecida durante su cumplimiento. <i>Considerar la reclusión actual</i>	1 = Sí 2 = No
RisCanvi_12.Expedientsdisci plinaris	Faltas disciplinarias graves o muy graves y otros problemas de ajuste institucional en prisión. <i>Considerar la reclusión actual o las previas</i>	1 = Sí 2 = No
RisCanvi_13.Evasions	Evasiones o fugas de un centro penitenciario. <i>Considerar la reclusión actual o las previas</i>	1 = Sí 2 = No
RisCanvi_14.Regressions	Evolución negativa durante el tratamiento penitenciario. <i>Considerar cualquier momento de su historia</i>	1 = Sí 2 = No
RisCanvi_15.Trancamentdep ermisos	El interno ha disfrutado de permisos y ha incumplido las normas de cumplimiento	1 = Sí 2 = No
<b>VARIABLES ACTIVIDADES</b>		
DROGUESPROGRAMA	¿Ha participado en programas de desintoxicación de drogas?	0 = No 1 = Sí
SMPROGRAMA	¿Ha participado en programas de salud mental?	0 = No 1 = Sí
SACPROGRAMA	¿Ha participado en programas de modificación de conducta desviada sexual (SAC)?	0 = No 1 = Sí
VIDOPROGRAMA	Ha participado en programas de modificación de conducta VIDO/VIGE	0 = No 1 = Sí
DEVIPROGRAMA	¿Ha participado en programas de modificación de conducta violenta (DEVI)?	0 = No 1 = Sí
TRACTESPECIALITZATVIOL ENCIA	¿Ha hecho cualquiera de los programas SAC-DEVI-VIGE?	0 = No 1 = Sí
DROGUESNACT	Número de actividades que ha hecho de desintoxicación de drogas	Variable numérica
DROGUESAPROFITAMENT	¿Ha superado el curso de drogas con calificación de aprovechamiento?	1 = No aprovechamiento 2 = Aprovechamiento

<b>VARIABLES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CODIFICACIÓN</b>
SACNACT	Número de actividades que ha hecho de SAC	Variable numérica
SACAPROFITAMENT	¿Ha superado el curso de SAC con calificación de aprovechamiento?	1 = No aprovechamiento 2 = Aprovechamiento
VIGEACT	Número de actividades que ha hecho de VIDO/VIGE	Variable numérica
VIGEAAPROFITAMENT	¿Ha superado el curso de VIGE con calificación de aprovechamiento?	1 = No aprovechamiento 2 = Aprovechamiento
DEVIACT	Número de actividades que ha hecho de DEVI	Variable numérica
DEVIAPROFITAMENT	¿Ha superado el curso de DEVI con calificación de aprovechamiento?	1 = No aprovechamiento 2 = Aprovechamiento
<b>Valoración global de RISCANVI</b>		
VIAUTO_RisC	Valoración algorítmica de los ítems relacionados con la posibilidad de tener comportamientos autolíticos	1 = Riesgo Alto 2 = Riesgo Medio 3 = Riesgo Bajo
VIINTRA_RisC	Valoración algorítmica de los ítems relacionados con la posibilidad de tener conductas violentas intrainstitucionales (dentro del centro penitenciario)	1 = Riesgo Alto 2 = Riesgo Medio 3 = Riesgo Bajo
REINVI_RisC	Valoración algorítmica de los ítems relacionados con la posibilidad de cometer un nuevo delito violento cuando salga del centro penitenciario	1 = Riesgo Alto 2 = Riesgo Medio 3 = Riesgo Bajo
TRENCO_RisC	Valoración algorítmica de los ítems relacionados con la posibilidad de incumplir permisos penitenciarios u otros beneficios si se le conceden	1 = Riesgo Alto 2 = Riesgo Medio 3 = Riesgo Bajo
<b>VARIABLES NUMÉRICAS / TIEMPO</b>		
DATANAIX	Fecha de nacimiento	Variable de fecha
DATAPRIMINGRES	Fecha del primer ingreso en un centro penitenciario, sea como preventivo o como penado	Variable de fecha
DATADELICTEPB	Fecha en la que cometió el delito principal de la pena base	Variable de fecha
DATAPREVENTIU	Fecha de ingreso como preventivo (si ingresó como preventivo)	Variable de fecha
DATAINICIPB	Fecha de inicio del cumplimiento de la pena base	Variable de fecha
DATALDPB	Fecha de libertad definitiva (cumplimiento definitivo) de la pena base	Variable de fecha
DATATERCERGRAU	Fecha de la primera clasificación en 3.º grado	Variable de fecha
DATAPERMIS	Fecha del primer permiso ordinario de la pena base	Variable de fecha

