

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Conducta autodestructiva en el medio penitenciario

Autor: Marta Barja de Quiroga García

Director: Dra. Adriana Catarina De Souza Oliveira

Murcia, a 1 de abril de 2020.

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Conducta autodestructiva en el medio penitenciario

Autor: Marta Barja de Quiroga García

Directora: Dra Adriana Catarina De Souza Oliveira

Murcia, a 1 de abril de 2020.

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO:
Apellidos: Barja de Quiroga García		Nombre: Marta
DNI: 23303808-R	Titulación: Grado en Enfermería	
Título del trabajo: Conducta autodestructiva en el medio penitenciario		

El Prof/a. D. Adriana Catarina De Souza Oliveira como Director(s)/Tutor(s)⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 1 de abril de 2020

Fdo.: _____

Fdo.: _____

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

A mi madre por ser mi referente, mi fuente de sabiduría y mi pilar de apoyo. Porque aunque el camino no fuera fácil, nunca te rendiste, nunca soltaste mi mano y me diste las alas que me faltaban, la confianza y la valentía para afrontar este mundo que tan hostil ha sido en algunas ocasiones. Siempre has estado a mi lado apoyarme en todas mis decisiones sin decirme “ya te lo dije” cuando me he equivocado, me alentaste a comerme el mundo y me enseñaste a no rendirme nunca, sin ti jamás hubiera sido la persona que soy, ni hubiera adquirido las habilidades para defenderme en la vida ni mucho menos hubiera llegado tan lejos.

A mi hermano porque aunque las palabras a veces no sean lo nuestro siempre hemos estado unidos, sin duda alguna eres mi otra mitad. Has estado siempre junto a mí, has sido mi guardaespaldas desde que nací defendiéndome en cada momento, has llenando mi vida de alegría haciéndome reír incluso cuando quiero llorar y siempre has creído en mí aun cuando yo no lo hago.

A M.S, te juzgué y me equivoqué, me mostraste que hay luz tras los muros, porque con tus actos me demostraste que en ellos también hay bondad.

A Noelia por estar a mi lado, apoyarme y volverme loca con sus audios interminables. Porque eres más que la chica que hace 4 años se metió en dirección contraria y casi mató a Boli, eres una parte fundamental de mis días, eres como una hermana para mí.

A Tere, Juanje, Sergio, Rocío y David por hacer que mi penúltimo rotatorio fuera el mejor de todos. Siempre estáis dispuestos a ayudar y con vosotros las risas están más que garantizadas. A vuestro lado he aprendido muchísimo y no solo de enfermería sino de relaciones interpersonales, muchas gracias. ¡Sois un equipo maravilloso!

ABREVIATURAS

AGE: Administración General del Estado

BOE: Boletín Oficial del Estado

CE: Constitución Española

CGPJ: Consejo General del Poder Judicial

CIS: Centro de Inserción Social

CP: Código Penal

CPO: Centro Penitenciario Ordinario

HSP: Hospital Psiquiátrico Penitenciario

IIPP: Instituciones Penitenciarias

JTP: Junta de Tratamiento Penitenciario

LOGP: Ley Orgánica General de Penitenciaria

LOPS: Ley Orgánica de los Profesionales Sanitarios

PPS: Programa de Prevención de Suicidio

RD: Real Decreto

RESP: Revista Española de Sanidad Penitenciaria

RP: Reglamento Penitenciario

SGIP: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias

SNS: Sistema Nacional de Salud

ÍNDICE

RESUMEN	XIX
1. INTRODUCCIÓN	21
2. OBJETIVOS	23
2.1. Objetivo General	23
2.2. Objetivos Específicos	23
3. MARCO TEÓRICO	25
3.1. Abordaje general del ámbito penitenciario y el ordenamiento jurídico.	25
3.2. Factores y patologías asociados a autolesión en centros penitenciarios	32
3.3. Conociendo el impacto de la autolesión y su abordaje epidemiológico.	43
3.4 Estrategias de prevención de las conductas autodestructivas	45
3.5. Fundamentación teórica y competencia enfermera en los cuidados a un paciente con conducta autodestructiva.	47
4. METODOLOGÍA	55
4.1. Diseño	55
4.2. Sujeto del estudio.	55
4.3. Ámbito y Periodo del estudio.	55
4.4. Procedimiento de recogida de información	56
5. RESULTADOS	67
6. DISCUSIÓN	95
7. CONCLUSIONES	103
8. REFERENCIAS	105

FIGURAS

Figura 1. "Chinazo"	35
Figura 2. Ingesta de cuerpos extraños	36
Figura 3. Párpados cosidos.	36
Figura 4. Cosido de los labios.	37
Figura 5. Enclavamiento Craneal.	38
Figura 6. Máquina de tatuar	39
Figura 7. Tatuaje de puntos	40
Figura 8. Tatuajes que hacen alusión al tiempo	41
Figura 9. Tatuaje de la lágrima	41
Figura 10. Tatuajes referentes a la libertad.	42
Figura 11. Tatuaje "amor de Madre", tatuaje del ojo y tatuaje del tigre.	42
Figura 12. Red de Racionamiento Crítico para obtener el DxEp	76
Figura 13. Red de Razonamiento Crítico para obtener el RCp.	78

TABLAS

Tabla 1. Año de publicación y número de artículos seleccionados.	58
Tabla 2. Leyes consultadas.	59
Tabla 3. RD consultados.	59
Tabla 4. Web utilizadas, año de publicación de la información y tema de búsqueda.	60
Tabla 5. Bases de datos y artículos más relevantes.	61
Tabla 6. Artículos relevantes de la RESP.	61
Tabla 7. Estudios obtenidos en PUBMED	61
Tabla 8. Estudios obtenidos en SCIELO.	62
Tabla 9. Estudios obtenidos en DIALNET.	64
Tabla 10. Estudios obtenidos de la RESP.	65

CUADROS

Cuadro 1. Puntuación del NOC para el DxÉ principal en base a la escala Likert.	80
Cuadro 2. Puntuación del NOC para el DxÉ principal en base a la escala Likert.	80
Cuadro 3. Puntuación del NOC para el RC principal en base a la escala Likert.	83
Cuadro 4. Puntuación del NOC para el RC principal en base a la escala Likert.	83
Cuadro 5. Cronograma de las intervenciones / actividades.	89
Cuadro 6. Evaluación del NOC para el DxÉp en base a la escala Likert.	90
Cuadro 7. Evaluación de la puntuación de los indicadores del NOC para el DxÉp en base a la Escala Likert.	91
Cuadro 8. Evaluación del NOC para el RC principal en base a la Escala Likert.	92
Cuadro 9. Evaluación de la puntuación de los indicadores del NOC para el RC principal en base a la Escala Likert.	93

GRÁFICO

Gráfico 1. Grados de tratamiento y población reclusa nacional	29
Gráfico 2. Población reclusa en porcentaje según sexo	31
Gráfico 3. Población reclusa según situación Procesal-Penal y sexo.	31

RESUMEN

Introducción y Objetivos: Las conductas autodestructivas en el medio penitenciario es algo desconocido para la gran mayoría de las personas que no están relacionadas con el ámbito penitenciario. Esto actualmente comporta un problema de salud pública puesto que este tipo de conductas son un hecho en las cárceles a nivel mundial. El objetivo general fue describir la conducta autodestructiva en un paciente joven ante un proceso judicial estando en prisión preventiva. Metodología: Se realizó un estudio de caso único en el periodo entre el 04/09/2019 y el 27/03/2020, a un varón de 24 años, en un Centro Penitenciario de la Región de Murcia que se ha autolesionado por segunda vez. La revisión bibliográfica se realizó en las bases de datos PubMed, Scielo y Dialnet, siendo necesario revisar también la Revista Española de Sanidad Penitenciaria, el BOE (Constitución Española, Reales Decretos y Leyes), la página web del Ministerio del Interior y la página web de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Resultados: Tras la realización del proceso enfermero a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC, se obtuvo como diagnóstico principal (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c factor mecánico m/p lesión tisular. Discusión: El 85% de las autolesiones se producen en jóvenes que rondan los 24 años. En cuanto a la patología mental, se estima que el 84,4% de la población reclusa sufre alguna enfermedad mental, considerándose que tienen mayor prevalencia las mujeres de edades entre 35 y 45 años y los hombres de edades entre 25 y 44 años. Conclusiones: En síntesis, una detección precoz es determinante a la hora de prevenir este tipo de conductas. La patología mental y el consumo de drogas están estrechamente unidas a las conductas autodestructivas. Estas se dan con mayor frecuencia entre los jóvenes en prisión preventiva y en aquellos internos que están por delitos de tipología violenta o sexual.

Descriptor: conducta autodestructiva, prisiones, automutilación, prisionero, institucionalización.

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema Penitenciario español está asentado sobre las penas privativas de libertad, las cuales, tiene como finalidad el internamiento del penado en un establecimiento penitenciario, basándose en la evolución de la personalidad del interno en armonía con la aplicación de un régimen de vida y tratamiento regulado (Fernández Bermejo, 2015). La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP) en el Art. 72, establece que “las penas privativas de libertad se ejecutarán según el sistema de individualización científica, separado en grados, el último de los cuales será el de libertad condicional, conforme determina el Código Penal” (p.20). Dichas penas, según Pastor y Torres (2017), son el “resultado de una evolución racionalizadora y humanitaria del Derecho punitivo” (p. 26).

En relación a lo anterior, actualmente la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (CP) en la sección dos, artículo 35, califica como penas privativas de libertad “la prisión permanente revisable, la prisión, la localización permanente y la responsabilidad personal subsidiaria por impago de multa” (p.21).

En lo referente al Tratamiento Penitenciario, con la implementación de los programas en Instituciones Penitenciarias (IIPP) persigue que la estancia en prisión sea algo positivo para los internos, puesto que el objetivo es que aquellas personas privadas de libertad, alcancen e interioricen las habilidades y recursos necesarios para actuar de forma positiva en el futuro respetando la Ley Penal (Casado, 2013). La LOGP lo define en el título III, artículo 59, como el “conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados” (LOGP 1/1979, p.17).

Y en cuanto al Tratamiento Penitenciario según el artículo 73.1 del Reglamento Penitenciario (RP) aprobado por Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero, se entiende cómo Régimen Penitenciario "el conjunto de normas o medidas que persiguen la consecución de una convivencia ordenada y pacífica que permita alcanzar el ambiente adecuado para el éxito del tratamiento y la retención y custodia de los reclusos" (p.34). Así mismo, dicho régimen es el medio por el cual se pretende conseguir la reinserción y la reeducación

consideradas como el fin final de las penas privativas de libertad (Cutíño, 2015).

En cuanto a las conductas autodestructivas en la población en general, estas son definidas por los autores como:

“Aquellas acciones que la persona se hace a sí misma o deja de hacerse y que le llevan a perjudicar algún área de vida, truncando su propio desarrollo integral” (Alpízar, 2017, p. 258).

Flores-Soto, Canciano-Marenten y Figueroa (2018) añaden que la “intención es reducir el sentimiento de angustia, infligir autocastigo y/o ser una señal de la necesidad de ayuda para el desarrollo de una identidad y poder de adaptación dentro de los patrones sociales” (p.203).

Por otro lado, Sánchez-Sánchez (2017) indica que es “un acto deliberado y en general recurrente de hacer daño al propio cuerpo, sin la ayuda de otra persona, de manera lo suficientemente severa como para ocasionar lesiones en los tejidos corporales y generar hematomas, fracturas, cicatrices o marcas” (p.338).

En lo referente a las conductas autodestructivas en el medio penitenciario no hay una definición que englobe tipología y actos relacionados con el medio en el que se producen, por ello, Jurdi (2015) indica que se produce un daño físico tanto en una única parte del cuerpo como en varias a la vez. Así mismo, la forma de producirlas son cortar y rayar la piel, excoriaciones de heridas, quemarse, tatuarse e inyectarse saliva entre otras formas.

Este tipo de conductas se producen con mayor frecuencia entre los internos que se encuentran en prisión preventiva y en algunos casos, en aquellos internos que tienen el fin de la condena cerca.

Dado los datos aportados hasta el momento, en la presente revisión bibliográfica se pretenden dar luz a las principales conductas que llevan al interno a auto infringirse daño, identificando los factores de riesgo y patologías relacionadas de dicha conducta en este medio tan específico como es el penitenciario y la manera de prevenirlos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir la conducta autodestructiva en un paciente joven ante un proceso judicial estando en prisión preventiva.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo y patologías relacionados con autolesión.
- Describir las principales conductas autodestructiva en penitenciaria y sus consecuencias.
- Exponer las estrategias de prevención y control de comportamientos autodestructivos.
- Elaborar un plan de cuidados a un paciente con comportamiento autodestructivo en penitenciaria según Metodología Enfermero.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Abordaje general del ámbito penitenciario y el ordenamiento jurídico.

El sistema penitenciario como hoy en día lo conocemos no tiene nada que ver con lo que era en sus inicios. Todo comenzó con las penas de galeras, pero cuando estas fueron abolidas en 1803, los reclusos fueron mandados a las minas de Almadén, presidios de Arsenales de Marina y presidio de Ceuta entre otros. En todos ellos, lo que se buscaba era el sufrimiento de la persona que estaba privada de libertad al haber cometido un delito, se les daba un trato inhumano y estaban obligados a trabajos forzosos en condiciones muy duras, a esto había que sumarle el hacinamiento, las enfermedades derivadas de éste y las condiciones insalubres en las que vivían.

No fue hasta el siglo XVIII cuando empezaron a cambiar de forma de proceder al crearse las casas de corrección. Estos son los primeros presidios en los que se dio un trato humanitario, los trabajos dejaron de ser forzosos pasando a ser dignos y se buscaba el cambio de conducta y posible reinserción del reo. A finales de los años 70 de la mano del Teniente General Francisco Xabier Abadía y más tarde por el Coronel Manuel Montesinos y Molina, apareció el sistema progresivo, que finalmente se convirtió en el sistema de individualización científica, siendo éste más flexible que el progresivo y en el que actualmente nos apoyamos. En éste sistema ya no hay rastro del hacinamiento, los individuos están repartidos por módulos, separados por sexo y las habitaciones son individuales o como máximo de dos internos (Checa, 2017).

Las penas privativas de libertad son la base del sistema penal. Estas penas consisten en internar al penado en un centro penitenciario, donde permanecerá durante un tiempo determinado y así cumplir la condena impuesta por el juez. El preso en todo momento gozará de todos los derechos fundamentales (Pastor y Torres, 2017).

3.1.1 Ámbito penitenciario a nivel internacional

La regulación penitenciaria a nivel supranacional está constituida por toda una serie de tratados, convenios, pactos, declaraciones y recomendaciones que se inició con la Declaración Universal de Derechos Humanos, firmada en Nueva York, el 10 de diciembre de 1948.

La existencia de un régimen internacional relativo al Derecho penitenciario está representado por las llamadas Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, estas, están comprendidas en dos textos. El primero fue elaborado durante el Primer Congreso de las Naciones Unidas celebrado en Ginebra en 1955, donde se habló sobre la Prevención del delito y Tratamiento de Delincuentes; y el segundo texto fue aprobado en 1973 por el consejo de Europa en Estrasburgo.

El objetivo fue conseguir la internacionalización del Derecho penitenciario para establecer una serie de principios básicos y comunes al respecto, como son:

- Respeto a la dignidad humana y a los derechos individuales de la persona.
- La no discriminación por raza, sexo, origen o religión.
- Consideración del tratamiento penitenciario, dirigido a conseguir la redención y reinserción social de los condenados.
- Organización del trabajo penitenciario, sobre idénticas bases al trabajo en libertad.
- Distinción entre presos y penados. (Mondragón, Guzmán y Pérez, 2020)

En 2011 la Asamblea General de Naciones Unidas creó un grupo intergubernamental de expertos para revisar las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas de 1955, siendo aprobadas en 2015. Estas también son conocidas como las “Reglas Nelson Mandela”. Los puntos revisados fueron los siguientes:

- Dignidad inherente de los reclusos como seres humanos.
- Grupos vulnerables privados de libertad.
- Servicios médicos y sanitarios.
- Restricciones, disciplina y sanciones.
- Investigación de muertes y tortura de los reclusos.
- Acceso a la representación jurídica.
- Quejas e inspecciones.
- Capacitación personal (Secretaría General Instituciones Penitenciarias, 2018a).

La secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) participa en diferentes programas de colaboración internacional y proyectos de cooperación. Algunos de ellos son el “programa Eurosocial+”, “proyecto CALYPSOS”, “programa GRUNDTVIG”... con ellos, se quiere crear espacios de tratamiento, reeducación y rehabilitación con la esperanza de que gracias a ello se incremente la seguridad y la libertad ciudadana (Secretaría General Instituciones penitenciarias, 2019a).

3.1.2. Ámbito penitenciario a nivel de España

La actividad de la Administración Penitenciaria se basa en el texto recogido en dos artículos de la Constitución Española de 1978 siendo estos:

- El artículo 15, pone de manifiesto que todo ser humano tiene derecho a la vida y a la integridad física y moral prohibiéndose taxativamente la tortura y las penas o tratos inhumanos/degradantes (art. 15, CE, p.5).
- El artículo 25.2, pone de manifiesto que la privación de libertad está orientada a la reeducación y reinserción social, además, el interno no perderá sus derechos fundamentales a no ser que estos vengan limitados por el fallo condenatorio. El interno tendrá derecho a un trabajo digno y remunerado, a la Seguridad Social y a poder desarrollar su

personalidad, así como el acceso a la cultura (art. 25.2, CE, p.7). Esto también está recogido en el artículo primero de la LOGP 1/1979.

En lo referente al tarto, en el artículo tercero de la ya citada LOGP y el capítulo II, artículo 4 del RP, hacen alusión a que toda persona privada de libertad será respetada tanto en cuanto a su personalidad, como a sus derechos e intereses jurídicos, sin hacer diferenciación por razones de creencias religiosas, raza, ideología política o cualquier otra circunstancia que pudiera existir (art 3, LOGP 1/1979, p.5; art 4, RD 190/1996, p.14).

Por lo tanto, a partir de lo recogido en la Constitución Española, se establece que el ordenamiento jurídico regulará el sistema penitenciario a través de la LOGP, el CP y el RP.

Así pues, en el RD 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el RP como en el CP, entre otros asuntos, determinan que los penados estarán clasificados en grados dependiendo del marco jurídico y regimental que se le vaya a aplicar. Esta clasificación se divide en la libertad condicional y tres tipos de grados de mayor a menor restricción dependiendo de las características del interno, donde se establecerá un régimen abierto o cerrado que será revisado periódicamente por la Junta de Tratamiento Penitenciario (JTP). Este estudio se realizará por primera vez como muy tarde a los dos meses del ingreso del interno en el centro penitenciario, siendo revisado cada seis meses máximo pudiendo hacerse antes. A los internos que estén en 1º grado se les revisara dicha condición cada tres meses (RD 190/1996, de 9 de febrero).

El 1º grado, se les aplica a los internos altamente conflictivos donde permanecen en un régimen de vida cerrado. El 2º grado, es in régimen de vida ordinario aplicado a los internos que pueden llevar una convivencia normal. Por último y no menos importante el 3º grado, aquí el interno goza de un régimen de vida en semi-libertad.

En relación a los grados de tratamiento, en el gráfico 1, se muestran los porcentajes de la población reclusa nacional que se encuentra en los distintos grados de tratamiento a fecha de enero de 2020.

