

WHO/MNH/MBD/00.7

Original: Inglés

Distr.: General

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CÁRCELES Y PRISIONES



**Organización
Mundial de la Salud**



Asociación Internacional para la
Prevención del Suicidio

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
Ginebra
2007

Datos de Catalogación en Publicación de la Biblioteca de la OMS

Prevención del suicidio en cárceles y prisiones.

(Prevención del suicidio: una serie de instrumentos)

Co-producido por la OMS e IASP, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio.

1. Suicidio - prevención y control. 2. Intento de suicidio - prevención y control. 3. Presos. 4. Factores de riesgo. I. Organización Mundial de la Salud. II. Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. III. Serie.

ISBN 978 92 4 159550 6
(Clasificación LC/NLM: HV 6545)

Organización Mundial de la Salud 2007

Todos los derechos reservados Las Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se pueden obtener en WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Las solicitudes para obtener permiso para reproducir o traducir publicaciones de la OMS – ya sea para venta o para distribución no comercial – deben estar dirigidas a WHO Press, a la dirección antes mencionada (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud en relación con el estatus legal de cualquier país, territorio, ciudad o área o de sus autoridades, fronteras o límites. Las líneas punteadas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que todavía no se ha alcanzado un acuerdo final.

La mención de compañías específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que sean apoyados o recomendados por la Organización Mundial de la Salud preferentemente sobre otros de naturaleza similar que no sean mencionados. A excepción de errores y omisiones, los nombres propios de productos son identificados por letras mayúsculas iniciales.

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado está siendo distribuido sin ninguna clase de garantía expresa o implícita. La responsabilidad por la interpretación y uso de los materiales recae en el lector. La Organización Mundial de la Salud no será de ninguna manera responsable por daños que surjan de su uso.

Versión española 2010

Traducción: access interpreters (Panamá)

Diseño: Ruby Wong Arias (Panamá)

Revisión técnica: Dra. Patricia Arroyo (Panamá)

CONTENIDO

PREFACIO	4
HECHOS GENERALES DEL SUICIDIO	7
LOS RECLUSOS SON UN GRUPO DE ALTO RIESGO	8
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ESCENARIOS PENITENCIARIOS	9
Desarrollo de los Perfiles del Suicidio	10
<i>Perfil 1: Reclusos en espera de juicio</i>	10
<i>Perfil 2: Presos Sentenciados</i>	10
Factores de Riesgo Comunes a las Cárceles y Prisiones	11
<i>Factores Situacionales</i>	11
<i>Factores Psicosociales</i>	12
<i>Mujeres</i>	12
<i>Jóvenes</i>	13
Los Perfiles Pueden Cambiar con el Tiempo	13
COMPONENTES CLAVES DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	14
Capacitación	14
Evaluación Inicial	15
Observación posterior a la admisión	17
Manejo después de la Evaluación	18
<i>Monitoreo</i>	19
<i>Comunicación</i>	19
<i>Intervención Social</i>	21
<i>Ambiente Físico y Arquitectura</i>	22
<i>Tratamiento de Salud Mental</i>	22
Si Ocurre un Intento Suicida	23
Los así llamados Intentos Manipulativos	24
Si Ocurre un Suicidio	25
Resumen de las Mejores Prácticas	26
CONCLUSIÓN	28

PREFACIO

El suicidio es un fenómeno complejo que ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos y artistas a lo largo de los siglos. De acuerdo con el filósofo francés, Albert Camus, en el Mito de Sísifo, el suicidio es el único problema filosófico serio.

Debido a que el suicidio es un grave problema de salud pública, exige nuestra atención, pero desafortunadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones recientes indican que aunque la prevención del suicidio es factible, comprende una serie completa de actividades, que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de nuestros niños y jóvenes, a través del tratamiento efectivo de los trastornos mentales, hasta el control ambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de la información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención del suicidio.

En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE, su iniciativa mundial para la prevención del suicidio. El documento es la versión revisada de una serie de instrumentos preparados como parte de SUPRE y dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos que son especialmente relevantes para la prevención del suicidio. Esto representa un eslabón en una cadena larga y diversificada que involucra una amplia gama de personas y grupos, incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores sociales, agentes del orden, familias y comunidades.

Estamos especialmente agradecidos con la Dra. Heather L. Stuart, Salud Comunitaria y Epidemiología, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá, quien produjo una versión anterior de este documento. También reconocemos la contribución de los siguientes expertos, a quienes expresamos nuestra gratitud:

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nueva Zelanda
Dr Øivind Ekeberg, Ullevål Hospital, Universidad de Oslo, Oslo, Noruega

Profesor Robert D. Goldney, Universidad de Adelaide, Gilberton, Australia
Profesor Richard Ramsay, Universidad de Calgary, Calgary, Canadá
Profesor Lourens Schlebusch, Universidad de Natal, Durban, Sur África
Dr Airi Värnik, Universidad de Tartu, Tallinn, Estonia
Profesor Julio Arboleda-Flórez, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá.

La actualización de este documento ha sido realizada en colaboración con el Equipo de Tareas sobre el Suicidio en Prisiones de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP). Quisiéramos agradecer a las siguientes personas por sus contribuciones a la versión actualizada:

Dr Norbert Konrad, Instituto de Psiquiatría Forense, Charité, Berlín, Alemania
Dr Marc S. Daigle, Universidad de Québec en Trois-Rivières y Centro para Investigación e Intervención en Suicidio y Eutanasia (CRISE), Canadá
Dr Anasseril E. Daniel, Universidad de Missouri, Escuela de Medicina, Columbia, Missouri, Estados Unidos de América
Dr Greg Dear, Universidad de Edith Cowan, Joondalup, Australia
Dr Patrick Frottier, J.A. Mittersteig, Viena, Austria
Mr Lindsay M. Hayes, Centro Nacional de Instituciones y Alternativas, Mansfield, Estados Unidos de América
Profesor Ad Kerkhof, Universidad de Vrije, Amsterdam, Holanda
Profesor Alison Liebling, Instituto de Criminología Cambridge, Cambridge, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
Dr Marco Sarchiapone, Universidad de Molise, Campobasso, Italia.

Mucho apreciamos la colaboración de la IASP con la OMS en sus actividades relacionadas con la prevención del suicidio.

Los instrumentos están siendo ahora ampliamente difundidos con la esperanza de que puedan ser traducidos y adaptados a las condiciones locales – un prerrequisito para su efectividad. Los comentarios y solicitudes de permiso para traducirlos y adaptarlos serán bienvenidos.

Dr José M. Bertolote
Coordinador, Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias

Organización Mundial de la Salud

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CÁRCELES Y PRISIONES

El suicidio es con frecuencia la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios. Las cárceles, prisiones y penitenciarías son responsables por la protección de la salud y seguridad de sus poblaciones de reclusos, y el no hacerlo, puede ser objeto de impugnación legal. Considerando que el interés de los medios de comunicación alimenta más el suicidio en los centros penitenciarios, éste puede convertirse fácilmente en un escándalo político. Más aun, la conducta suicida de los reclusos en custodia significa un evento estresante para los funcionarios y para otros presos que lo confrontan. Por lo tanto, el suministro de servicios adecuados para la prevención e intervención del suicidio es beneficioso tanto para los presos en custodia como también para la institución en la que se ofrecen los servicios. Es dentro de este contexto que los escenarios penitenciarios luchan con el problema de la prevención del suicidio en los reclusos.