<b>Variables</b>	<b>Descripción</b>	<b>Codificación</b>
NINGRESANTERIOR	Número de ingresos previos a la pena base	Variable numérica
NREGRESSIONS1R	Número de regresiones a 1.º grado durante la pena base	Variable numérica
NREGRESSIONS2N	Número de regresiones a 2.º grado durante la pena base	Variable numérica
NNIVELLSAM	Número de valoraciones hechas en el Sistema de Evaluación Motivacional (SAM)	Variable numérica
NNIVELLSAMCD	Número de valoraciones negativas (C y D) SAM	Variable numérica
NIVELLSAMCD%	Porcentaje de valoraciones SAM C y D	Variable numérica
NUBICACIONES	Número total de dependencias diferentes (celdas) durante la pena base	Variable numérica
NDIESUBICACIONSCONFL	Número de días en módulos de especial supervisión	Variable numérica
NDIESUBICACIONSinFERM	Número de días en enfermería durante la pena base	Variable numérica
NDIESUBICACIONSinFERM ANY19	Número de días en enfermería durante el último año de la pena base y hasta septiembre 2019	Variable numérica
NDIESUBICACIONSPSIQUI	Número de días en psiquiatría durante la pena base	Variable numérica
NDIESUBICACIONSPSIQUI ANY19	Número de días en psiquiatría durante el último año de la pena base y hasta septiembre 2019	Variable numérica
NPERMISOSSOL	Número de permisos solicitados	Variable numérica
EXPEDIENTMLTGREU	Número de expedientes muy graves (art. 108 RP) durante el cumplimiento de la pena base	Variable numérica
EXPEDIENTGREU	Número de expedientes graves (art. 109 RP) durante el cumplimiento de la pena base	Variable numérica
EDAT1RINGRES	Edad en el primer ingreso en prisión	Variable numérica
EDATDELICTEPB	Edad en el delito de la pena base	Variable numérica
TEMPSCONDEMNA	Total de tiempo de condena (días)	Variable numérica
<b>Variables control pos</b>	<b>Descripción</b>	<b>Codificación</b>

<b>VARIABLES</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CODIFICACIÓN</b>
INCIDENTSPOST	Ha habido incidentes durante el año 2020	0 = No 1 = Sí, autolesiones leves 2 = Sí, autolesiones graves 3 = Huelgas 4 = Otros incidentes
NDIESUBICACIONSinFERM ANY20	Número de días en enfermería durante el año 2020	Variable numérica
NDIESUBICACIONSPSIQUI ANY20	Número de días en psiquiatría durante el año 2020	Variable numérica
RisCanvi_30.Abusdrogues2	Consumo de drogas, legales o ilegales, que interfiere negativamente en diferentes aspectos de su vida (familiar, laboral y social) o de su salud física. <i>Considerar el último año (2020). RisCanvi 3 del resultado de valorar el segundo y compararlo con el anterior. Así todas las variables de RisCanvi</i>	1 = Sí, siempre 2 = Sí, ha empeorado 3 = No, ha mejorado 4 = No, nunca lo ha tenido
RisCanvi_31.Abúsalcohol2	Consumo de alcohol que interfiere negativamente a diferentes aspectos de su vida (familiar, laboral y social) o de su salud física. <i>Considerar el último año (2020)</i>	1 = Sí, siempre 2 = Sí, ha empeorado 3 = No, ha mejorado 4 = No, nunca lo ha tenido
RisCanvi_34.Respostalimitad atractament2	El sujeto ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico (o farmacológico), o por consumo abusivo de sustancias, y no ha mostrado adherencia o los resultados han sido pobres. <i>Considerar el último año (2020)</i>	1 = Sí, siempre 2 = Sí, ha empeorado 3 = No, ha mejorado 4 = No, nunca ha tenido
VIAUTO_RisC2	Valoración algorítmica de los ítems relacionados con la posibilidad de tener comportamientos autolíticos (2020)	1 = Riesgo Alto o ha empeorado 2 = Riesgo Medio o se ha mantenido moderado 3 = Riesgo Bajo que ha mejorado 4 = Riesgo Bajo siempre
VIINTRA_RisC2	Valoración algorítmica de los ítems relacionados con la posibilidad de tener conductas violentas intrainstitucionales (dentro del centro penitenciario) (2020)	1 = Riesgo Alto o ha empeorado 2 = Riesgo Medio o se ha mantenido moderado 3 = Riesgo Bajo que ha mejorado 4 = Riesgo Bajo siempre

## I. Códigos país

Cód.	País
0	España
404	Afganistán
102	Albania
103	Alemania
107	Andorra
257	Angola
305	Antillas británicas
301	Antillas francesas
302	Antillas holandesas
600	Apátrida
407	Arabia Saudita
201	Argelia
304	Argentina
116	Armenia
501	Australia
109	Austria
117	Azerbaiyán
352	Bahamas
410	Bahréin
471	Bangladesh
303	Barbados
175	Bélgica
347	Belice
306	Bermudas
105	Bielorrusia
413	Birmania
307	Bolivia
131	Bosnia-Herzegovina
202	Botswana
310	Brasil
469	Brunei
112	Bulgaria
276	Burkina Faso
280	Cabo Verde
419	Camboya
256	Camerún
313	Canadá
205	Chad
299	Chad (nulo)
169	Checoslovaquia (nulo)
316	Chile
425	China
431	Chipre
319	Colombia
254	Congo Brazzaville
432	Corea del Norte
433	Corea del Sur
223	Costa de Marfil
322	Costa Rica
126	Croacia
325	Cuba
999	Desconocido