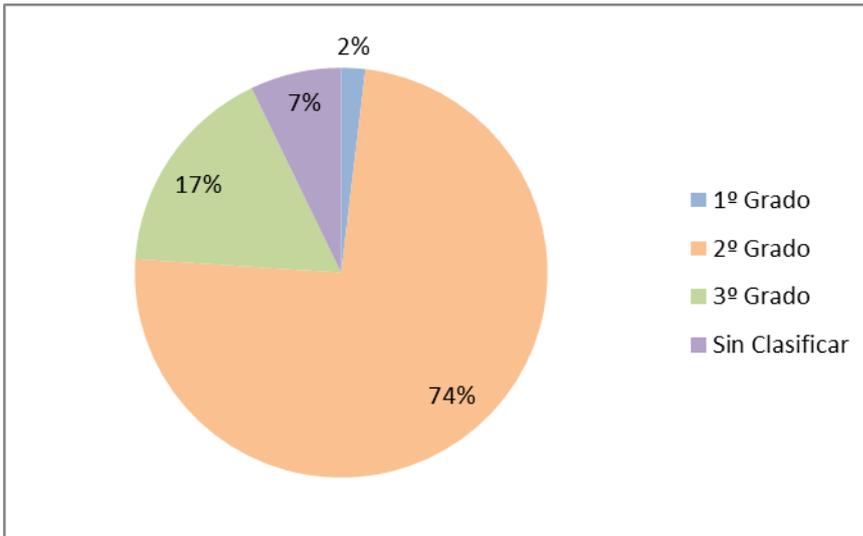


Gráfico 1. Grados de tratamiento y población reclusa nacional

Fuente: Elaboración propia a partir de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

En consonancia con los datos obtenidos, la mayoría de la población reclusa siendo esta el 74% se encuentra en 2º grado (33.081 hombres y 2.302 mujeres) frente al 2% considerado como minoría, que se encuentra en 1º grado (833 hombres y 60 mujeres) (Secretaría General Instituciones Penitenciarias, 2020).

En cuanto a los tipos de establecimientos, actualmente existen cinco centros diferentes siendo estos:

- Centros Penitenciarios Ordinarios (CPO), en ellos se encuentra la población penitenciaria tanto preventiva como penada pudiendo estar en 1º, 2º y 3º grado (este último solo para los internos que no tienen red de apoyo).
- Centros de Inserción Social (CIS), aquí se encuentran los internos que han conseguido el tercer grado y que tienen una red de apoyo familiar por lo que están en un régimen de semi-libertad.
- Unidades externas de madres para mujeres que cumplen condena en la compañía de sus hijos menores de 3 años.
- Unidades dependientes. Son viviendas fuera del recinto penitenciario pero que dependen de él. Régimen de vida abierto.

- Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (HPP) las personas que están internas en este tipo de centros son por decisión del Tribunal de Justicia.

Actualmente la Administración General del Estado (AGE) cuenta con 69 CPO, 33 CIS, 3 unidades externas de madres (Sevilla, Madrid y Mallorca) y 2 HPP (Alicante y Sevilla) (Pastor y Torres, 2017; Secretaría General Instituciones Penitenciarias, 2015).

En este desglose no se encuentran los centros pertenecientes de Cataluña ya que ésta es la única Comunidad Autónoma que por el Real Decreto 3482/83, del 28 de diciembre tiene transferidas las competencias en Materia de Administración Penitenciaria, en concreto sobre ejecución de la legislación penitenciaria del Estado, desde 1984 (RD 3482/1983, de 28 de diciembre).

En dicha Comunidad Autónoma hay 8 CPO, 4 CIS denominados “centre penitenciarí obert”, 1 HPP denominado “pabelló hospitalari penitenciarí” y 1 Centro Penitenciario de Mujeres (Generalitat de Catalunya, 2016).

Por lo arriba mencionado, siempre que se haga una estadística o se busque información acerca de penitenciaría a la hora de hacer algún estudio, hay que tener en cuenta que, para ser certeros en este asunto, hay que consultar tanto las bases de la AGE como las de Cataluña. Otra diferenciación es que la Administración Penitenciaria esta adscrita al Ministerio del Interior, mientras que en Cataluña la Administración penitenciaria está adscrita al Departament de Justícia (Viedma, Del Val, & Callejo, 2019).

En cuanto a la población penitenciaria, en el gráfico 2, se expone en porcentajes la población reclusa nacional separada por sexos y en el gráfico 3, se muestran en porcentajes la población reclusa nacional en función de la situación Procesal-Penal separándola por sexos.

A enero de 2020 la población reclusa nacional contando con Cataluña fue de 58.369 reclusos siendo 54.047 hombres frente a 4.322 mujeres. La población preventiva fue de 8.711 hombres y 652 mujeres. La población penada constó de 44.091 hombres y 3.607 mujeres. En cuanto a la población

extranjera representa un total de 16.417 reclusos siendo 15.187 hombres y 1.230 mujeres (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2020).

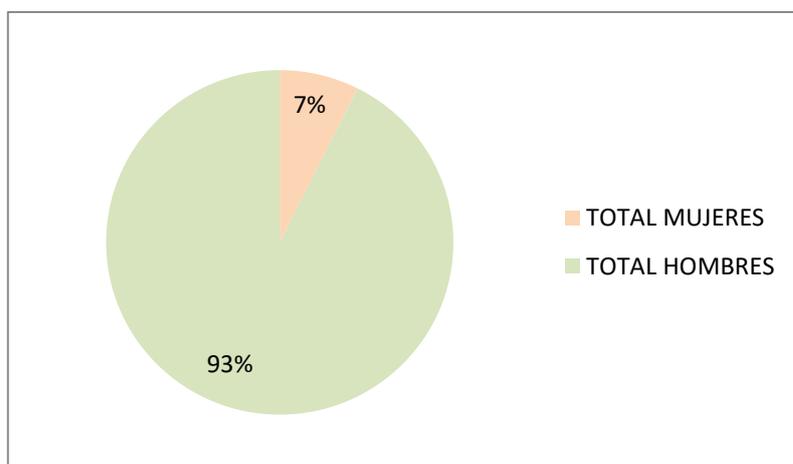


Gráfico 2. Población reclusa en porcentaje según sexo

Fuente: Elaboración propia a partir de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

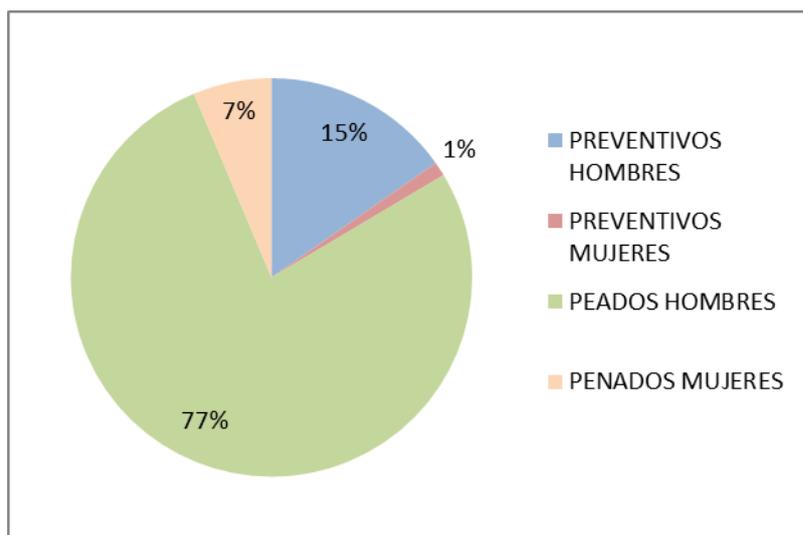


Gráfico 3. Población reclusa según situación Procesal-Penal y sexo.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

Concretamente en la Región de Murcia hay 1.741 reclusos repartidos entre el Centro Penitenciario Murcia I y el Centro Penitenciario Murcia II “Campos del Río”, siendo 1.627 hombres y 114 mujeres (SGIP, 2019b).

3.2. Factores y patologías asociados a autolesión en centros penitenciarios

Para hablar de los factores y patologías previamente debemos saber que se entiende por autolesión.

Estas conductas normalmente se han asociado a la presencia de algún tipo de trastorno. Pocos son los estudios que han tenido en cuenta la relación que hay con el entorno y el medio en el que se producen. Actualmente se utilizan una gran variedad de palabras para referirse a estas conductas pudiendo ser, automutilación, autoflagelación, para-suicidio o ideación suicida entre otras. Cabe destacar que independientemente del tipo de lesión o la gravedad de ésta, todos los términos utilizados, hacen referencia al resultado o a la intencionalidad del hecho, siendo esto último muy importante para hacer una buena diferenciación entre lo acontecido y poder clasificarlo correctamente, ya que cuando una persona se autolesiona con intención de perder la vida sin conseguirlo, ha de ser estudiado como para-suicidio o intento de suicidio y cuando se ha dejado patente la intención de una autolesión por carta u otro medio con resultado de muerte tiene que tipificarse como suicidio (Roca, Guàrdia y Jarne, 2012).

Existen múltiples definiciones de autolesión, la más utilizada “hace referencia a la destrucción directa y deliberada de la propia superficie corporal sin intención letal” (Vega et al., 2018, p.146). Pero tras la búsqueda y lectura de diversas definiciones sobre este tema, destaca que la gran mayoría excluyen como conducta autodestructiva las sobredosis medicamentosas o de drogas, ingesta de objetos y productos químicos, por lo que en éste contexto penitenciario la definición más completa y que más se ajustaría sería la que indica que “la autolesión puede ser única o realizada en varias partes del cuerpo, cortes, quemaduras, arañazos, (...). Así como ingerir objetos o incluso comportamientos más extraños como el llamado auto-incrustación que consiste en introducir cuerpos extraños en la piel” (Jurdi, 2015, p.34).

Según Trajtenberg y Sánchez de Ribera (2019) los factores predisponentes pueden agruparse en tres tipos: los factores individuales, factores socioeconómicos y demográficos y los factores socio comunitarios.

En los factores individuales se encuentran los trastornos mentales y de rasgos de la personalidad, rasgos psicopáticos/antisociales. También tiene un papel importante la baja autoestima, las conductas impulsivas, el delito cometido, la pena impuesta y los antecedentes de abuso de drogas. Con respecto a los factores socioeconómicos y demográficos se encuentran el ser joven y hombre, el desempleo, pertenecer a una minoría racial, la posible vulnerabilidad social y el bajo nivel educativo. Por otro lado, los factores socio comunitarios son la soltería, el ser miembro de una subcultura delictiva y el no tener una red de apoyo familiar y social firme y constante. Por otro lado, Mohíno et al. (2002) considera que dichas conductas están motivadas por diversos pretextos, pero los resume en “motivos judiciales, régimen carcelario, clínicos y sociales” (p.82).

Es muy importante entender que el ser encarcelado y el desarrollo de la vida entre rejas, comporta un choque emocional total y absoluto para el interno, esto conlleva la ruptura con la vida y libertad que el interno presentaba antes de entrar en prisión, generando un impacto psicológico muy negativo para éste, debilitando su estado anímico y emocional. Este tipo de sentimientos también se produce en todos aquellos internos que llevan ya un largo tiempo en prisión (Fuentes, 2019).

Como se ha mencionado anteriormente, son numerosos los factores que pueden llevar a un interno a autolesionarse o incluso quitarse la vida ya que la privación de libertad genera un gran sentimiento de añoranza, desesperanza, tristeza, soledad, ruptura de los lazos familiares y sociales, provocando un profundo sentimiento de pérdida. Además, algo que no se debe obviar y que se ha de tener en cuenta como factor de riesgo de conductas autodestructivas, son los medios de comunicación. Estos divulgan el hecho delictivo del interno haciendo conocedores de él tanto a la población en libertad como al resto de reclusos que se encuentran en el centro penitenciario, ocasionando en el interno un estado de estrés y ansiedad puesto que dependiendo del delito cometido esto puede traerle problemas con otros internos (Jurdi, 2015).

Por consiguiente, el desarrollo de la vida penitenciaria no es fácil para los internos, la monotonía, la pérdida de privacidad, la obligatoriedad de

compartir habitación, entre otras cosas, hacen que sientan que han dejado de ser dueños de sus vidas, todo está controlado por la institución y ellos no tienen poder de decisión sobre su propio tiempo. La rutina siempre es la misma, los horarios de comidas, cenas, despertarse por la mañana o acostarse, tiempo de patio, están estrictamente marcados. Esto en ocasiones lleva a la persona a dañarse para así percibir que tiene algún control sobre sí mismo. A esto, hay que sumarle las relaciones con los demás internos que en muchas ocasiones no son buenas y producen grandes cuadros de ansiedad y estrés siendo la autolesión una vía de desahogo ante esta situación (Galán y Moraleda, 2018).

Con respecto a las relaciones y amistades que puedan hacerse, algo muy habitual en prisión es que los internos adquieran deudas entre ellos. Cuando esto ocurre y el interno no puede hacer frente a dichas deudas sabe que su integridad personal está en riesgo, por lo que en muchas ocasiones la autolesión es una medida de supervivencia para conseguir el cambio a otro módulo y evitar las posibles consecuencias del endeudamiento (Jurdi, 2015).

Este tipo de comportamiento también se utiliza como manera de ejercer presión, evitar las conducciones a otros centros, o para propiciar salida al hospital para así interactuar con otras personas fuera del contexto penitenciario, dándoles la sensación de tener más libertad, y para evitar cambios de celdas o incluso propiciarlos (Vergara, 2015).

También y aunque resulte chocante, las conductas autodestructivas se pueden producir por algún tipo de protesta ante lo que el interno considera injusto, por abuso de los funcionarios, como medida de presión para conseguir algo a cambio, a modo de reivindicación o denuncia, para llamar la atención, por ansiedad, desesperanza o simplemente para liberar la tensión acumulada (Vera-Remartínez, Lázaro-Monge y Rincón Moreno, 2018).

No obstante, un estudio realizado por Garreaud (2015) recogía las palabras de un interno residente en el Centro Penitenciario de Villabona, este consideraba que “allí donde no llega un grito, cuando ya tus palabras chocan contra un muro, (...). Se llega a convertir en un arma tu propio cuerpo, un arma de expresión” (p.145). Otro interno comentaba:

Yo me he autolesionado como un grito de libertad, un grito... muchas veces pensaba: no podéis tener mi mente ni tampoco mi cuerpo, creéis que lo tenéis, pero tampoco, pues yo soy dueño de mi cuerpo. Y a veces ese grito de libertad que no traspasaba los muros, hacía que mis propias heridas gritaran por mí mismo (p.147).

Estas conductas son muy utilizadas como protesta, ya que consideran que allá donde no llegan las palabras si llega la sangre. A la hora de hacerlo, los internos saben medir muy bien hasta donde están dispuestos a llegar, ya que si se pasan pierden la batalla, han de utilizar su cuerpo sin perder la vida (Garreaud, 2015).

En relación a esto último, se puede apreciar como la tipología de la lesión varía dependiendo de la motivación con la que se lleve a cabo, por ello a continuación se mencionan algunas de ellas.

A continuación, en la figura 1, se muestra el antebrazo de un interno con heridas incisivas auto-infligidas



Figura 1. "Chinazo"

Fuente: Arroyo-Cobo (2015 a, p.33)

Las heridas incisivas también llamadas "chinazos" en el argot carcelario, son las más habituales, producidas en el abdomen o en la cara anterior de brazos y antebrazos y cara anterior del muslo. Estas lesiones llaman mucho la atención por la abundante sangre y en ocasiones el interno lo dramatiza al vestirse de blanco. Este tipo se utiliza como protesta ante una orden regimental o para aliviar el estrés/ansiedad.

A continuación en la figura 2, se muestra una radiografía simple del abdomen de un interno en la que se puede apreciar un cortaúñas.



Figura 2. Ingesta de cuerpos extraños

Fuente: Martínez-Cordero et al. (2012, p.36).

Los enclavamientos de cuerpos metálicos en la pared abdominal reciben el nombre de “misiles” o “sputniks” en el argot carcelario. Los internos ingieren todo tipo de cosas como cuchillas, pilas, cristales, agujas o cortaúñas entre otros (Martínez-Cordero, González-Marqués, Amo-Fernández, González-Blanco, y Pérez-Velasco, 2012). Esto se hace para hacer algún tipo de reivindicación.

El auto cosido de los párpados se produce a modo de protesta o para no ver el mundo en que vive el interno. En la figura 3, se muestra este tipo de práctica.



Figura 3. Párpados cosidos.

Fuente: Arrollo-Cobo (2015 b, p.38).

El coserse los labios se hace a modo de protesta o reivindicación y así dejar patente que no está dispuesto hablar. En la figura 4, se puede apreciar un ejemplo de ello.



Figura 4. Cosido de los labios.

Fuente: Vera-Remartínez, et al. (2018, p.33).

El auto cosido del pene se utiliza como protesta al no poder mantener relaciones sexuales completas (Jurdi, 2015).

Traumatismos, fracturas y esguinces producidos al golpearse contra la pared u objeto robusto. Se hace para llamar la atención, conseguir salir al hospital o a modo de protesta.

En cuanto a las quemaduras, habitualmente se las producen con cigarrillos u objetos metálicos calientes, normalmente como denuncia por parte del interno de malos tratos o para borrar tatuajes por desamor (Rodriguez, 2019; Jurdi, 2015).

Es común la ingesta de sustancias tóxicas como pueden ser medicamentos, productos de limpieza, legía y ambientadores entre otros (Ballesteros, Ramón, Martínez-Arrieta, y Cabrera, 2003).

El enclavamiento craneal, consiste en la introducción de una púa o tornillo por contusión y enroscamiento en la parte frontal del cráneo. Este es un método que se utiliza a modo de protesta, aunque su utilidad no es muy frecuente (Peñafiel et al., 2011). En la figura 5, se presenta unas radiografías de este hecho arriba mencionado.



Figura 5. Enclavamiento Craneal.

Fuente: Peñafiel et al. (2011, p.31).

Es curioso como la vida en una Institución Penitenciaria (IIPP) da lugar a una subcultura carcelaria. Dicha subcultura, recibe el nombre de prisionización, donde el nuevo morador en la prisión, tiene que adaptarse a un nuevo hábitat, adquiriendo una nueva cultura, nuevas costumbres, nuevo lenguaje, símbolos y por ende, adquirir un nuevo rol como recluso. Esta subcultura, regula las relaciones entre los internos a través del conocido “código del recluso” o “código carcelario”. Este tiene su propia jerarquía, valores y reglas no escritas, que se fundamentan en el respeto y en la ley del silencio, el no “vender” a otro preso, el no “chivatazo”, es decir, “ver, oír y callar”. Estas reglas son incluso más rígidas e inflexibles que las propias reglas regimentales. Al adquirir este nuevo rol y modus vivendi el interno, dependiendo del grado de prisionización adquirido, se despersonaliza, pierde habilidades sociales y en algunas ocasiones lo lleva hacerse daño (Jurdi, 2015; Alfagame, Quesada, y Domínguez, 2018).

Donde es más fácil apreciar ese respeto entre reclusos es en las horas de sueño. En las prisiones reina el ruido, parecen mercadillos prácticamente todo el día, pero cuando todos están “chapados” en la prisión empieza a aparecer el silencio y esto es porque los internos saben que el único momento en el que la persona es libre, es durmiendo, es soñando (Zubiría, 2015).

En cuanto a los factores asociados a la prisionización Mahecha y Sogamoso (2019) consideran que esta descompensa en todas sus esferas a la persona que lo vivencia, además “trae consigo efectos psicológicos adversos en los que se vulnera al individuo en su estado físico, psicológico y emocional, así como su calidad de vida” (p.11).

También, muchas de las autolesiones que se producen en internos que están inmersos en esta cultura carcelaria y aunque parezca sorprendente, se hacen a modo de solidaridad, para apoyar a un compañero. Muchas otras son a modo de protesta, colectivas o individuales por presión del jefe “Kie” o por la obtención de algún tipo de beneficio (Arroyo-Cobo, 2015a).