Los escenarios penitenciarios difieren con respecto a las poblaciones de reclusos y condiciones locales: detenidos a corto plazo, delincuentes en espera de juicio, presos sentenciados, duras prácticas de sentencias condenatorias, sobrepoblación,¹ posibilidad de actividades intencionadas,² número de veces en que han sido reclusos, sanidad, amplias condiciones socioculturales, prevalencia de VIH/SIDA, niveles de estrés,³ y acceso a los servicios básicos de salud o salud mental. Cada uno de estos factores puede influir de diferentes maneras en las tasas de suicidio. No obstante, todavía es posible reducir los suicidios en los escenarios penitenciarios si se adhieren a ciertos principios y procedimientos básicos.⁴

Este documento está dirigido a los administradores de correccionales que tienen la responsabilidad de desarrollar o implementar programas de salud mental en escenarios penitenciarios, y, más directamente, a funcionarios de penitenciarías y personas que proveen asistencia que tienen la responsabilidad de la seguridad y custodia de los reclusos suicidas. Proporciona algunos antecedentes generales sobre el suicidio e identifica una serie de componentes claves que se pueden usar como parte de un programa integral de prevención del suicidio para reducir el suicidio en los escenarios penitenciarios.

HECHOS GENERALES DEL SUICIDIO

El suicidio en la comunidad es un serio problema de salud. La Organización Mundial de la Salud estima que un intento suicida ocurre aproximadamente cada tres segundos, y un suicidio completo ocurre aproximadamente cada minuto. Esto significa que más personas mueren a causa del suicidio que a causa de conflictos armados. Por consiguiente, la reducción del suicidio se ha convertido en una importante meta internacional de salud.⁵

Las causas del suicidio son complejas.⁶ Algunas personas parecen ser especialmente vulnerables al suicidio cuando tienen que hacer frente a eventos difíciles de la vida o a una combinación de factores de estrés. El desafío para la prevención del suicidio es identificar a las personas que son más vulnerables, en cuáles circunstancias, y luego intervenir en forma efectiva. Con esta finalidad, los investigadores han identificado una serie de amplios factores que interactúan para colocar a un individuo en mayor riesgo de suicidio, incluyendo factores socioculturales, condiciones psiquiátricas, biología, genética y estrés social. Las formas en que interactúan estos factores para producir el suicidio y las conductas suicidas son complejas y no bien comprendidas. No obstante, han sido usadas en diferentes combinaciones para identificar grupos específicos de alto riesgo – poblaciones de especial interés ya que a menudo cometen suicidio a tasas más altas que el promedio:

- Hombres jóvenes (edades 15-49);
- Personas ancianas, especialmente hombres ancianos;
- Población indígena;
- Personas con enfermedad mental;
- Personas con abuso de alcohol y/o sustancias;
- Personas que han tenido un previo intento suicida;
- Personas en custodia.

Muchas características de los reclusos suicidas pueden ser compartidas por todos los otros reclusos y muy pocos estudios han identificado las características que distinguen a los presos que comenten suicidio de otros presos. Un estudio austriaco de caso-control⁷ identificó cuatro factores individuales específicos (una historia de intentos suicidas o comunicaciones suicidas; diagnóstico psiquiátrico; medicamento

psicotrópico recetado durante el encarcelamiento; un alto índice de delitos violentos) y un factor ambiental (alojamiento en celdas individuales). No está claro si estos mismos factores son importantes en otras partes del mundo.

LOS RECLUSOS SON UN GRUPO DE ALTO RIESGO

Como grupo, los reclusos tienen mayores tasas de suicidio que sus contrapartes en la comunidad,⁸ y existe cierta evidencia de que las tasas están aumentando aun en los lugares donde el número de presos está disminuyendo.⁹ No solo se presentan más conductas suicidas dentro de las instituciones, sino que muchas personas que son encarceladas muestran muchos pensamientos y conductas suicidas en el transcurso de sus vidas. Por otra parte, los detenidos en espera de juicio tienen una tasa de intentos suicidas de aproximadamente 7.5 veces, y los presos sentenciados tienen una tasa casi seis veces más alta que la de los hombres fuera de prisión en la población general.¹⁰ Estos hechos también indican un problema básico con respecto a las causas del suicidio en los reclusos en custodia: Por una parte, las personas que infringen la ley, tienen inherentemente muchos factores de riesgo para conductas suicidas (ellos “importan” el riesgo) y la tasa de suicidio es más alta dentro del grupo delictivo, incluso después de haber sido liberados de prisión.¹¹ Eso no significa que los servicios correccionales no tienen responsabilidad por el suicidio de los delincuentes; por el contrario, estos delincuentes vulnerables deben ser tratados mientras puedan ser cubiertos dentro de la prisión. Por otra parte, el hecho de estar en prisión también es otro evento estresante aun para los reclusos saludables (ya que priva a la persona de importantes recursos).

Cualquier combinación de los siguientes factores individuales y ambientales puede ser la causa de que las tasas de suicidio sean más altas en los escenarios penitenciarios:

- Las cárceles y prisiones son repositorios para grupos vulnerables que tradicionalmente tienen el mayor riesgo de suicidio, tales como hombres jóvenes, personas con trastornos mentales, personas socialmente privadas de sus derechos, personas con proble-

mas de uso de sustancias, y aquellos que han cometido previos intentos suicidas.

- El impacto psicológico del arresto y el encarcelamiento, los síntomas de abstinencia de los drogadictos, una larga sentencia de prisión esperada o el estrés diario relacionado con la vida en prisión pueden exceder las habilidades del prisionero promedio para hacer frente a la situación, y mucho peor en los individuos más vulnerables.
- En algunos escenarios, pueden no existir políticas y procedimientos formales para identificar y manejar a los reclusos suicidas. En especial, aun cuando se realice la evaluación para conocer los indicadores de alto riesgo, a menudo no hay un monitoreo adecuado de los niveles de aflicción de los prisioneros y, por lo tanto, hay muy pocas probabilidades de detectar un riesgo agudo.
- Aun cuando existan políticas y procedimientos apropiados, si el personal de atención médica y el personal de salud mental en los centros penitenciarios trabajan en exceso o no tienen el entrenamiento apropiado pueden pasar por alto las señales de advertencia temprana de un riesgo de suicidio.
- Los escenarios penitenciarios pueden estar aislados de los programas de salud mental comunitarios de modo que tienen muy poco o ningún acceso a los profesionales o tratamientos de salud mental.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ESCENARIOS PENITENCIARIOS

Algunas cárceles y prisiones han emprendido programas integrales para la prevención del suicidio y algunos países han establecido estándares y directrices nacionales para la prevención del suicidio en escenarios penitenciarios. Una vez que se han implementado los programas integrales de prevención, se puede lograr reducir significativamente el número de suicidios e intentos suicidas.^{12,13,14,15} Aunque los detalles específicos de estos programas difieren en respuesta a los recursos locales y necesidades de los reclusos, hay una serie de actividades y elementos comunes entre ellos que pudieran crear la base para un entendimiento de las mejores prácticas en esta área.