Cód.	País
115	Dinamarca
279	Dubai
333	Ecuador
210	Egipto
441	Emiratos Árabes
125	Eslovenia
0	España
336	Estados Unidos
108	Estonia
213	Etiopía
512	Fiji
473	Filipinas
121	Finlandia
124	Francia
253	Gabón
215	Gambia
114	Georgia
219	Ghana
154	Gibraltar
338	Granada
127	Grecia
339	Guatemala
342	Guayana Francesa
222	Guinea Bissau
229	Guinea Conakry
221	Guinea Ecuatorial
220	Guinea, nulo
341	Guyana
345	Haití
348	Honduras
434	Hong Kong
130	Hungría
437	India
440	Indonesia
443	Irak
446	Irán
133	Irlanda
136	Islandia
161	Islas del Canal
414	Islas Maldivas
227	Islas Mauricio
281	Islas Seychelles
449	Israel
139	Italia
349	Jamaica
452	Japón
455	Jordania
118	Kazajistán
224	Kenia
123	Kirguizistán
458	Kuwait
461	Laos

Cód.	País
226	Lesotho
110	Letonia
464	Libano
225	Liberia
228	Libia
143	Liechtenstein
111	Lituania
140	Luxemburgo
129	Macedonia
230	Madagascar (república)
468	Mahé-Seychelles
467	Malasia
239	Malawi
231	Mali
199	Malta
234	Marruecos
350	Martinica
235	Mauritania
351	México
113	Moldavia
141	Mónaco
259	Mozambique
283	Namibia
423	Nepal
353	Nicaragua
236	Níger
237	Nigeria
142	Noruega
510	Nueva Zelanda
460	Omán
145	Países Bajos
470	Pakistán
450	Palestina
356	Panamá
511	Papúa Nueva Guinea
359	Paraguay
362	Perú
148	Polonia
151	Portugal
327	Puerto Rico
411	Qatar
160	Reino Unido
208	República Benin
255	República Centroafricana
132	República Checa
207	República de Burundi
206	República del Zaire
331	República Dominicana
134	República Eslovaca
204	República de Ruanda

Cód.	País
260	Reunión
266	Rhodesia (nulo)
203	Ruanda (nulo)
157	Rumania
179	Rusia
178	Rusia (nulo)
261	Sahara
368	Saint-Pierre y Miquelon
371	Salvador
170	San Marino
369	Santa Lucía
285	Santo Tomé y Príncipe
264	Senegal
128	Serbia y Montenegro
435	Shanghái (nulo)
265	Sierra Leona
479	Singapur
482	Siria
263	Somalia
422	Sri Lanka
274	Suazilandia
273	Sudáfrica
267	Sudán
163	Suecia
166	Suiza
374	Surinam
483	Tailandia
428	Taiwán
282	Tanzania
122	Tayikistán
269	Togo
373	Trinidad y Tobago
270	Túnez
119	Turkmenistán
172	Turquía
104	Ucrania
238	Uganda
377	Uruguay
120	Uzbekistán
380	Venezuela
487	Vietnam
403	Yemen
491	Yemen Norte (nulo)
401	Yemen Sur (nulo)
209	Yibuti
181	Yugoslavia
262	Zambia
277	Zimbabwe
278	Zomba

## II. Códigos Delito

V = Delito Violento

Cód.	Delito
9262	Alteración de precios en concursos y subastas
3003	Abandono destino
8020	Abandono destino o residencia militar
1203	Abandono familia
9226	Abandono familiar menores o incapacitados
609	Abandono funciones públicas
1204	Abandono niños
3004	Abandono residencia militar
3001	Abandono servicio militar
3900	Abastecimiento
9144	V Aborto
90144	V Aborto de violencia de género
9146	V Aborto por imprudencia
8016	Abuso autoridad militar
612	Abuso contra la honestidad
902	V Abuso deshonesto
9448	Abuso funcionario ej. su función
9183	V Abuso o agresión sexual a menor 13 años
9443	V Abuso sexual del funcionario en uso sus funciones
9181	V Abusos sexuales
90181	V Abusos sexuales de violencia de género
9184	V Acoso sexual
91830	V Acoso sexual cibernético a menores de 13 años
90184	V Acoso sexual de violencia de género
124	Actividad lucrativa por cargo público
9182	V Actos sexuales contra menores de 13 a 16 años
9456	Acusación o denuncia falsa
907	Adulterio
9178	V Agresión sexual
90178	V Agresión sexual de violencia de género
912	V Agresiones sexuales
9262	Alteración de precios en concursos y subastas
9169	V Amenaza
2806	V Amenaza autoridades militares
1207	V Amenazas
90171	V Amenazas de violencia de género
94903	Amenazas, calumnias e injurias a la Corona
607	Anticipación funciones públicas
5800	Aplicación ley ociosos y malhechores
5900	Aplicación ley peligrosidad social
152	Apología de la rebelión
9252	Apropiación indebida
112	Arrogación atribuciones judiciales
8041	Art. 2 LO 8/84 objeción de conciencia
9139	V Asesinato
90139	V Asesinato de violencia de género