Los tatuajes y pirsin también son considerados como autolesiones, siendo algo característico de esta subcultura. A diferencia que en la vida en libertad, los tatuajes en la cárcel no se hacen por estética, sino que tienen un significado y se utilizan como forma de comunicación, a modo de carta de presentación, hacen ver que no son débiles sino todo lo contrario, es una demostración de virilidad, fortaleza y de hombría. Muchos utilizan los tatuajes a modo de romper con la rutina, como libertad personal, ya que el que un interno se tatúe, es algo que se escapa al control de la institución, es una decisión propia que nadie puede controlar, el interno ejerce el control sobre su propio cuerpo, sustituye el dolor emocional por dolor físico (Garreaud, 2015; Cancela, 2017; Illescas, 2018; Salazar, 2016; Ribeiro y Mendoza, 2013).

A continuación en la figura 6 se muestra una máquina de tatuar realizada por los presos.



Figura 6. Máquina de tatuar

Fuente: Galarraga (2019)

Según Mínguez (2017), uno de cada 4 internos se ha tatuado en prisión, es decir, la cuarta parte de la población penitenciaria se tatúa en prisión y aunque esto esté prohibido, los internos fabrican sus propias máquinas de tatuar e incluso las tintas, a no ser que utilicen la tinta de bolígrafo. No obstante, esta modificación corporal, es considerada un gran factor de riesgo para la salud puesto que las condiciones higiénicas y los materiales utilizados no son los más adecuados, por ello, la infección es muy frecuente que aparezca, además comporta un verdadero riesgo de transmisión de enfermedades como son el VHB, VHC y el VIH (Hellard, Aitken & Hocking, 2007)

Como bien se ha dicho anteriormente los tatuajes son considerados autolesión y comportan un lenguaje que lleva intrínseco un significado y una motivación, por ello, en la figuras 7, 8, 9,10 y 11 se van a mostrar algunos de los tatuajes más comunes en las prisiones y sus significados.



Figura 7. Tatuaje de puntos

Fuente: Marcoremn (2016) y Morales (2015)

El tatuaje de los puntos es uno de los más comunes entre los presos y dependiendo de la cantidad de puntos tatuados adquiere un significado u otro. Un único punto negro significa que el interno es un carterista y dos puntos verticales hace alusión a los violadores. El tatuaje de los tres puntos en forma de triángulo, se hace tanto en la mano como en el ojo, hace alusión a tres palabras: “mi vida loca”. Esa vida fue la que llevó al preso a prisión. Se relaciona con las drogas (Bermejo, 2019; Wilson et al., 2017). Y por último, el tatuaje de los cinco puntos donde los 4 puntos externos que conforman un cuadrado, representan las cuatro paredes de la celda y el quinto punto que se

encuentra en el centro del cuadrado representa al propio preso y la privación de libertad (Tomás 2018; Ribeiro y mendoza, 2013).

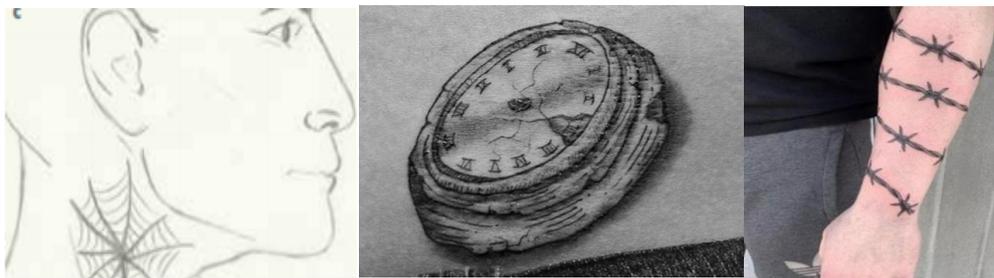


Figura 8. Tatuajes que hacen alusión al tiempo

Fuente: Wilson et al. (2017, p.59) y Morales (2015).

Este tipo de tatuaje es habitual en reclusos con condenas largas. Representa el tiempo de condena, como la prisión los atrapa. En el caso de la telaraña, cada anillo concéntrico representa un año de estancia en prisión. En cuanto a los tatuajes de alambre de espino, cada púa es un año dentro de la cárcel. En referente al tiempo y largas condenas, también es muy común ver en la piel de los internos tatuado un reloj sin manecillas, el cual representa la libertad perdida, el tiempo que se va y no regresará (Wilson et al., 2017; Ribeiro y Mendoza, 2013; Morales, 2015).

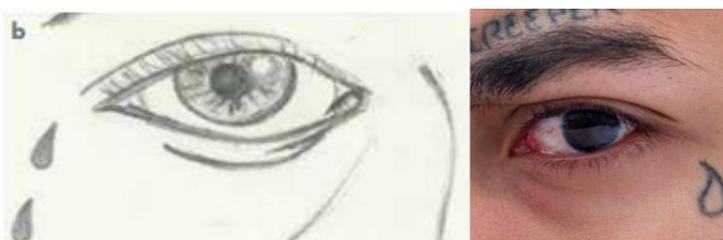


Figura 9. Tatuaje de la lágrima

Fuente: Wilson et al. (2017, p.59) y Vásquez (2018)

Este tiene diferentes lecturas pudiendo ser: una lágrima por cada asesinato cometido, pérdida de una persona querida, larga condena o por último, el asesinato de una persona cercana junto con la búsqueda de venganza, en ese caso la lágrima permanecerá vacía hasta que la venganza sea consumada (Wilson et al., 2017).



Figura 10. Tatuajes referentes a la libertad.

Fuente: Garreaud (2015, p.148).

Las alas o los pájaros simbolizan la libertad. Muchos de los internos se hacen este tipo de tatuaje puesto que la libertad es lo que ellos no tienen y lo que ansían alcanzar (Garreaud, 2015; Tomás, 2018).



Figura 11. Tatuaje "amor de Madre", tatuaje del ojo y tatuaje del tigre.

Fuente: Garreaud (2015, p.140).

Entre los tatuajes comunes, también se encontrarían: el tatuaje de “amor de madre” que simboliza a la mujer que siempre te va a querer y nunca te abandonará. El ojo tatuado en los brazos representa el estar alerta y pendiente de todo pero si por el contrario, éste estuviera tatuado en la ingle representaría la condición sexual del interno, dejando ver que es homosexual. Por último el tigre, representa la ferocidad, la peligrosidad (Garreaud, 2015; Tomás, 2018).

Todas las conductas autodestructivas traen consigo riesgos para la salud como pueden ser las infecciones y las posibles complicaciones derivadas de estas, además, produce cambios corporales, se crean cicatrices que dependiendo de cada interno pueden ser consideradas como un orgullo o un vergüenza. En el peor de los casos, estas conductas puede tener un desenlace nefasto llevando al interno a la muerte o a la amputación de algún miembro (Garreaud, 2015).

3.3. Conociendo el impacto de la autolesión y su abordaje epidemiológico.

En el 2018 España se situaba en el 5º respecto al mapa de distribución de las autolesiones en Europa. Desde los años 90 ésta práctica se ha quintuplicado, dejando de ser un hecho puntual considerado como “rareza” para ser una realidad en nuestra sociedad, que además incrementa la demanda de servicios sanitarios y por ende el aumento del coste sanitario. Esto se considera un gran problema de salud pública por lo que es muy importante implantar un plan de prevención o de actuación temprana cuando esta conducta ya se haya dado. Esta conducta se da con más frecuencia en la adolescencia, encontrando la edad de inicio entre los 10 y 15 años. (Sánchez-Sánchez, 2018).

Las motivaciones que llevan a estos jóvenes a tener estas conductas autodestructivas son diversas, pudiendo ser desde conductas vengativas para hacer sentir culpable a otra persona, autocastigarse, chantajes emocionales o aliviar tensión emocional. Hay muchas formas de autolesionarse como quitarse costras, fracturas, arañarse, arrancarse el pelo, pellizcarse, pero las que se dan con más frecuencia son cortarse, pegarse y quemarse (Corona, 2017).

A la hora de autolesionarse hay diferencia entre hombres y mujeres ya que el sexo masculino predomina las quemaduras y en el femenino los cortes en la piel. En cuanto a los factores predisponentes, entre otros, se encuentra el bullying, embarazos no deseados, divorcio de los padres, violencia doméstica, ansiedad, problemas sociales, baja autoestima, las diferencias culturales, la propia sexualidad y no aceptarse a uno mismo (Fleta, 2017).

El acceso a internet a conllevado grandes beneficios para los adolescentes como puede ser el desarrollo de la identidad personal, pero cuando se da un uso mal gestionado, puede generar nuevos riesgos para estos jóvenes como son el cyberbullyn, el sexting, el online grooming todo ello desemboca en las poco conocidas y denominadas autolesiones online. En cuanto a la prevalencia por sexo, no hay diferencia entre uno y otro, pero en cuanto a la motivación, tanto chicos como chicas recurrieron a esto como modo de aliviar su malestar. Esto se considera un problema creciente en nuestra sociedad, existen páginas webs en las que se enseñan diferentes métodos para autolesionarse, también se han encontrado juegos/retos como el de “la ballena azul” con finales tan tristes como la propia muerte (Gámez-Guadix, Almendros, Rodríguez-Mondragón, y Mateos-Pérez, 2019).

En cuanto a las conductas autodestructivas, en el medio penitenciario encontramos que éstas se dan en un 85% en presos cuya edad ronda los 24 años, en cuanto a los grupos étnicos/culturales, se autolesiona con mayor frecuencia la población magrebí y gitana frente a la población subsahariana en la cual el número de estos casos es poco significativo. La época del año también influye, en los meses de verano aumentan las autolesiones sobre todo en julio y agosto, en invierno este tipo de conductas decae a excepción de la época navideña en donde se aprecia un repunte (Jurdi et al., 2015).

Aunque una prisión “no deja de ser una prisión” es curioso como los presos tras su paso por varios de estos centros penitenciarios consideran que unas prisiones son mejores que otras. Esta consideración no depende exclusivamente de con quién cohabiten y se relacionen, sino que depende de cómo se organice la prisión, de las actividades para ocupar el tiempo y sobre todo del trato que reciban del trabajador, el cual ha de ser imparcial, ausente de un trato humillante o vejatorio, ha de ser respetuoso en todo momento. Esto no siempre se cumple, las cárceles tienen distinta calidad moral lo que influye directamente en que los índices de autolesiones, suicidios y reinserción haciendo que sean más altos o más bajos (Rodríguez, Larrauri, y Güerri, 2018).

3.4 Estrategias de prevención de las conductas autodestructivas

3.4.1. Conductas a nivel general

Como se ha mencionado anteriormente las conductas autodestructivas comienzan a una edad temprana comprendida entre los 10 y 15 años, por lo que, en muchas ocasiones, los que dan la voz de alerta acerca de estos comportamientos son los propios docentes del centro educativo. Por ello, cada centro tiene un protocolo de actuación que todos los docentes han de conocer para tener las herramientas suficientes y saber gestionar este tipo de situaciones (Jankuc, 2016). Cabe destacar que no hay un protocolo exclusivo para las conductas autodestructivas sino que estas están incluidas en el protocolo de suicidio, este se divide en cuatro partes: actuaciones del profesorado, actuaciones del alumno, actuaciones de las familias y actuaciones del departamento de orientación. Jankuc, 2016 hace hincapié en que tiene que haber un trabajo conjunto y mucha comunicación entre las cuatro partes, además el centro prestará asistencia y apoyo tanto al alumno que se autolesione y a su familia como a los alumnos que le rodeen y precisen de asistencia.

En estos casos es primordial identificar el factor que desencadena esta conducta al igual que la ayuda psicológica es fundamental para estos jóvenes (Jankuc, 2016).

3.4.2. Estrategias aplicadas en sistemas penitenciarios

En los centros penitenciarios tampoco hay un protocolo exclusivo de conductas autodestructivas, sino que el protocolo de suicidio engloba éstas, ya que normalmente las conductas auto-dañinas preceden a un intento de suicidio o suicidio consumado.

Según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias a toda persona de nuevo ingreso en un centro penitenciario el médico y psicólogo le hará un reconocimiento y una entrevista en la que se pondrá especial atención al estado emocional de la persona, al igual que se intentará averiguar si él o alguno de sus familiares han tenido previamente algún intento de autolisis. Una

vez realizada la entrevista el facultativo considerará si el nuevo interno bajo su criterio, es susceptible de hacerse daño. Si cree que existe peligro incluirá a este nuevo interno en el Programa de Prevención de Suicidio (PPS). Cuando el ingreso procede de otro centro penitenciario ya sea por nuevo destino, diligencias judiciales o conducción, también habrá que hacerle la valoración y además se solicitará la documentación del interno para saber si ha tenido conductas autodestructivas, conductas autolíticas o si está o ha estado en PPS.

En 2018 hubo 2.366 internos y 248 internas los cuales fueron incluidos en dicho programa de prevención para velar por su seguridad. (Secretaría General Instituciones Penitenciarias, 2018b).

Este programa tiene como objetivos la revisión constante de las pautas de prevención de los grupos de riesgo, detectar internos que puedan presentar este tipo de conductas y evitar un desenlace de muerte en caso de que las medidas hayan fallado. Además, se complementa con un “interno de apoyo”, este habrá tenido que superar un curso de capacitación para poder desarrollar ésta función. El interno de apoyo estará las 24 horas con el interno que le asignen y velará por su bienestar en todo momento dando la voz de alarma cuando así lo considere oportuno (Kaba et al., 2014).

Por existir un riesgo muy alto de conductas autodestructivas, se ha de prestar especial atención a los internos que estén en aislamiento ya que pueden herirse tanto por ira, tristeza o para propiciar la salida de la celda de aislamiento al módulo de enfermería mejorando así sus condiciones (Kaba et al., 2014), también hay que prestar atención a todos aquellos internos que hayan experimentado un cambio en su condena, cuando la excarcelación este próxima, así como aquellos que hayan perdido a algún familiar, todo esto comporta situaciones estresantes que pueden llevar a los internos a hacerse daño o a quitarse la vida (Vergara, 2015).

Todas las personas que trabajan en los centros penitenciarios, así como los voluntarios de capellanía o de otras asociaciones, tienen el deber de informar de las posibles situaciones de riesgo lesivo o suicida que puedan percibir tras interactuar con los internos (SGIP, 2018b).

3.5. Fundamentación teórica y competencia enfermera en los cuidados a un paciente con conducta autodestructiva.

3.5.1. Fundamentación teórica de los cuidados de enfermería ante en un paciente con conducta autodestructiva.

Para la fundamentación teórica de los cuidados realizados al sujeto del caso estudiado, hemos decidido aplicar la Teoría de Joyce Travelbee que fundamenta los cuidados en salud mental. Para Joyce Travelbee desde una visión de las teorías humanistas concibe al ser humano como ser único e irremplazable, en un determinado contexto sociocultural. Para ella, el objetivo de la enfermera es la comprensión en sí del momento por el que pasa la persona, familia o grupo y una vez alcanzado esto, ya puede establecer una verdadera relación de ayuda.

En cuanto a la Enfermería Psiquiátrica considera que es un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera prestando sus cuidados ayuda a la persona, familia o comunidad con el fin de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental (Elers y Gibert, 2016).

Por otro lado, según Joyce Travelbee el concepto de Salud Mental aún está en elaboración porque lo que es considerado “normal” hay que mirarlo dentro de una época y un contexto determinado, puesto que lo que hoy se considera “adecuado” en otra época no lo fue. Por ello, los criterios para definir la salud mental son relativos, no estáticos o universales. Afirma que la salud mental no es algo que la persona pueda poseer sino es algo que la persona es, en una época y medio ambiente sociocultural y físico determinados. Por ello, fundamenta la salud y la Salud Mental en las actitudes que considera capacidades humanas universales que distinguen lo humano, las cuales son:

- Aptitud para amar: para ser capaz de amar uno previamente ha de amarse así mismo, aceptándose y respetándose como es, además ha de confiar en sus propias habilidades siendo consciente de las limitaciones que uno tiene aceptándolas con humildad y valentía.

Amar implica sentir compasión y querer llegar al otro, ayudarlo de forma desinteresada. Por otro lado, conlleva desear el bien del otro, aunque este no sea de mi agrado, ya que aceptar no es lo mismo que aprobar.

- Capacidad para enfrentar la realidad: es ver la realidad tal como se presenta, como es, no como nos gustaría que fuera. Ser capaces de percibir aquello que nos rodea sin distorsionar las situaciones para hacerlas favorables para uno mismo. Ser conscientes de que estamos expuesto a multitud de emociones, buenas y malas. Hay que aprender a enfrentarse a ellas, al dolor, al conflicto, al amor, a la soledad, a toda situación adversa que se presente, aprendiendo a reírse de uno mismo y a pedir ayuda cuando sea necesario.
- Descubrir un propósito o sentido en la vida: cuando una persona atraviesa una crisis se empieza a hacer pregunta acerca de ¿Quién soy?; ¿por qué vivo?; ¿adónde voy?; ¿qué me apoya?; ¿por qué estoy dispuesto a vivir?, todas estas preguntas obtendrían respuesta si las crisis se enfocaran como momentos de aprendizaje, y con ello también aumentar la capacidad de amarse y ser capaces de auto-percibirse, auto-valorarse y auto-corrigerse. Si uno no es capaz de amarse y ayudarse a sí mismo, no puede amar a otros (Ribera, 2003).

La verdadera relación enfermera-persona se crea después de que se hayan dado cuatro fases:

- Fase del encuentro original: se establece cuando se produce el primer encuentro enfermera-paciente. Aquí lo fundamental es la observación, sin juzgar y siendo objetivo ya que es lo que lleva a la enfermera a formar un concepto del paciente que determinaran los comportamientos y reacciones hacia él. Al igual que el paciente sacará sus propias conclusiones a cerca de la enfermera.
- Fase de identidades emergentes: en esta fase la enfermera y el paciente a través del diálogo establecerán una relación por la cual comenzarán a verse mutuamente como seres humanos únicos.

- Fase de la empatía: para que la empatía se dé, la enfermera ha de querer entender o comprender a la otra persona, ya sea por mera curiosidad o por deseo de ayudar. Una vez que se empatiza la interacción con el paciente cambia.
- Fase de simpatía: para que se de esta habilidad ha de haberse desarrollado previamente la empatía. La simpatía consiste en preocuparse por el paciente, el hacerle ver que sus preocupaciones y temores son también los de la enfermera y que se hará todo lo posible solucionarlos.
- Fase de Termino: Son sentimientos y pensamientos trasmitidos de un ser humano a otro.

Una vez que estas cuatro fases se han dado la enfermera ya está preparada para poder ayudar (Galvis, 2015).

Cabe destacar que el Modelo de Relación Persona a Persona de Joyce Travelbee se utiliza tanto en salud mental como fuera de ella ya que hay profesionales que utilizan esta visión tanto en urgencias (Rocha, & Faria, 2013) como en maternidad (Coelho, Brasil, Leite, & Gimenis, 2005).

3.5.2. Competencia enfermera en el proceso de atención a un paciente en el sistema penitenciario.

Hace 17 años que se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ésta en su disposición adicional sexta, indica que los servicios sanitarios dependientes de las Instituciones Penitenciarias, han de ser transferidos a las comunidades autónomas, y así estén integrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS) conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía, dándose un plazo de 18 meses desde su aprobación para incorporar dichos servicios (Ley 16/2003, de 28 de mayo). Sin embargo, la única Comunidad Autónoma a la que se le ha trasferido las competencias en materia de Sanidad Penitenciaria ha sido a Cataluña. Por este motivo, los enfermeros penitenciarios son empleados de la AGE por lo que la gestión de la Sanidad Penitenciaria sigue dependiendo del Ministerio del Interior, a

excepción de Cataluña, que como se ha mencionado anteriormente, tiene transferidas las competencias y por ende la gestión de esta le corresponde al Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. Por lo tanto, los enfermeros hoy en día siguen rigiéndose por los reglamentos de la Administración Pública, la Constitución Española y el Estatuto Básico de los Empleados Públicos (Secretaría General Instituciones Penitenciarias, 2017a).