Desarrollo de los Perfiles del Suicidio

Un primer paso importante para la reducción del suicidio en los reclusos es desarrollar perfiles de suicidio que se puedan usar para detectar grupos y situaciones de alto riesgo. Por ejemplo, los estudios muestran que los reclusos en espera de juicio difieren de los presos sentenciados con respecto a ciertos factores claves de riesgo para el suicidio. Sin embargo, en algunos sitios, las poblaciones representadas por estos perfiles se mezclarán en un solo establecimiento.⁴

Perfil 1: Reclusos en espera de juicio

Los reclusos en espera de juicio que cometen suicidio en custodia son generalmente hombres jóvenes (20-25 años), solteros y delincuentes que infringen la ley por primera vez y que han sido arrestados por delitos menores, generalmente relacionados con sustancias ilícitas. Generalmente están intoxicados al momento de su arresto y cometen suicidio en una etapa temprana de su reclusión,¹⁶ con frecuencia dentro de las primeras horas (debido a aislamiento repentino, trauma por el encarcelamiento, falta de información, inseguridad sobre el futuro). Los establecimientos individuales pueden reducir su riesgo de suicidio prestando atención a los procedimientos de admisión y primera noche, procesos de inducción y niveles de atención para los prisioneros. Un segundo período de riesgo para los reclusos en espera de juicio es cuando se aproxima el momento de una comparecencia en la corte, especialmente cuando se puede anticipar un veredicto de culpabilidad y sentencia condenatoria severa. Una gran cantidad de todos los suicidios en las cárceles ocurrió en los tres días anteriores a una comparecencia en la corte.¹⁷ Más aun, después de 60 días de reclusión se observó cierta clase de desgaste emocional el cual pudiera llamarse “agotamiento”.¹⁸

Perfil 2: Presos Sentenciados

En comparación con los reclusos en espera de juicio, aquellos que cometen suicidio en prisión son generalmente de mayor edad (30-35 años), delincuentes violentos que se suicidan después de pasar

un tiempo considerable en custodia (a menudo cuatro o cinco años). Este tipo de suicidio puede ser precipitado por un conflicto con otros reclusos dentro de la institución o con la administración, un conflicto o desintegración familiar, o una disposición legal negativa tal como la pérdida de una apelación o la negación de libertad condicional.

El encarcelamiento puede representar una pérdida de libertad, pérdida de apoyo familiar y social, temor a lo desconocido, temor a la violencia física o sexual, incertidumbre y temor acerca del futuro, vergüenza y culpa por el delito, y temor o estrés relacionado con condiciones deficientes del ambiente. En el transcurso del tiempo, la encarcelación trae consigo factores de estrés agregados tales como conflictos dentro de la institución, represalias, y colapso físico y emocional. Igualmente, la tasa de suicidio en los reclusos a largo plazo parece aumentar con el tiempo de estadía en prisión.¹⁸ Los así llamados “condenados a cadena perpetua” parecen estar especialmente en un mayor riesgo.^{3,19}

Factores de Riesgo Comunes a las Cárceles y Prisiones

Además de los perfiles específicos anteriormente identificados, los reclusos que han sido reencarcelados y sentenciados comparten una serie de características comunes que se pueden usar para ayudar en los programas de prevención del suicidio.

Factores Situacionales

Los suicidios tienden a ocurrir por ahorcamiento, cuando las víctimas se mantienen aisladas o en celdas segregadas, y durante el tiempo en que hay menos personal como por ejemplo, en las noches o fines de semana. También hay muchos suicidios que se cometen cuando los presos están solos aun si técnicamente están compartiendo una celda.^{3,20}

También hay una fuerte asociación entre el suicidio de los reclusos y las asignaciones de alojamiento. Específicamente, un recluso que es segregado y no es capaz de hacer frente a la segregación administrativa u otras asignaciones similares de alojamiento especializadas (par-

tualmente si está solo en una celda) también podrá estar en mayor riesgo de suicidio. Dichas unidades de alojamiento generalmente involucran a un recluso que permanece encerrado 23 horas al día en una celda durante períodos de tiempo prolongados. Una cantidad desproporcionada de suicidios en los reclusos ocurre en estas unidades de alojamiento especiales.²¹

Factores Psicosociales

Los factores psicosociales comunes en los reclusos suicidas son el poco apoyo social y familiar, conducta suicida previa (especialmente en el último año o dos últimos años), y una historia de enfermedad psiquiátrica y problemas emocionales. Además, los reclusos suicidas a menudo experimentan intimidación,²² recientes conflictos entre un recluso y otro, infracciones disciplinarias o información adversa.²³ Cualquiera que sean los factores estresantes y vulnerabilidades que puedan estar actuando, el camino frecuente y final que conduce a un recluso a suicidarse parece ser los sentimientos de desesperanza, limitación de sus perspectivas futuras y una pérdida de opciones para hacer frente a las adversidades. El suicidio viene a ser visto como la única forma de salir de una situación irremediable y desesperada. Por lo tanto, los individuos que expresan sentimientos de desesperanza o admiten tener intenciones suicidas o planes suicidas deben ser considerados en alto riesgo de suicidio.

Mujeres

A pesar de que la gran mayoría de los suicidios que ocurre en los escenarios penitenciarios son cometidos por hombres (debido a que la gran mayoría de reclusos son hombres), las mujeres en custodia también están en alto riesgo de suicidio.⁴ Las reclusas en espera de juicio intentan suicidarse con mucha mayor frecuencia que sus contrapartes femeninas en la comunidad^{4,24} y que sus contrapartes masculinos en prisión. Además, las tasas de suicidios completos en las mujeres parecen ser más altas que en los hombres.²⁵ También tienen altas tasas de enfermedades mentales graves.²⁶ Aunque todavía hacen falta más

perfiles de riesgo específicos para mujeres en espera de juicio y sentenciadas, las mujeres que tienen poco apoyo social y familiar, conductas suicidas, una historia de enfermedad psiquiátrica y problemas emocionales, deben ser seleccionadas para los programas de prevención de suicidio.