Cód.	Delito
160	Asociación ilícita
9515	Asociación ilícita
110	Asociación ilícita (hasta 17/07/83)
126	Ataque independencia judicial
132	V Atentado
2805	V Atentado autoridades militares
9572	V Atentado banda armada
8008	V Atentado contra autoridad miliares
9550	V Atentado contra la autoridad
8004	Atentado contra medios o recursos defensa nacional.
8040	Atentado contra medios y recursos
144	V Atraco mano armada
804	V Auxilio o inducción al suicidio
9143	V Auxilio o inducción al suicidio
2802	Auxilio rebelión
149	V Bandas armadas
4101	V Bandidaje
4100	V Bandidaje y terrorismo
9301	Blanqueo de capitales
135	Blasfemia
600	C. por func. públ. en ejercicio cargo
9205	Calumnia
9504	Calumnias, injurias y amenazas al Gobierno, TS y TC
116	Can.il.l.domicilio o residencia
4202	Caza
9336	Caza o pesca con medios destructivos
9334	Caza o pesca de especies amenazadas
9335	Caza o pesca no autorizada
1103	Celebración matrimonio ilegal
9538	Censura previa
123	Clausura ilegal establecimiento enseñanza
9172	V Coacción
90172	V Coacción de violencia de género
9576	V Colaboración banda armada
95761	V Colaboración con organización o grupo terrorista
2	Comprometer la paz o independencia Estado
9329	Concesión licencias ilegales
1308	Concurso o insolvencia punible
9379	Conducción bajo influencia bebidas o análogas
412	Conducción bajo influencia de bebidas
93792	Conducción influencia bebidas o análogas
9384	Conducción sin permiso
9381	Conducción temeraria
93791	Conducción velocidad superior a la permitida
9141	V Conspiración homicidio o asesinato
1213	Conspiración o acon. lugares detención ilegal

Cód.	Delito
125	Conspiración provocación o inducción a delinquir
3705	Contra autoridad aérea
8007	Contra centinela, autoridad militar, fuerza armada o policía militar
3002	Contra deberes centinela
8025	Contra deberes de mando
8022	Contra deberes de presencia
3606	Contra deberes del cargo a bordo
8017	Contra deberes del servicio
8035	Contra deberes del servicio o ayudas
8034	Contra deberes mando buque o aeronave
8030	Contra decoro militar
120	Contra derecho a libre emisión pensamiento
3703 V	Contra derecho de gentes
3602 V	Contra derecho de gentes
9311	Contra derecho de los trabajadores
9510	Contra derechos fundamentales y libertades públicas.
8011	Contra disciplina militar
700	Contra economía pública
8028	Contra eficacia del servicio
9605 V	Contra el derecho de gentes
2807	Contra el honor autoridad militar
121	Contra el libre ejercicio de los derechos cívicos
9526	Contra el respeto a los difuntos
9368	Contra elaboración tráfico drogas
1100	Contra estado civil de las personas
3000	Contra fines y medios acción ejército
104	Contra forma de gobierno
8037	Contra hacienda en ámbito militar
9310	Contra hacienda pública en contabilidad obligatoria
900	Contra honestidad
1000	Contra honor
2903	Contra honor militar
9492	Contra instituciones del Estado
3607	Contra integridad del buque
9175	Contra integridad moral
3605	Contra interés del servicio
3100	Contra intereses del ejército
9534	Contra inviolabilidad domicilio
101	Contra jefe de Estado o sucesor
300	Contra la administración de justicia
8036	Contra la administración de justicia militar
9537	Contra la asistencia de abogado
9485	Contra la corona
9305	Contra la Hacienda Pública
8033	Contra la integridad buque o aeronave militar
9535	Contra la integridad de la correspondencia
9536	Contra la integridad de las comunicaciones
90175	Contra la integridad moral de violencia de género
119	Contra la inviolabilidad de correspondencia
118	Contra la inviolabilidad del domicilio