Si se consiguiera que se llevara a cabo las transferencias de la Sanidad Penitenciaria en todas las Comunidades Autónomas, se acabaría con las desigualdades para los que trabajan entre rejas, ya que estos, lo hacen en peores condiciones tanto laborales como profesionales que los que ejercen la profesión enfermera fuera de prisión. Además, con ello se eliminaría la doble financiación de la asistencia sanitaria y se conseguiría que la asistencia ofrecida a los reclusos fuera en las mismas condiciones que el resto de la sociedad (González, 2019).

Estas desigualdades en materia sanitaria entre reclusos y población general no debería existir puesto que según indica la LOPG en el artículo 3.4 y el RP en el artículo 4.2, la Administración Penitenciaria ha de velar por el derecho a la vida, integridad y salud de los reclusos. Además el RP en los artículos 207 y 208 especifica que la asistencia sanitaria será integral, abarcado tanto la prevención, la curación y la rehabilitación, garantizando que todos los internos gocen de una asistencia medico sanitaria igual que el resto de la población no penitenciaria (LOGP 1/1979; RD190/1996).

Desde 1834 a aquellos que desarrollaban las labores de enfermería se les llamaba “Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de IIPP” hasta que en 2011 se pasó a llamar “Cuerpo de Enfermeros de IIPP” por el Real Decreto Ley 20/2011 del 30 de diciembre, ya que este modifica la Ley 39/1970, de 22 de diciembre sobre reestructuración de los Cuerpos Penitenciarios en el apartado decimotercero del artículo 68. En cuanto a las funciones de enfermería, éstas están reguladas actualmente por el RP de 1996 y por artículos del RP de 1981 como por ejemplo el artículo 324, en el cual constan las competencias y funciones siendo éstas: acompañar al médico en las visitas, consultas y reconocimientos de los nuevos internos tomando notas para tratamiento,

realizar las curas, controlar los medicamentos y material clínico-sanitario y llevar la documentación administrativa de enfermería (SGIP, 2017a; RD 190/1996; Real Decreto 1201/1981)

Pero según la Ley 44/2003, de 22 noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) las funciones que ha de desempeñar enfermería son la asistencial, docente, investigadora y gestora siendo estas competencias más amplias que las que recoge el RP. En cuanto a la función asistencial, la consulta de enfermería es la base de actuación de todo enfermero, en ella pasará la gran mayoría del tiempo desempeñando sus funciones donde se producirá el contacto directo entre el profesional y el interno. Las consultas serán tanto a demanda como programadas. En cuanto a la función docente algunos Centros Penitenciarios ofertan prácticas para los alumnos de Grado de Enfermería, así estos podrán conocer un ámbito que seguramente es desconocido para ellos. De otra parte, la función investigadora avanza de forma lenta en las IIPP aunque la creación en 1998 de una Revista Científica como es la “Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP)” junto con la celebración de Congresos Nacionales y Jornadas ha dado un gran impulso a la investigación en este campo. Esto también hace visible el papel de la enfermería penitenciaria y que sea reconocido y valorado por el resto de instituciones sanitarias. Por último, la función gestora, es llevada a cabo por el personal de enfermería haciendo las tareas administrativas, redactando informes para jueces y tribunales, gestionando la historia clínica entre otras (Carrasco-Baún, 2017; García Bolaños, 2017). En cuanto a la función asistencial, García Ormaza (2017) y Sáez (2018) apuntan que la población penitenciaria alberga cada vez más población de edad avanzada lo que supone un reto para los profesionales ya que no están suficientemente preparados en cuidados paliativos.

La Sanidad Penitenciaria se entiende como toda actividad de promoción, prevención y cuidados de salud destinados a las personas privadas de libertad. Por ello, el artículo 209 del RP hace alusión a dos modelos sanitarios:

- Atención Primaria es el “nivel básico e inicial de atención, (...). Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria,

prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y de trabajo social” (Ley 16/2003, p.19). Contará con un equipo integrado por médico general, enfermero, auxiliar de enfermería y de forma periódica acudirá un psiquiatra y un odontólogo. En centros de mujeres se prestará servicios de ginecología y pediatría (RD 190/1996).

- Atención Especializada: según la, ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Atención Especializada “comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad” (Ley 16/2003, p.20). Esta atención se intentará dar en los Centros Penitenciarios siempre que sea posible y haya medios para ello, con el fin de evitar la excarcelación de los internos, pero cuando esto no sea posible y la vida del interno dependa de ello, se le trasladará al hospital más cercano (RD 190/1996).

En un contexto penitenciario son muchos los factores que rodean al profesional de enfermería. Cuando se decide prestar un servicio sanitario a éste colectivo uno ha de dejar sus prejuicios a un lado y proporcionar unos cuidados de calidad y de forma holística. En ocasiones esto se olvida y el profesional proporciona con desacierto algunos cuidados, generándose factores que derivan en la despersonalización del interno, no dándole la privacidad que se merece ni la información que solicita a cerca de su proceso de salud, generándose conflictos éticos (González-Gálvez, Sánchez-Roig, Coll Cámara, Canet Vélez, y Roca Llobet, 2018). Pero la Ley reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica reconoce en su Capítulo II el derecho del paciente a la información sanitaria, esta sigue siendo un derecho aun habiendo traspasado las puertas de la prisión, (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Dicha ley también está recogida en el RP pero con algunas variaciones en cuanto a tratamiento médico, ya que indica que es necesario el consentimiento informado del interno para que éste reciba un tratamiento médico, pero si se negara a él y por ello su vida estuviera en riesgo o la de otros internos, ante tal negativa la LOGP en el artículo 45.1 especifica que los

facultativos previa autorización del director podrán aplicar las medidas oportunas para aplicar dicho tratamiento aunque el interno no quiera (RD 190/1996; LOGP 1/1979), como apunta Díaz (2017) “el preso ha de gozar de los mismos derechos fundamentales que el ciudadano libre, siempre que estos sean compatibles con la condena” (p.39) pero según un estudio realizado por García Guerrero (2018) donde compara la normativa legal sobre el consentimiento informado recogida en la Ley 41/2002 y Convenio de Oviedo con la normativa penitenciaria (LOGP y RP), la Doctrina constitucional (Sentencias del Tribunal Constitucional 120/1990; 137/1990; 11/1991 y 37/2011) y resoluciones judiciales de los juzgados de Instrucción y Vigilancia Penitenciaria, determina que:

Los presos son las únicas personas en España a las que se puede imponer un tratamiento médico forzoso sin que haya lesión de intereses de terceros en caso de no tratamiento y sin un juicio previo sobre su capacidad para decidir. Estas posibilidades crean una nueva categoría de ciudadanos incompatible con el precepto constitucional de que todos somos iguales ante la ley. (p.134)

Cabe señalar que en las prisiones existen unas características sociodemográficas que dejan ver la gran prevalencia en enfermedades como VIH/SIDA, Hepatitis B y C, Tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, trastornos mentales y drogodependencia asimismo, el enfermero desarrolla su trabajo en un ambiente bastante hostil, muy diferente al que se da en los centros extra-carcelarios (Martínez-Delgado, 2014).

El contexto penitenciario y la falta de libertad influyen mucho en el estado anímico, emocional y de salud del interno, así como la influencia regimental y legal por lo que el enfermero tiene que tener herramientas/habilidades suficientes para saber llevar a este tipo de colectivos y procurar su bienestar. Por esto, un enfermero tiene que estar formado en salud pública, salud mental, drogodependencia, enfermedades infectocontagiosas, atención primaria, enfermedades tropicales y parasitarias, situaciones límites, emigración, multiculturalidad, normativa y legislación penitenciaria, educación para la salud en promoción y prevención y adherencia al tratamiento. Pero todas estas competencias que se acaban de nombrar, no

se adquieren a lo largo de la carrera de enfermería ya que no están incluidas en el plan de estudios, por lo que un enfermero generalista necesitaría una formación específica para adquirirla. Por otra parte, hoy en día sólo hay dos países que oferten formación reglada en enfermería penitenciaria que son: Estados Unidos que imparte en The National Commission on Correctional Health Care desde el año 1991 el Certified Correctional Health Professional Registered Nurse y España que imparte en la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna –Universitat Ramon Llull desde 2013 el Título de Experto Universitario en Enfermería Penitenciaria (Sánchez-Roig, y Coll-Cámara, 2016). Pero este último solo será válido para Cataluña ya que para poder formar parte de Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias hay que superar una oposición y tras esta superar el periodo de prácticas.

Esta oposición está formada por tres ejercicios, los cuales son eliminatorios. El primer ejercicio es un cuestionario de 100 preguntas a resolver en una hora y cuarenta y cinco minutos. El segundo ejercicio es el desarrollo por escrito de 3 temas elegidos al azar, uno de la primera parte del programa y dos de la segunda, disponiendo de un máximo de tres horas para hacerlo. El tercer ejercicio consiste en realizar tres supuestos prácticos de los cuatro que ha propuesto el Tribunal en un tiempo de una hora y treinta y cinco minutos. Todas las partes se califican sobre 10 puntos siendo necesario alcanzar una puntuación mínima de 5 para aprobar cada una de ellas. Aquellos que aprueben todas las partes, comenzaran el periodo de prácticas, el cual durará un tiempo inferior a seis meses y constará de dos fases: la primera será la fase formativa sobre las materias propias de las funciones a desarrollar en la prisión, siendo imprescindible conseguir el “Apto” para superar la fase. La segunda fase será el desarrollo de prácticas en Centros Penitenciarios siendo también imprescindible alcanzar la calificación de “Apto” para superar esta fase y por consiguiente el periodo de prácticas completo (Secretaría General Instituciones Penitenciarias, 2017b).

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Se realizó un estudio de caso único. Este estudio es definido como una investigación empírica de fenómenos coetáneos, tratando de explorar al máximo el tema en cuestión con la finalidad de llegar a entenderlo, proporcionando una profunda comprensión del tema (De Andrade, Backes, Piccoli, Schmitt, Ferreira, & Ammon, 2017).

4.2. Sujeto del estudio.

Varón de 24 años en situación de prisión preventiva. Se encuentra en la semana en la que se está celebrando el juicio por su caso, siendo retransmitido por televisión y ocupando portadas de periódicos. Aun estando incluido en PPS se autolesiona con una cuchilla produciéndose 9 cortes incisos en la parte interna del brazo derecho.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

El estudio se realizó en el Servicio de Enfermería de un Centro Penitenciario de la Región de Murcia.

El estudio se realizó en dos fases:

- 1ª fase: correspondiente al periodo de recogida de información que se realizó entre el 04/09/2019 al 25/10/2019.
- 2ª fase: correspondiente al periodo de análisis de la información, revisión bibliográfica y elaboración de la memoria escrita del estudio que se realizó entre el 26/10/2019 al 27/03/2020.

4.4. Procedimiento de recogida de información

4.4.1. Fuente de información.

Como fuente de información hemos utilizado los siguientes instrumentos:

- Historia clínica del paciente.
- Valoración enfermera.
- Revisión bibliográfica.

4.4.2. Procedimiento de información.

La recogida de datos comenzó accediendo a la historia clínica del paciente el día 4 de septiembre de 2019. Viendo que el sujeto de estudio se mostraba muy colaborador, se prosiguió realizándole la valoración de enfermería mediante los 11 patrones de Margory Gordon en los días comprendidos del 9 al 11 de septiembre de 2019. En dicha valoración se realizó una entrevista personal, examen físico y observación directa. Todos los datos que se obtuvieron de la historia clínica, entrevista personal y valoración enfermera, se desarrolló un Plan de Cuidados desde el 12 de septiembre al 25 de octubre de 2019.

Desde el 26 de octubre de 2019 al 15 de marzo de 2020 se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, en las siguientes Bases de datos: PubMed, Scielo, Dialnet. Tras una búsqueda exhaustiva, para esta revisión bibliográfica se han utilizado una totalidad de 98 artículos. Al realizar la búsqueda se utilizaron los operadores booleanos AND (Y) y OR (O). En cuanto a los criterios de inclusión, se tuvo en cuenta los artículos completos, el idioma, buscando en artículos publicados en español, inglés y portugués habiendo sido publicados entre el 2002 y el 2020 (excepto la bibliográfica clásica y de Legislación relevante para la temática). Los descriptores utilizados han sido: prisionero, conducta autodestructiva, prisiones, institucionalización y automutilación.

Siendo el tema de estudio tan específico a consecuencia del contexto en el que se produce, también se revisaron la Revista Española de Sanidad Penitenciaria, el BOE (Constitución Española, RD y Leyes), la página web del Ministerio del Interior y la página web de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias de las cuales se obtuvo numerosa información.

4.4.3. Procesamiento de los datos.

En un primer momento se elaboró un Plan de Cuidados en base a la metodología enfermera, realizando un análisis crítico fundamentado en el modelo AREA para la obtención del DxEp según la taxonomía NANDA (Herdman, & Kamitsuru, 2015), obteniendo como DxEp: (00044) Deterioro de la integridad tisular r/c factor mecánico m/p lesión tisular, empleando como fundamentación teórica a Joyce Travelbee en base a su teoría Persona a Persona.

Tras esto, se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía relacionada con el tema de estudio, clasificando y seleccionando los artículos según criterios de interés y objetivos del trabajo.

De los 98 artículos seleccionados para realizar esta revisión bibliográfica, 9 son en inglés, 2 en portugués y 87 en español. En cuanto al año de publicación en la tabla 1, se mostrará la relación entre año de publicación de los artículos y el número seleccionado.

Tabla 1. Año de publicación y número de artículos seleccionados.

AÑO DE PUBLICACIÓN	NÚMERO DE ARTÍCULOS
2002	2
2003	3
2005	1
2007	1
2011	1
2012	4
2013	3
2014	4
2015	12
2016	9
2017	24
2018	16
2019	17
2020	1

Fuente: Elaboración propia

Como se puede apreciar en la tabla, tan solo 19 artículos son de años inferiores a 2015 frente a 79 artículos publicados entre el 2015 y 2020, predominando con un número mayor de artículos los años 2017, 2018 y 2019.

A continuación, se van mostrar mediante tablas la información que no se sacó de artículos científicos. En la Tabla 2 y 3 se recogen las Leyes y RD consultados. En la tabla 4, se muestran las páginas web consultadas y el tema de búsqueda.

Tabla 2. Leyes consultadas.

LEY	AÑO
Ley 39/1970 Restructuración de los Cuerpos Penitenciarios.	1970
Ley Orgánica 1/1979 General Penitenciaria	1979
Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal	1995
Ley Orgánica 41/2002 Básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.	2002
Ley 44/2003 Ordenamiento de las profesiones sanitarias.	2003
Ley16/2003 Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.	2003

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. RD consultados.

REAL DECRETO	AÑO
RD 3482/1983 Traspasos de Servicios del Estado a la Generalidad de Cataluña en Materia de Administración Penitenciaria.	1986
RD 190/1996 Aprobación del Reglamento Penitenciario.	1996

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Web utilizadas, año de publicación de la información y tema de búsqueda.

WEB	TEMA DE BUSQUEDA	AÑO
SGIP	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos penitenciarios. 	2015
	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de Salud Pública 	2015
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo de Enfermeros de IIPP. 	2017
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuerpo de Enfermeros de IIPP, puestos de trabajos. 	2017
	<ul style="list-style-type: none"> • Normativa Internacional. 	2018
	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de suicidios. 	2018
	<ul style="list-style-type: none"> • Boletín Epidemiológico. 	2018
	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración internacional y proyectos de cooperación. 	2019
	<ul style="list-style-type: none"> • Estadística penitenciaria. 	2019
	<ul style="list-style-type: none"> • Fondo documental. Publicaciones. 	2019
Ministerio del Interior	Prisiones a la cola de Europa en ocupación, mortalidad y fugas, y a la cabeza en número de funcionarios por preso.	2019
Generalitat de Catalunya	Centres Penitenciaris	2016

Fuente: Elaboración propia.

En lo referente a los artículos científicos, en la tabla 5, se indican las bases de datos utilizadas para extraer los artículos más relevantes para el presente estudio y en la tabla 6, se muestra la totalidad de los artículos seleccionados de la RESP siendo estos los más relevantes para el estudio.

Tabla 5. Bases de datos y artículos más relevantes.

BASE DE DATOS	ARTÍCULOS ESCOGIDOS
DIALNET	13
PUBMED	1
SCIELO	16

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Artículos relevantes de la RESP.

REVISTA	ARTÍCULOS ESCOGIDOS
RESP	11

Fuente: Elaboración propia

A continuación, en las tablas 7, 8, 9 y 10 se va a mostrar un desglose en cuanto a los artículos más relevantes seleccionados de cada base de datos arriba mencionada, clasificándolos por título, autor y año de publicación.

Tabla 7. Estudios obtenidos en PUBMED

TÍTULO	AUTOR	AÑO
Solitary confinement and risk of self-harm among jail inmates.	Kaba, F., Lewis, A., Glowa-Kollisch, S., Hadler, J., Lee, D., Alper, H.,... & Venters, H.	2014

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Estudios obtenidos en SCIELO.

TÍTULO	AUTOR	AÑO
A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma interpretação em Travelbee.	Rocha, O.T., & Faria, S.S.A.	2013
A propósito de un caso de autolesión en un enfermo psicótico	Arroyo-Cobo, J.M.	2015
Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal	Coelho, O.M.M., Brasil, A.C., Leite, A.T., & Gimenis, G.M.T.	2005
El cuerpo preso tatuado: un espacio discursivo	Ribeiro T, R., y Mendoza, R. N. O.	2013
Case study as a nursing research method: an integrative review	De Andrade, S.A., Backes, R.A., Piccoli, T., Schmitt, M.D., Ferreira, A., & Ammon, X. A.C	2017
El sistema penitenciario y las personas privadas de libertad en España desde una perspectiva internacional	Pastor, S.E., y Torres, T.M.	2017
El trauma infantil como factor de riesgo de conductas suicidas en las prisiones	Navarro-Atienza, F., Zabala-Baños, C., y Ricarte-Trives, J.J.,	2019
Manifestaciones subculturales de la autolesión en el medio penitenciario.	Arroyo-Cobo, J.M.	2015
Manual para el diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos	Fernández, L.A., Jiménez, H.B., Alfonso, A.R., Sabina, M.D., y Cruz, N.J.R.	2012
Principios en técnicas de suturas de la piel: una guía para estudiantes.	González-Cely, A., Miranda-Díaz, A., Alviar, J.	2018
Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales	Elers y Gibert,	2016
Relación entre el factor prisionización y las dimensiones de personalidad de extraversión y neuroticismo de Eysenck	Alfageme, R.S., Quesada, P. C., y Domínguez, M. A.	2018

Salud mental en los reclusos. Un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación	Bascón, D. M.J., y Vargas, G.V.	2016
Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica	Galvis, L.M.A.	2015
Vida y castigo: Jóvenes en prisión sentenciados por homicidio en Ciudad Juárez, México	Salazar, G. S	2016
Violencia en instituciones penitenciarias definición, medición y explicación del fenómeno.	Trajtenberg, N., y Sánchez de Ribera, O.	2019

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Estudios obtenidos en DIALNET.

TÍTULO	AUTOR	AÑO
Las conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte	Roca, T.X., Guàrdia, O.J., y Jarne, E.A.	2012
Visión del Sistema Penitenciario español.	Casado, C.J.	2013
El sistema de ejecución de condenas en España: el sistema de individualización científica.	Fernández Bermejo, D.	2015
Algunos datos sobre la realidad en las prisiones españolas.	Cutiño, R.S.	2015
“Era la sangre de la prision...” Biopolítica, cuerpos y anarquía tras las rejas	Garreaud, A.	2015
Autolesiones en el medio penitenciario	Jurdi, A.A.	2015
Suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015.	Ceballos-Espinoza, F., Chávez-Hernández, A.M., Padilla-Gallegos, G.M., Y Leenaars	2016
Dimensiones del encarcelamiento	Crewe, B., y Martí, B. M	2018
Ejecución penitenciaria y riesgo. Los instrumentos de valoración y gestión del riesgo en el modelo de penalidad español.	Castro, L.D	2018
Percepción de la calidad de vida en la prisión. La importancia de una organización y un trato digno.	Rodríguez, M.J., Larrauri, P.E., & Güerri, F.C.	2018
Estudio y análisis medicolegal de las muertes en privación de libertad en el servicio federal de la República Argentina.	Gabrielli, O.A	2019
Investigar en cárceles. Apuntes para futuros científicos sociales.	Viedma, R.A., Del Val, C.C., y Callejo, G.J	2019
La prisión irresistible. Muertes por autogresión bajo custodia penitenciaria en Argentina.	Gual, R.	2019

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Estudios obtenidos de la RESP.