Jóvenes

La experiencia de estar encarcelados puede ser especialmente difícil para delincuentes juveniles que son separados de sus familias y amistades. Los presos jóvenes afligidos son especialmente dependientes de las relaciones favorables con el personal.³ Por lo tanto, la separación y aislamiento de los presos jóvenes puede conducir a un riesgo adicional para acciones suicidas, las cuales pueden suceder en cualquier momento después de su confinamiento.²⁷ Los jóvenes que son colocados en centros correccionales de adultos deben ser particularmente considerados como en alto riesgo de suicidio.²⁸

Los Perfiles Pueden Cambiar con el Tiempo

Los perfiles pueden ser útiles para identificar grupos potenciales de alto riesgo que pueden necesitar mayor evaluación e intervención. A medida que se implementen los programas de prevención del suicidio, los perfiles de alto riesgo pueden ir cambiando con el tiempo.¹⁸ Similarmente, existen condiciones locales exclusivas que pueden alterar el perfil tradicional de los reclusos de alto riesgo en cualquier escenario correccional en particular. Por lo tanto, los perfiles solo se deben utilizar como una ayuda para identificar grupos y situaciones de alto riesgo potencial. Siempre que sea posible, los perfiles se deben desarrollar a modo de reflejar las condiciones locales, y se deben actualizar periódicamente para captar cualquier cambio que pueda ocurrir. Los factores de riesgo no son pronosticadores infalibles y no se deben utilizar sin una cuidadosa evaluación clínica. Lo que resulta especialmente confuso al tratar de identificar a los presos en riesgo, es que el perfil de aquellos que eventualmente morirán a causa del suicidio parece ser más “normal” que el perfil de aquellos que intentarán suicidarse.²⁹

COMPONENTES CLAVES DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Todos los centros correccionales, independientemente del tamaño, deben tener una política razonable e integral para la prevención del suicidio que aborde los componentes claves indicados en las siguientes secciones. Por supuesto que son las “autoridades de las prisiones” y no los funcionarios quienes tienen la responsabilidad de aprobar e instaurar dichos programas.

Capacitación

El componente esencial en cualquier programa de prevención del suicidio es contar con personal penitenciario bien capacitado ya que constituyen la columna vertebral de cualquier cárcel, prisión o centro de menores. El personal de salud mental, atención de la salud u otro personal profesional previenen en realidad muy pocos suicidios, ya que generalmente los intentos de suicidio ocurren en las unidades habitacionales de los reclusos y a menudo a últimas horas de la tarde o durante fines de semana cuando generalmente están fuera del alcance del personal del programa. Por lo tanto, el personal penitenciario que ha sido capacitado en la prevención del suicidio y está más atento a los reclusos bajo su cuidado, debe impedir que ocurran estos incidentes. Los funcionarios de los centros penitenciarios son con frecuencia el único personal disponible las 24 horas del día, por tanto, constituyen la línea frontal de defensa en la prevención de los suicidios. El personal penitenciario así como también el personal de atención médica y salud mental no puede detectar los riesgos, realizar una evaluación ni prevenir el suicidio si no tiene la capacitación apropiada.

Todo el personal penitenciario así como también el personal de atención médica y salud mental debe recibir capacitación en la prevención del suicidio, seguido de una capacitación de actualización todos los años. La capacitación en prevención del suicidio debe incluir como mínimo, pero no estar limitada a lo siguiente: las razones por las cuales los ambientes penitenciarios favorecen la conducta suicida, las actitudes del personal acerca del suicidio, los factores potenciales de

predisposición al suicidio, los períodos de alto riesgo de suicidio, señales y síntomas de advertencia, suicidios y/o serios intentos de suicidio recientes dentro del establecimiento/institución y los componentes de la política de prevención del suicidio del establecimiento/institución. Además, todo el personal que tiene contacto de rutina con los reclusos debe recibir capacitación estándar en primeros auxilios y resucitación cardiopulmonar. Todo el personal debe también recibir capacitación en el uso de los diferentes equipos de emergencia ubicados en cada unidad habitacional. En un esfuerzo para garantizar una respuesta de emergencia eficiente a los intentos suicidas, se deben incorporar “prácticas simuladas” tanto en la capacitación inicial como en la capacitación de actualización para todo el personal.²⁰

Evaluación Inicial

Una vez que el personal penitenciario está capacitado y familiarizado con los factores de riesgo de suicidio, el siguiente paso es implementar la evaluación formal para el suicidio en los reclusos recientemente admitidos.³⁰ Debido a que los suicidios en las cárceles pueden ocurrir durante las primeras horas del arresto y detención, la evaluación para conocer el riesgo de suicidio debe tener lugar casi inmediatamente después que el ingreso a la institución sea efectivo. Para ser más efectivos, todos los nuevos reclusos deben ser evaluados al inicio y nuevamente si cambian las circunstancias o condiciones. A menudo, los centros penitenciarios no cuentan con suficiente personal de salud mental. Por lo tanto, existe la necesidad de contar con indicadores sencillos de manera que los empleados de la prisión puedan realizar el proceso de evaluación.³¹ Generalmente, los cuestionarios de evaluación deben preguntar por variables estáticas (demografía histórica) y dinámicas (situacionales y personales).³²

Cuando los recursos lo permiten, la evaluación para el riesgo de suicidio puede ser realizada dentro del contexto de un examen médico y psicológico inicial conducido por los profesionales respectivos que trabajan en el establecimiento. Si el personal penitenciario va a ser responsable de la evaluación para el riesgo de suicidio, debe recibir la capacitación adecuada³³ y debe guiarse por una lista de verificación para evaluar el riesgo de suicidio.^{30,31,34,35} Por ejemplo, dentro del contexto

de un escenario penitenciario, las respuestas afirmativas a uno o más de los siguientes elementos pudieran usarse para indicar un mayor riesgo de suicidio y la necesidad de mayor intervención:

- El recluso está intoxicado y/o tiene una historia de abuso de sustancias.
- El recluso expresa altos e inusuales niveles de vergüenza, culpa y preocupación durante el arresto y encarcelamiento.
- El recluso expresa desesperanza o temor sobre el futuro, o muestra señales de depresión, tales como llanto, falta de emociones, falta de expresión verbal.
- El recluso admite tener ideas actuales relacionadas con el suicidio³⁶ (es un error creer que es malo preguntarle a una persona si está actualmente pensando en el suicidio, para no dar lugar a una "idea tonta").
- El recluso ha recibido tratamiento previo para un problema de salud mental.
- El recluso padece actualmente una condición psiquiátrica o actúa de una manera inusual o bizarra, por ejemplo, tiene dificultad para concentrarse, habla solo, oye voces.
- El recluso ha tenido uno o más intentos suicidas previos y/o admite que el suicidio es actualmente una opción aceptable.
- El recluso admite que tiene planes actuales de suicidarse (también se debe tener en consideración contactar a la familia y reclusos vecinos²⁴).
- El recluso admite o parece tener pocos recursos de apoyo interno y/o externo.
- El funcionario que lo arresta/transporta cree que el recluso está en riesgo de suicidio.
- Los registros del centro penitenciario indican que el recluso estuvo en riesgo de suicidio durante una reclusión anterior.

Por las siguientes razones estas listas de verificación son una parte importante de un programa integral de prevención del suicidio:

- Proporcionan al personal encargado de la admisión preguntas estructuradas sobre áreas de interés que necesitan ser cubiertas.
- Cuando no se dispone de mucho tiempo para realizar una evaluación detallada, estas listas de verificación actúan como una ayuda de memoria para el personal de admisión.

- Facilitan la comunicación entre los funcionarios y el personal de atención médica y salud mental.
- Proporcionan la documentación legal de que un recluso fue evaluado por riesgo de suicidio al ingresar al establecimiento y nuevamente, a medida que cambian las condiciones.