Cód.	Delito
9539	Contra la libertad de asociación
9522	Contra la libertad de conciencia
9529	Contra la libertad individual
150	Contra la libertad sindical y derecho de huelga
1211	Contra la libertad y seguridad en el trabajo
8006	Contra la nación española e instituciones
8023	Contra la prestación del servicio militar
9527	Contra la prestación social sustitutiva
9359	Contra la salud pública
420	Contra la salud pública y el medio ambiente
2700	Contra la seguridad de la patria
2800	Contra la seguridad del Estado y el ejército
5	Contra la seguridad exterior del Estado
100	Contra la seguridad interior del Estado
9307	Contra la seguridad social
8000	Contra la seguridad y defensa nacional
3603	Contra ley y usos int. tráfico naval
148	Contra libertad de asociación
128	Contra libertad de conciencia
108	Contra libertad de expresión
147	Contra libertad de reunión
9540	Contra libertad reunión
910 V	Contra libertad sexual
1200	Contra libertad y seguridad
9318	Contra los derechos de los ciudadanos extranjeros
9523	Contra los sentimientos religiosos
3604	Contra orden y disciplina buque
103	Contra otros organismos del Estado
9589	Contra paz independencia del Estado
800 V	Contra personas
9608	Contra personas bienes conflicto armado
9604	Contra prestación servicio militar
2200	Contra propiedad
9325	Contra recursos naturales y medio ambiente
3701	Contra seguridad de aeronave
411	Contra seguridad del tráfico
475	Contra seguridad en el trabajo
3702	Contra tráfico aéreo
9800	Contrabando
4301	Contrabando máxima cuantía
4302	Contrabando menor cuantía
4303	Contrabando mínima cuantía
92860	Corrupción entre particulares
905 V	Corrupción menores
9445	Corrupción transacciones comerciales internacionales
414	Creación grave riesgo para circular
1323	Daño
3610	Daño naval
9263	Daños
9265	Daños a medios de fuerzas armadas o seguridad
3601	Daños cables submarinos



<b>Cód.</b>	<b>Delito</b>
9264	Daños informáticos
9267	Daños por imprudencia grave
3710	Daños relativos tráfico aéreo
1305	Defraudación
1314	Defraudación de fluido
9255	Defraudación fluido eléctrico o análoga
9306	Defraudación UE
3700	Delito aéreo
9290	Delito societario
606	Denegación auxilio
8027	Denegación auxilio militar
9412	Denegación de auxilio
145	Denegación de prestación por discriminación
117	Deportación o exilio ilegal
9573	Depósito de armas banda armada
9566	Depósito de armas o municiones
141	Depósito de armas y municiones
136	Desacato
2808	Desacato aut. mil.
1209	Descubrimiento secretos
8039	Descubrimiento y revelación de secretos
9197	Descubrimiento y revelación de secretos
3005	Deserción
8021	Deserción militar
8018	Deslealtad
9465	Deslealtad profesional
9410	Desobediencia
8015	Desobediencia a superior
138	Desorden público
9557	Desórdenes públicos
5909	Desprecio normas convivencia
115	Destierro ilegal
3103	Destrucción ind. Documentación militar
114	<b>V</b> Detención ilegal
9163	<b>V</b> Detención ilegal
90163	<b>V</b> Detención ilegal de violencia de género
1201	<b>V</b> Detención ilegal particulares
5907	Ebrios y toxicómanos
217	Ejercicio prof. sin título
5904	Ejercicio y favorecimiento prostitución
421	Elaboración, tenencia y tráfico de drogas
9801	Electoral
214	Empleo fraudulento bienes o industrias
3102	Empleo indebido documentación militar
9451	Encubrimiento
4800	Entrada clan. territ. nacional
903	Escándalo público
3600	Específ. sanc. trib. marina
2702	Espionaje
8002	Espionaje militar
9248	Estafa

<b>Cód.</b>	<b>Delito</b>
1320	Estrago
9571	Estrago o incendio banda armada
9346	Estragos
95721	Estragos o incendios organizaciones y grupos terroristas
9347	Estragos por imprudencia
904	<b>V</b> Estupro
9437	Exacción ilegal
9578	Exaltación del terrorismo
9189	<b>V</b> Exhibicionismo o pornografía menor o incapaz
9185	<b>V</b> Exhibicionismo y provocación sexual
909	<b>V</b> Exhibicionismo y provocación sexual
1313	Expedición cheque descubierto
9541	Expropiación ilegal
9243	<b>V</b> Extorsión
2902	Extralimitación en el ejercicio mando
9400	Fabricación o tenencia de útiles para la falsificación
5912	Facilitación entrada territorio nacional
200	Falsedad
9308	Falsedad ayudas de la administración
210	Falsedad documento mercantil
201	Falsedad firm. o est. jefe Estado
204	Falsedad placa de matrícula
3708	Falsedad relacionada con tráfico aéreo
213	Falsificación certificado
9397	Falsificación certificados facultativo
9399	Falsificación certificados por particular
1802	Falsificación como medio pertur. otros bienes jurídicos
9398	Falsificación de certificados por funcionario
211	Falsificación despacho telegráfico
9394	Falsificación despachos telecomunicación
206	Falsificación documento de crédito
212	Falsificación documento de identidad
9392	Falsificación documento público oficial o mercantil
9390	Falsificación documentos por funcionario
9395	Falsificación documentos privados
209	Falsificación documentos privados
208	Falsificación documentos públicos
9389	Falsificación efectos timbrados
202	Falsificación firma ministros
9386	Falsificación moneda
2002	Falsificación relativa a la circulación de moneda
203	Falsificación sellos o marcas
93990	Falsificación tarjetas de crédito
302	Falso testimonio
9458	Falso testimonio
9630	Falta abandono instrumentos peligrosos
9636	Falta actividad sin seguro
2001	Falta afecta la policía municipal
2401	<b>V</b> Falta con resultados lesivos para personas
1900	Falta contra el orden público
1904	Falta contra fe pública