TÍTULO	AUTOR	AÑO
Diferencias clínicas y psicosociales entre jóvenes reclusos con episodios de autolesiones.	Mohino, L., Ortega, L., Planchat, L.M., Dolado, J., Martí, G., y Cuquerella, A.	2002
Intoxicaciones en las Instituciones Penitenciarias españolas.	Ballesteros, S., Ramón, F., Martínez-Arrieta, R., y Cabrera, J.	2003
El enclavamiento craneal, una forma de autolesión poco común.	Peñafiel, R.A., Marco, M.A., Cardona, C.F.J., Osanz, J.F., Arrigot, C. M. R., y Tarrér, M.Y.	2011
Ingesta voluntaria de un cortaúñas: seguimiento mediante radiografía simple de abdomen.	Martínez-Cordero, A., González-Marqués, J., Amo Fernández, J., González-Blanco, E., y Pérez-Velasco, P.	2012
Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario.	Martínez-Delgado, M.M.	2014
Manifestaciones subculturales de la autolesión en el medio penitenciario	Arroyo-Cobo, J.M	2015
A propósito de un caso de autolesión en un enfermo psicótico.	Arroyo-Cobo, J.M	2015
La enfermería Penitenciaria y su formación.	Sánchez-Roig, y Coll-Cámara.	2016
Enfermería Penitenciaria: marco legal y realidad asistencial.	Carrasco-Baún, H.	2017
Sanidad penitenciaria en imágenes: la protesta.	Vera-Remartínez, E.J., Lázaro-Monge, R., y Rincón-Moreno, S.	2018
Conflictos éticos en la atención de enfermería en el contexto penitenciario	González-Gálvez, P., Sánchez-Roig, M., Coll Cámara, A., Canet Vélez, O., y Roca Llobet, J.	2018

Fuente: Elaboración propia

5. RESULTADOS

5.1 Descripción del caso.

A las 15:00 de la tarde se recibe en la enfermería del centro penitenciario a un paciente de 24 años procedente del módulo 2.

El interno se encuentra consciente y orientado. Presenta 9 cortes incisos de 5 cm de largo aproximadamente por 3 cm de profundidad en la parte interna del brazo derecho realizados con una cuchilla. Presenta sangrado moderado.

El paciente está en el programa de protección por suicidio. No es la primera vez que se autolesiona.

5.1.1. Valoración del caso

Para poder realizar la valoración enfermera, utilizaremos los 11 patrones de Marjory Gordon (Gordon, 2014).

Patrón 1: Percepción de la salud.

- Hombre
- 24 años
- Soltero
- Lleva 2 años en prisión preventiva a la espera de sentencia
- Vacunado del tétanos y hepatitis B
- No HTA
- No dislipemia
- No AMC
- Diagnosticado de:
 - Depresivo – ansioso reactivo
 - Trastorno de personalidad filiar rasgos de tipo limite/paranoide
 - Trastorno adaptativo

- Hábitos tóxicos:
 - Antes de entrar en prisión bebía todos los fines de semana y lo mezclaba con pastillas
 - Hace un año que dejó de fumar porros
 - Fumador de 8 c/d
- Ha tenido dos ingresos hospitalarios
 - Hace 1 año y medio operación de nariz
 - Hace 1 año intento de autolisis por pastillas y cortes en antebrazos.
- Tto farmacológico:
 - Mirtazapina 30mg 0-0-1
 - Paroxetina 20mg 1-0-0
 - Cipresa 10mg 0-0-1
 - Bromacepam 3mg 1-1-1

Patrón 2: Nutricional - Metabólico.

- Temperatura: 36°C
- Talla: 180 cm
- Peso: 72 kg. El interno refiere que cuando entro en prisión hace dos años pesaba 61 kg.
- Ingiere 2 L de agua al día
- El paciente indica que en verano le salen eccemas en la cara
- En la parte delantera del brazo derecho tiene cicatrices de heridas auto-infligidas
- Dientes y uñas bien cuidados
- Piel y mucosas con buena coloración e hidratadas

- El paciente presenta 9 cortes inciso de 5cm de largo por 3 cm de profundidad repartidos por la cara interna del antebrazo derecho. Refiere haberse cortado con una cuchilla

Patrón 3: Eliminación.

- Orina 3-4 veces/día
- Defeca 2 veces/día
- El paciente indica que no le duele al defecar u orinar y que el olor de la orina clara, sin mal olor
- No diarrea
- No incontinencia fecal/urinaria
- No hemorroides ni fístulas anales
- Sangrado moderado a causa de los cortes autoinfligidos

Patrón 4: Actividad - Ejercicio.

- TA: 148/92 mmHg
- FC: 100 lpm
- SatO₂: 98%
- El paciente refiere que hace vida sedentaria y que le gustaría obtener el permiso para ir al polideportivo ya que antes de entrar en prisión era muy deportista, jugaba en un equipo de futbol, hacia bici y gimnasio.

Patrón 5: Sueño - Descanso.

- Duerme 6 hs al día
- Refiere que si no toma la medicación no puede dormir.
- Manifiesta tener pesadillas recurrentes con su hecho delictivo, despertándose en mitad de la noche.
- Toma 2 cafés al día

Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.

- Consciente y orientado
- Escala Glasgow: 15
- Escala EVA: 3

Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.

- Desde que entró en prisión ha ganado peso y ya no se considera un chico atractivo y guapo
- Se define como una persona impulsiva
- El interno refiere sentir una profunda tristeza por los actos cometidos, hace patente su arrepentimiento.

Patrón 8: Rol - Relaciones.

- Tiene el apoyo incondicional de su familia
- El interno indica que son cuatro hermanos, pero con el que tiene una unión más fuerte es con su hermano el mayor de 36 años y su madre.
- Sigue manteniendo sus amigos y refiere que se cartea con ellos
- Antes de entrar en prisión trabajaba de Staff en una discoteca

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.

- Refiere ser un chico al que le gusta mucho el sexo pero que el no poder mantener relaciones sexuales no le genera frustración. En cuanto tenga la sentencia firme pedirá traslado a Sevilla y allí podrá tener vis a vis íntimos.
- Manifiesta que nunca ha mantenido relaciones sexuales de riesgo y que siempre que ha tenido encuentros sexuales esporádicos ha utilizado preservativo.

Patrón 10: Tolerancia al estrés.

- Indica que se siente agobiado la mayor parte del tiempo, con ganas de llorar, no sabe cómo afrontar la situación en la que está inmerso.
- Refiere que la semana de juicio se le está haciendo muy dura, siente mucha ansiedad ya que está siendo un juicio mediático y sale en los periódicos.
- Manifiesta que solo tiene 1 vis a vis familiar al mes y que eso le genera mucha ansiedad, considera que debería tener 2 como mínimo.
- Comenta que puede hablar de su situación/sentimientos con su psicólogo y que además puede desahogarse con algunos presos con los que ha entablado una relación de confianza.
- Indica que en el 2016 murió su abuela, estaban muy unidos y a día de hoy la sigue echando mucho de menos
- Se siente muy arrepentido por lo que hizo, siente un gran pesar e indica que si volviera atrás, jura que no cometería el delito por el cual está siendo juzgado en estos momentos.

Patrón 11: Valores - Creencias.

- El interno manifiesta sus ganas de poder formarse como técnico de sonido y que cuando salga de prisión, desea formar una familia.
- Católico practicante. Indica que en junio de 2019 se confirmó en el centro penitenciario y que, en Málaga, su ciudad natal, forma parte de una cofradía. En Semana Santa porta al Cristo.
- Se preocupa por su familia y los sentimientos de estos.
- Refiere que ha pensado mucho sobre la muerte, ya tuvo un intento autolítico pero que tras el nacimiento de su sobrino todo cambió. Esto es su gran esperanza y le da fuerzas para seguir.

5.2. Plan de Cuidados.

5.2.1 Diagnósticos

A continuación, presentamos los Diagnósticos de Enfermería (DxE) utilizando el manual de Enfermería NANDA I 2015-2017 (Herdman & Kamitsuru, 2015) en función de los patrones alterados.

PATRÓN Nº 1 ALTERADO: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD

(00150) Riesgo de suicidio r/c antecedentes de intento de suicidio, institucionalización, culpabilidad y enfermedad psiquiátrica.

Definición: vulnerable a una lesión autoinfligida que amenaza la vida.

Dominio 11. Seguridad/Protección. Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

Clase 3. Violencia: ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso.

PATRÓN Nº 2 ALTERADO: NUTRICIONAL METABÓLICO

(00004) Riesgo de infección r/c alteración de la integridad de la piel.

Definición: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud.

Dominio 11. Seguridad/Protección. Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

Clase 1. Infección: respuesta del huésped tras una invasión patógena.

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c factor mecánico m/p lesión tisular

Definición: lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

Dominio 11. Seguridad/Protección. Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

Clase 2. Lesión física: lesión o herida corporal.

(00151) Automutilación r/c perturbación emocional e impulsividad m/p cortes en el cuerpo.

Definición: conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

Dominio 11. Seguridad/Protección. Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

Clase 3. Violencia: ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso.

PATRÓN Nº 4ª ALTERADO: ACTIVIDAD – EJERCICIO

(00168) Estilo de vida sedentario r/c entrenamiento insuficiente para realizar el ejercicio físico m/p la actividad física diaria media es inferior a la recomendada según sexo y edad.

Definición: expresa tener hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Dominio 1. Promoción de la salud: conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

Calse1. Toma de conciencia de la salud: reconocimiento del funcionamiento normal y el bienestar.

PATRÓN N º5 ALTERADO: SUEÑO – DESCANSO

(00096) Deprivación del sueño r/c pesadillas m/p ansiedad e inquietud.

Definición: periodos de tiempo prolongados sin sueño (parón de suspensión relativa, natural y periódica de la conciencia).

Dominio 4. Actividad/reposo: producción, conservación gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

Clase 1. Sueño/reposo: sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad.

PATRÓN N º 7 AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c alteración de la autopercepción m/p alteración de la estructura corporal y cambio en el estilo de vida.

Dominio 6. Autopercepción: conciencia de sí mismo.

Clase 3. Imagen corporal: imagen mental del propio cuerpo.

PATRÓN N º 10 ALTERADO: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

(00146) Ansiedad r/c crisis situacional, grandes cambios y conflicto de valores m/p arrepentimiento, insomnio y sufrimiento.

Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañado de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés: convivir con los eventos/procesos vitales.

Clase 2. Respuestas de afrontamiento: procesos de gestión del estrés del entorno.

(00069) Afrontamiento ineficaz r/c confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación y crisis situacional m/p incapacidad para manejar la situación.

Definición: incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés: convivir con los eventos/procesos vitales.

Clase 2. Respuestas de afrontamiento: procesos de gestión del estrés del entorno.

(00214) Discomfort r/c control insuficiente sobre la situación m/p ansiedad y cambios del patrón del sueño.

Definición: percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, cultural y/o social.

Dominio 12 Confort. Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.

Clase 1 Confort físico. Sensación de bienestar, alivio y/o ausencia de dolor.

Clase 2 Confort del entorno. Sensación de bienestar o alivio en/con el propio entorno.

Clase 3 Confort social. Sensación de bienestar o alivio con la situación social propia.

Definición: Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador.

Priorización del diagnóstico de enfermería mediante el razonamiento crítico del Modelo Área

Para Realizar la priorización se utilizará la red de razonamiento crítico del momento AREA propuesta por Pesut & Herman (Pesut & Herman, 1999) quedando representada en la figura 6.

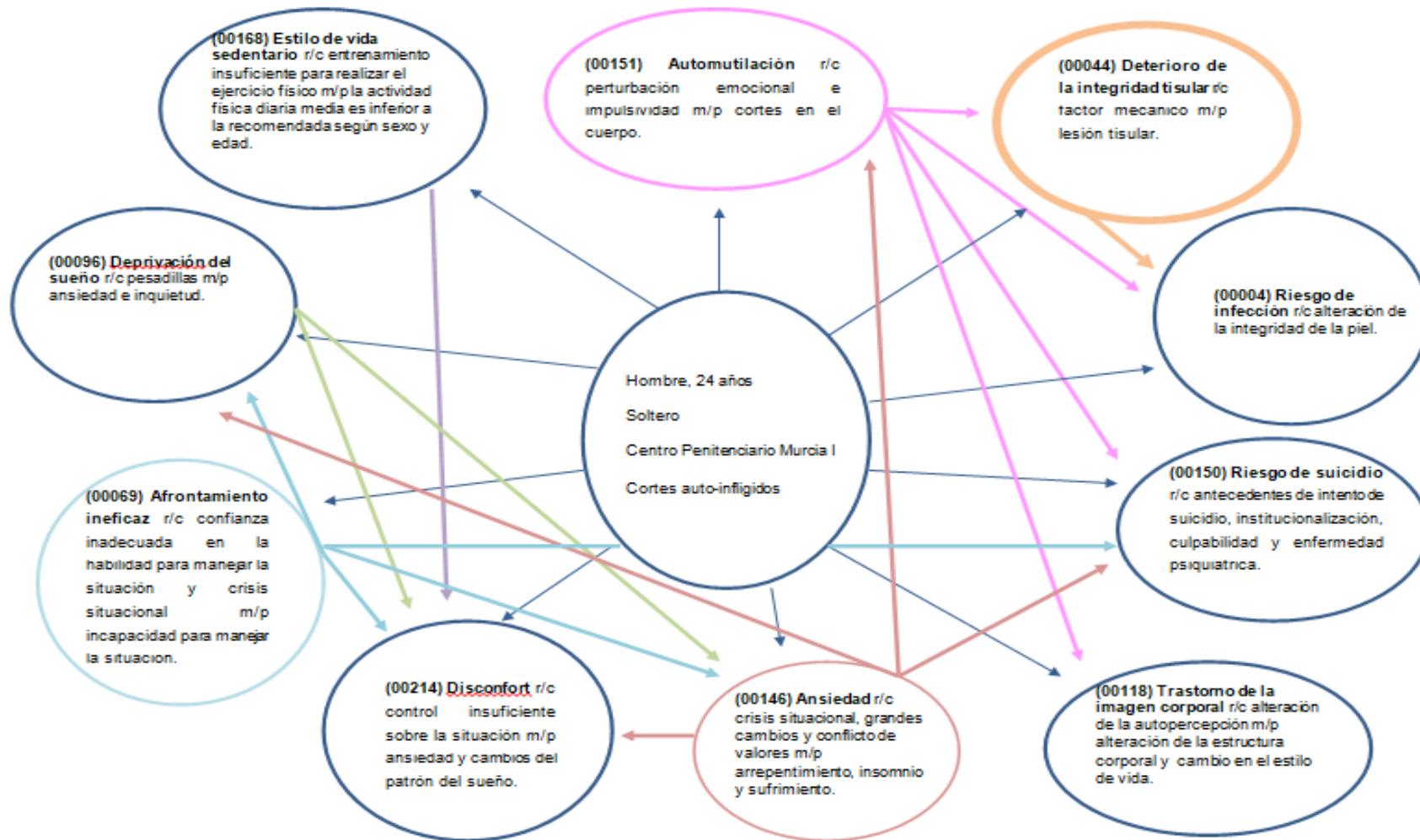


Figura 12. Red de Racionamiento Crítico para obtener el DxEp

Fuente: elaboración propia basada en Pesut & Herman (1999)

Justificación del DxEp

Tal y como se puede observar en la red de razonamiento crítico propuesta por Pesut & Herman (1999) realizada en el punto 3.1, hay tres diagnósticos de los cuales salen más flechas, siendo estos **(00146) ansiedad**, **(00069) Afrontamiento ineficaz** y **(00151) automutilación** pero según nuestro criterio y apoyándonos en evidencia científica, consideramos que según la urgencia lo principal a tratar es el **(00044) deterioro de la integridad tisular**, seleccionando este como DxEp ya que cuando se presenta un caso de autolesión la primera actuación es tratar la lesión producida, después se valorará el derivarlo a salud mental si procediera (Casado Domínguez, 2019).

(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c factor mecánico m/p lesión tisular

Definición: lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

Dominio 11. Seguridad/Protección. Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

Clase 2. Lesión física: lesión o herida corporal.

5.2.2 Problemas de colaboración y riesgos de complicación

Tras una búsqueda bibliográfica sobre los PC (privación de libertad, trastorno límite de la personalidad y trastorno adaptativo), Según Forti y Foti (2012) y Fernández, Jiménez, Alfonso, Sabina y Cruz (2012) podemos destacar los siguientes RC:

- Aislamiento social
- Consumo abusivo de drogas
- Riesgo de suicidio
- Conductas autolíticas
- Conductas agresivas
- Depresión

Priorización del Riesgo de Complicación Principal mediante Red de Razonamiento Crítico.

Con el fin de obtener el riesgo de complicación principal (RCp) se va a realizar una red de razonamiento crítico del modelo AREA de Pesut & Herman (Pesut & Herman, 1999) y quedará representada en la figura 7.

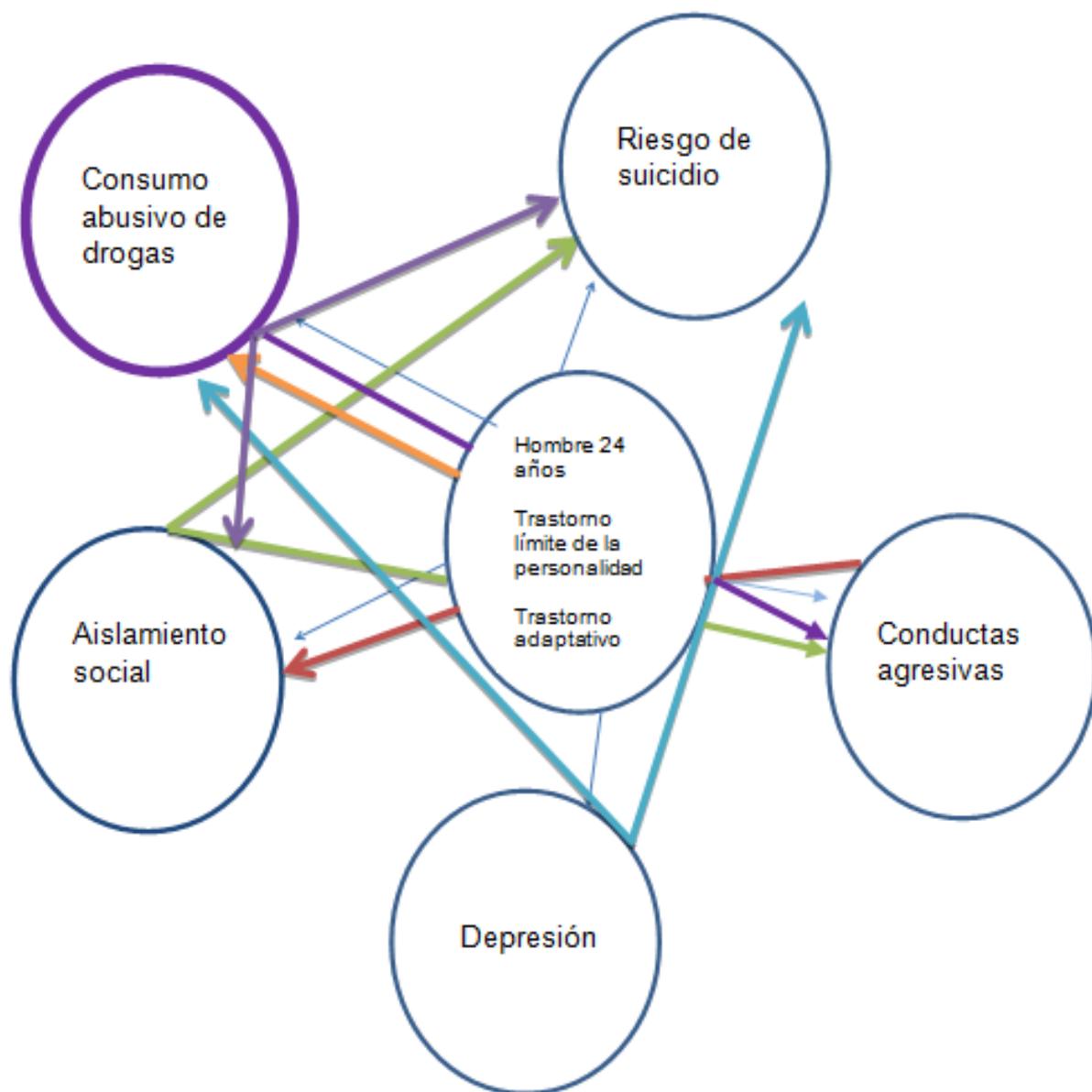


Figura 13. Red de Razonamiento Crítico para obtener el RCp.