Aun cuando el personal de atención de la salud realiza los exámenes médicos, sigue siendo importante utilizar una lista de verificación por las mismas razones. Una vez que se ha identificado un mayor riesgo de suicidio, se debe anotar en el expediente del individuo de modo que la información sea transferida al personal del siguiente turno o al personal de otra institución o establecimiento. Finalmente, la utilidad de estas listas de verificación no está restringida a la admisión; no tienen la intención de ser herramientas independientes de estimación de riesgos. Se pueden utilizar en cualquier momento durante el confinamiento del recluso para identificar el riesgo de suicidio y la necesidad de intervención adicional por parte de una amplia gama de personal penitenciario y de salud mental adecuadamente capacitado. En caso de una evaluación positiva, un profesional de salud mental tiene que atender al recluso en un período de tiempo muy breve.^{31,34}

Desafortunadamente, solo existe información limitada acerca de los posibles factores de protección³⁷ - este conocimiento pudiera facilitar la evaluación de riesgo y hacerla más precisa.

Observación posterior a la Admisión

Independientemente de la importancia de los procedimientos de evaluación, los mismos juegan una parte muy pequeña en la prevención de los suicidios en las prisiones. Todo lo que un instrumento de evaluación puede lograr es informarle al personal que un preso en particular tiene un riesgo elevado para intentar suicidarse en alguna etapa de su período de encarcelación: no predicen cuándo va a ocurrir un intento de suicidio ni cuáles son los factores precipitantes específicos en un caso dado. Debido a que muchos suicidios en las cárceles y prisiones ocurren después del período inicial de encarcelación (algunos después de muchos años), no es suficiente evaluar a los presos solamente al momento de la admisión sino evaluarlos eventualmente a intervalos regu-

lares. Para ser efectiva, la prevención del suicidio debe comprender una observación continua. Todo el personal debe ser entrenado para estar vigilante durante todo el período de encarcelación del recluso. Con esta finalidad, el personal podrá recoger claves sobre la posibilidad de suicidio de un recluso durante los siguientes períodos:

- Revisiones de rutina de seguridad para estar pendiente de indicaciones de: intento suicida o enfermedad mental, por ejemplo llanto, insomnio, inactividad, inquietud extrema o pasarse de un lado a otro; cambio repentino en el estado de ánimo, hábitos alimenticios o sueño; desposeimiento como por ejemplo deshacerse de pertenencias personales; pérdida de interés en actividades o relaciones; rechazo repetido a tomar medicamentos o una solicitud para un aumento en la dosis de medicación.
- Conversaciones con un recluso alrededor del tiempo de audiencias de la corte u otros períodos críticos (tales como la muerte de un familiar o divorcio) para identificar sentimientos de desesperanza o intentos suicidas.
- Supervisión de visitas con familiares o amigos para identificar conflictos o problemas que emergen durante la visita. Se debe motivar a las familias para que notifiquen al personal si temen que su ser querido puede albergar deseos suicidas.
- Debido al número desproporcionado de suicidios que ocurren en segregación, los reclusos deben recibir exámenes sobre su estado mental al ingresar en estas unidades habitacionales especiales para garantizar que la preocupación por las enfermedades mentales y/o el riesgo de suicidio no contraindiquen la colocación en dichas unidades.
- Los funcionarios necesitan cultivar un tipo de relación con el preso que facilite que el preso revele su aflicción y desesperanza al momento que surja.

Manejo después de la Evaluación

Después de la evaluación, es necesario el monitoreo y seguimiento adecuado y apropiado. Por lo tanto, se debe establecer un proceso de administración con políticas y procedimientos claramente formulados, definiendo las responsabilidades para la colocación del preso,

supervisión continua e intervención de salud mental para los reclusos que se consideran estar en alto riesgo de suicidio.

Monitoreo

El monitoreo adecuado de los reclusos suicidas es crucial, especialmente durante el turno nocturno (cuando hay menos personal) y en establecimientos donde el personal no siempre está asignado a un área (tales como cárceles en estaciones de policía). El nivel de monitoreo debe concordar con el nivel de riesgo. Los reclusos que son considerados suicidas activos requieren supervisión constante. Los reclusos que han levantado sospechas de suicidio en el personal, pero que no admiten ser activamente suicidas, pueden no requerir supervisión constante, pero necesitan ser observados con más frecuencia (por ejemplo, observación estrecha en intervalos escalonados de 5-15 minutos). Sin embargo, teniendo en cuenta que un intento de suicidio por ahorcamiento puede tomar solo tres minutos para causar daño cerebral permanente y de 5 a 7 minutos para ser letal, aun las rondas a intervalos de cada 10-15 minutos podrían no ser suficientes para un recluso agudamente suicida. Se debe proporcionar supervisión ininterrumpida y contacto humano cuando se mantiene a un recluso en segregación. La consejería individual puede ser una oportunidad para la auto-expresión del recluso y una posibilidad para el monitoreo clínico.^{8,33} Los presos en riesgo no deben ser dejados solos, sino que se les debe observar y proporcionar acompañamiento.^{8,33}

Comunicación

Ciertas señales de conducta mostradas por el recluso pueden ser indicativas de conducta suicida y, si son detectadas y comunicadas a otras personas, podrán prevenir el suicidio. Hay tres etapas esenciales de comunicación en la prevención del suicidio en los reclusos:

- La comunicación entre el funcionario que efectúa la detención/ transporte y el personal penitenciario;
- La comunicación entre el personal del establecimiento (incluyendo personal penitenciario, atención médica y salud mental); y

- La comunicación entre el personal del establecimiento y el recluso suicida.²⁰

En muchas formas, la prevención del suicidio comienza en el punto del arresto. Lo que dice un individuo durante el contacto inicial y cómo se comporta durante el arresto, transporte a la cárcel y registro son cruciales para la detección de la conducta suicida. La escena del arresto es con frecuencia el momento más volátil y emocional para el detenido. Los funcionarios que efectúan el arresto deben prestar mucha atención al detenido durante este período, debido a que se puede manifestar la conducta suicida, ansiedad y/o desesperanza de la situación. Las manifestaciones de conductas previas también pueden ser confirmadas por familiares o amigos. El funcionario que detiene o transporta al detenido debe comunicar al personal del establecimiento cualquier información pertinente relacionada con el bienestar del detenido.

Teniendo en cuenta que un recluso se puede volver suicida en cualquier momento durante la encarcelación, los funcionarios penitenciarios deben mantenerse alertas, compartir información y hacer las referencias apropiadas al personal médico y de salud mental. Los funcionarios de la institución deben garantizar como mínimo que el personal apropiado esté correctamente informado sobre el estatus de cada recluso que ha sido puesto bajo medidas de precaución en relación con la conducta suicida. El equipo multidisciplinario (incluyendo personal penitenciario, atención médica y salud mental) se debe reunir regularmente para analizar el estatus de un recluso puesto bajo medidas de precaución. Además, la autorización de las medidas de precaución para un preso, cualquier cambio en esas precauciones y la observación de un recluso puesto bajo medidas de precaución, deben ser documentados en formularios designados y distribuidos al personal apropiado. Dicha documentación debe ser minuciosa e inmediata, y debe también ser difundida a todo el personal que tiene contacto con el recluso.