<b>Cód.</b>	<b>Delito</b>
2104	Falta contra honor
2102	<b>V</b> Falta contra integridad corporal
2000	Falta contra intereses generales y régimen poblacional
2101	<b>V</b> Falta contra la vida
2103	<b>V</b> Falta contra libertad y seguridad individual
2106	<b>V</b> Falta contra menores
2100	<b>V</b> Falta contra personas
2004	Falta contra seguridad colectiva
9631	Falta custodia animales peligroso.
9624	Falta de alteración de términos
9633	Falta de alteración del orden
9620	<b>V</b> Falta de amenazas, coacción
90620	<b>V</b> Falta de amenazas, coacciones, injurias viol. género
9625	Falta de daños
9626	Falta de daños bienes inmuebles
9627	Falta de fraude
9623	Falta de hurto
9621	Falta de imprudencia
2207	Falta de incendio
9635	Falta de invasión de domicilio
9617	<b>V</b> Falta de lesiones
90617	<b>V</b> Falta de lesiones de violencia de género
9632	<b>V</b> Falta de maltrato animales
1901	Falta de ofensa contra sentimientos religiosos y moral
9634	Falta de respeto autoridad
9622	Falta de sustracción de un menor
9637	Falta de uso indebido de uniforme
2204	Falta de usurpación
9618	Falta del deber de asistencia
3302	Falta deserción
2208	Falta entrada ilícita en propiedad ajena
9629	Falta expedición valores falsos
111	Falta ilegalidad establecimiento enseñanza
1800	Falta imprenta
2400	Falta imprudencia
2300	Falta infracción reglamento o bando de gobierno
3301	Falta militar grave
3305	Falta militar leve
3303	Falta no incorporación a filas tiempo paz
6100	Falta penal genérica
2005	Falta rel. polic. costumb. y responsabilidad moral pública
2006	Falta relativa espectáculos o apert. est.
1902	Falta respecto acatamiento o obediencia a autoridad
2402	Falta resultados daños
2003	Falta tipo sanitario
3300	Faltas
1903	Faltas leves perturbación de tranquilidad
1801	Faltas propiamente dichas
304	Favorecimiento de evasión
9470	Favorecimiento de la evasión
5908	Favorecimiento y tráfico drogas

<b>Cód.</b>	<b>Delito</b>
220	Fiscal
9436	Fraude
92820	Fraude de inversores
3101	Fraude militar
3609	Fraude naval
9607	<b>V</b> Genocidio
9385	Grave riesgo para circular
5917	Habitualidad criminal
6000	Hechos casuales
9138	<b>V</b> Homicidio
90138	<b>V</b> Homicidio de violencia de género
9142	<b>V</b> Homicidio imprudente
131	Huelga o coacción ilegal
9234	Hurto
1404	I. ámbito infracción regl. con vehíc.
1402	I. ámbito infracción reglamentos
1311	I. derecho propiedad industrial
2804	I. f. armada
3612	I. legislación administrativa naval
5600	I. ley policía ferrocarriles
5100	I. leyes protectoras de menores
401	I. leyes sobre inhumaciones
4600	I. materia emisiones radioeléct.
4700	I. materia energía nuclear
4304	I. materia gen. o efectos están
5400	I. materia orden público (im. mult.)
3800	I. otras leyes penales especial
6300	I. penada al código penal (género.)
2600	I. penada por cód. just. militar
5700	I. policía minera y metalúrgica
1405	I. punible con vehículo de motor
1317	I. reglas casas de préstamos
1403	I. temeraria con vehículo motor
6200	Impagados multas
9227	Impago prestaciones económicas familiares
107	Impresos clandestinos
1400	Imprudencia punible
1401	Imprudencia temeraria
9351	Incendio
9357	Incendio en bienes propios
9352	Incendio forestal
9356	Incendio no forestal
5915	Inclinación delictiva
4900	Incumplimiento leyes laborales y prevención social
9224	Inducción de menores en abandono domicilio
805	<b>V</b> Infanticidio
9413	Infidelidad contra deberes funcionario
602	Infidelidad custodia de presos
9416	Infidelidad custodia documentación particular.
603	Infidelidad custodia documentos
9284	Información privilegiada