Fuente: Elaboración propia basada en Pesut & Herman (1999).

Tras la red de razonamiento he obtenido como RCp consumo abusivo de drogas el cual voy a justificar con evidencia científica.

Según Salazar y Bermúdez (2019) el consumo abusivo de drogas produce dificultad para socializar, agresividad, trastornos de impulso, dificultad de raciocinio, ansiedad y dificultad para solucionar problemas. Todo esto, puede llevar a una persona a tener muchos problemas a lo largo de su vida ya sean, afectivos, legales o sociales, puesto que las drogas terminan aislando al sujeto de su entorno social, incluso llevándolo al suicidio (Espada, Griffin, Botvin, y Méndez, 2003).

5.2.3 Planificación del Diagnóstico Enfermero Principal

El DxEp es: **(00044) Deterioro de la integridad tisular** r/c factor mecánico m/p lesión tisular

Definición: lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

Dominio 11. Seguridad/Protección. Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

Clase 2. Lesión física: lesión o herida corporal.

Para trabajar los objetivos de enfermería se utilizará el manual de clasificación de resultados de enfermería (NOC) (Moohead, Johnson, Maas, & Swanson, 2014).

El Noc principal es: **(1102) Curación de la herida: por primera intención**

Definición: magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.

Dominio II. Salud fisiológica: resultados que describen el funcionamiento orgánico.

Clase L. Integridad tisular: resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona.

A continuación, en el cuadro 1, se muestra el NOC del DxEp y en el cuadro 2, se muestran los indicadores del de dicho NOC.

Cuadro 1. Puntuación del NOC para el DxE principal en base a la escala Likert.

NOC del DxEp	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo de consecución
(1102) Curación de la herida: por primera intención	1	5	7 días
Escala: 1. Extenso; 2.Sustancial; 3.Moderado; 4. Escaso; 5. Ninguno.			

Fuente: Elaboración propia basado en NOC (Moorhead et al, 2014).

Cuadro 2. Puntuación del NOC para el DxE principal en base a la escala Likert.

Indicadores del NOCp del DxEp	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo de consecución
(110203) Secreción serosa de la herida	4	5	7 días
(110209) Edema perilesional	3	5	7 días
(110211) Aumento de la temperatura cutánea	3	5	7 días
(110211) Olor de la herida	4	5	7 días
Escala: 1. Extenso; 2.Sustancial; 3.Moderado; 4. Escaso; 5. Ninguno.			

Fuente: Elaboración propia basado en NOC (Moorhead et al, 2014).

Intervenciones (NIC) y actividades

Con el fin de señalar las intervenciones para conseguir el resultado previamente marcado, se utilizará el manual de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulecheck, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2014)

(3620) Sutura

Definición: aproximación de los bordes de una herida mediante material de sutura estéril y una aguja.

Campo 2: Fisiológico complejo: cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clase L. Control de la piel/heridas: intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.

Actividades:

- Limpiar la piel circundante con jabón y agua u otra solución antiséptica suave.
- Utilizar una técnica estéril.
- Seleccionar un material de sutura del calibre adecuado.
- Colocar la aguja de forma que entre y salga en perpendicular a la superficie de la piel.
- Introducir la aguja siguiendo la línea o curva de la misma aguja.
- Tensar la sutura lo suficiente como para que no se frunza la piel.
- Extraer las suturas según se indique.
- Programar la visita posterior, según corresponda.

(3660) Cuidados de las heridas

Definición: prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de su curación.

Campo 2. Fisiológico complejo: cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clase L. Control de la piel/heridas: intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.

Actividades:

- Despegar los apósitos y esparadrapo.
- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.

5.2.4 Planificación del Riesgo de Complicación Principal

RCp es:

Consumo abusivo de drogas

Noc principal es:

(1904) Control del riesgo: consumo de drogas

Definición: acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud asociadas al consumo de drogas.

Dominio IV. Conocimiento y conducta de salud: resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.

Clase T. Control del riesgo y seguridad: resultados que describen el estado de seguridad de una persona y/o las acciones para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud.

A continuación, en el cuadro 3, se expondrá el NOC del RCp y en el cuadro 4, los indicadores de dicho NOC

Cuadro 3. Puntuación del NOC para el RC principal en base a la escala Likert.

NOC del RCp	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo de consecución
(1904) Control del riesgo: consumo de drogas	5	5	7 días
Escala: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.			

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moohead et al, 2014).

Cuadro 4. Puntuación del NOC para el RC principal en base a la escala Likert.

Indicadores del NOC para el RCp	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo de consecución
(190401) Identifica factores de riesgo del abuso de drogas	5	5	7 días
(190402) Reconoce las consecuencias asociadas con el abuso de drogas	5	5	7 días
(190405) Desarrolla estrategias efectivas de control del consumo de drogas	5	5	7 días
(190411) Utiliza los sistemas de apoyo personal	5	5	7 días
(190416) Elimina el consumo negativo de drogas	5	5	7 días
Escala: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.			

Fuente: Elaboración propia basada en NOC (Moohead et al, 2014).

Intervenciones (NIC) y actividades

Con el fin de señalar las intervenciones para conseguir el resultado previamente marcado, se utilizará el manual de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Bulecheck et al, 2014)

(4500) Prevención del consumo de sustancias nocivas

Definición: prevenir un estilo de vida que incurra en el alcoholismo y el consumo de drogas.

Campo 3. Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.

Clase O. Terapia conductual: intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.

Actividades:

- Ayudar al paciente a tolerar el aumento de los niveles de estrés, según corresponda.
- Preparar al paciente para sucesos difíciles o dolorosos.
- Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones.

.2.5 Ejecución

(3620) Sutura

- Día: 27/09/2019
- Turno: tarde
- Hora: 17:00
- Procedimiento:

Se preparó el material necesario, siendo este: campo estéril, gasas limpias y otras con povidona yodada, sutura de 4 ceros, un porta, unas pinzas de disección sin dientes, guantes estériles, suero y un apósito.

Cuando el interno acudió a la enfermería lo primero que se hizo fue presionar los cortes con gasas para que dejaran de sangrar. Tras esto, se limpiaron los cortes con suero fisiológico para quitar cualquier resto que pudiera infectar la herida y se preparó todo el material necesario para la sutura.

Las suturas tienen como objetivo principal aproximar los tejidos de las mismas características para que estos, cicatricen correctamente, siempre teniendo en cuenta que no hay que ejercer mucha tensión con la sutura ya que esto disminuye la vascularización de sus bordes aumentando el riesgo de infección y de mala cicatrización (Arribas, Castelló, Rodríguez, Sánchez, y Marín, 2002)

El enfermero se puso los guantes estériles y comenzó a coser los cortes con sutura de cuatro ceros. El primer punto se dio en el centro de la herida, los sucesivos fueron practicándose desde el borde exterior derecho al centro y luego se continuó del mismo modo por lado izquierdo.

La sutura se realizó de la siguiente manera: se puso la aguja de la sutura en el porta-agujas, se pinchó perpendicularmente a la piel con un ángulo de 90° (García, 2017), a un centímetro del borde de la herida, sacando la aguja por debajo del tejido subdérmico. Se soltó el porta-agujas y se cogió la punta de la aguja con las pinzas sacándola. Se vuelve a montar la aguja en el porta-agujas y se introduce en el tejido subdérmico del otro lado del borde de la herida

hasta que salga por la piel, a un centímetro del borde. Se vuelve a coger la punta de la aguja con las pinzas sacando casi toda la seda, excepto el trozo que se va a utilizar para realizar el nudo.

A la hora del anudado se hacen dos nudos en un mismo sentido y uno en sentido opuesto. Para hacerlo se sujeta con la mano izquierda el porta-agujas y en la mano derecha se tiene el hilo de sutura, el cual pasas por encima y por debajo de la porta-agujas dos veces. Hecho esto, se coge con la punta de la porta-agujas el extremo corto del hilo y se tira de él para pasarlo por a través de las dos lazadas. Por último, se tira de los dos extremos con suavidad para apretar el nudo y unir las partes de la herida. El nudo siempre se posicionará a un lado nunca encima de la herida (González-Cely, Miranda-Díaz, y Alviar, 2018).

Una vez que se cosieron todos los cortes, se aplicó povidona yodada en cada uno de ellos y se taparon con un apósito.

Para finalizar, se registró en el sistema informático el tipo de herida, procedimiento realizado y se programaron las sucesivas visitas del interno a la enfermería para curas.

Según Encalada, Mateo, Sánchez, y Rodríguez (2017) “se considera como sutura ideal a aquella que es estéril, resistente a la tracción, atraumática predecible, hipoalérgica, no tóxica, no reactiva y con baja predisposición a la infección, buen manejo, absorbible tras haber cicatrizado la herida y barata” (p.587).

(3660) Cuidados de las heridas

- Día: 28/09/2019
- Turno: mañana
- Hora: 9:00
- Procedimiento:

Para realizar las curas, el enfermero se puso los guantes y retiró los apósitos que le interno tenía en la cara interna del brazo derecho. Se pudo ver que la herida estaba supurativa, tenía buen color pero estaba y un poco edematizada y caliente. El enfermero se percató de que la herida desprendía un olor ligeramente desagradable pero los puntos se mantenían en su sitio.

Se lavaron las heridas con suero fisiológico, limpiando la herida de arriba hacia abajo. Una vez limpia, se secaron los cortes con una gasa limpia (Muñoz et al, 2014).

Se impregnó una gasa para cada corte con povidona y se aplicó en cada uno de los cortes. Una vez hecho esto, se taparon los cortes con apósitos.

Las curas de los días posteriores fueron muy bien, dejó de supurar, el edema se reabsorbió y no había signos aparentes de infección. La retirada de los puntos se pudo hacer sin problema.

(4500) Prevención del consumo de sustancias nocivas

- Día: 28/09/2019
- Turno: mañana/tarde
- Hora: 12:30/17:00
- Procedimiento:

Se citó al interno a las 12:30 de la mañana en la consulta 5 del módulo 6 de enfermería para la primera toma de contacto. Esté acudió puntualmente a su cita y con una actitud positiva.

Se le explicó que estas reuniones están orientadas para ayudar a la persona a reconocer las conductas o sentimientos de alarma que pueden derivar en un consumo de drogas.

Por todo esto, se le indicó al interno que todo lo que él pueda decir es totalmente confidencial, se trata de poder ayudarlo y que vea en nosotros un punto de apoyo al cual poder recurrir cuando así lo crea necesario.

La metodología que se utiliza en estos programas de sanidad penitenciaria es variada, teniendo cabida los métodos directos con sesiones grupales de educación, charlas informativas dirigidas a grupos, entrevistas individuales y los indirectos con la elaboración de materiales escritos, carteles y folletos entre otros (Secretaría General Instituciones Penitenciarias, 2015b).

Durante el tiempo que el interno estuvo acudiendo a estos talleres se mostró interesado en todo lo que se trataba y muy participativo

5.2.6 Cronograma

A continuación, en el cuadro 5, se mostrará un cronograma con las intervenciones y actividades llevadas a cabo.

Cuadro 5. Cronograma de las intervenciones / actividades.

DIA	09:00	12:30	17:00
27/09/2019			SUTURA
28/09/2019	(3660) CUIDADOS DE LAS HERIDAS		
29/09/2019	(3660) CUIDADOS DE LAS HERIDAS		
30/09/2019	(3660) CUIDADOS DE LAS HERIDAS	(4500) PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	
01/10/2019	(3660) CUIDADOS DE LAS HERIDAS		
02/10/2019	(3660) CUIDADOS DE LAS HERIDAS		
03/10/2019	(3660) CUIDADOS DE LAS HERIDAS		(4500) PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
04/10/2019	(3660) CUIDADOS DE LAS HERIDAS		

Fuente: Elaboración propia basada en NIC (Bulechek et al, 2014).

5.2.7 Evaluación

Evaluación del DxEp

El DxEp es: **(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c factor mecánico m/p lesión tisular.**

Definición: lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.

Dominio 11. Seguridad/Protección. Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

Clase 2. Lesión física: lesión o herida corporal.

El NOC principal es: **(1102) Curación de la herida: por primera intención.** Definición: magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.

Dominio II. Salud fisiológica: resultados que describen el funcionamiento orgánico.

Clase L. Integridad tisular: resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona.

En el cuadro 6, se mostrará la evaluación del NOC para el DxEp en el cual se incluye la puntuación que finalmente se alcanzó y en el cuadro 7, se mostrará los indicadores de dicho NOC con la puntuación finalmente alcanzada.

Cuadro 6. Evaluación del NOC para el DxEp en base a la escala Likert.

NOC del DxEp	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo de consecución
(1102) Curación de la herida: por primera intención	1	5	5	7 días

Escala: 1. Extenso; 2.Sustancial; 3.Moderado; 4. Escaso; 5. Ninguno.

Fuente: Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead et al, 2014).

Cuadro 7. Evaluación de la puntuación de los indicadores del NOC para el DxEp en base a la Escala Likert.

Indicadores del NOCp para el DxEp	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo de consecución
(110203) Secreción serosa de la herida	4	5	5	7 días
(110209) Edema perilesional	3	5	5	7 días
(110211) Aumento de la temperatura cutánea	3	5	5	7 días
(110211) Olor de la herida	4	5	5	7 días
Escala: 1. Extenso; 2.Sustancial; 3.Moderado; 4. Escaso; 5. Ninguno.				

Fuente: Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead et al, 2014).

En cuanto al NOCp (1102) Curación de la herida: por primera intención, de cada uno de los indicadores se marcó como objetivo a alcanzar una puntuación de 5 en un periodo de 7 días. Gracias a la profesionalidad y los cuidados del equipo de enfermería de Instituciones Penitenciarias que asistió al interno, todos los indicadores han sido alcanzados de manera satisfactoria por lo que se está ante un resultado conseguido.

Evaluación del RCp

RCp es: **Consumo abusivo de drogas**

Noc principal es: **(1904) Control del riesgo: consumo de drogas**

Definición: acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud asociadas al consumo de drogas.

Dominio IV. Conocimiento y conducta de salud: resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.

Clase T. Control del riesgo y seguridad: resultados que describen el estado de seguridad de una persona y/o las acciones para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud.

En el cuadro 8, se mostrará la evaluación del NOC para el RCp en el cual se incluye la puntuación que finalmente se alcanzó y en el cuadro 9, se mostrará los indicadores de dicho NOC con la puntuación finalmente alcanzada.

Cuadro 8. Evaluación del NOC para el RC principal en base a la Escala Likert.

NOC del RCp	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo de consecución
(1904) Control del riesgo: consumo de drogas	5	5	5	7 días
Escala: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.				

Fuente: Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead et al, 2014).

Cuadro 9. Evaluación de la puntuación de los indicadores del NOC para el RC principal en base a la Escala Likert.

Indicadores del NOC para el RCp	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo de consecución
(190401) Identifica factores de riesgo del abuso de drogas	5	5	5	7 días
(190402) Reconoce las consecuencias asociadas con el abuso de drogas	5	5	5	7 días
(190405) Desarrolla estrategias efectivas de control del consumo de drogas	5	5	5	7 días
(190411) Utiliza los sistemas de apoyo personal	5	5	5	7 días
(190416) Elimina el consumo negativo de drogas	5	5	5	7 días
Escala: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.				

Fuente: Elaboración propia basada en NOC. (Moorhead et al, 2014).

En cuanto al NOCp del RCp: (1904) Control del riesgo: consumo de drogas, en todos los indicadores se ha conseguido un valor de 5 en puntuación inicial, diana y alcanzada en un periodo de 10 días por lo que se trata de un resultado conseguido.

6. DISCUSIÓN

En cuanto a los factores de riesgo que desencadenan conductas autodestructivas, los autores coinciden en citar como tales, la privación de libertad, juventud, ansiedad, bajo nivel educativo, enfermedad mental, personalidad impulsiva, consumo de drogas, falta de privacidad, conflictos y ruptura familiar, estar bajo aislamiento, condenas previas y tipología de delito especialmente si este es de violencia o sexual (SGIP, 2018b; Webb et al., 2017; Gutiérrez, 2019; Navarro-Atienza, Zabala-Baños, y Ricarte-Trives, 2019; Vázquez, 2015; Pont, Stöver, Gétaz, Casillas, & Wolff, 2015; Hawton, Linsell, Adeniji, Sariaslan, & Fazel, 2014). Por otro lado, entre los factores considerados como protectores, se encuentra el que el interno posea habilidades sociales óptimas y una relación familiar firme y buena (Flores, 2019), además Jurdi (2015) incluye que la religión es un factor protector muy positivo, al igual que el nivel de estudio, ya que cuanto más alto sea menos incidencia de autolesión habrá.

La puntualización que hace Castro (2018) es importante, ya que considera que las conductas auto-lesivas son multifactoriales por lo que no se puede focalizar sobre un solo perfil de riesgo, además, hace alusión a la falta de consenso en cuanto a los factores de riesgo puesto que lo que unos consideran riesgo otros lo ven como un factor protector.

Al contrastar la evidencia encontrada con el caso de estudio, se han hallado tanto similitudes como discrepancias. En cuanto a similitudes, destacan los factores de riesgo, ya que el sujeto sufre trastorno de la personalidad, ansiedad y conducta impulsiva, por lo que actualmente está recibiendo tratamiento médico, además, antes de entrar en prisión presentaba hábitos tóxicos como son los “porros” y la bebida. Por ahora no es partícipe de la subcultura carcelaria, lo cual es algo positivo, trata de pasar inadvertido y se relaciona con los internos de mayor edad de su módulo.

Por otro lado, y de forma contradictoria, en cuanto a los factores protectores encontramos algunas discrepancias, puesto que aun siendo el sujeto creyente practicante y teniendo un buen apoyo familiar se ha autolesionado en varias ocasiones. Asimismo, en cuanto a la red familiar, pese

a la distancia, tiene la suerte de tener el apoyo incondicional de su familia, la cual va a visitarlo periódicamente. Tras la última autolesión el interno indicó sentirse muy arrepentido, y con el reciente nacimiento de su sobrino, considera a su familia como su gran fortaleza y por ella tiene muchas ganas de vivir y dejar a un lado este tipo de conductas autodestructivas, por lo que su familia puede convertirse en un verdadero factor protector para su vida en prisión e integridad personal. Por otra parte, en cuanto al aspecto religioso, encontramos que la religión está siendo muy terapéutica para él, considerándola como una vía de escape y donde encontrar consuelo. Consideramos que definir los factores de riesgo es complejo debido a la multitud de factores que pueden estar asociados determinando o atenuando las conductas autodestructivas.