Intervención Social

Los presos llegan a los escenarios penitenciarios con cierta vulnerabilidad al suicidio. Esta vulnerabilidad junto con la crisis de la encarcelación y los continuos factores estresantes de la vida en prisión pueden culminar en un colapso emocional y social conduciendo eventualmente al suicidio. El aislamiento social y físico y la falta de recursos de apoyo accesibles intensifican el riesgo de suicidio. Por lo tanto, la interacción social positiva es un elemento importante en la prevención del suicidio en los escenarios penitenciarios.³³

Como se indicó anteriormente, la mayoría de los suicidios en los escenarios penitenciarios ocurren cuando un recluso es aislado del personal y de los otros reclusos. Por lo tanto, la colocación en celdas segregadas o aisladas por razones necesarias puede, sin embargo, aumentar el riesgo de suicidio. Si la segregación es la única opción disponible para albergar al recluso suicida, se debe proporcionar observación constante.²³ Lo ideal es colocar al recluso suicida en un ambiente de dormitorios o de celdas compartidas. En algunos establecimientos, se proporciona apoyo social a través del uso de "oyentes" o "compañeros" reclusos especialmente capacitados, lo que parece tener buen impacto en el bienestar de los reclusos suicidas potenciales, ya que pudieran no confiar en los funcionarios penitenciarios pero sí en otros reclusos.^{39,40} Las visitas familiares también se pueden usar como una forma de fomentar el apoyo social, así como también como una fuente de información acerca del riesgo de suicidio de un recluso.

Sin embargo, es importante observar que las intervenciones sociales planeadas o monitoreadas descuidadamente también pueden conllevar riesgos. Por ejemplo, los reclusos altamente suicidas que son colocados en celdas compartidas tienen mejor acceso a instrumentos letales. Los compañeros de celda poco comprensivos pudieran no alertar al personal penitenciario si se realiza un intento suicida. Por lo tanto, la colocación de un recluso suicida en una celda compartida nunca debe ser considerada como un sustituto del estrecho monitoreo y apoyo social por parte del personal capacitado del establecimiento.³

Ambiente Físico y Arquitectura

La mayoría de los reclusos cometen suicidio mediante ahorcamiento usando sábanas, cordones de zapatos o ropa. Un ambiente seguro contra suicidio sería el de una celda o dormitorio donde se han eliminado o minimizado los elementos con los que se pueden ahorcar y el acceso no supervisado a materiales letales.

Los reclusos activamente suicidas pueden requerir ropa protectora o dispositivos de contención. Debido a la naturaleza controversial de los dispositivos de contención, se deben implementar políticas y procedimientos para poderlos usar. Estas políticas y procedimientos deben describir las situaciones en las que los dispositivos de contención son apropiados e inapropiados, los métodos para garantizar que se usen primero las alternativas menos restrictivas, asuntos de seguridad, límites de tiempo para el uso de los dispositivos de contención, la necesidad de monitoreo y supervisión mientras están en contención, y acceso al personal de salud mental.

Con el creciente aumento de la tecnología, la cámara de observación se ha convertido en una alternativa popular para la observación directa por parte del personal penitenciario. Sin embargo, los puntos ciegos de la cámara aunados a camarógrafos atareados conducen a problemas. Trágicamente, hay muchos ejemplos de suicidios que ocurren a plena vista del equipo de la cámara. Más aun, la mayoría de los reclusos rechazan la observación constante si la misma ocurre sin apoyo emocional y respeto.⁴ Por lo tanto, la cámara de vigilancia nunca se debe utilizar como un sustituto de la observación del recluso suicida por parte del funcionario y, si se utiliza, solo debe complementar la observación directa del personal.

Tratamiento de Salud Mental

Los reclusos con trastornos mentales que presentan un serio riesgo de suicidio deben recibir el tratamiento psicofarmacológico adecuado, el cual se ha convertido en el estándar general.⁴¹ Una vez que se identifica que un recluso está en alto riesgo de suicidio, el personal de salud mental debe realizar una evaluación y tratamiento adicionales.

Sin embargo, el acceso al personal de salud mental es complicado en muchos escenarios penitenciarios debido al hecho de que los recursos internos de salud mental son limitados y hay muy pocos o ningún vínculo con los establecimientos médicos y de salud mental basados en la comunidad, los cuales serían necesarios.⁴¹

Con el fin de abordar plenamente las necesidades médicas y de salud mental de los reclusos, los centros penitenciarios necesitarán crear fuertes vínculos con los programas basados en la comunidad si no tienen suficiente personal y recursos dentro de la institución. Esto significa que los sistemas de justicia penal, salud mental y salud deben estar integralmente vinculados para la prevención del suicidio en los escenarios penitenciarios. Dependiendo del lugar, esto podrá requerir arreglos de servicios de cooperación entre muchas instituciones y los hospitales generales, servicios de urgencia, establecimientos psiquiátricos, programas comunitarios de salud mental y programas para el uso de sustancias.

Si Ocurre un Intento Suicida

Si ocurre un intento suicida, el personal penitenciario debe estar suficientemente capacitado para asegurar el área y proporcionar primeros auxilios al recluso mientras espera que llegue el personal médico del establecimiento o personal externo de emergencia. La capacitación del personal penitenciario en los procedimientos de primeros auxilios es un componente clave en el campo. En efecto, el suministro de primeros auxilios en la escena por parte del personal penitenciario debe ser parte de un procedimiento operativo estándar formalmente estructurado. Para evitar demoras, los canales eficientes de comunicación con el personal de salud y los procedimientos de respuesta a emergencias se deben planificar con antelación al incidente. El equipo de rescate de emergencias necesita mantenerse en buen funcionamiento, debe ser sometido a pruebas de rutina y estar disponible en la escena. Todo el personal debe estar capacitado en el uso del equipo de resucitación, el cual debe estar fácilmente accesible para todo el personal. Cada miembro del personal debe saber qué hacer si ocurre un intento de suicidio.⁴²

La evaluación psicológica integral del preso también se debe realizar lo más pronto posible (y médicamente factible) después del incidente. Dicha evaluación debe ser conducida en un área privada donde no se interrumpa una entrevista adecuada y donde el preso y el entrevistador puedan sentirse físicamente confortables. La evaluación debe esclarecer los factores que precipitaron la auto agresión, el nivel de la intención suicida, los problemas subyacentes (tanto crónicos como agudos) con los que está luchando el preso, si el preso tiene o no un trastorno mental, la probabilidad de auto agresión adicional a corto plazo (por ejemplo, intensa ideación suicida que para el preso es difícil de resistir) y el tipo de ayuda que se necesita y que el preso esté dispuesto a aceptar.