<b>Cód.</b>	<b>Delito</b>
4300	Infracción contrabando y defraudación
1310	Infracción derechos de autor
4500	Infracción ley de emigración
5300	Infracción ley montes
5500	Infracción ley pesca
4200	Infracciones ley de caza
9208	Injuria
9206	Injuria (fuera de uso)
137	Injuria, insulto o amenaza fun.
9496	Injurias cortes generales y asambleas legislativas
2812	Injurias instituciones armadas
8010	Injurias los ejércitos
9505	Injurias o amenazas a ejército o fuerzas de seguridad
2901	Insubordinación
8013	Insubordinación militar
8014	Insulto a superior militar
4305	Intr. territ. esp. gén. prohibidos
9403	Intrusismo
3006	Inutil. servicio militar
501	Juego ilícito
500	Juegos ilícitos
90148	<b>V</b> Lesión de violencia de género
9147	<b>V</b> Lesiones
9157	<b>V</b> Lesiones al feto
90157	<b>V</b> Lesiones al feto de violencia de género
9158	<b>V</b> Lesiones al feto por imprudencia
9152	<b>V</b> Lesiones por imprudencia
1306	Levantamiento bienes
9257	Levantamiento de bienes
7000	LO 11/1980 (terrorismo)
7001	LO 11/1980 apartado a
7002	LO 11/1980 apartado b
7003	LO 11/1980 apartado c
7004	LO 11/1980 apartado d
7005	LO 11/1980 apartado e
7006	LO 11/1980 apartado f
9337	<b>V</b> Maltrato de animales domésticos o amansados
77002	<b>V</b> Maltrato familiar
9554	<b>V</b> Maltrato o resistencia fuerza armada
90153	<b>V</b> Maltratos de violencia de género
9432	Malversación
614	Malversación de caudales públicos
9159	Manipulación genética
1315	Maquillar y alterar precio cosas
9217	Matrimonio ilegal
5906	Mendicidad y explotación
5914	<b>V</b> Menores pervertidos
5200	Monetario
91492	<b>V</b> Mutilación genital
8024	Neg. cumpl. serv. mil.
9383	Negativa a pruebas de alcoholemia

<b>Cód.</b>	<b>Delito</b>
3011	Negativa prestación servicio militar
3010	Negligencia
3707	Negligencia ejercicio mando aéreo
8029	Negligencia o imprudencia auto servicio
9439	Negociación actividades prohibidas
617	Negociación prohibida funcionarios
9999	<b>9</b> No consta
9000	<b>9</b> No consta ningún delito
611	Nombramientos ilegales
9463	Obstrucción a la justicia
5901	Ociosos habituales
9408	Omisión deber perseguir delitos
9450	Omisión deber perseguir delitos
9195	Omisión deber socorro
308	Omisión impedimento detección delitos
1212	Omisión socorro
95700	Organización criminal
95711	Organización y grupo terrorista
803	<b>V</b> Parricidio
2206	Pastoreo abusivo
9154	<b>V</b> Pelea tumultuaria
5913	Peligrosidad tráfico
5502	Pesca
96160	Piratería
3711	Polizonaje aéreo
3611	Polizonaje naval
5910	Predisposición delictiva
9406	Prevaricación
9446	Prevaricación jueces magistrados
9320	Prevaricación urbanística
608	Prolongación funciones públicas
5905	Promoción y comercio pornográfico
139	Propaganda ilegal
908	Prostitución
9188	<b>V</b> Prostitución mayores o menores con violencia
9187	<b>V</b> Prostitución menores o incapaces
9468	Quebrantamiento de condena
90468	Quebrantamiento de condena o medida de alejamiento de violencia de género
9258	Quiebra fraudulenta
906	<b>V</b> Rapto
9455	Realización arbitraje derecho propio
306	Realización arbitraje propio derecho
9472	Rebelión
2801	Rebelión militar
9298	Receptación
1318	Receptación o encubrimiento
113	Recl. indebidamente causas criminales
9345	Relativo a la energía nuclear y radiaciones
9513	Relativo a la manifestación ilícita
9273	Relativo a la propiedad industrial
9270	Relativo a la propiedad intelectual

<b>Cód.</b>	<b>Delito</b>
9278	Relativo al mercado y consumidores
9598	Relativos a la defensa nacional
9332	Relativos flora y fauna
133	Resistencia
9556	Resistencia o desobediencia
9449	Retardo malicioso en la administración de justicia
109	Reunión o manifestación ilegal
1210	Revelación secretos
8003	Revelación secretos o informaciones
410	Riesgo
9382	Riesgo grave para circular
9348	Riesgo provocado por explosivos y otros agentes
9237	Robo
3709	Robo a bordo aeronaves
9238	Robo con fuerza de las cosas
808 V	Robo con homicidio
9240 V	Robo con intimidación
9239 V	Robo con violencia
9242 V	Robo con violencia e intimidación
809 V	Robo con violencia o intimidación
9241	Robo en casa habitada
9244	Robo y hurto de uso de vehículos
305	Rotura de condena de privación permiso conducir
9223	Rotura deberes custodia
8026	Rotura servicio militar
5902	Rufianes y proxenetas
9164 V	Secuestro
3704 V	Secuestro aeronaves
90164 V	Secuestro de violencia de género
9544	Sedición
8012	Sedición militar
9457	Simulación de delito
9419	Soborno
9321	Sobre el patrimonio artístico
9319	Sobre ordenación del territorio y urbanismo
9220	Sobre particular o alteración paternidad
9324	Sobre patrimonio artístico imprudencia grave
9577	Subversión orden constitucional
6001 V	Suicidio
1101	Supuesto de parto
37	Suspensión artículo 27 del código penal
9225 V	Sustracción de menores
1202 V	Sustracción menores
9289	Sustracción propiedad de utilidad social
9563	Tenencia de armas
9568	Tenencia de explosivos
1322	Tenencia herramientas para robar
4102 V	Terrorismo
9173 V	Tortura
151 V	Torturas
9428	Tráfico de influencias