Estos mismos autores, no han llegado a un consenso en cuanto al sexo ya que tienen diferentes puntos de vista. Gutiérrez (2019) y Añanos-Bedruñana, Burgos-Jiménez, Rodríguez-Sanjuán, Turbi-Pinazo, Soriano, y Llopis-Llacer (2017) afirman, que las mujeres son más susceptibles en cuanto a este tipo de conductas, mientras que Vázquez (2015) y Jurdi (2015) indican que son los hombres los que más lo sufren. Navarro-Atienza et al. (2019), manifiesta que este tipo de conductas son predominantes en los hombres pero que desde 2015 se está observando una tendencia al alza en mujeres.

Las conductas autodestructivas se dan con más frecuencia que los suicidios, aunque de estas no haya un estudio estadístico. En cuanto a la tipología las más reiteradas son los cortes, quemaduras y abrasiones en los hombres, mientras que, en el caso de las mujeres, estas recurren a técnicas menos violentas como son las intoxicaciones, arañazos y arrancarse el pelo (Rodríguez, 2019). Por ello, según el estudio realizado por Naranjo (2017) en lo relativo a la tasa de autolesiones y suicidios, las mujeres llevan a cabo más intentos y de forma más reiterada puesto que sus métodos son más livianos y los hombres llegan a consumar el suicidio con sus actos.

En cuanto a la etnia, según Jurdi et al. (2015) en las autolesiones predomina la magrebí y gitana, siendo la subsahariana la que presenta menos índices. Por otra parte, éstas conductas aparecen en un 85% de los internos

cuya edad ronda los 24 años, por otro lado, Roca et al. (2012) indica que en lo referente a conductas autolesivas y/o autolíticas los africanos disponen de tasas de intentos menores que los hispanos y europeos, aunque Guardia (2017) hace una distinción por sexo indicando que los hombres blancos llevan a cabo más conductas autodestructivas que los hombres negros y en relación a las mujeres, son las mujeres negras las que llevan a cabo más conductas autodestructivas frente a las mujeres blancas.

En lo relativo a la patología mental, todos los autores coinciden en que en la población reclusa hay entre cinco y siete veces más trastornos mentales que en la población en libertad, mucho de los reclusos presenta una patología dual asociándose en la gran mayoría de los casos al consumo de algún tipo de droga (Botero-Ceballos, Arboleda-Amortegui, Gómez-Fernández, García-Cardona, y Agudelo-Suárez, 2019; Naranjo, 2017; Caravaca, 2017; Zabala, 2016). Según el informe del Ministerio del Interior en 2006 existía una prevalencia de trastornos mentales en las prisiones españolas de un 58,7% (Zabala, 2016), Naranjo (2017) tras realizar su estudio, establece que un 84.4% de la población que se encuentra privada de libertad presenta algún tipo de trastorno mental, pero según el informe general realizado por la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2019b), el 42,5% de las mujeres residentes en centros penitenciarios han sido diagnosticadas de algún tipo de trastorno mental frente a un 29,9% en hombres. De estos, el 38,4% de las mujeres y el 21,1% de los hombres, están actualmente recibiendo tratamiento.

Gutiérrez (2019) y García Aldana (2017), apuntan que en cuanto a trastornos mentales, tiene una mayor prevalencia las internas de edades comprendidas entre 35 - 45 años y tras ellas, los internos con edades comprendidas entre 25 - 44 años. Caravaca (2017) en cuanto a los trastornos, especifica, indicando que los trastornos de ansiedad y depresión son los más comunes tanto en hombres (prevalencia de 20-60%), como en mujeres (prevalencia 40-60%), además Botero-Ceballos et al. (2019) señala que el 25% de los internos en prisión preventiva presenta algún trastorno mental, esta, está asociada a altos niveles de autolesiones y suicidios ya que los internos que llevan menos de un año en prisión y las personas en situación de prisión preventiva son más susceptibles a hacerse daño porque aún no han

conseguido adquirir las herramientas suficientes para su vida en prisión (Crewe, y Martí, 2018; Bascón y Vargas, 2016), asimismo, según apunta Gutiérrez (2019) y Vázquez (2015), alrededor del 20% de los casos de suicidio se producen en la primera semana, siendo las tasas de suicidio de presos preventivos 7,5 veces más alta que la personas en libertad.

En lo referente a la tipología de la conducta autodestructiva, etnia y edad, el sujeto de estudio concuerda con la evidencia encontrada puesto que está en el rango de edad de 24 años en la que oscilan las conductas autodestructivas, al igual que en la patología mental encontrándose en edades comprendidas entre 25 y 44 años. Es europeo, de raza caucásica, y el método elegido en esta última autolesión fueron los cortes producidos con una cuchilla coincidiendo con uno de los métodos de autolesión más común entre los hombres encarcelados, además, todas las conductas autodestructivas han tenido lugar mientras el sujeto ha estado en prisión preventiva, que según la evidencia científica, es donde el interno es más susceptible de cometer este tipo de conductas dado el nivel de estrés que genera la entrada en prisión, cambio de vida y la ruptura con la familia y vida que el interno llevaba.

Por otro lado, la LOGP declara en el artículo 3.4, que la administración penitenciaria ha de velar por la vida, salud e integridad de los internos, pero no fue hasta 1998 cuando la SGIP acreditó la Orden Circular 16/1998 de 1 de diciembre, la cual contenía el Programa Marco de Prevención de Suicidio. Dicho programa, ha sufrido dos modificaciones, la primera por la Instrucción 14/2005 de 10 diciembre y la última por la Instrucción 5/2014 de 7 de marzo, la cual está actualmente en vigor.

Según los datos obtenidos en los boletines epidemiológicos de IIPP de la Secretaria General de Instituciones penitenciarias (2018c), desde de que entró en vigor la primera reforma sobre PPS, desde el 2005 al 2013 en los centros penitenciarios bajo custodia de IIPP se produjeron 1.732 fallecimientos (1658 hombres y 74 mujeres), de los cuales 225 (213 hombres y 12 mujeres) fueron suicidios (206 ahorcamientos, 10 por autolesiones, 4 por inhalación de humo, 2 por sofocación, 1 por precipitación desde altura, 1 por inanición por huelga de hambre y 1 por intoxicación por drogas).

Desde que entró en vigor la segunda reforma del PPS, desde 2014 al 2017 en los centros penitenciarios bajo custodia de IIPP se produjeron 586 fallecimientos (556 hombres y 30 mujeres), de los cuales 97 (90 hombres y 7 mujeres) fueron suicidios (90 ahorcamientos, 4 autolesiones, 1 por sofocación, 1 por intoxicación por disolventes y 1 por ingestión de psicótopos).

En relación a la mortalidad entre hombres y mujeres en ambos periodos de tiempo se aprecia mayor tasa de mortalidad en hombres. En relación a la tasa de suicidios, estos se dan más en hombres que en mujeres, predominando el ahorcamiento como forma de llevarlo a cabo.

En 2018 la mortalidad por suicidio aumentó con respecto al año anterior ya que en 2017 se produjeron 29 suicidios y en 2018 se produjeron 33 (SGIP, 2019c).

Asimismo, en otros países también existen protocolos similares para intentar preservar la vida de los internos, incluso cuando ellos mismos atentan contra su propia vida.

En los centros penitenciarios de Estados Unidos utilizan el Suicide Assessment Manual for Inmates (manual de evaluación de suicidios para reclusos), este manual está enfocado a la detección precoz por lo que presta mayor atención a los presos preventivos. Pretende conocer el riesgo de suicidio que presenta una persona en las primeras horas que pasa en prisión, puesto que las primeras 24 horas son decisivas para la valoración (Castro et al., 2018). Pese a ello, en las cárceles locales se da una tasa de 45 suicidios cada 100.000 reclusos y en las cárceles federales se producen 11 suicidios cada 100.000 reclusos (Fazel, Ramesh, & Hawton, 2017).

En cuanto a las prisiones latinoamericanas, en las cárceles colombianas, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario puso en marcha el programa Preservación de la Vida el cual, pretende fortalecer los factores de protección y terapéuticos en la población penitenciaria (Calderón, y Salcedo, 2018). Según Jaramillo, Silva, Rojas y Medina-Pérez (2015) el 35% de los internos de las cárceles en este país presenta ideación suicida media o alta. En relación a ello, Santana-Campas, Hidalgo-Rasmussen, y Alcázar-Córcoles (2019), indican que

las conductas autodestructivas y los suicidios en las cárceles de Colombia se dan con mayor frecuencia en el primer y quinto mes de estancia penitenciaria por lo que el primer año de internamiento se presenta una alta prevalencia (41,7%) de conductas suicidas predominando estas conductas en el género masculino frente al femenino (Castañeda, 2016), además según un estudio realizado por Liu, Trout, Hernández, Cheek, & Gerlus (2017) revela que los internos que son impulsivos tiene un 9,93% más riesgo de suicidio. Apoyando esto mismo, Santana-Campas, Hidalgo-Rasmussen, y Santoyo Telles (2019) indican que la impulsividad es algo muy común en la población reclusa por lo que se consideran pertinente incluirlo como factor de riesgo en los programas de prevención de suicidio. En las cárceles chilenas, el 65,1% de los suicidios en ocurrieron durante el primer año de estancia penitenciaria utilizando el ahorcamiento en de 97% de los casos (Ceballos-Espinoza, Chávez-Hernández, Padilla-Gallegos y Leenaars, 2016). En Argentina, existe en todas las prisiones un programa de prevención de suicidios del Servicio Penitenciario Federal desde el año 2012, el cual fue actualizado en febrero de 2018. Aun así, entre 2009 y 2018 fallecieron 425 personas, de las cuales 109 fueron consecuencia de autoagresiones (Gual, 2019). En relación a cuándo se producen la mayoría de estas conductas, el 15% se llevan a cabo en el primer mes, incrementándose hasta el 53% en el primer año, pasados cinco años en prisión, el porcentaje de las conductas autodestructivas descienden hasta el 7% (Gabrielli, 2019).

En cuanto a los pises europeos, todos ellos cuentan con protocolos para la prevención del suicidio en el medio penitenciario. Según Santana-Campas et al. (2019), en las cárceles holandesas el 85% de los intentos de suicidio ocurren en el primer año de internamiento.

El Ministerio del Interior (2019), muestra los últimos datos de la estadística penal anual del Consejo de Europa referente al año 2018. En ella se pone de manifiesto la media europea de suicidios en el medio penitenciario, el cual oscila los 11 suicidios por cada 10.000 internos.

España, es uno de los países con la tasa más baja siendo esta de 5,3 suicidios por cada 10.000 internos. Por encima se sitúa Francia con 12,6

suicidios por cada 10.000 internos, Portugal con 11 suicidios por cada 10.000 internos, Inglaterra e Italia con 8,3 suicidios cada 10.000.

En cuanto a los PPS, son una herramienta efectiva si todos los trabajadores de IIPP e internos de apoyo están concienciados y conocen el método de actuación. El sujeto de estudio se encuentra en dicho programa y aun así llevó a cabo un intento de autolisis y aunque la actuación fue rápida y se preservó la vida del interno, hubo algo que falló puesto que esta conducta se produjo.

Aunque en año 2018 hubo más suicidios que en el 2017 cabe destacar que desde que se implementó este programa se redujeron los casos de suicidios penitenciarios y España se encuentra con una de las tasas más bajas de la Unión Europea siendo esta de 5,3 suicidios por cada 10.000 internos.

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- Los estudios y publicaciones en el contexto penitenciario son relativamente reciente por lo que encontrar abundante bibliografía acerca de un tema en concreto es difícil.
- IIPP en su boletín epidemiológico no contemplan las conductas autodestructivas. Solo hace alusión a aquellas que han tenido resultado de muerte.

7. CONCLUSIONES

1. En el contexto penitenciario hay multitud de factores y motivaciones que pueden llevar a una persona a hacerse daño como por ejemplo, la privación de libertad, la prisión preventiva, baja autoestima, consumo de drogas, juventud, ansiedad, conductas impulsivas, bajo nivel educativo, falta de privacidad, ruptura familiar, estar bajo aislamiento, tipología de delito cometido y la condena impuesta. En cuanto a las patologías relacionadas, las enfermedades mentales son las que más sobresalen en relación a conductas autodestructivas.
2. Las conductas autodestructivas que se dan con más frecuencia en los hombres son los cortes, quemaduras y abrasiones, mientras que en las mujeres predominan las intoxicaciones, arañazos y arrancarse el pelo. En general, las complicaciones derivadas de las conductas autodestructivas son las infecciones potenciales que pueden derivar de estas, dependiendo del tipo de autolesiones ejercida dejará unas modificaciones corporales u otras, las más habituales son las cicatrices.
3. En cuanto a las medidas de prevención, las Instituciones Penitenciarias constan de un programa de prevención de suicidios. Se valorará la inclusión en dicho programa tanto a la llegada del nuevo interno a la prisión como cuando algún interno de señales de querer hacerse daño. Se mantendrán bajo vigilancia los internos incluidos en el programa. En el año 2018 se dieron 33 suicidios en las cárceles españolas.
4. La realización del proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal "(00044) Deterioro de la integridad tisular r/c factor mecánico m/p lesión tisular", asociado la complicación potencial principal "consumo abusivo de drogas".

8. REFERENCIAS

- Alfageme, R.S., Quesada, P. C., y Domínguez, M. A. (2018). Relación entre el factor prisionización y las dimensiones de personalidad de extraversión y neuroticismo de Eysenck. *Cuaderno Médico Forense*, 24(1), 14-22. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv24n1-2/2-14.pdf>
- Alpizar, J.L. (2017). Conductas autodestructivas y las drogas. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 256-274. doi: [10.21501/24631779.2444](https://doi.org/10.21501/24631779.2444)
- Añanos-Bedriñana, F.T., Burgos-Jiménez, R., Rodríguez-Sanjuán, A., Turbi-Pinazo, A.M., Soriano, C., y Llopis-Llacer, J.J., (2017). Salud mental en prisión. Las paradojas socioeducativas. *Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 98-116. Recuperado de <https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/4086/3005>
- Arribas, B.J.M, Castelló, F.J.R, Rodríguez, P.B, Sánchez, O.A., y Marín, G.M. (2002). Suturas básicas y avanzadas en cirugía menos (III). *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 28(2), 89-100. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jose_Castello2/publication/257503697_Suturas_basicas_y_avanzadas_en_cirugia_menor_III/links/5cd0a74d299bf14d957cc9c4/Suturas-basicas-y-avanzadas-en-cirugia-menor-III.pdf
- Arroyo-Cobo, J.M. (2015a). Manifestaciones subculturales de la autolesión en el medio penitenciario. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 17(3), 33-34. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v17n3/es_05_imagenes.pdf
- Arroyo-Cobo, J.M. (2015b). A propósito de un caso de autolesión en un enfermo psicótico. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 17(1), 33-34. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v17n1/en_07_imagenes.pdf
- Ballesteros, S., Ramón, F., Martínez-Arrieta, R., y Cabrera, J. (2003). Intoxicaciones en las Instituciones Penitenciarias españolas. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 5(3), 106-110. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/250/550>
- Bascón, D. M.J., y Vargas, G.V. (2016). Salud mental en los reclusos. Un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación. *Anales de Psicología*, 32(2), 374-382. doi: [10.6018/analesps.32.2.217301](https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.217301)

- Bermejo, D. (20 de junio de 2019). El significado oculto de los tatuajes carcelarios más comunes. *El mundo*. Recuperado de <https://www.elmundo.es/f5/comparte/2019/06/20/5d090d67fdddf3f418b46a1.html>
- Botero-Ceballos, L.E., Arboleda-Amortegui, G., Gómez-Fernández, A., García-Cardona, y M., Agudelo-Suárez A. (2019). Depresión en personas reclusas en centros penitenciarios: revisión narrativa. *Revista de Ciencias de la Salud*, 21(1), 23-33. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7075877>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (Ed.6). (2014). *NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.
- Calderón, C. L.T., y Salcedo, C. D. A. (2018). *Caracterización del duelo por pérdida de libertad en personas reclusas en centros penitenciarios y carcelarios de Colombia* (Trabajo Final de Grado). Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá. Colombia.
- Cancela, H. G. (2017). *Masculinidad y privación de libertad* (Tesis). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Caravaca, S. F. (2017). Consumo de alcohol y drogas como factores asociados a los trastornos mentales entre la población penitenciaria de España. *Revista Española de Medicina Legal*, 43(3), 99–105. doi:10.1016/j.reml.2017.02.002
- Carpenito, L. J. (Ed.14). (2013). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Barcelona, España: Wolterskluwer
- Carrasco-Baún, H. (2017). Enfermería Penitenciaria: marco legal y realidad asistencial. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 19(1), 3-13. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/427/957>
- Casado Domínguez, E. (2019). *Propuesta de protocolo de actuación ante intentos autolíticos en el Servicio de Urgencias en la Comunidad Foral de Navarra* (Trabajo Fin de Grado). Universidad Pública de Navarra, Navarra.