Los así llamados Intentos Manipulativos

En algunas situaciones, los reclusos que expresan gestos o intentos suicidas serán vistos como manipuladores. Se cree que estos reclusos utilizan sus conductas suicidas para obtener algún control sobre el ambiente, como por ejemplo que se les transfiera a un hospital o a un escenario menos restrictivo.^{43,44} La posibilidad de un intento suicida fingido para instigar una fuga, o para otros propósitos nefarios también debe ser siempre motivo de preocupación para todos los funcionarios, especialmente para aquellos que trabajan en áreas de máxima y extrema seguridad. Los presos con personalidades antisociales o psicopáticas pueden estar más propensos a intentos manipulativos, ya que probablemente tienen dificultad para adaptarse a las condiciones de sobre control y colectivas de la vida en prisión.⁴⁵ Además, para algunos presos, la conducta de auto agresión puede ser vista como una posibilidad para reducir la tensión.⁴⁶ Para las mujeres presas, la auto mutilación repetida (tal como cortaduras o quemaduras) puede ser una respuesta al estrés causado solo por el hecho de estar confinadas y la cultura de la prisión. En efecto, la auto mutilación y los intentos suicidas no se pueden diferenciar fácilmente, aun si se le pregunta al recluso cuál era su intención.⁴⁷ Existen indicaciones de que muchos incidentes involucran tanto un alto grado de intención suicida como los así llamados motivos manipulativos, tales como querer llamar la atención hacia sus problemas emocionales o querer influir en la forma en que se maneja su caso, como por ejemplo, evitar que se le transfie-

ra a otro establecimiento donde las visitas familiares van a ser menos frecuentes.⁴⁸

Cuando el personal penitenciario cree que ciertos reclusos intentarán controlar o manipular su ambiente a través de conductas auto destructivas, tiende a no tomar seriamente la expresión de los gestos suicidas - para no ceder a la manipulación. Esto es especialmente cierto si un recluso tiene historia de haber violado o infringido las reglas en el pasado.⁴⁴ Sin embargo, los intentos suicidas, independientemente de su motivación, pueden resultar en muerte, aun si no era la intención original. Debido al número limitado de métodos disponibles, los reclusos pueden escoger métodos muy letales (por ejemplo, ahorcamiento) incluso en ausencia de un verdadero deseo de morir, o porque no saben lo peligroso que es el método. Los intentos con menos intención de suicidio deben ser vistos mas bien como expresivos que como intencionales, es decir, como una forma disfuncional de comunicar un problema. La respuesta correcta sería investigar los problemas del recluso en lugar de castigarlo. La indiferencia hacia las conductas auto destructivas o el castigo a los reclusos con conductas autodestructivas a través de la segregación, pueden empeorar el problema requiriendo que el recluso tome riesgos cada vez más dramáticos. Por lo tanto, los programas que propician la supervisión estrecha, apoyo social y acceso a los recursos psicosociales son igualmente fundamentales para los reclusos que actúan para llamar la atención y que son potencialmente auto destructivos.

Si Ocurre un Suicidio

Si ocurre un suicidio, debe haber procedimientos instaurados para documentar y reportar oficialmente el incidente, así como también para proporcionar la retroalimentación constructiva necesaria para mejorar las futuras actividades de prevención del suicidio. De esta manera, el personal penitenciario y de la salud deben informar sobre cada incidente en un esfuerzo para:

- Reconstruir los eventos que condujeron al suicidio;
- Identificar los factores que pueden haber llevado a la muerte del recluso y que pudieran haberse pasado por alto o haber sido abordados en forma inadecuada;

- Evaluar la adecuación de la respuesta a emergencias;
- Extraer cualquier implicación de las políticas para mejorar los futuros esfuerzos de prevención.

Adicionalmente, el personal penitenciario y otro personal que trabaja en el establecimiento que han experimentado el suicidio de un recluso bajo su supervisión o los otros reclusos pueden experimentar una serie de sentimientos que van desde enojo y resentimiento hasta culpa y tristeza. Estos individuos se pueden beneficiar de informaciones más detalladas o del apoyo formalmente organizado de compañeros o consejería.

Aunque es inusual, los centros penitenciarios proporcionan uno de los ambientes en los que pueden ocurrir suicidios en cadena.⁴ El examen de los suicidios en cadena de los reclusos ha sugerido que el mayor riesgo de suicidios subsiguientes parecía estar limitado al período de cuatro semanas después del suicidio inicial, y parecía reducirse con el tiempo.⁵⁰ Los reclusos jóvenes pueden ser especialmente vulnerables a los así llamados intentos suicidas por imitación.⁵¹ El personal necesita estar conciente de este período de mayor riesgo. Las estrategias para reducir el riesgo de conductas suicidas contagiosas incluyen la provisión de atención psiquiátrica segura para los presos con enfermedades psiquiátricas, la remoción o tratamiento de aquellos particularmente susceptibles, y el manejo cuidadoso por parte de las autoridades cuando transmiten el conocimiento de que ha ocurrido un suicidio.

Resumen de las Mejores Prácticas

En primer lugar, la cultura y cooperación del personal parecen ser decisivas para la implementación exitosa de los programas de prevención del suicidio en las prisiones. Las mejores prácticas para prevenir los suicidios en escenarios de cárceles y prisiones están basadas en el desarrollo y documentación de un plan integral de prevención del suicidio con los siguientes elementos:

- Un programa de capacitación (incluyendo actualizaciones) para el personal penitenciario y aquellos que proveen asistencia mé-

- dica con el fin de ayudarlos a reconocer a los reclusos suicidas y responder apropiadamente a los reclusos en crisis suicidas.
- Se necesita prestar atención al ambiente general de la prisión (niveles de actividad, seguridad, cultura y relaciones entre el personal y los presos). En particular, la calidad del clima social de los presos es crucial para la minimización de las conductas suicidas. Aunque las prisiones nunca pueden ser ambientes libres de estrés, los administradores de las prisiones deben promulgar estrategias efectivas para minimizar la intimidación y otros tipos de violencia en sus instituciones, y para maximizar las relaciones favorables entre los presos y el personal. La calidad de las relaciones entre el personal y los presos es crucial para la reducción de los niveles de estrés en los presos y para maximizar la probabilidad de que los presos confíen lo suficiente en el personal como para decirles cuándo sus recursos para hacer frente a los problemas se están agotando, así como para hablarles sobre sus sentimientos de desesperanza e ideas suicidas.
- Procedimientos para evaluar sistemáticamente a los reclusos a su llegada al establecimiento y durante toda su estadía con el fin de identificar a aquellos que puedan estar en alto riesgo.
- Un mecanismo para mantener la comunicación entre los miembros del personal en relación con los reclusos de alto riesgo.
- Procedimientos escritos que describan los requisitos mínimos para alojar a los reclusos de alto riesgo; suministro de apoyo social, exámenes visuales de rutina y observación constante para detectar a los reclusos agudamente suicidas; y el uso apropiado de dispositivos de contención como un último recurso para controlar a los reclusos auto destructivos.
- Los reclusos con trastornos mentales en necesidad de tratamiento deben recibirlo (intervenciones farmacológicas o psicosociales) y deben mantenerse bajo estricta observación.
- Desarrollo de recursos o enlaces internos suficientes con los servicios externos de salud mental basados en la comunidad para garantizar el acceso al personal de salud mental cuando se requiera mayor evaluación y tratamiento.
- Una estrategia para rendir información sobre la ocurrencia de un suicidio con el fin de identificar las formas de mejorar la detección, monitoreo y manejo del suicidio en los escenarios penitenciarios.