<b>Cód.</b>	<b>Delito</b>
91770 V	Tráfico de seres humanos
93180	Tráfico ilegal de personas o inmigración clandestina
91560	Tráfico ilegal órganos humanos
9581	Traición
8001	Traición militar
9174	Trato degradante
810 V	Trifulca tumultuaria
2810	Ultraje a la bandera
2809	Ultraje a la nación
2811	Ultraje al himno nacional
8009	Ultraje nación y símbolos
9543	Ultrajes a España
9402	Uso funciones públicas
3304	Uso indebido atributos tiempo paz
216	Uso indebido de nombre o título
3009	Uso indebido indumentaria militar
8031	Uso indebido uniforme o distinciones militares
1316	Usura
9245	Usurpación
610	Usurpación atribuciones
9506	Usurpación de atribuciones
9401	Usurpación de estado civil
1102	Usurpación estado civil
215	Usurpación funciones
5911	Utilización armas o instrumentos intimidadores
1303	Utilización ilegal vehículo C184 motor ajeno
9232	Utilización menores por mendicidad
1214	Utilización niños mendicidad
1416	Vejaciones injustas
901 V	Violación
9202	Violación de domicilio
8005	Violación dependencia militar
1206	Violación domicilio
604	Violación secretos
9417	Violación secretos funcionario
9418	Violación secretos particular
402	Violación sepulturas
91732 V	Violencia doméstica habitual
91530 V	Violencia doméstica no habitual
9153 V	Violencia física sobre personas
90173 V	Violencia habitual de género

## Anexo 2. Hoja informativa para los participantes



### Hoja informativa del estudio

Habéis sido invitados a participar en el estudio titulado **Evaluación de una intervención psicoeducativa para personas con conducta suicida en el medio penitenciario. Proyecto N'VIU.**

El objetivo del estudio es evaluar si una intervención grupal psicoeducativa realizada por profesionales de la rehabilitación es efectiva para disminuir el número de conductas suicidas en el medio penitenciario.

Si acepta participar en este estudio, se le pedirá que haga un programa psicoeducativo. Además de participar activamente en los grupos psicoeducativos, se le pedirá que nos proporcione información sobre datos sociodemográficos y unos cuestionarios relativos a síntomas que presenta y otra información de carácter médico. La aceptación del programa también incluye la asistencia a las sesiones que se dedicarán a aportar información sobre diferentes aspectos del suicidio, entrenamiento en la resolución de problemas, habilidades comunicativas, estrés (con explicación de técnicas de relajación), adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico y psicológico, entre otros.

La participación en este programa es voluntaria y no involucra ningún daño o peligro para la salud física o mental, ni tampoco recibirá en compensación ningún beneficio material. Su negativa a participar no modificará la atención asistencial que recibirá en un futuro. A la vez, si participa, puede abandonar en cualquier momento del estudio, sin que haya de dar razones para ello ni reciba ningún tipo de sanción.

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato de los participantes. Estos datos se organizarán de manera que la identidad de los participantes se mantendrá completamente confidencial. Los datos estarán a cargo del equipo de investigación de este estudio para el posterior desarrollo de informes y publicaciones en revistas científicas que ayuden a mejorar el funcionamiento de los centros penitenciarios y ayuden al bienestar personal y emocional de las personas que viven en ellos. Todos los nuevos hallazgos significativos durante el curso de la investigación le serán transmitidos.

Las informaciones recogidas no serán usadas para ningún otro propósito fuera de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito.

## Anexo 3. Consentimiento informado a los participantes



### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

## **Evaluación de una intervención psicoeducativa para personas con conducta suicida en el medio penitenciario. Proyecto N'VIU**

Nombre y apellidos del participante:

DNI:

Después de leer la hoja informativa del estudio y haber realizado todas las preguntas que he creído necesarias, entiendo que:

- Mi participación es voluntaria
- Puedo salir del estudio en cualquier momento, sin que ello tenga repercusión en mi asistencia médica.

Igualmente, he sido informado de las medidas adoptadas que garantizan la confidencialidad de los datos médicos y personales, en cumplimiento de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos personales.

Doy mi autorización para participar en este estudio.

....., a ..... de..... de 2019