- Casado, C.J. (2013). Visión del Sistema Penitenciario español. *IPSE-ds*, (6), 41-53. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678981>
- Castañeda, V. K.L. (2016). *Análisis de literatura sobre la prevalencia de conducta e ideación suicida con relación al género en Colombia* (Trabajo Final de Grado). Universidad Cooperativa de Colombia, Buscaramanga, Colombia.
- Castro, L.D. (2018). *Ejecución penitenciaria y riesgo. Los instrumentos de valoración y gestión del riesgo en el modelo de penalidad español* (Tesis Doctoral). Universidad de La Coruña, La Coruña, España.
- Ceballos-Espinoza, F., Chávez-Hernández, A.M., Padilla-Gallegos, G.M., y Leenaars, A. (2016). Suicidio en las cárceles de Chile durante la década 2006-2015. *Revista Criminalidad*, 58(3), 1001-118. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5763565>
- Checa, R. N. (2017). *El sistema penitenciario. Orígenes y evolución histórica* (Trabajo Final de Master). Universidad de Alcalá, Madrid, España.
- Coelho, O.M.M., Brasil, A.C., Leite, A.T., & Gimenes, G. M. T. (2005). Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4), 430-436. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/08.pdf>
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, 29313 - 29424. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- Corona, E.M.X. (2017). *Análisis entorno a las autolesiones en adolescentes desde un enfoque psicoanalítico* (Tesis). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Crewe, B., y Martí, B. M. (2018). Las dimensiones del encarcelamiento. *Revista para el análisis del Derecho*, 16(4), 1-24. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6697667>

- Cutiño, R.S. (2015). Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminológica*, 17(11), 1-41. Recuperado de <http://criminet.ugr.es/recpc/17/recpc17-11.pdf>
- De Andrade, S.A., Backes, R.A., Piccoli, T., Schmitt, M.D., Ferreira, A., & Ammon, X. A.C. (2017). Case study as a nursing research method: an integrative review. *Enfermagem*, 26(4), 12-24. doi: [10.1590/0104-07072017005360016](https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016).
- Díaz, D.S. (2017). *La protección de la salud en el marco de la Administración Penitenciaria* (Trabajo final de Grado). Euskal Herriko Unibertsitatea, País Vasco, España.
- Elers, M.Y., y Gibert, L.M.P. (2016). Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4), 126-136. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf19416.pdf>
- Encalada, C.F., Mateo, M.G., Sánchez, A.H., y Rodríguez, P.J. (2017). Tratamiento en heridas de la piel. *Revista científica de la Investigación y Conocimiento* 1(4), 577-609. doi 10.26820/recimundo/1.4.2017.577-609
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K., y Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84), 9-17. Recuperado de <http://www.papelesdel psicologo.es/resumen?pii=1051>
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: An international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952. doi:10.1016/S2215-0366(17)30430-3
- Fernández Bermejo, D. (2015). El sistema de ejecución de condenas en España: el sistema de individualización científica. *Estudios Penales y Criminólogos*, 35, 125-187. Recuperado de <https://www.usc.gal/revistas/index.php/epc/article/view/2259/2550>
- Fernández, L.A., Jiménez, H.B., Alfonso, A.R., Sabina, M.D., y Cruz, N.J.R. (2012). Manual para el diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(5), 1-14. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>

- Fleta, Z.J. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la sociedad pediátrica de Aragón*, 47(2), 37-45. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6393711>
- Flores, Z. E. J. (2019). *Factores asociados a ideación suicida en el establecimiento penitenciario cusco varones* (Tesis). Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Cusco, Perú.
- Flores-Soto, M.R., Canciano-Marenten, M.E., y Figueroa, V. M.R. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana Salud Pública*, 44(4), 200-216. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n4/200-216/es>
- Forti, s. L., y Forti, B. M. A. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 149–154. doi:10.1016/j.reml.2012.08.001
- Fuentes, L. E.A. (2019). *Impacto emocional por la privación de libertad en paciente masculino de 48 años* (Trabajo Final de Grado). Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo, Ecuador.
- Gabrielli, O. A. (2019). Estudio y análisis médico legal de las muertes en privación de libertad en el servicio federal de la República Argentina. *Gaceta internacional de ciencias forenses*, 32(3), 29-33. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7006707>
- Galán, C.D.A. (2018). Reflexiones sobre el impacto de la privación de libertad en la dimensión emocional de los internos recluidos en los centros penitenciarios españoles. La educación emocional como complemento a la reinserción y reeducación. *Edetania. Estudios Y Propuestas Socioeducativas*, (53), 225-240. Recuperado de <https://revistas.ucv.es/index.php/Edetania/article/view/60>
- Galarraga, G.N. (26 de octubre de 2019). El rico archivo de tatuajes reunido en una cárcel de São Paulo a principios del XX. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2019/10/25/album/1572033652_349076.html#foto_gal

- Galvis, L.M.A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista Cuidarte*, 6(2), 1108-1120. doi: [10.15649/cuidarte.v6i2.172](https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172)
- Gámez-Guadix, M., Almendros, C., Rodríguez-Mondragón., y Mateos-Pérez, E. (2019). Autolesiones online entre adolescentes españoles: análisis de la prevalencia y de las motivaciones. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 9-15. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7202402>
- García Aldana, A.I. (2017). *Trabajo social, salud mental y prisión* (Trabajo Final de Grado). Universidad de Jaén, Jaén, España.
- García Bolaños, R. (2017). *Enfermería Penitenciaria: Realidad y situación actual* (Trabajo Final de Grado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España.
- García Guerrero, J. (2018). El Consentimiento Informado: Algo no resuelto en el ámbito penitenciario. *Cuadernos de Bioética*, 29(96), 125-136. doi: 10.30444/CB.1
- García Ormaza, N. (2017). *Mayores en prisión: análisis de la invisibilidad de un colectivo y de sus dificultades de resocialización* (Trabajo Final de Grado). Universidad del País Vasco, España.
- García, N.C. (2017). *Suturas en cirugía menor para enfermería y tratamiento de heridas. Elaboración de un manual y análisis de errores* (Trabajo Fin de Grado). Universidad de la Rioja, La Rioja, España.
- Garreaud, A. (2015). “Era la sangre de la prision...” Biopolítica, cuerpos y anarquía tras las rejas. *Archivos de Filosofía*, 9(10), 135-173. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5402352>
- Generalitat de Catalunya. (2016). Centres penitenciaris. [Consultado el 23/12/2019]. Recuperado de http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/reinsercio_i_serveis_penitenciaris/serveis_penitenciaris/els_centres_penitenciaris/
- González, P.I. (2019). *Enfermería Penitenciaria: Situación actual* (Trabajo Final de Grado). Universidad de Cantabria, Cantabria, España.

- González-Gálvez, P., Sánchez-Roig, M., Coll Cámara, A., Canet Vélez, O., y Roca Llobet, J. (2018). Conflictos éticos en la atención de enfermería en el contexto penitenciario. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 20(3), 95-102. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/528/1039>
- González-Cely, A., Miranda-Díaz, A., Alviar J. (2018). Principios en técnicas de suturas de piel: una guía para estudiantes. *MÉD.UIS*, 31(2), 65-76. doi: [10.18273/revmed.v31n2-2018008](https://doi.org/10.18273/revmed.v31n2-2018008)
- Gordon, M. (Ed.13). (2014). *Manual of nursing diagnosis*. Massachusetts, EE. UU: Jones & Bartlett Learning.
- Granero, F., & Sánchez, M. D. (2016). *Desarrollo de materiales docentes para asignaturas de Bioingeniería*. Escuela Superior de Ingeniería. Universidad de Cádiz, España.
- Gual, R. (2019). La prisión irresistible. Muertes por autoagresión bajo custodia penitenciaria en Argentina. *Revista de Ciencias Sociales*, 32(45), 91-118. doi: [10.26489/rvs.v32i45.4](https://doi.org/10.26489/rvs.v32i45.4)
- Guardia, E. E. (2017). *Factores asociados a ideación suicida en una población penitenciaria de Lima* (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Gutiérrez, S.A. (2019). *Análisis de la Problemática del Suicidio en el Sistema Penitenciario Español* (Trabajo Fin de Grado). Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España.
- Hawton, k., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *Lancet Public Health* 383, 1147-1154. Doi:[10.1016/S0140-6736\(13\)62118-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2)
- Hellard, M. E., Aitken, C. K., & Hocking, J. S. (2007). *Tattooing in prisons—Not such a pretty picture*. *American Journal of Infection Control*, 35(7), 477–480. doi:10.1016/j.ajic.2006.08.002
- Herdman, H.T. & Kamitsuru, S. (Ed.10). (2015). *Nanda internacional: Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. Barcelona, España: Elsevier.

- Illescas, J. A. Y. (2018). Los altares del cuerpo como resistencia ante el poder carcelario. *Encartes Antropológicos*, 1(1), 121-139. Recuperado de <http://www.encartesantropologicos.mx/wordpress/wp-content/uploads/2018/03/11-Los-altares.pdf>
- Jankuc, K. (2016). *Prevención e intervención escolar ante actos autolíticos España-Finlandia* (Trabajo Final de Grado). Universitat Jaume I, Castelló, España.
- Jaramillo, G. M. R., Silva, V. C., Rojas, A. B. P., y Medina-Pérez, O. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia). *Revista colombiana de psiquiatría*, 44(2),100-105. doi: 10.1016/j.rcp.2015.01.006
- Jurdi, A.A. (2015). *Autolesiones en el medio penitenciario* (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, Badajoz, España.
- Kaba, F., Lewis, A., Glowa-Kollisch, S., Hadler, J., Lee, D., Alper, H., ... & Venters, H. (2014). Solitary confinement and risk of self-harm among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 104(3), 442-447. Doi: [10.2105/AJPH.2013.301742](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301742)
- Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 29 de mayo del 2003, núm. 128. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
- Ley 39/1970, de 22 de diciembre, sobre reestructuración de los Cuerpos Penitenciarios. Boletín Oficial del Estado, 31 de diciembre de 1970, núm. 313. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/1970/BOE-A-1970-1455-consolidado.pdf>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica reconoce en su Capítulo II el derecho del paciente a la información sanitaria. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre del 2002, núm. 274. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenamiento de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, 22 de noviembre del 2003, núm. 280. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Boletín Oficial del Estado, 05 octubre de 1970, núm. 239. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1/con>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado de 24 noviembre de 1995, núm 281. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>

Liu, R.T., Trout, Z.M., Hernández, E.M., Cheek, S.M. & Gerlus, N. (2017). A behavioral and cognitive neuroscience perspective on impulsivity, suicide, and non-suicidal self-injury: Metaanalysis and recommendations for future research. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 112(83), 440-450. Doi: [10.1016/j.neubiorev.2017.09.019](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.09.019)

Mahecha, M.A.E. y Sogamoso, S.Z.P. (2019). *Vivir privado de la libertad: una perspectiva sobre la prisionización* (Trabajo Final de Grado). Universidad Cooperativa de Colombia, Arauca, Colombia.

Marcoremn, A. (25 de febrero de 2016). *¿Qué significa los tatuajes en la cárcel?*. Prisiones y su evolución. Recuperado de <https://prisionesevolucion.wordpress.com/2016/02/25/que-significan-los-tatuajes-en-la-carcel/>

Martínez-Cordero, A., González-Marqués, J., Amo Fernández, J., González-Blanco, E., y Pérez-Velasco, P. (2012). Ingesta voluntaria de un cortaúñas: seguimiento mediante radiografía simple de abdomen. *Revista Sanidad Penitenciaria*, 14(1), 36-37. Recuperado de: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/8/11>

Martínez-Delgado, M.M. (2014). Estandarización de los cuidados de enfermería en los pacientes ingresados en un centro penitenciario. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 16(1), 11-19. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/349/796>

Mínguez, B. S. (2017). *El consumo de drogas en las personas privadas de libertad* (Trabajo Final de Grado). Universidad de la laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.

- Ministerio del Interior. (2019). Sala de prensa. Prisiones, a la cola de Europa en ocupación, mortalidad y fugas, y a la cabeza en número de funcionarios por preso. Recuperado de http://www.interior.gob.es/prensa/noticias/-/asset_publisher/GHU8Ap6ztgsg/content/id/10185511
- Mohíno, L., Ortega, L., Planchat, L.M., Dolado, J., Martí, G., y Cuquerella, A. (2002). Diferencias clínicas y psicosociales entre jóvenes reclusos con episodios de autolesiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4(3), 78-83. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/231/511>
- Mondragón, D. S. L., Guzmán, Q. A. y Pérez, M. A. G. (enero-abril, 2020). Regulación del tratamiento penitenciario y carcelario en el marco de los derechos humanos. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (59), 166-187. doi: [10.35575/rvucn.n59a10](https://doi.org/10.35575/rvucn.n59a10)
- Morales, O.D. (9 de octubre de 2015). Significados de los tatuajes en prisión. *Cultura Colectiva*. Recuperado de <https://culturacolectiva.com/disenio/el-significado-de-los-tatuajes-en-prision>
- Muñoz, E. A., Ballesteros, U. M. V., Escanciano, P. I., Polimó, O. I., Díaz, R. C., y González, S.J. (2014). *Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas*. Madrid: Hospital Universitario de Móstoles
- Naranjo, G. E.M. (2017). *Panorámica sobre la salud de las mujeres privadas de libertad* (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Jaén, Jaén, España.
- Navarro-Atienza, F., Zabala-Baños, C., y Ricarte-Trives, J.J. (2019). El trauma infantil como factor de riesgo de conductas suicidas en las prisiones. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 21(1), 46-55. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202019000100042&lng=es&tlng=es
- Pastor, S.E., y Torres, T.M. (Julio 2017). El sistema penitenciario y las personas privadas de libertad en España desde una perspectiva internacional. *Política Criminal*, 12(23), 124-150. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/politcrim/v12n23/art05.pdf>

- Peñafiel, R.A., Marco, M.A., Cardona, C.F.J., Osanz, J.F., Arrigot, C. M. R., y Tarrér, M.Y. (2011). El enclavamiento craneal, una forma de autolesión poco común. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(1), 30-32. Recuperado de <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/27/51>
- Pont, J., Stöver, H., Gétaz, L., Casillas, A., & Wolff, H. (2015). Prevention of violence in prison–The role of health care professionals. *Journal of forensic and legal medicine*, 34(2), 127–132. doi: 10.1016 / j.jflm.2015.05.014
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, Boletín Oficial del Estado, nº 40, de 15 de febrero de 1996, 5380-5435. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-3307-consolidado.pdf>
- Real Decreto 3482/1983, de 28 de diciembre, Sobre traspasos de servicios del Estado a la Generalidad de Cataluña en Materia de Administración Penitenciaria, Boletín Oficial del Estado, nº 43, de 20 de febrero de 1984, 4521-4535. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/rd/1983/12/28/3482>
- Ribeiro T, R., y Mendoza, R. N. O. (2013). El cuerpo preso tatuado: un espacio discursivo. *Andamios*, 10(23), 281-301. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/anda/v10n23/v10n23a12.pdf>
- Ribera, M.S (2003). Teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de Enfermería. *Horizonte de Enfermería*, 14(1), 95-111. Recuperado de <http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/rhe/article/view/747>
- Roca, T.X., Guàrdia, O.J., y Jarne, E.A. (2012). Las conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), 116-128. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4455249>
- Rocha, O.T., & Faria, S.S.A. (2013). A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (upa 24h): uma interpretação em Travelbee. *Revista Enfermería Global*, 12(30), 91-105. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_clinica5.pdf

- Rodríguez, L. M. (2019). *Efectos de la estancia en prisión* (Trabajo Fin de Grado). Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España.
- Rodríguez, M.J., Larrauri, P.E., & Güerri, F.C. (2018). Percepción de la calidad de vida en la prisión. La importancia de una organización y un trato digno. *Revista internacional de Sociología*, 72(2), 100-120. doi 10.3989/ris.2018.76.2.16.159
- Sáez, M. M. (2018). *El rol de enfermería en Instituciones Penitenciarias* (Trabajo Final de Grado). Universidad Jaume I, Cataluña, España.
- Salazar, G. S. (2016). Vida y castigo: Jóvenes en prisión sentenciados por homicidio en Ciudad Juárez, México. *Estudios fronterizos, nueva época*, 17(33), 11-34. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/estfro/v17n33/v17n33a1.pdf>
- Salazar, M.E.F., y Bermúdez, P.J.L. (2019). *Deterioro cognitivo en jóvenes por el consumo excesivo de drogas* (Trabajo Final de Grado). Universidad Estatal de Milagro, Ecuador.
- Sánchez-Roig, y Coll-Cámara. (2016). La enfermería Penitenciaria y su formación. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 18(3), 110-119. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/421/949>
- Sánchez-Sánchez. T. (2017). Autolesión y mentalización: un viaje a través de las heridas. *Revista Electrónica de psicoterapia*, 11(2), 337-351. doi: [10.21110/19882939.2017.110208](https://doi.org/10.21110/19882939.2017.110208)
- Sánchez-Sánchez. T. (2018). Autolesiones en la adolescencia: significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 185-209. doi: [10.33898/rdp.v29i110.196](https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.196)
- Santana-Campas, M. A., Hidalgo-Rasmussen, C. A., y Santoyo Telles, F. (2019). Impulsividad, consumo de drogas, tipo de delito y riesgo de suicidio en jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Acta Universitaria* 29, e2284. doi. 10.15174.au.2019.2284
- Santana-Campas, M.A., Hidalgo-Rasmussen, C.A., y Alcázar-Córcoles, M.A. (2019). La impulsividad y desesperanza, como factores del riesgo de suicidio en

jóvenes mexicanos privados de la libertad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 544-553. doi: 10.24205/03276716.2019.1132

Secretaría General Instituciones Penitenciarias. (2018a). Normativa internacional. Recuperado de [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/legislacion/Reglas Mximas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos x Reglas Nelson Mandela xindex.php.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/legislacion/Reglas_Mximas_de_las_Naciones_Unidas_para_el_tratamiento_de_los_reclusos_x_Reglas_Nelson_Mandela_xindex.php.pdf)

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2015a). Establecimientos penitenciarios. Consultado el 23 de diciembre del 2019, en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/localizacion.html>

Secretaría General Instituciones Penitenciarias. (2015b). Programas de Salud Pública. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/ACTUAR_PND.pdf

Secretaría General Instituciones Penitenciarias. (2017a). Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/administracionPenitenciaria/recursosHumanos/ats.html>

Secretaría General Instituciones Penitenciarias. (2017b). Cuerpo de Enfermeros de Instituciones Penitenciarias, puestos de trabajo. Recuperado de [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/RecursosHumanos/BASES CONVOCATORIA ENFERMEROS 2016.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/RecursosHumanos/BASES_CONVOCATORIA_ENFERMEROS_2016.pdf)

Secretaría General Instituciones Penitenciarias. (2018b). Prevención de suicidios. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/prevencionSuicidios.html>

Secretaría General Instituciones Penitenciarias. (2018c). Fondo documental. Boletín epidemiológico. [Consultado el 12/02/2020] Recuperado de

<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/bEpidemiologicos.html>

Secretaría General Instituciones Penitenciarias. (2019a). Colaboración internacional y proyectos de cooperación. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/administracionPenitenciaria/relacionesInternacionales/proyectosCooperacion.html>

Secretaría General Instituciones Penitenciarias. (2019b). Fondo documental. Publicaciones. [Consultado el 12/02/2020]. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2018_acc.pdf

Secretaría General Instituciones Penitenciarias. (2020). Fondo documental. Estadística penitenciaria. [Consultado el 13/03/2020]. Recuperado de <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html?r=m&adm=TES&am=2020&mm=1&tm=SITU&tm2=GENE>

Tomás, M. A. (2018). *El profundo arte sacado a flote* (Trabajo Final de Grado). Facultad de Belles Arts de Sant Carles, Valencia, España.

Trajtenberg, N., y Sánchez de Ribera, O. (2019). Violencia en instituciones penitenciarias definición, medición y explicación del fenómeno. *Revista de Ciencias Sociales*, 32(45), 147-175. doi: [10.26489/rvs.v32i45.6](https://doi.org/10.26489/rvs.v32i45.6)

Vásquez, L. (13 enero de 2018). La cárcel cicatriza con tinta. *Revista dominical*. Recuperado de <https://www.nacion.com/revista-dominical/en-la-carcel-se-cicatriza-con-tinta/W2YLBCY6D5HMTCO6H3ZFJJBKTA/story/>

Vázquez, C.P. (2015). *Programa de Prevención del Suicidio en Instituciones Penitenciarias Españolas* (Trabajo Fin de Grado). Universidad Miguel Hernández, Elche, España.

Vega, D., Sintés, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamaría, P.,... Pascual, J.C. (2018). Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién cómo y por qué?. *Actas Esp Psiquiatr*, 46(4), 146-55. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/114/ESP/20-114-ESP-146-55-463018.pdf>

- Vera-Remartínez, E.J., Lázaro-Monge, R., & Rincón-Moreno, S. (2018). Sanidad penitenciaria en imágenes: la protesta. *Revista española de Sanidad Penitenciaria*, 20(1), 30-31. Recuperado de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/490/1008>
- Vergara, F.M. (2015). *La cara oculta de la institución penitenciaria: el suicidio en prisión y responsabilidad patrimonial* (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Oviedo, Oviedo, España.
- Viedma, R.A., Del Val, C.C., & Callejo, G.J. (2019). Investigar en cárceles. Apuntes para futuros científicos sociales. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 0(42), 165-195. doi: [10.5944/empiria.42.2019.23256](https://doi.org/10.5944/empiria.42.2019.23256)
- Webb, R.T., Antonsen, S., Carr, M.J., Appleby, L., Pedersen, C.B., & Mok, P.L.H. (2017). Selfharm and violent criminality among young people who experienced trauma-related hospital admission during childhood: a Danish national cohort study. *Lancet Public Health* 2(7), 314–322. Doi: [10.1016/S2468-2667\(17\)30094-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30094-4).
- Wilson, N. H., Wilson, H. A., & Wilson, M. A. (2017). Tattoos of the head, neck and hands. *Primary Dental Journal*, 6(3), 56-61. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1308/205016817821931088>
- Zabala, B.C. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia. Ministerio del Interior. Recuperado de [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Prevalencia trastornos 2 accesit VK 2016.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Prevalencia_trastornos_2_accetit_VK_2016.pdf)
- Zubiría, S. L. (2015). Consecuencias psicosociales del internamiento en prisión: cambios con el nuevo perfil del delincuente. En J. Roperó (Ponencia). *Estudios de criminología: criminología y derecho penal ante los nuevos fenómenos delictivos. Primeras jornadas de criminología de las universidades de Madrid*. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