CONCLUSIÓN

En conclusión, aunque algunas veces no tenemos la capacidad para predecir con precisión si un recluso tendrá un intento suicida o cometerá suicidio, los funcionarios de la prisión y el personal penitenciario, de atención médica y salud mental están en la mejor posición para identificar, evaluar y tratar la conducta potencialmente suicida. Aun cuando no todos los suicidios de los reclusos se pueden prevenir (muchos se pueden), puede ocurrir una reducción sistemática de estas muertes si se implementan programas integrales de prevención del suicidio en los centros penitenciarios alrededor del mundo.

REFERENCIAS

- ¹ Huey MP, McNulty TL. Institutional conditions and prison suicide: Conditional effects of deprivation and overcrowding. *Prison Journal*, 2005, 85(4): 490-514.
- ² Leese M, Thomas S, Snow L. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 355-360.
- ³ Liebling A. The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. In: Dear GE. *Preventing suicide and other self-harm in prison*. Basingstoke (UK): Palgrave-Macmillan, 2006, 16-28.
- ⁴ Paton J, Jenkins R. Suicide and suicide attempts in prisons. In: Hawton K. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice*. Oxford: University Press, 2005, 307-334
- ⁵ World Health Organization. *Figures and facts about suicide*. Geneva, 1999.
- ⁶ Task Force on Suicide in Canada. *Suicide in Canada*. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
- ⁷ Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. Suicide in custody: a case-control study. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185: 494-498.
- ⁸ Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 3-17.
- ⁹ Fruehwald S, Frottier P. Suicide in prison. *Lancet*, 2005, 366: 1242-1244.
- ¹⁰ Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Farrell M, Lewis G, Paton J. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 2005, 35: 257-269.

- ¹¹ Pratt D, Piper M, Appleby L, Webb R, Shaw J. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. *Lancet*, 2006, 368: 119-123.
- ¹² Cox JF, Morschauer PC. A solution to the problem of jail suicide. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 1997, 18(4): 178-184.
- ¹³ Felthous AR. Preventing jailhouse suicides. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 1994, 22(4): 477-487.
- ¹⁴ White TW, Schimmel DJ. Suicide prevention in federal prisons: A successful five-step program. In: LM Hayes. *Prison suicide: An overview and guide to prevention*. U.S. Department of Justice National Institute of Correction, 1995, 46-57.
- ¹⁵ Gallagher CA, Dobrin A. The association between suicide screening practices and attempts requiring emergency care in juvenile justice facilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2005, 44(5): 485-493.
- ¹⁶ Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: 263-267.
- ¹⁷ Marcus P, Alcabes P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44: 256-261.
- ¹⁸ Frottier P, Fruehwald S, Ritter K, Eher R, Schwaerzler J, Bauer P. Jailhouse Blues revisited. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37: 68-73.
- ¹⁹ Borrill J. Self-inflicted deaths of prisoners serving life sentences 1988-2001. *British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 30-38.
- ²⁰ Hayes L. Suicide prevention on correctional facilities: An overview. In: M Puisis. *Clinical Practice in Correctional Medicine*. Philadelphia (PA), Mosby-Elsevier, 2006, 317-328.

- ²¹ Metzner J, Hayes L. Suicide Prevention in Jails and Prisons. In: R Simon, R Hales, *Textbook of Suicide Assessment and Management*, Washington (DC), American Psychiatric Publishing, Inc, 2006, 139-155.
- ²² Blaauw E, Winkel FW, Kerkhof AJFM. Bullying and suicidal behaviour in jails. *Criminal Justice and Behaviour*, 2001, 28(3): 279-299.
- ²³ Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2005, 28(3): 207-221.
- ²⁴ Holley HL, Arboleda-Flórez J, Love E. Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1995, 39(3): 190-209.
- ²⁵ Mackenzie N, Oram C, Borrill J. Self-inflicted deaths of women in custody. *British Journal of Forensic Practice*, 2003, 5(1): 27-35.
- ²⁶ Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 2002, 359: 545-550.
- ²⁷ Hayes, L. Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2005, 26(3): 146-148.
- ²⁸ Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community Mental Health Journal*, 1992, 28(4): 317-326.
- ²⁹ Daigle MS. MMPI inmate profiles: Suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behavioral Sciences and the Law*, 2004, 22(6): 833-842.
- ³⁰ Blaauw E, Kerkhof AJFM, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, 35(1): 63-75.
- ³¹ Dahle KP, Lohner J, Konrad N. Suicide prevention in penal institu-

tions: Validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2005, 4(1): 53-62.

32 Mills JF, Kroner DG. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Legal and Criminological Psychology*, 2005, 10(1): 1-12.

33 Kerkhof AJFM, Blaauw E. Suicide in prisons and remand centers: Screening and prevention. In: Wasserman D., Wasserman C. *The Oxford Textbook on suicide: Continental perspectives*. London: The Oxford Press, in press.

34 Daigle MS, Labelle R, Côté G. Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 343-354.

35 Arboleda-Flórez J, Holley HL. Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, 33: 595-598.

36 Lekka NP, Argyriou AA, Beratis S. Suicidal ideation in prisoners: risk factors and relevance to suicidal behaviour. A prospective case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2006, 256(2): 87-92.

37 Bonner RL. Correctional suicide prevention in the year 2000 and beyond. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, 30(4): 370-376.

38 Daniel AE, Fleming J. Suicides in a State Correctional System, 1992-2002: A Review. *Journal of Correctional Health Care*, 2006, 12(1): 1-12.

39 Hall B, Gabor P. Peer suicide prevention in a prison. *Crisis*, 2004, 25(1): 19-26.

40 Junker G, Beeler A, Bates J. Using Trained Inmate Observers for Suicide Watch in a Federal Correctional Setting: A Win-Win Solution. *Psychological Services*, 2005, 2(1): 20-27.

41 Daniel, AE. Preventing suicide in Prison: A Collaborative Responsibility of Administrative, Custodial and Clinical Staff. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 2006, 34(2): 165-175.

42 Wool R, Pont J. *Prison Health Care: A Guide for Health Care Practitioners in Prisons*. London: Quay Books, 2006.

43 Fulwiler C, Forbes C, Santagelo SL, Folstein M. Self-mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997, 25(1): 69-77.

44 Holley HL, Arboleda-Flórez J. Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1998, 22: 167-178.

45 Lohner J, Konrad N. Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: Distinguishing features in male inmates' self-injurious behavior. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2006, 29(5): 370-385.

46 Snow L. Prisoners' motives for self-injury and attempted suicide. *The British Journal of Forensic Practice*, 2002, 4(4): 18-29.

47 Daigle MS, Côté G. Non-fatal suicide-related behavior among inmates: testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, 36(6): 670-681.

48 Dear G, Thomson D, Hills A. Self-harm in prison: Manipulators can also be suicide attempters. *Criminal Justice and Behavior*, 2000, 27: 160-175.

49 Brown GK, Henriques GR, Sosdjan D, Beck, AT. Suicide intent and accurate expectations of lethality: Predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, 72: 1170-1174.

50 Cox B, Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1993, 47: 69-72.

51 Hales H, Davison S, Misch P, Taylor PJ. Young male prisoners in a Young Offenders' Institution: their contact with suicidal behaviour by others. *Journal of Adolescence*, 2003, 26(6): 667-685.